



UNJu

Universidad
Nacional de Jujuy



FHyCS

Facultad de
Humanidades
y Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
LIC. EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TRABAJO DE CAMPO Y PROYECTO FINAL

***“Barreras de acceso al sistema de salud: Experiencias de la
Comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá-Jujuy”***

Por

EPSA Santiago Leonel Robert

L.U: E-12341

Tutor

Lic. Ignacio Felipe Bejarano

Co-Tutora

Lic. Débora Rocío Balcarce

San Salvador de Jujuy, mayo 2026

DEDICATORIA

**Primeramente, a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Que me permitió lograr el aprender y crecer tanto personal como
profesionalmente.**

**A los profesores, por el tiempo y dedicación en el proceso de educarnos y
a todas las personas que componen el plantel de trabajadores de dicha
institución y que gracias a su labor también contribuyeron a lograr mi tan
anhelado sueño**

**Para todas las personas que mantienen de pie a nuestra querida
institución académica, mi más sincero agradecimiento.**

EPSa Robert Santiago Leonel

San Salvador de Jujuy, mayo de 2026

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer a mi Familia que fue y son un soporte emocional muy grande en mi vida. A mi madre Silvana Valeria Humacata por su resiliencia, esfuerzo, dedicación y amor que nos brinda a mí y a mis hermanos. A mi Abuelo Alfredo Humacata que ha sido mi más grande pilar y ejemplo a seguir en la vida.

A mis hermanos Luciano y Lara Robert por su apoyo incondicional ya que sin ellos no podrías haber llegado tan anhelado sueño.

Agradezco a la Universidad Pública, por haberme brindado educación profesional y de excelente calidad. A mi director y codirectora de Trabajo Final, Lic. Ignacio Felipe Bejarano y Lic. Débora Rocio Balcarce por su paciencia y predisposición y exigencias ante mi persona.

Agradezco a colegas y Amigos: Milagros Figueroa, Pablo Peñaloza, Cecilia Cruz, Hurtado Ezequiel, Andrés Chaile y González Paula por su apoyo, impulso y contención en este proceso.

Y finalmente quiero agradecer a mi segunda familia: la agrupación U21, por toda contención brindada en todos estos años, por cada trabajo colectivo, por tan grande y lindos momentos que fueron un aprendizaje muy significativo en mi vida.

MUCHAS GRACIAS A TODOS Y TODAS, DE CORAZON ¡GRACIAS!

INDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Índice General	4
Titulo - Tema	5
Introducción	6
Planteo del Problema	9
Definición del Problema	16
Objetivos	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos	17
Estado del Arte	18
Marco Teórico	27
Metodología de la Investigación	34
Análisis y Discusión de los resultados	39
Conclusiones	63
Bibliografía	68
Proyecto de Intervención	73
Anexos	89

-. -

TITULO

“Barreras de acceso al sistema de salud: Experiencias de la Comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá-Jujuy”

TEMA

“Barreras de acceso al sistema de salud: Experiencias de la Comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá-Jujuy durante el primer semestre del 2026”

INTRODUCCIÓN

El acceso a la salud constituye un derecho humano fundamental, reconocido en múltiples marcos normativos nacionales e internacionales. No obstante, dicho acceso no se produce de manera equitativa para todas las personas, sino que se encuentra atravesado por condiciones sociales, culturales, económicas y simbólicas que generan profundas desigualdades. En este marco, las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ se enfrentan cotidianamente a múltiples barreras que condicionan, limitan o directamente obstaculizan su acceso efectivo al sistema de salud, impactando de manera significativa en su bienestar.

Diversos aportes teóricos advierten que estas desigualdades no son fortuitas, sino que se inscriben en un entramado social estructurado bajo un paradigma heteronormativo, que legitima determinadas identidades y prácticas mientras excluye o estigmatiza a aquellas que se aparten de la norma sexual y de género dominante¹. Estas lógicas de exclusión se reproducen en distintos ámbitos de la vida social y adquieren particular relevancia en el sistema de salud, donde se ponen en juego relaciones de poder, saberes expertos y prácticas institucionales que, en muchos casos, desconocen las experiencias y necesidades de la diversidad sexual y de género.

En el marco de la Licenciatura en Educación para la Salud, la presente investigación se inscribe como propuesta de trabajo de campo y proyecto final, orientada a la obtención del título de Licenciado en Educación para la Salud. El trabajo aborda la temática “Barreras de acceso al Sistema de Salud: Experiencias de la comunidad LGBTQ+ durante el primer semestre del año 2026, en la ciudad de Palpalá, provincia de Jujuy”, a partir de un análisis crítico y situado de las experiencias que atraviesan las personas de esta comunidad en su vínculo con los servicios de salud. Desde el rol del Educador para la Salud, resulta fundamental comprender estas experiencias como procesos

¹ Butler, J. (2007). El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós.

sociales complejos, atravesados por desigualdades estructurales y vulneración de derechos.

Diversos estudios evidencian que la comunidad LGBTQ+ se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad social y sanitaria, marcada por el estigma y la discriminación, lo que contribuye al desarrollo de problemáticas como depresión, consumo problemático de sustancias y conductas suicidas².

Asimismo, informes oficiales señalan que estas personas no gozan de igualdad de oportunidades ni de trato en los distintos ámbitos de la vida social e institucional, lo que incide de manera significativa en su estado de salud³. En particular, se observa que las mujeres trans constituyen uno de los grupos más afectados por la violencia estructural y los crímenes de odio⁴.

En el ámbito sanitario, se identifican diversas barreras- legales, sociales, culturales, económicas y simbólicas- que dificultan el acceso a la atención, generan desconfianza hacia el sistema de Salud y promueven prácticas de autocuidado riesgosas, como la automedicación hormonal sin supervisión profesional⁵. Estas situaciones ponen en evidencia la necesidad de revisar críticamente los modelos de atención vigentes e incorporar una perspectiva de género y diversidad que garantice el derecho a la salud de esta población.

Desde este posicionamiento, la Educación para la Salud, entendida desde una perspectiva crítica, dialógica y de derechos, se presenta como un campo estratégico para visibilizar estas problemáticas y promover prácticas de salud más inclusivas, equitativas y humanizantes. Recuperar las experiencias de la comunidad LGBTQ+ permite no solo comprender las barreras existentes, sino también contribuir a la construcción de estrategias que reconozcan a las

² Dirección de Adolescencias y Juventudes, Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Salud integral de adolescentes y jóvenes LGBTI+ (pp. 28–31). Ministerio de Salud de la Nación.

³ Dirección de Géneros y Diversidad, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud. (2020). Salud y diversidad sexual: Lineamientos para la atención integral de personas LGBTI+ (pp. 39–48). Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBTQ+. (2023). Informe anual 2023 (p. 18).

⁵ Vissicchio, F., Radusky, P. D., Zalazar, V., Cardozo, N., Santa Cruz, L., Pecheny, M., & Arístegui, I. (2023). Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los servicios de salud. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, 1–5.

personas como sujetos de derecho y protagonistas activos de su proceso de salud. De este modo, el presente trabajo busca aportar a la transformación de las prácticas sanitarias en el contexto local de la ciudad de Palpalá, provincia de Jujuy.

Planteo del problema

Esta propuesta de investigación adquiere particular relevancia cuando se la analiza en territorios atravesados por procesos históricos de desigualdad social, como es el caso de la ciudad de Palpalá, ubicada en el sudeste de la provincia de Jujuy e integrada al conglomerado urbano del Gran San Salvador. La configuración socio-territorial de Palpalá se encuentra fuertemente marcada por su pasado industrial, especialmente por el desarrollo de la siderurgia, y por los procesos de reconversión productiva que impactaron de manera significativa en las condiciones de vida de su población.

Con respecto a poder contar con datos de cuántos son parte de la Comunidad LGBTQ+, no existe información con certeza, hasta la fecha, no hay un censo oficial y público del INDEC que detalle específicamente la cantidad de personas LGBTQ+ en Palpalá, pero el censo nacional 2022 sí incluyó preguntas sobre identidad de género y orientación sexual, cuyos resultados para Palpalá aún no se han desagregado a ese nivel local o hecho públicos en detalle.

Por otro lado, es importante mencionar que en ciudad de Palpalá se encuentra una Asociación denominada Damas de Hierro, conformada por comunidad LGBTQ+, sin embargo, no todas las personas pertenecen, asisten o se identifican con dicho espacio. También cuenta con una dirección o secretaría que dé cuenta o respuesta a las necesidades específicas de la comunidad LGBTQ+.

Es por eso que la recolección de datos, pretende ser tomada de manera aleatoria para poder investigar acerca de las barreras existentes cuando deben acceder al sistema de salud.

No obstante, informes elaborados por organismos provinciales y organizaciones sociales en Jujuy advierten que las situaciones de discriminación en el ámbito de la salud continúan siendo una problemática vigente, especialmente en el primer nivel de atención. Entre las principales

dificultades señaladas se destacan el trato inadecuado por parte del personal administrativo y sanitario, el desconocimiento de la Ley de Identidad de Género, la ausencia de protocolos específicos para la atención integral de personas trans y travestis, y la falta de dispositivos de acompañamiento desde una perspectiva de derechos⁶.

La necesidad de profundizar empíricamente esta problemática en el ámbito local se sustenta en la escasa producción sistemática de información específica sobre las experiencias de la comunidad LGBTQ+ en el sistema de salud de Palpalá, a nivel provincial, los registros disponibles suelen presentar un carácter general centrado en indicadores sanitarios tradicionales, sin desagregar datos que permitan dar cuenta de las particularidades vinculadas a la diversidad sexual y de género. Esta ausencia de información localizada contribuye a la invisibilización de las barreras cotidianas que enfrentan estos sujetos en su vínculo con las instituciones sanitarias.

En un previo trabajo de campo de observación y recolección de voces, lleva a considerar, que se pudo escuchar una experiencia particularmente reveladora, que visibiliza cómo estos factores de exclusión operan en la práctica. A una persona perteneciente a la comunidad LGBTQ+ se le preguntó, sin filtros, si realmente estaban orgullosos de ser como eran, y si esa era la razón por la cual se celebraba el Día del Orgullo Gay. La respuesta fue profundamente significativa: esta persona explicó que, aunque se les mencionara de esa forma, el Día del Orgullo representaba el único día del año en el que podían sentirse libres y expresar su identidad sin el miedo de ser castigados o excluidos, algo que experimentan a diario en los sistemas formales de salud y administrativos.

Este testimonio refleja de manera cruda la tensión que existe entre la reivindicación de derechos y las barreras sistémicas que impiden el acceso

⁶ Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Jujuy (2019). Informe sobre situaciones de discriminación y acceso a derechos en población LGBTQ+ (San Salvador de Jujuy: Gobierno de la Provincia de Jujuy, 14–18).

efectivo a la salud, así como la angustia que genera no poder decidir acceder o no al sistema por temor a la discriminación y malos tratos.

En este caso por observaciones se han evidenciado que las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ enfrentan barreras específicas en el acceso al sistema de salud, vinculadas a la persistencia de un paradigma heteronormativo y cisnormativo que estructura las prácticas institucionales. Estas barreras pueden expresar situaciones de discriminación, invisibilización de sus trayectorias y derechos en relación a su salud. Lo que genera experiencias de vulneración que afectan la salud integral de estos colectivos⁷.

La atención sanitaria, lejos de constituirse como un espacio de cuidado, puede convertirse así en un ámbito de exposición al maltrato y la exclusión. Dan cuenta de que muchas personas evitan o postergan la consulta médica por temor a ser discriminadas, a que se desconozca su identidad de género auto percibida o a la automedicación, el abandono de tratamientos, la ausencia de controles preventivos y la búsqueda de estrategias de cuidado por fuera del sistema formal de salud.

En este marco, las barreras de acceso al sistema de salud para la comunidad LGBTQ+ en la ciudad de Palpalá, es importante comprender dichas barreras no como hechos aislados, sino como el resultado de un entramado complejo de relaciones sociales, prácticas institucionales y marcos culturales que condicionan el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En particular, las personas trans y travestis se encuentran expuestas a mayores niveles de vulnerabilidad social y sanitaria. Las trayectorias de vida de este colectivo se ven atravesadas por múltiples formas de exclusión, tales como el abandono temprano del sistema educativo, la dificultad de acceso al empleo formal, la violencia institucional y la estigmatización social, lo que impacta de manera directa en sus posibilidades de acceso a una atención integral y continua en salud.

⁷ Butler, Judith (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad (Buenos Aires: Paidós, 45–48).

Asimismo, se busca aportar, desde la Educación para la Salud, a la reflexión crítica sobre las prácticas sanitarias, con el objetivo de contribuir a la construcción de procesos de atención más inclusivos, humanizados y comprometidos con la equidad social⁸.

Desde el campo de la Educación para la Salud, estas problemáticas interpelan de manera directa el rol del sistema sanitario y de los equipos de salud. La persistencia de un enfoque biologicista y normativo en las prácticas de atención reduce el proceso de salud-enfermedad-atención a una dimensión técnica, invisibilizando los aspectos sociales, culturales y subjetivos que atraviesan las experiencias de los sujetos⁹. Asimismo, la falta de instancias sistemáticas de formación en diversidad sexual y de género contribuye a la reproducción de prácticas estigmatizantes que obstaculizan el acceso equitativo a la salud¹⁰.

La Educación para la Salud, entendida como una práctica social, política y pedagógica, ofrece herramientas fundamentales para problematizar estas desigualdades y promover procesos de transformación institucional. Desde una perspectiva crítica y dialógica, permite recuperar los saberes y experiencias de la comunidad LGBTQ+, cuestionar los sentidos hegemónicos que sostienen prácticas excluyentes y fortalecer la construcción de estrategias de intervención orientadas al respeto de la diversidad y la garantía de derechos¹¹⁻¹².

Y en la garantía de derechos, el acceso a la salud constituye uno fundamental, reconocido por diversos marcos normativos internacionales y nacionales. No obstante, dicho derecho no se materializa de manera homogéneo para todos los sujetos sociales, sino que se encuentra condicionados por determinantes históricos, sociales, culturales y simbólicos

⁸ Laurell, Cristina (1982), La salud-enfermedad como proceso social. México: Siglo XXI, 83–86.

⁹ Eduardo Menéndez, Modelo médico hegemónico y atención primaria (Buenos Aires: OPS, 1984), 19–22.

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación, Ley de Identidad de Género y atención de la salud integral de personas trans (2015) Buenos Aires: MSAL, 7–9.

¹¹ Paulo Freire, Pedagogía del oprimido (1970) Buenos Aires: Siglo XXI, pg. 72–75.

¹² Paulo Freire, Educación y cambio (2008) Buenos Aires: Siglo XXI, pg. 39–42.

que producen desigualdades persistentes en las trayectorias de atención y cuidado. Desde una perspectiva de la Salud Colectiva, la salud no puede ser comprendida únicamente como un hecho biológico o individual, sino como un proceso social, históricamente situado y atravesado por relaciones de poder que inciden en las condiciones de vida y en las posibilidades reales de acceso a los servicios sanitarios.

En este sentido, el sistema de salud no se configura como un espacio neutral, sino como un ámbito institucional en el que se expresan normas, valores y sentidos hegemónicos acerca de los cuerpos, las identidades y las formas legítimas de vivir la sexualidad. Tal como señalan los aportes teóricos de las ciencias sociales, las instituciones modernas- entre ellas las sanitarias- operan como dispositivos de regulación y control, produciendo clasificaciones, jerarquías y exclusiones que impactan de manera diferencial en los sujetos.

En ciudades intermedias como Palpalá, estas problemáticas se ven intensificadas por la cercanía social y la reducida escala territorial, lo que incrementa el temor a la exposición, al señalamiento y a la pérdida de confidencialidad. Diversos relatos recogidos en espacios comunitarios, talleres de promoción de la salud y acciones territoriales dan cuenta de que muchas personas de la comunidad LGTBQ+ evitan concurrir a centros de salud locales por experiencias previas de maltrato o por la percepción de que dichos espacios no garantizan un trato respetuoso a sus identidades. Estas situaciones generan trayectorias de atención marcadas por la discontinuidad y el alejamiento progresivo del sistema sanitario formal.

Asimismo, referentes territoriales y agentes comunitarios de salud señalan que existe una demanda insatisfecha de espacios de información y acompañamiento en salud sexual integral, particularmente en lo que respecta al acceso a métodos de cuidado, controles preventivos y acompañamiento en procesos de hormonización.

La ausencia de instancias de Educación para la Salud específicamente orientadas a la diversidad sexual y de género limita las posibilidades de

construcción de prácticas de autocuidado y cuidado colectivo, reforzando situaciones de vulnerabilidad sanitaria¹³.

Desde esta perspectiva, la incorporación de un abordaje empírico situado resulta central para comprender las particularidades que adquieren las barreras de acceso al sistema de salud en Palpalá. Recuperar las experiencias, percepciones y significaciones construidas por la comunidad LGTBQ+ en su relación con los servicios de sanitarios permite no solo visibilizar problemáticas históricamente silenciadas, sino también generar conocimiento relevante para el diseño de estrategias de intervención en clave de Educación para la Salud, orientadas a la transformación de las prácticas institucionales y al fortalecimiento del derecho a la salud en el territorio¹⁴.

En este contexto, el sistema público de salud se constituye como el principal y en muchos casos el único espacio de atención para amplios sectores de la población. Sin embargo, el acceso efectivo a los servicios sanitarios no se presenta como un proceso lineal ni equitativo, sino que se encuentra mediado por factores sociales, culturales e institucionales que inciden de manera diferencial en las trayectorias de atención. Desde una mirada crítica, el sistema de salud debe ser analizado no sólo en términos de cobertura, sino también en relación con la calidad del vínculo que establece con los sujetos que la demandan.

¹³ Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, Lineamientos para la atención integral de la salud sexual y reproductiva (2020)(San Salvador de Jujuy: MSJ, pg. 22–25.

¹⁴ Argumedo, Alcira (2009). Los silencios y las voces en América Latina: notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires: Colihue,pg. 91–94.

Preguntas Guías

- ¿Qué prácticas institucionales del sistema de salud funcionan como barreras de acceso para la comunidad LGTB+ en la ciudad de Palpalá?
- ¿Qué particularidades presentan las barreras de acceso en las experiencias de personas de la comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá?
- ¿Qué aportes puede realizar la Educación para la Salud para favorecer prácticas sanitarias más inclusivas en el ámbito local?

Formulación del Problema

¿Qué Barreras de acceso al sistema de salud se encuentran presentes desde las experiencias de la Comunidad LGTBQ+ en la ciudad de Palpalá Jujuy durante el primer semestre del 2026?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir las Barreras de acceso al sistema de salud que se encuentran presentes desde las experiencias de la Comunidad LGTBQ+ en la ciudad de Palpalá Jujuy durante el primer semestre del 2026.

Objetivos Específicos

- Conocer cómo las prácticas institucionales del sistema de salud funcionan como barreras de acceso para la comunidad LGTB+ en la ciudad de Palpalá.
- Caracterizar las particularidades que presentan las barreras de acceso en las experiencias de personas de la comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá.
- Formular un proyecto de intervención desde la Educación para la Salud en la construcción de prácticas sanitarias más inclusivas y respetuosas de la diversidad sexual y de género.

ESTADO DEL ARTE

El acceso a la salud de la comunidad LGBTQ+ ha sido abordado en las últimas décadas como un problema relevante dentro del campo de la salud pública, la salud colectiva y los estudios sociales de la salud, en el marco de una creciente problematización de las desigualdades sanitarias vinculadas a la orientación sexual y la identidad de género.

A nivel internacional, la producción académica coincide en señalar que las personas de la comunidad LGBTQ+ enfrentan barreras específicas en los sistemas de salud, que no se explican únicamente por condiciones individuales, sino que se inscriben en procesos estructurales de discriminación, estigmatización y exclusión institucional¹⁵. Estos antecedentes constituyen un punto de partida fundamental para situar la presente investigación dentro de un campo de debate consolidado, aunque aún atravesado por tensiones epistemológicas y políticas.

Entre los aportes internacionales más relevantes se destacan los trabajos de Ilan Meyer, quien desarrolla el modelo de estrés de minorías para explicar las desigualdades en salud mental observadas en poblaciones de la comunidad LGBTQ+. Meyer sostiene que la exposición sostenida a experiencias de prejuicio, violencia simbólica y discriminación institucional genera un estrés crónico que impacta negativamente en la salud integral de estos colectivos¹⁶. Este enfoque resulta clave para comprender que las barreras de acceso al sistema de salud no solo producen efectos materiales, como la interrupción de tratamientos o la postergación de consultas, sino también efectos subjetivos que condicionan el vínculo de las personas con las instituciones sanitarias.

¹⁵Organización Panamericana de la Salud. Salud y diversidad sexual: marco conceptual y buenas prácticas(2013) Washington, DC: OPS,9–13.

¹⁶Meyer, Ilan H., (2003).“Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence”, *Psychological Bulletin* 129, no. 5: 674–697.

En consonancia con estos aportes, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han producido informes que dan cuenta de las inequidades en salud que afectan a la comunidad LGBTQ+¹⁷. Estos documentos señalan que la falta de formaciones de los equipos de salud, la ausencia de políticas inclusivas y la persistencia de marcos normativos y culturales heteronormativo constituyen barreras centrales para el acceso efectivo a una atención sanitaria de calidad¹⁷. Asimismo, recomiendan la adopción de enfoques basados en derechos humanos, la participación comunitaria y la Educación para la Salud como estrategias fundamentales para revertir dichas desigualdades.

Desde una perspectiva crítica, los estudios de género y diversidad han problematizado la forma en que los sistemas de salud reproducen normas binarias y cisnormativas. Butler advierte que las instituciones sanitarias, al operar bajo categorías rígidas de sexo y género, producen exclusión simbólica y material de aquellas identidades que no se ajustan a dichos parámetros¹⁸. Estos aportes nos permiten comprender que las barreras de acceso no siempre se expresan de manera explícita, sino que pueden manifestarse a través de prácticas naturalizadas, discursos médicos y dispositivos administrativos que invisibilizan la diversidad sexual y de género.

En el contexto latinoamericano, el estado del arte muestra un crecimiento sostenido de investigaciones que abordan la salud de la comunidad LGBTQ+ desde una perspectiva de derechos y de determinación social. Estudios realizados en países como Brasil, México y Chile evidencian que las personas de la comunidad LGBTQ+ enfrentan mayores dificultades de acceso a los servicios de salud, especialmente en el primer nivel de atención, debido a prácticas discriminatorias, la falta de confidencialidad y desconocimiento de las necesidades específicas de estos colectivos¹⁹. Estos trabajos destacan la pertinencia de los enfoques cualitativos para recuperar las experiencias y voces

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, (2014) Integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO (Ginebra: OMS), 18–23.

¹⁸ Butler, Judith, (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad (Buenos Aires: Paidós), 64–69.

¹⁹ Poteat, T., Reisner, S. L., & Radix, A., (2015) “HIV epidemics among transgender women”, The Lancet 385, 274–286.

de los sujetos, permitiendo comprender la complejidad de las barreras de acceso más allá de indicadores cuantitativos.

En Argentina, la producción académica sobre la temática se ve fuertemente influenciada por el marco normativo vigente, particularmente a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género (Ley N°26.743). Diversas investigaciones coinciden en señalar que dicha ley constituye un avance significativo en el reconocimiento de derechos; sin embargo, también advierten que su implementación efectiva presenta importantes limitaciones en el ámbito del sistema de salud²⁰. Estudios desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación y por universidades nacionales señalan la persistencia de prácticas institucionales que vulneran derechos, especialmente en relación con el trato hacia personas trans y travestis.

Autores como Pecheny y Figari analizan cómo las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en Argentina incorporan discursos de inclusión, pero continúan reproduciendo lógicas heteronormativas que restringen el acceso de la comunidad LGBTQ+ a una atención integral²¹. Estos estudios subrayan la necesidad de problematizar las representaciones sociales presentes en los equipos de salud y de fortalecer instancias de formación desde una perspectiva de género y diversidad. En este marco. El acceso a la salud es concebido como un proceso relacional, atravesado por vínculos, discursos y prácticas institucionales, más que como una cuestión meramente administrativa.

Desde el campo de la Educación para la Salud, diversos trabajos en el ámbito nacional destacan el potencial de este enfoque para promover prácticas sanitarias más inclusivas y participativas. Investigaciones desarrolladas de la salud colectiva señalan que la Educación para la Salud, entendida como proceso crítico y emancipador, permite desnaturalizar prejuicios, fortalecer la participación comunitaria y generar transformaciones en las prácticas de

²⁰Ministerio de Salud de la Nación, Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias (2015) Buenos Aires: MSAL, , 7–12.

²¹Pecheny, Mario y Figari, Carlos (2009), La salud de las minorías sexuales en Argentina (Buenos Aires: Teseo, 41–47.

atención²². No obstante, también se advierte que estos enfoques aún tienen una implementación desigual en los servicios de salud, especialmente en contextos locales y territorios periféricos.

En la provincia de Jujuy, los antecedentes específicos sobre el acceso a la salud de la comunidad LGBTQ+ son escasos y fragmentarios. Algunos informes elaborados por organismos provinciales y organizaciones de la sociedad civil dan cuenta de situaciones de discriminación, maltrato y desconocimiento de derechos en los servicios de salud, particularmente en localidades del interior de la provincia²³. La falta de investigaciones académicas sistemáticas sobre la temática evidencia en el campo del conocimiento y refuerza la necesidad de estudios situacionales que recuperen las particularidades del contexto local.

En relación con la ciudad de Palpalá, no se identifican mayores investigaciones que aborden de manera específica y sistemática las barreras de acceso al sistema de salud que enfrenta la comunidad LGBTQ+. Esta ausencia de antecedentes locales constituye un elemento central de la pertinencia de la presente investigación, en tanto permite aportar conocimiento situacional sobre una problemática escasamente explorada. Recuperar las experiencias y significaciones de la comunidad LGBTQ+ en este territorio posibilita no solo ampliar el campo académico, sino también generar insumos relevantes para la educación para la salud y el diseño de estrategias de intervención orientadas a la garantía de derechos a la salud.

En síntesis, el estado del arte evidencia la existencia de un cuerpo significativo de investigaciones que reconocen las barreras estructurales, institucionales y culturales que afectan el acceso a la salud de la comunidad LGBTQ+. Sin embargo, también pone de manifiesto la necesidad de profundizar estudios cualitativos, contextualizados y articulados con la Educación para la Salud, que permitan comprender estas barreras desde las

²²Kornblit, Ana Lía (2008), Salud, derechos humanos y diversidad sexual (Buenos Aires: Paidós), 119–125.

²³Dirección Provincial de Políticas de Género y Diversidad, Informe sobre diversidad sexual y acceso a la salud en Jujuy (2019) San Salvador de Jujuy,, 3–7.

experiencias de los sujetos y contribuir a la transformación de las prácticas sanitarias en contextos locales específicos. En este marco, la presente investigación se inscribe como un aporte original y pertinente al campo, al abordar una vacancia empírica y teórica en la ciudad de Palpalá.

El análisis de los antecedentes locales vinculados a la comunidad LGBTQ+ en la provincia de Jujuy, y particularmente en la ciudad de Palpalá, permite situar la problemática de las barreras de acceso al sistema de salud en un entramado social, institucional y cultural específico²⁴. Lejos de constituir fenómenos aislados o coyunturales, estos antecedentes evidencian la persistencia de desigualdades estructurales que condicionan las experiencias de atención y cuidado de la salud de las personas que integran la diversidad sexual y de género²⁵.

En primer lugar, resulta relevante considerar que, en los últimos años, la comunidad LGBTQ+ en Jujuy ha protagonizado diversos procesos de organización y movilización colectiva en reclamo de derechos, entre los cuales el acceso a la salud ocupa un lugar central²⁶. Las demandas públicas elevadas por organizaciones y colectivos LGBTQ+ ante organismos provinciales y municipales dan cuenta de que el acceso a servicios de salud no se experimenta como un derecho plenamente garantizado, sino como un proceso atravesado por obstáculos reiterados²⁷. Estos reclamos no se limitan a la existencia formal de servicios, sino que ponen el foco en las condiciones de acceso, el trato recibido y la ausencia de prácticas institucionales inclusivas, lo que evidencia la presencia de barreras institucionales y culturales persistentes.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. (2019). Salud y diversidad sexual: informe regional. Washington, DC: OPS. Documento que analiza las barreras sociales, institucionales y culturales que afectan el acceso a la salud de la población LGBTQ+ en América Latina.

²⁵ Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Lineamientos para la atención integral de la salud de personas LGBTI+. Buenos Aires: MSAL. Reconoce desigualdades estructurales persistentes en la atención sanitaria.

²⁶ El Tribuno de Jujuy. (24 de junio de 2025). Organizaciones LGBT+ reclaman derechos clave en Jujuy. Diario El Tribuno. Nota periodística sobre movilizaciones y reclamos ante el Estado provincial.

²⁷ Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). (2022). Mapa Nacional de la Discriminación. Buenos Aires: INADI. Informe que identifica dificultades de acceso a derechos en el ámbito de la salud.

En este sentido, la emergencia de estos reclamos puede ser leída como un indicador social de fallas estructurales del sistema de salud para responder de manera adecuada a las necesidades específicas de la comunidad LGBTQ+. La necesidad de recurrir a instancias de visibilización y presión política para acceder a derechos básicos refuerza la idea de que las barreras de acceso no se explican por decisiones individuales, sino por la forma en que el sistema de salud se organiza y reproduce lógicas normativas que excluyen o deslegitiman determinadas identidades y experiencias²⁸.

Un segundo antecedente de especial relevancia en el contexto de Palpalá es el rol que cumplen las organizaciones comunitarias LGBTQ+ en la promoción de la salud y el acompañamiento de las personas del colectivo²⁹. La presencia sostenida de espacios organizados que desarrollan campañas de prevención, actividades de información en salud sexual y acciones de acompañamiento comunitario pone en evidencia, por un lado, la capacidad de agencia y resistencia de la comunidad, y por otro, la insuficiencia del sistema de salud formal para responder de manera integral y accesible³⁰.

Estas organizaciones funcionan, en muchos casos, como mediadoras entre la comunidad y las instituciones sanitarias, supliendo vacíos del sistema público. Desde una mirada crítica, este fenómeno puede ser interpretado como una estrategia de supervivencia frente a barreras institucionales que desalientan el acceso directo a los servicios de salud³¹. La relevancia de este antecedente radica en que permite comprender que las barreras no solo se expresan en la negación explícita de la atención, sino también en la necesidad de construir circuitos alternativos de cuidado debido a la desconfianza, el temor al maltrato o la experiencia previa de discriminación³².

²⁸ Menéndez, E. (2005). El modelo médico hegemónico. Buenos Aires: Paidós. Análisis de la reproducción de lógicas normativas en instituciones de salud.

²⁹ Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2021). Diagnóstico federal sobre organizaciones LGBTI+. Buenos Aires: MMGyD.

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2020). Participación comunitaria y acceso a la salud. Washington, DC: OPS.

³¹ Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Barreras de acceso a la salud en poblaciones vulneradas. Serie Cuadernos de Salud Colectiva.

³² INADI. (2021). Discriminación y acceso a derechos en Argentina. Buenos Aires: INADI.

Asimismo, la existencia de declaraciones públicas, ordenanzas municipales o pronunciamientos institucionales en contra de los discursos de odio hacia la comunidad LGTBQ+ constituye otro antecedente significativo en el plano local³³. Estas iniciativas evidencian un reconocimiento político y simbólico de la problemática de la discriminación y la violencia hacia la diversidad sexual y de género. Sin embargo, su relevancia para el objetivo de la presente investigación radica precisamente en la distancia que suele existir entre el plano discursivo-normativo y las prácticas concretas de atención en el sistema de salud.

Si bien estas acciones representan avances en términos de reconocimiento institucional, no garantizan por sí mismas la transformación de las prácticas cotidianas ni la eliminación de las barreras culturales que operan en los servicios sanitarios. En el ámbito de la salud, estas barreras se manifiestan en actitudes, comentarios, miradas, supuestos heteronormativos y procedimientos administrativos que producen experiencias de exclusión sutil pero persistente³⁴. Por ello, este antecedente resulta clave para comprender que el acceso a la salud no depende únicamente de marcos normativos favorables, sino de la capacidad real del sistema para traducir esos posicionamientos en prácticas inclusivas³⁵.

Otro antecedente relevante se vincula con las acciones de capacitación y sensibilización impulsadas por organismos provinciales en materia de diversidad sexual y género, dirigidas a trabajadores y trabajadoras del Estado, incluidos equipos de salud³⁶. Estas instancias formativas constituyen un reconocimiento explícito de que existen déficits en la formación de los agentes institucionales y de que dichos déficits impactan negativamente en el acceso a derechos. Desde esta perspectiva, las capacitaciones representan un intento

³³ Municipalidad de Palpalá. (2024). Declaraciones institucionales contra los discursos de odio. Actas y comunicaciones oficiales.

³⁴ Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama. Concepto de violencia simbólica.

³⁵ Naciones Unidas. (2018). Protección contra la violencia y la discriminación por orientación sexual e identidad de género. ONU.

³⁶ Gobierno de la Provincia de Jujuy. (2024). Capacitaciones en diversidad sexual y género. Prensa Oficial.

de intervenir sobre las barreras culturales y actitudinales que atraviesan el sistema de salud.

No obstante, diversos análisis señalan que estas capacitaciones suelen tener un alcance limitado, discontinuo o insuficiente para modificar prácticas arraigadas³⁷. La relevancia de este antecedente para el objetivo de la investigación reside en la necesidad de evaluar cómo estas acciones se traducen —o no— en mejoras concretas en la experiencia de acceso de la comunidad LGBTQ+ a los servicios de salud en Palpalá. La persistencia de relatos de discriminación y maltrato sugiere que las barreras institucionales no se resuelven únicamente mediante acciones formativas aisladas, sino que requieren transformaciones más profundas en los modelos de atención y en la cultura organizacional del sistema sanitario.

Finalmente, los antecedentes vinculados a la implementación de operativos sanitarios territoriales y dispositivos de atención comunitaria en Palpalá permiten problematizar la noción de acceso desde una perspectiva más amplia³⁸. Si bien estos operativos buscan acercar el sistema de salud a la población y reducir barreras geográficas o económicas, la experiencia de la comunidad LGBTQ+ muestra que la mera presencia territorial de los servicios no garantiza el acceso efectivo. La confianza, el trato respetuoso, la confidencialidad y el reconocimiento de las identidades y trayectorias de vida resultan condiciones fundamentales para que dichos dispositivos sean utilizados por la comunidad.

Este antecedente pone en evidencia que las barreras de acceso no pueden ser analizadas únicamente en términos de disponibilidad de recursos, sino que deben ser comprendidas como procesos relacionales y simbólicos³⁹. En contextos de ciudades intermedias como Palpalá, donde la cercanía social y el conocimiento mutuo intensifican el temor a la exposición y al señalamiento,

³⁷ Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Evaluación de políticas de capacitación en el sistema sanitario. Informe técnico.

³⁸ Ministerio de Salud de Jujuy. (2023). Operativos territoriales de salud en Palpalá. Informe provincial.

³⁹ De Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del Sur. Buenos Aires: CLACSO

estas barreras adquieren una relevancia particular y refuerzan las estrategias de evitación del sistema de salud.

En conjunto, los antecedentes analizados permiten afirmar que las barreras de acceso al sistema de salud que enfrenta la comunidad LGBTQ+ en Palpalá se configuran a partir de la articulación de factores institucionales, culturales y sociales. Estos antecedentes no solo justifican la pertinencia del objetivo general de la investigación, sino que ponen de manifiesto la necesidad de un abordaje empírico situado que recupere las experiencias concretas de la comunidad. Desde el campo de la Educación para la Salud, comprender estas barreras resulta fundamental para contribuir a la construcción de prácticas sanitarias más inclusivas, humanizadas y comprometidas con la garantía efectiva del derecho a la salud en el territorio⁴⁰.

⁴⁰ Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.

MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

El presente proyecto de investigación se inscribe en un marco teórico que recupera aportes críticos provenientes de la Salud Colectiva latinoamericana, la perspectiva de género y diversidad sexual y la Educación para la Salud, entendida como un campo pedagógico, político y transformador. Este posicionamiento epistemológico parte del supuesto de que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado no pueden ser comprendidos como hechos meramente biológicos, individuales ni ahistóricos, sino como procesos sociales complejos, históricamente contruidos y atravesados por relaciones de poder, desigualdades estructurales y marcos culturales hegemónicos que condicionan las posibilidades reales de acceso, permanencia y calidad de la atención en los sistemas de salud⁴¹.

Desde esta perspectiva, la producción de conocimiento en salud implica necesariamente una toma de posición frente a la realidad social. Tal como sostiene Breilh, toda mirada sobre la salud se encuentra atravesada por un posicionamiento político y epistemológico, en tanto define qué problemas se visibilizan, qué sujetos son considerados legítimos y que dimensiones de la realidad son priorizadas⁴².

En este sentido, el presente estudio asume una perspectiva crítica y situada, orientada a comprender las barreras de acceso al sistema de salud que enfrenta la comunidad LGBTQ+ como expresiones de desigualdades sociales estructurales y no como situaciones excepcionales o individuales.

La Salud Colectiva latinoamericana ha desarrollado una crítica profunda a los enfoques tradicionales de la salud, particularmente a aquellos de matriz biologicista que reducen la enfermedad a un evento individual, descontextualizado de las condiciones sociales de existencia, Jaime Breilh Sostiene que la salud y la enfermedad: *“No son hechos naturales ni aislados,*

⁴¹ Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

⁴² Breilh, J. (2008). Latinoamérica: salud, política y sociedad. Buenos Aires: CLACSO.

*sino procesos históricos que expresan las formas de organización social, las relaciones de poder y las condiciones materiales de vida*⁴³.

Desde esta concepción, el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado se encuentra determinado socialmente, es decir, condicionado por factores económicos, políticos, culturales, sociales y simbólicos que producen desigualdades sanitarias. Estas desigualdades no afectan de manera homogénea a toda la población sino que impactan con mayor intensidad en aquellos colectivos históricamente marginados.

En esta misma línea, Cristina Laurell define el proceso salud-enfermedad como un fenómeno socialmente determinado, en el cual las condiciones de trabajo, de vida y de reproducción social inciden directamente en las posibilidades de enfermar, curar y acceder a servicios de salud⁴⁴.

Este enfoque resulta central para el presente estudio, ya que permite comprender que las barreras de acceso al sistema de salud que enfrenta la comunidad LGTBQ+ no responden a decisiones individuales ni a fallas aisladas de sistema, sino que se inscriben en tramas sociales más amplias de exclusión y de desigualdad.

Desde una perspectiva crítica, el sistema de salud no puede ser entendido únicamente como un conjunto de instituciones orientadas a la atención de enfermedades, sino como un espacio social atravesado por relaciones de poder, disputas simbólicas y modelos de atención hegemónicos.

Eduardo Menéndez señala que el denominado modelo médico hegemónico se caracteriza por una mirada biologicista, tecnocrática y jerarquía, que tiende a deslegitimar los saberes de los sujetos y a invisibilizar los

⁴³ Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

⁴⁴ Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales, 19, 7–25.

determinantes sociales y culturales de la salud⁴⁵. Este modelo prioriza la dimensión técnica de la atención por sobre el reconocimiento de las trayectorias vitales, las experiencias y los contextos sociales de los sujetos.

En el caso de la comunidad LGBTQ+, estas lógicas adquieren particular relevancia, ya que se articulan con normas sociales que históricamente han patologizado, estigmatizado o invisibilizando identidades y expresiones de género y sexualidades disidentes. De este modo, el sistema de salud puede constituirse no sólo como un espacio de cuidado, sino también un ámbito de reproducción de exclusiones y desigualdades.

La comunidad LGTBQ+ refiere a un colectivo social diverso conformado por personas cuyas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género no se ajustan a la norma heterosexual y cisgenero dominante. Desde la Salud Colectiva, esta comunidad no debe ser comprendida como un grupo homogéneo, sino como un conjunto de trayectorias vitales atravesadas por múltiples desigualdades y experiencias diferenciales de acceso a derechos.

Parker sostiene que las desigualdades en salud que afectan a las minorías sexuales no pueden comprenderse sin analizar los procesos de estigmatización, discriminación y exclusión social que estructuran sus condiciones de vida⁴⁶.

Estas experiencias impactan de manera directa en la relación con las instituciones de salud, generando desconfianza, temor y estrategias de evitación del sistema sanitario.

Las barreras de acceso al sistema de salud se refieren a los obstáculos que dificultan o impiden que las personas y colectivos puedan utilizar de manera efectiva los servicios de salud disponibles, aun cuando estos existan formalmente. Desde una perspectiva crítica, el acceso no se reduce a la

⁴⁵ Menéndez, E. (2005). Modelo médico hegemónico y atención primaria de la salud. En E. Menéndez, *La parte negada de la cultura* (pp. 11–64). Buenos Aires: CIESAS

⁴⁶ Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351–357.

disponibilidad de los servicios, sino que implica la posibilidad real de ingresar, permanecer y recibir atención oportuna y digna, en función de la organización del sistema y de las condiciones sociales de los sujetos⁴⁷.

Desde la Salud Colectiva, las barreras de acceso son entendidas como expresiones de procesos de determinación social de la salud, que reproducen desigualdades estructurales y afectan de manera diferencial a los grupos históricamente vulnerados⁴⁸

Las barreras institucionales refieren a las normas, prácticas y formas de organización del sistema de salud que dificultan el acceso efectivo a la atención. Incluyen modelos de atención rígidos, prácticas jerárquicas y la falta de formación de los equipos de salud en diversidad y enfoques integrales.

Las barreras culturales se vinculan con prejuicios, estigmas y representaciones sociales negativas que atraviesan las prácticas de atención en salud. Desde una perspectiva sociológica, Bourdieu (2000) explica que estas barreras operan como formas de violencia simbólica, produciendo sentimientos de vergüenza, temor o deslegitimación que desalientan el uso de los servicios de salud⁴⁹. En el caso de la comunidad LGTBQ+, estas barreras se articulan con normas heteronormativas y cisonormativas que condicionan el trato y el reconocimiento dentro del sistema sanitario.

Las barreras sociales refieren a las condiciones estructurales de desigualdad que limitan el acceso efectivo a la salud, tales como la precariedad laboral, la exclusión educativa, la falta de redes de apoyo y la marginalización social. Breilh sostiene que estas condiciones forman parte de los procesos de determinación social de la salud, y que configuran escenarios de vulnerabilidad

⁴⁷Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.

⁴⁸ Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

⁴⁹Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama..

que condicionan las posibilidades reales de cuidado y acceso a los servicios sanitarios⁵⁰.

Desde la epidemiología clásica, los factores de riesgo han sido definidos como características o condiciones que aumentan la probabilidad de enfermar. Sin embargo, desde la Salud Colectiva, Breihl advierte que los riesgos no son elecciones individuales, sino expresiones de procesos de determinación social⁵¹.

En el caso de la comunidad LGBTQ+, la discriminación, la exclusión social y las barreras de acceso al sistema de salud constituyen factores de riesgo psicosocial que incrementan la vulnerabilidad sanitaria.

La Educación para la Salud es entendida, en el marco del presente proyecto de investigación, como un campo pedagógico, político y transformador que concibe a la salud como un proceso complejo y socialmente determinado, y no como un fenómeno exclusivamente biológico o individual.

Desde esta perspectiva. La Educación para la Salud se orienta a intervenir sobre los factores personales y sociales que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, reconociendo a los sujetos y a las comunidades como protagonistas activos de dichos procesos.

Un consenso elaborado en una reunión de responsables de las áreas de Educación para la Salud de todo el país defina a esta disciplina como:

En el presente proyecto de investigación, se lleva a cabo un recorrido sobre los marcos conceptuales y epistemológicos los cuales son las bases que orientan y brindan sustentos sólidos a la temática seleccionada, con la finalidad de establecer un análisis crítico desde nuestro marco disciplinar. *“El proceso de enseñanza–aprendizaje esencialmente interdisciplinario, intersectorial, dinámico y participativo, basado en la ciencia, la técnica y el respeto al ser*

⁵⁰ Breilh, J. (2008). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 26(2), 79–93.

⁵¹ Breilh, J. (2008). Latinoamérica: salud, política y sociedad. Buenos Aires: CLACSO.

*humano, que actúa sobre factores condicionantes tanto personales como sociales con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida de los individuos, familias y comunidades mediante el logro de actitudes y comportamientos de salud positivos, conscientes, responsables y solidarios*⁵².

Esta definición expresa un posicionamiento paradigmático que concibe la salud como un proceso socialmente determinado que reconoce la necesidad de abordar tanto las dimensiones individuales como colectivas del cuidado, superando enfoques reduccionistas centrados exclusivamente en la modificación de conductas.

Desde una perspectiva crítica, la Educación para la Salud se inscribe en el campo de las pedagogías emancipadoras. Paulo Freire sostiene que toda práctica educativa implica necesariamente una toma de posición frente a la realidad social y frente a las relaciones de poder que la atraviesan, afirmando que: *“No existe educación neutral; toda educación es un acto político”*⁵³.

En el ámbito de la salud, esta afirmación adquiere especial relevancia, ya que las prácticas educativas pueden contribuir tanto a la reproducción de desigualdades como a su transformación. Desde este enfoque, la Educación para la Salud no se limita a la transmisión de información, sino que promueve procesos de concientización, diálogo y participación crítica, orientados a que los sujetos comprendan las condiciones sociales que afectan su salud y se involucren activamente en la transformación de dichas condiciones.

Asimismo, Mario Testa señala que pensar la Salud implica necesariamente pensar en política, en tanto las decisiones sanitarias expresan proyectos de sociedad y disputas por el sentido del cuidado⁵⁴. En este marco, la Educación para la Salud se configura como una herramienta estratégica para problematizar las prácticas institucionales, visibilizar desigualdades y promover

⁵² Definición consensuada en reunión nacional de responsables de las áreas de Educación para la Salud.

⁵³ Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

⁵⁴ Testa, M. (2007). Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

transformaciones en los modelos de atención y en los vínculos entre los sujetos y el sistema de salud.

Por último, en relación con la temática de la presente investigación, la Educación para la Salud permite abordar críticamente las barreras de acceso al sistema de salud que enfrenta la comunidad LGTBQ+, al habilitar espacios de reflexión y diálogo que recuperan las experiencias, saberes y demandas de los sujetos. De este modo, se constituye en un dispositivo clave para la construcción de prácticas sanitarias más inclusivas, equitativas y respetuosas de la diversidad, orientadas al fortalecimiento del derecho a la salud desde una perspectiva.

MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio se inscribe en el paradigma interpretativo, desde el cual se concibe la realidad social como una construcción intersubjetiva, producida y reproducida a través de las prácticas, los discursos y las significaciones que los sujetos elaboran en sus contextos históricos y territoriales. Desde esta perspectiva, el conocimiento no es entendido como un reflejo objetivo de una realidad externa, sino como el resultado de un proceso de interpretación situado, en el que intervienen tanto los sujetos investigados como el propio investigador⁵⁵.

En coherencia con este posicionamiento paradigmático, se adopta un enfoque metodológico cualitativo, entendido como un conjunto de estrategias orientadas a la producción de conocimiento a partir de la interpretación de discursos, prácticas y significados sociales. Según Vasilachis, el enfoque cualitativo se caracteriza por su carácter flexible, inductivo y abierto, permitiendo que las categorías de análisis emerjan del trabajo empírico y no sean impuestas a priori⁵⁶. Este rasgo resulta fundamental para una investigación que busca problematizar experiencias de discriminación, exclusión y vulnerabilidad, las cuales requieren ser abordadas desde una lógica comprensiva y sensible a la singularidad de las trayectorias vitales.

Mediante el método inductivo se observa, estudia y conoce las características genéricas o comunes que se reflejan en un conjunto de realidades para elaborar una propuesta o ley científica de índole general.

El método inductivo plantea un razonamiento ascendente que fluye de lo particular o individual hasta lo general. Se razona que la premisa inductiva es una reflexión enfocada en el fin. Puede observarse que la inducción es un resultado lógico y metodológico de la aplicación del método comparativo.⁵⁷

⁵⁵Vasilachis de Gialdino, Irene, (2006) Métodos cualitativos I. Buenos Aires: Biblos, 27.

⁵⁶Vasilachis de Gialdino, Irene (2006), Métodos cualitativos I, 35–40

⁵⁷ Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill.

El alcance de esta investigación fue exploratorio. Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.⁵⁸

El diseño metodológico de la investigación es de tipo descriptivo-interpretativo, en tanto se propone describir las experiencias de interacción de la comunidad LGBTQ+ con el sistema de salud y, al mismo tiempo, interpretar los sentidos que los sujetos atribuyen a dichas experiencias. Desde esta perspectiva, la descripción no se limita a la enumeración de hechos, sino que constituye un momento analítico fundamental para la comprensión de los fenómenos sociales, en la medida en que permite reconstruir los contextos, las prácticas y las relaciones en las que dichos fenómenos se inscriben⁵⁹. La interpretación, por su parte, posibilita identificar regularidades, tensiones y significados compartidos que dan cuenta de la configuración de las barreras de acceso al sistema de salud.

Según el tipo de diseño, lo que se hace, en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos.⁶⁰ Las investigaciones no experimentales son el tipo de estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.

En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En esta investigación las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo

⁵⁸ Ramírez, K. A., & Álvaro, V. P. (2017). Prácticas de mejora continua, con enfoque Kaizen, en empresas del Distrito Metropolitano de Quito: Un estudio exploratorio. *Intangible Capital*, 13(2), 479-497.

⁵⁹ Flick, Uwe (2007), *Introducción a la investigación cualitativa* (Madrid: Morata), 53–56.

⁶⁰ Agudelo Viana, L. G., & Aigner Aburto, J. M. (2008). *Diseños de investigación experimental y no-experimental*.

sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.⁶¹

Las técnicas de recolección de datos se centran en la entrevista en profundidad, entendida como una herramienta privilegiada para acceder a los significados, percepciones y vivencias de los sujetos. Vasilachis sostiene que la entrevista cualitativa constituye un espacio de construcción conjunta de sentido, en el que el discurso del entrevistado se produce en interacción con el investigador⁶². Esta concepción implica reconocer el carácter relacional y el diálogo de la entrevista, así como la necesidad de generar condiciones de confianza, respeto y escucha activa, especialmente al trabajar con poblaciones históricamente vulneradas.

El proceso de análisis de la información se orienta a la construcción progresiva de categorías analíticas, a partir de un diálogo constante entre el marco teórico, los objetivos de la investigación y el material empírico producido. Desde el enfoque cualitativo, el análisis no constituye una etapa final y esperada del trabajo de campo, sino un proceso continuo que acompaña toda la investigación⁶³. Esta lógica permite ajustar las preguntas, profundizar ciertos ejes emergentes y complejizar la interpretación de las barreras de acceso al sistema de salud.

Carrasco ⁶⁴ va a señalar que el universo es el conjunto de elementos (personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras) finitos e infinitos, a los que pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las

⁶¹ Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica sanitas*, 21(3), 141-146.

⁶² Vasilachis de Gialdino, Irene (2006), *La investigación cualitativa*, 89–95.

⁶³ Maxwell, Joseph (1996), *Diseño de investigación cualitativa* (Barcelona: Gedisa), 121–125.

⁶⁴ Carrasco, S. (2009). *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: Ed. San Marcos, p. 236.

variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación.

En tal sentido definimos al universo como un conjunto de personas, cosas o fenómenos sujetos a investigación, que tienen algunas características definitivas. Ante la posibilidad de investigar el conjunto en su totalidad, se selecciona un subconjunto al cual se denomina muestra.

La Muestra siendo un subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta. Por tanto, para seleccionar una muestra, lo primero que hay que hacer es definir la unidad de muestreo/análisis (si se trata de individuos, organizaciones, periódicos, comunidades, situaciones, piezas producidas, eventos, etc.). Una vez definida la unidad de muestreo/análisis se delimita la población.⁶⁵

Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno.

Como técnica de recolección de datos se realizaron entrevistas abiertas. La entrevista cualitativa va a ser más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa. Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados).⁶⁶

Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los

⁶⁵ Ventura-León, J. L., & Barboza-Palomino, M. (2017). El tamaño de la muestra: ¿Cuántos participantes son necesarios en estudios cualitativos? Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 28(3), 0-0.

⁶⁶ Ventura-León, J. L., & Barboza-Palomino, M. (2017). El tamaño de la muestra: ¿Cuántos participantes son necesarios en estudios cualitativos? Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 28(3), 0-0.31

participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento.

Esta clase de datos es muy útil para capturar y entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano. Asimismo, no se reducen sólo a números para ser analizados estadísticamente, pues, aunque a veces sí se efectúan conteos, no es tal el fin de los estudios cualitativos. La recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis.

Desde la mirada de la Educación para la Salud, este proceso metodológico adquiere un sentido particular, en tanto posibilita visibilizar las voces y experiencias de sujetos históricamente relegados de los espacios de producción de conocimiento. Recuperar estas experiencias no solo tiene un valor descriptivo o explicativo, sino también un valor político y pedagógico, en la medida en que contribuye a cuestionar las prácticas institucionales que reproducen desigualdades y a promover procesos de reflexión crítica en el campo de la salud⁶⁷. En este sentido, la investigación se concibe como una instancia de aprendizaje colectivo, tanto para los sujetos participantes como para el propio investigador.

⁶⁷Breilh, Jaime(2003), Epidemiología crítica (Buenos Aires: Lugar Editorial), 131–136.

RESULTADOS Y ANÁLISIS CRÍTICO

1° METACATEGORIA: Accesibilidad al sistema de salud

CATEGORÍAS:

- ACCESO INTERMITENTE
- MALTRATO/DISCRIMINACIÓN
- INCOMODIDAD INSTITUCIONAL

2° METACATEGORIA: BARRERAS INSTITUCIONALES

CATEGORÍAS:

- FALTA DE FORMACIÓN EN DIVERSIDAD SEXUAL
- EXPOSICIÓN SOCIAL

3° METACATEGORIA: CONSECUENCIAS SOBRE LAS BARRERAS AL SISTEMA DE SALUD

CATEGORÍA:

- DESGASTE EMOCIONAL
- ESTIGMA/RECHAZO SOCIAL

Meta categoría 1: Accesibilidad al sistema de salud

Según Almeida et al. (2014) "La accesibilidad representa una dimensión relevante sobre la equidad en los sistemas de Salud y uno de los principales atributos de la atención primaria de salud"⁶⁸. Desde este sentido la accesibilidad al sistema de salud refiere a la posibilidad real y concreta que tienen las personas de establecer contacto con los servicios de salud en condiciones de equidad, sin exclusión ni trato desigual.⁶⁹ Es entonces que, la accesibilidad no se limita ahora en la disponibilidad física o geográfica de los establecimientos, sino que abarca también las dimensiones subjetivas, simbólicas y culturales que condicionan si una persona puede y se siente en condiciones de acudir al sistema cuando lo necesita.⁷⁰ En el marco de esta meta categoría se definieron las siguientes categorías de análisis:

a- Acceso Intermitente

Esta categoría es una de las manifestaciones más frecuente de las barreras de acceso en la comunidad LGBTQ+, por ello en la presente investigación se ha denominado acceso intermitente. Castañeda et al. (2021) señalan que:

*"Las personas transgénero tienen más probabilidades de retrasar la atención médica en comparación con los participantes cisgénero, debido a que anticipan la discriminación"*⁷¹ (Castañeda et al., 2021, párr. 12).

⁶⁸ Almeida, P. F., Lins, N. M., Brandao, A. L., & Melo, A. A. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33), 1–12

⁶⁹ Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., et al. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1–2), 126–134.

⁷⁰ Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2006). La construcción del concepto de accesibilidad en los sistemas de salud [Ponencia]. VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

⁷¹ Castañeda, M., Caballero, P., & Huanca, L. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 240–248. Material reproducido con fines académicos.

Ahora, es importante destacar que el acceso intermitente designa un patrón de vinculación fragmentada con el sistema de salud, en donde las personas no se desvinculan completamente del mismo, pero por supuesto tampoco logra sostener una continuidad de atención regular y oportuna. Siendo de esta manera que este fenómeno se distingue del no-acceso total, ya que implica presencia intermitente: la persona asiste al sistema, pero solo en momentos de crisis o cuando el malestar físico supera el umbral del miedo o la incomodidad anticipada.

Es entonces que es importante poder dar lugar a las voces de las personas de la comunidad LGBTQ+ de la Ciudad de Palpalá respecto al acceso intermitente:

“Pero claro que sí, yo postergo mucho las consultas... me agunto dolores, molestias, cosas que sé debería controlar. Me digo ‘ya se me va a pasar’, ‘no es tan grave’, pero siempre está ese miedo cuando te duele algo.”

“Sí, influyen un montón. Yo pateo todo. Controles, estudios, todo. Me agunto dolores que sé que no tendría que aguantar. Termino yendo solo cuando ya estoy al límite.”

Desde nuestro punto de vida, estas voces y experiencias que se han recolectado, comúnmente llamados “datos”, se puede notar que las personas de la comunidad LGBTQ+ de la Ciudad de Palpalá, hacen referencia a esto anteriormente mencionado, en que solamente acceden al sistema de salud una vez que la situación no se puede aguantar más o el malestar ya es tan grande y agravante que no tienen opción alguna.

Por ello en el presente estudio de investigación se remarcan estas situaciones ya que en el día a día de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ existen y afectan tales experiencias a un punto en donde realmente postergan el acceso al sistema de salud, dejando así entrever como

tales experiencias previas han limitado todo campo de acción y decisión a la hora de pensar sobre su estado de salud.

Es por ello que se puede decir que el sistema de salud genera un ambiente de desconfianza, aplazamiento o negación de la atención, incluso cuando las dolencias pueden poner en riesgo su salud⁷².

Ahora estas voces recuperadas dejan ver como hoy en día luego de los “avances” en término de salud, siguen sucediendo cuestiones institucionales específicas que ponen en riesgo la salud de las comunidades. Dejando que estas comunidades tengan que aguantar dolores, postergar controles y acudir al sistema únicamente cuando el malestar es insostenible, realmente genera un impacto tan grande para los sujetos que eligen día a día continuar con esta modalidad de acceso intermitente hacia la utilización de los sistemas de salud en la ciudad y la provincia de Jujuy.

Este acceso “a medias” no debe leerse como desinterés o irresponsabilidad de los sujetos, sino como una estrategia de autoprotección racional frente a un sistema que históricamente no ha garantizado un trato digno, igualitario y no discriminatorio para con las personas pertenecientes a la comunidad LGTBQ+.

b- Maltrato/Discriminación

Para Granados-Cosme (2022), en su revisión crítica sobre discriminación a personas pertenecientes a la comunidad LGTBQ+ en la atención, caracteriza los actos discriminatorios y maltrato en el sistema de salud como un conjunto de acciones gestuales, corporales, conductuales y verbales, negación del servicio o retardo en la atención, consultas apresuradas, mala calidad en la comunicación, violación de la confidencialidad, ridiculización y acoso, cuya causa principal radica en la prevalencia de prejuicios sobre el género y la sexualidad en el personal del sistema de salud y la falta de

⁷² Organización Mundial de la Salud. (2022). Igualdad en dignidad y en derechos para las personas LGBTQIA+. UNFPA.

capacitación, que se relacionan con el ejercicio de prácticas discriminatorias que afectan la atención de los sujetos⁷³.

Recuperando algunas de las voces entrevistadas, nos mencionan que:

“Para mí ir a un centro de salud no es solo cuidarme de algo que me pase, sino prepararme mentalmente para lo que pueda llegar a pasar.”

“A veces pienso ‘si voy, me van a hacer pasar un mal momento’. Y eso pesa más que el dolor físico.”

En relación a los aportes de las voces entrevistadas, nos mencionan que en diversos momentos se anticipan a las situaciones en el acceso al sistema de salud teniendo en cuenta que lo ya ocurrido puede suceder nuevamente o incluso afectarles de mayor manera. Por ello es que este aporte en la presente investigación radica en que el maltrato y la discriminación no se trata de un fenómeno único y fácilmente identificables, sino de un espectro que se manifiesta desde acciones claramente visibles, como la negación del servicio o la ridiculización, hasta formas más sutiles y difíciles de nombrar, como las consultas apresuradas, la comunicación eficiente o la violación de la confidencialidad.

Esta caracterización es importante ya que las personas de la comunidad LGBTQ+ raramente describen sus experiencias utilizando la terminología “discriminación” de manera directa, pero si refieren con claridad aquella conducta que van en contra de su persona.

En la misma línea, la afirmación “si voy, me van a hacer pasar un mal momento” denota que la discriminación opera incluso en ausencia del evento concreto, a través de una lógica de expectativa negativa que condiciona las

⁷³ Granados-Cosme, J. A. (2022). La investigación sobre discriminación a LGBT en la atención médica: Una revisión crítica. Divulgare Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan, 9(17), 10–16.

decisiones de cuidado. Esto que se menciona es totalmente central ya que: no es necesario que el maltrato ocurra efectivamente en cada consulta para que produzca efectos, ya que su posibilidad constante funciona como un mecanismo regulador de las prácticas de acceso. Siendo así que, el temor al maltrato adquiere un peso tal que puede llegar a ser más determinante que el propio malestar físico, interviniendo la lógica esperable del cuidado de la propia salud.

A partir de esto, se puede mencionar que el maltrato y la discriminación no solo afectan la calidad de la atención en términos inmediatos, sino que generan un desplazamiento subjetivo en las personas, quienes reorganizan sus decisiones en función de evitar situaciones potencialmente dañinas. Esto se entiende en postergaciones, consultas tardías o inclusive la evitación del sistema de salud, configurando así formas de acceso condicionadas por experiencias previas y por representaciones negativas del sistema.

Es entonces que, el maltrato y la discriminación en el sistema de salud no solo deben entenderse como prácticas que vulneran derechos en el momento de la atención, sino como dispositivos que reconfiguran la relación de los sujetos con el sistema sanitario en su conjunto. Las experiencias relatadas permiten observar que no se trata solamente de episodios puntuales, sino de procesos acumulativos que van consolidándose luego en una memoria colectiva del sistema de salud.

Esta memoria se construye a partir de aquellas experiencias propias y también de relatos que circulan dentro de la comunidad, generando un saber compartido sobre “qué puede pasar” en estos espacios. De este modo, la discriminación adquiere una dimensión colectiva, en la que el riesgo no necesita ser vivido directamente para volverse real en la toma de decisiones.

Así, el sistema de salud comienza a ser interpretado como un espacio potencialmente hostil, lo que altera las formas en que las personas evalúan cuándo, cómo y por qué consultar. Es entonces que las personas de la comunidad LGBTQ+ reportan actitudes de maltrato y discriminación, ya sean,

homofobia, transfobia, etc. Así como suposiciones sobre su orientación sexual basados en el fenotipo⁷⁴.

Asimismo, esta dinámica puede entenderse a partir de lo que es el estigma desarrollado por Goffman, quien sostiene que este implica un proceso mediante el cual ciertos atributos son socialmente desacreditados, produciendo una identidad deteriorada en la interacción social. En este marco, las personas de la comunidad LGBTQ+ y la población en general no solo enfrenten situaciones concretas de discriminación, sino que desarrollan una hipervigilancia constante sobre cómo serán percibidas, anticipando posibles rechazos o maltratos. Esto se puede leer en prácticas de autocontrol, selección de información y evaluación permanente del entorno antes de acceder a los servicios de salud.

En consecuencia, el maltrato y la discriminación no solo impactan en la calidad de la atención, sino que operan como un mecanismo de exclusión indirecta: no expulsan explícitamente a los sujetos del sistema, pero generan las condiciones para que estos restrinjan, posterguen o eviten su utilización. De esta manera, el acceso a la salud queda condicionado no sólo por factores materiales, sino que también por procesos simbólicos que configuran la experiencia subjetiva de los usuarios.

c- incomodidad Institucional

Para iniciar con la presente categoría es necesario mencionar que las experiencias de incomodidad institucional refieren a situaciones en las que la persona que busca atención no es objeto de un maltrato abierto ni explícito, pero tampoco se siente bienvenida, segura, reconocida, ni respetada dentro del espacio institucional de salud⁷⁵.

⁷⁴ Espinoza, M., Castillo, R., & Palavecino, C. (2023). Trato digno en la atención de salud a la comunidad LGBTIQ+. *Horizonte de Enfermería*, 34(1), 155–171.

⁷⁵ Ferreira, M. A. (2008). *Meditaciones pascalianas*; Pierre Bourdieu, Barcelona, Anagrama (1999). *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 2(2).

Las voces que compartieron parte de sus experiencias nos mencionan que:

“No es mala al punto de sentirme discriminada directamente, pero tampoco es una experiencia en la que yo me sienta completamente cómoda o contenida.”

“No salgo llorando ni enojada, pero sí con esa sensación rara de que algo no terminó de encajar.”

Desde nuestro punto de vista y analizando todo aquello que se viene trabajando en el presente trabajo de investigación es evidente que, en el caso de las personas perteneciente a la comunidad LGTBQ+, esta incomodidad se expresa de múltiples maneras: en la vergüenza de hablar de la vida sexual con un/a profesional que se asume como “heterosexual” y “heteronormativo”, en la imposibilidad de compartir experiencias de violencias vinculadas a la identidad, en el temor al rechazo permanente y en el cansancio que genera el constante juicio, ya sea este mismo como algo real o anticipado, de quienes brindan la atención⁷⁶.

A todo esto que se menciona, se suma que la heteronormatividad como organizador de la práctica en los servicios de salud, se expresa en reacciones explícitas o implícitas de los profesionales ante la identidad de género u orientación sexual de sus pacientes, lo que puede derivar en tratamientos incompletos, diagnósticos inadecuados o atenciones que no contemplan las necesidades reales de la persona⁷⁷.

En este marco, las experiencias de incomodidad institucional pueden llegar a comprenderse como una forma de violencia simbólica, en tanto las

⁷⁶ Martínez-Guzmán, A., & Íñiguez-Rueda, L. (2022). El acceso a los servicios de salud a personas LGTBTTIQA+ desde una mirada bioética social y una perspectiva crítica de género. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(1).

⁷⁷ Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J. E., & Lozano-Verduzco, I. (2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(4), 351–362.

mismas operan de manera sutil, muchas veces invisibilizadas, pero con efectos concretos sobre las trayectorias de atención.

Tal como plantea Pierre Bourdieu, la violencia simbólica se ejerce cuando las estructuras sociales se imponen como legítimas sin ser percibidas como tales generando aceptación o naturalización de situaciones de desigualdad⁷⁸. Ahora en el ámbito de la salud, esto se traduce en interacciones donde no hay una agresión explícita, pero sí un conjunto de gestos, silencios, omisiones o formas de nombrar que ubican a la persona en una posición de incomodidad o desajuste.

Como se mencionaba anteriormente al respecto de las micro agresiones, estas mismas no deben entenderse como hechos aislados o menores, sino como parte de una trama relacional sostenida en el tiempo, que va configurando una experiencia acumulativa de malestar. En términos de Derald Wing Sue, estas prácticas cotidianas, aunque sutiles, producen efectos subjetivos significativos, especialmente cuando se reiteran en contextos institucionales donde debería primar el cuidado⁷⁹. Esto permite poder comprender por qué las personas entrevistadas no refieren necesariamente episodios extremos, pero sí describen sensaciones persistentes de incomodidad, vigilancia y desgaste.

Desde esta perspectiva, la incomodidad institucional no es un fenómeno menor, ni accesorio, sino que constituye una dimensión clave en la producción de desigualdades en salud. Su carácter difuso dificulta su identificación y denuncia, lo que contribuye a su reproducción.

A diferencia de la discriminación explícita, que puede ser señalada y sancionada, estas formas sutiles de exclusión operan en un plano más profundo, afectando la confianza, la comunicación y la posibilidad de establecer vínculos terapéuticos genuinos.

⁷⁸ Bourdieu, P. (1999). La dominación masculina. Anagrama.

⁷⁹ Sue, D. W. (2010). Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation. Wiley.

Por ello, desde este punto, nuestro rol como profesionales en Educación para la Salud adquiere una relevancia central. Nuestro perfil orientado a la promoción de la salud desde una perspectiva integral, crítica y situada, nos posiciona como un actor clave para problematizar estas formas naturalizadas de violencias dentro de los servicios de salud. Lejos de limitarse a la transmisión de información, nuestra intervención implica procesos de reflexión colectiva que permitan visibilizar cómo operan los prejuicios, la heteronormatividad y las lógicas institucionales en la práctica cotidiana.

Meta Categoría 2: Barreras institucionales

Las barreras institucionales pueden definirse como aquellos obstáculos estructurales y organizacionales que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud. En este sentido, las barreras de acceso comprenden los obstáculos de tipo organizacional, económico, cultural o simbólico que impiden o dificultan el uso de los servicios de salud⁸⁰.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, es imprescindible tener en cuenta que las barreras institucionales constituyen un eje central para comprender las desigualdades en el acceso al sistema de salud de la población de la comunidad LGBTQ+, en tanto se entiende que se remiten a un conjunto de condiciones estructurales, organizacionales y simbólicas que limiten el ejercicio efectivo de este derecho.

Lejos de reducirse a obstáculos visibles o administrativos, estas barreras se inscriben en dinámicas más profundas del sistema sanitario. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud sostiene que el acceso a la salud, cómo anteriormente se ha mencionado, no sólo en términos de disponibilidad de servicios, sino también en relación con su accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁸¹.

⁸⁰ Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.

⁸¹ Organización Mundial de la Salud (2010). El acceso a la salud incluye dimensiones de accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Es entonces que, desde esta perspectiva, las barreras institucionales se configuran en la intersección entre normas, prácticas profesionales y matrices culturales que organizan la atención. Tal como plantea Michel Foucault, el campo de la salud no es neutral, sino que está atravesado por saberes y relaciones de poder que definen qué cuerpos son legibles y cuáles quedan por fuera de la norma⁸². En el caso de la diversidad sexual, esto se traduce en la persistencia de un modelo heteronormativo que estructura las prácticas clínicas, generando formas de exclusión muchas veces invisibilizadas.

a- Falta de formación en diversidad sexual

La falta de formación en diversidad sexual refiere a la ausencia de competencias profesionales necesarias para brindar una atención adecuada a poblaciones diversidad. En este, marco los prejuicios y la falta de capacitación del personal de salud constituyen barreras importantes para el acceso equitativo de las personas LGBTQ+ a los servicios de salud⁸³.

A continuación, se plasma alguna de las voces en relación a lo que se presenta como análisis, sobre todo haciendo énfasis en la primera ya que plasma una situación de reconocimiento de la falta de formación por parte del personal:

“yo no entiendo estas cosas, pero te voy a tratar como a los demás igual”

“Se nota que falta mucha formación en diversidad. No solo en salud, en general. Hay muchos prejuicios viejos.”

Para iniciar este análisis es preciso retomar que, la falta de formación en diversidad sexual emerge como una de las principales expresiones de las barreras institucionales, en tanto limita la capacidad de los equipos de salud

⁸² Michel Foucault (2008). El saber médico como forma de poder sobre los cuerpos.

⁸³ Organización Panamericana de la Salud. (2020). La salud de las personas LGBTI en las Américas.

para brindar una atención integral, respetuosa e inclusiva. No se trata únicamente de un déficit de contenidos, sino de formación que históricamente ha omitido problematizar la diversidad, reproduciendo enfoques biologicistas y heteronormativos.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud advierte que los prejuicios y la falta de capacitación del personal de salud constituyen barreras importantes para el acceso equitativo de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ a los servicios de salud⁸⁴. Esta afirmación permite comprender que la formación profesional no es un aspecto accesorio, sino un componente estructural en la producción de desigualdades en salud.

Desde una lectura analítica, esta carencia no solo implica desconocimiento, sino que habilita prácticas que refuerzan la invisibilización, el silenciamiento y la incomodidad en la consulta. En consecuencia, se debilita el vínculo y se limita la posibilidad de construir espacios de atención basados en el reconocimiento y la confianza.

Es por ello que es importante posicionarnos desde nuestro campo profesional, la falta de formación en diversidad sexual considero que no debe considerarse sólo como un déficit técnico, sino como una limitación en la construcción de una mirada integral de los procesos salud-enfermedad-atención. Esta carencia evidencia la persistencia de modelos normativos centrados en lo biológico, que dejan por fuera las dimensiones sociales, culturales y subjetivas de la salud.

En este contexto, nosotros como Licenciados en Educación para la Salud debemos asumir un rol clave como mediador pedagógico, capaces de traducir los enfoques de diversidad en herramientas concretas para la práctica profesional. En si nuestra intervención apunta a desarticular prejuicios y a promover una comprensión situada de las necesidades de la población LGBTQ+.

⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud (2020). La falta de capacitación como barrera en salud para población LGBTI.

Sin embargo, sería reduccionista pensar que la solución se agota en “agregar contenidos” sobre diversidad. El desafío real es más profundo: implica generar procesos formativos que cuestionen las matrices heteronormativas que organizan el pensamiento clínico. Esto requiere trabajar desde metodologías participativas, reflexivas y críticas, que permitan a los profesionales revisar sus propias prácticas y posicionamientos.

b- Exposición Social

La exposición social puede definirse como la condición en la que la visibilidad de la identidad de una persona en determinados contextos sociales implica riesgos de estigmatización o discriminación. En este sentido, el estigma reduce a la persona de un completo y normal a uno desacreditado⁸⁵.

Esta conceptualización nos permite comprender cómo la visibilidad social puede afectar las decisiones de acceso a la salud. Para comprender un poco más las experiencias sobre esta categoría, es imprescindible citar alguna de las voces:

“Es una ciudad chica donde todos se conocen. Vas al hospital y te cruzas con vecinos, familiares de conocidos.”

“En una ciudad más grande probablemente estas cosas pasarían más desapercibidas.”

Teniendo en cuenta las voces de las personas de la comunidad LGBTQ+, la categoría de exposición social nos permite ampliar la comprensión de las barreras institucionales, incorporando el peso del contexto sociocultural en el acceso a la salud en territorios donde las redes sociales son estrechas y el anonimato es limitado, la posibilidad de ser reconocido/a en un servicio de salud puede constituirse en un factor que desaliente la consulta.

⁸⁵ Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu.

En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas ha señalado que las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ enfrentan múltiples formas de discriminación en el acceso a los servicios básicos, especialmente en contextos donde la visibilidad implica riesgo social⁸⁶. Esto evidencia que el acceso a la salud no depende únicamente de las condiciones institucionales internas, sino también de las dinámicas sociales que rodean a los sujetos.

Siendo de esta manera algo más analítico, la exposición social puede sobre entenderse como un proceso que va a articular lo institucional con lo comunitario, generando condiciones de vigilancia y control que impactan en las decisiones de cuidado. Las personas no solo evalúan la calidad del servicio, sino también las consecuencias sociales de su presencia en ese espacio, lo que introduce una dimensión subjetiva clave en el acceso.

Por ello se considera que la exposición social en nuestro contexto refiere a la condición de visibilidad involuntaria a la que quedan sujetas las personas de la comunidad LGBTQ+ cuando acceden, o intentan acceder a los servicios de salud, especialmente en la ciudad de Palpalá, en donde los vínculos comunitarios son estrechos y el anonimato es escaso o inexistente⁸⁷.

Esta categoría engloba una dimensión específica de la barrera de acceso que no se reduce a la conducta del personal de salud, ni a la organización del sistema, sino que opera en el espacio social inmediato que rodea al establecimiento: las salas de espera, los pasillos, los registros de ingreso, los encuentros con vecinos o conocidos que también asisten al mismo centro de salud.

En el caso de ciudades pequeñas como Palpalá, la infraestructura de salud disponible es limitada y centralizada, lo que implica que toda la población comparte los mismos espacios de atención. Esta concentración territorial

⁸⁶ Organización de las Naciones Unidas (2019). Discriminación estructural hacia personas LGBTI en acceso a servicios.

⁸⁷ Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Amorrotu (obra original publicada en 1963), y con los desarrollos sobre estrés de minorías de Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

produce una condición de exposición estructural: ir al hospital o al centro de salud es, en sí mismo, un acto públicamente visible dentro de la comunidad⁸⁸.

Para las personas gay y VIH positivas, esta visibilidad no es neutral: el miedo al estigma y la discriminación puede llevar a los sujetos a ocultar su identidad sexual a los profesionales médicos, lo que crea una barrera directa para las pruebas, el tratamiento y el seguimiento preventivo.⁸⁹ La decisión de asistir al sistema de salud implica entonces calcular el riesgo de ser visto, reconocido e identificado como gay o como portador de VIH ante personas del entorno inmediato, vecinos, familiares de conocidos, compañeros de trabajo, etc. Que también frecuentan los mismos espacios.

Esta exposición adquiere una dimensión particularmente crítica cuando se la articula con la lógica comunitaria propia de los municipios pequeños, donde la información circula con rapidez y la privacidad es difícil de sostener.⁹⁰ Las vidas, incluso cuando buscan atención médica, así como violencia social e intrafamiliar. En este escenario, el acto de consultar puede equivaler a una forma involuntaria de revelación de la identidad sexual, con consecuencias que se extiende mucho más allá del encuentro clínico y afectan las relaciones familiares, laborales y vecinales de la persona.

La exposición social, opera, en definitiva, como una barrera de anticipación: no es necesario que la revelación ocurra para que su posibilidad condicione la conducta. La mera probabilidad de cruzarse con alguien conocido en el centro de salud es suficiente para desencadenar el cálculo de evitación, la postergación de la consulta o la decisión de gestionar el trayecto y el horario de manera estratégica para minimizar el riesgo de ser visto⁹¹. En este sentido, la exposición social no es solo un obstáculo para el acceso individual, sino un

⁸⁸ Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). Protocolo para la atención integral de personas de la diversidad sexual en el sistema de salud. Ministerio de Salud.

⁸⁹ Healthline en Español. (2022, 7 de marzo). Por qué el riesgo de contraer el VIH es mayor en hombres homosexuales.

⁹⁰ Redalyc. (2021). Estigma internalizado en un grupo LGBT. Revista de Psicología,

⁹¹ Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

mecanismo de exclusión que el propio entorno comunitario ejerce sobre las personas, aun sin intervención directa del sistema de salud.

Por último frente a esta complejidad, el rol profesional no puede limitarse a mejorar la atención dentro de los servicios, sino que debe incluir estrategias de intervención comunitaria orientadas a reducir el estigma y promover entornos sociales más inclusivos. Esto supone trabajar con la comunidad, generar espacios de sensibilización y fortalecer redes que permitan sostener procesos de cuidados sin que la exposición implique un riesgo.

Meta categoría 3: Consecuencias sobre las barreras al sistema de salud

La Organización Panamericana de la Salud ha documentado de manera sistemática que las barreras de acceso a la salud que enfrentan las personas de la comunidad LGBTQ+ no constituyen obstáculos aislados, sino que producen efectos acumulativos y sostenidos sobre el bienestar de esta población. Al respecto señala de forma específica que el estigma y la discriminación que enfrenta esta población siguen considerándose como los principales obstáculos que les impiden acceder a los servicios de salud de calidad, integrales y oportunos, donde y cuando los necesitan⁹².

Ahora, las consecuencias sobre las barreras al sistema de salud, tienden a designar el conjunto de efectos negativos que se producen sobre el bienestar físico, mental y social de la diversidad sexual como resultado directo e indirecto de las dificultades que estas personas de la comunidad enfrentan para acceder a la atención sanitaria de manera oportuna, continua y digna.

Esta categoría supone un desplazamiento analítico fundamental: el foco de observación no recae ya sobre las barreras en sí mismas, tales como la discriminación, la exposición, la incomodidad institucional, sino sobre lo que

⁹² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2018). Informe sobre la situación de salud de personas LGBT insta a eliminar barreras de acceso a la atención para que nadie quede atrás. OPS/OMS.

estas producen cuando operan de manera sostenida en el tiempo sobre los sujetos que las experimentan⁹³.

En el marco de esta investigación, las consecuencias sobre las barreras al sistema de salud emergen como una categoría que articula y da sentido a las otras: el acceso intermitente, el maltrato, la exposición social y la incomodidad institucional no son fenómenos que se agotan en el momento en el que ocurren, sino que dejan huellas acumulativas que se expresan en el desgaste emocional, el estigma internalizado y el rechazo social. Son, en definitiva, el resultado visible de un sistema que falla sistemáticamente en garantizar el derecho a la salud de las personas de la comunidad LGBTQ+⁹⁴.

a-Desgaste emocional

Para definir esta categoría Magallanes Lozano y Téllez Rojas (2025) señalan que esta misma debe entenderse como *“aquel derivado del estatus de minoría por medio de la identificación como miembro de un colectivo que no pertenece a la cultura dominante y que provoca un estrés crónico relacionado a la estigmatización, único en poblaciones marginalizadas, y perpetuado por un conflicto entre el yo interno y las expectativas de la sociedad”*⁹⁵.

Por ello es importante darles valor y lugar a las voces de la comunidad para con esta categoría:

“A veces postergo consultas que no son urgentes, más por cansancio mental que por miedo.”

“No dejo de ir al médico, pero sí voy con una distancia emocional.”

⁹³ Breilh, J. (2021). Critical epidemiology and the people's health. Oxford University Press.

⁹⁴ Castañeda, M., Caballero, P., & Huanca, L. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 38(2), 240–248

⁹⁵ Magallanes Lozano, H. F., & Téllez Rojas, M. A. (2025). Validación de la escala de estrés de minoría LGBTQ+ en población mexicana. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6(2), 587–600.

“Además muchas veces me voy pensando si fui yo la que exageró o si realmente pasó algo. Y eso también cansa, porque te hace dudar de tu propia percepción.”

Se entiende que lo que las voces nos traen desde su valiosa experiencia se puede decir que el desgaste emocional refiere al agotamiento progresivo que experimenta una persona como consecuencia de sostener, de manera crónica y sin resolución posible, situaciones de tensión, vigilancia y adaptación que exceden los recursos emocionales disponibles. En el caso de las personas de la comunidad LGBTQ+, este desgaste no resultó únicamente de episodios puntuales de discriminación o violencia, sino del esfuerzo permanente y silencioso de existir en un entorno que no reconoce ni valora su identidad.⁹⁶

Además de los desafíos cotidianos, esta categoría significa una carga emocional adicional debido a la discriminación y el estigma. En un contexto donde los prejuicios hacia la comunidad LGBTQ+ son una realidad persistente, este desgaste emocional genera una “hipervigilancia” que impacta todos los aspectos de la vida diaria y contribuye al mismo y al desarrollo de diagnósticos clínicos como ansiedad, depresión y desregulación emocional.⁹⁷

Las disparidades en salud mental de las personas LGBTQ+ pueden originarse debido a la exposición excesiva de estrés social experimentado por dicha comunidad, y la discriminación contribuye directamente al deterioro de la calidad de la salud mental⁹⁸. En el marco de esta investigación, el desgaste emocional aparece en los testimonios no como un diagnóstico clínico explícito, sino como un estado de agotamiento que los propios entrevistados describen en términos cotidianos: el cansancio de calcular cada palabra, de medir cada espacio, de dudar de la propia percepción y de sostener la sospecha permanente de un rechazo que puede o no materializarse. Esta forma de

⁹⁶ Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

⁹⁷ Instituto de Democracia y Derechos Humanos, Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP). (2024, 26 de noviembre). Alerta roja para la salud mental LGBTQ+ en el Perú.

⁹⁸ Villareal-González, R., & Rincón-Torres, J. A. (2024). Salud mental e identidad en la diversidad sexual: desafíos y factores de riesgo en personas LGBTQ+. *Redalyc*.

agotamiento es en sí misma una consecuencia sanitaria de las barreras y merece ser leída como tal.

De esta manera, contextualizando este análisis del desgaste emocional en el acceso a la salud en la ciudad de Palpalá no puede desligarse de las condiciones estructurales y territoriales que configuran el sistema sanitario local. En este sentido, si bien en los últimos años se han implementado políticas orientadas al fortalecimiento de los servicios, tales como la incorporación de equipamiento hospitalario o la realización de operativos sanitarios territoriales, estas acciones conviven con limitaciones persistentes en términos de recursos humanos, infraestructura y accesibilidad efectiva.

Es entonces que, el desgaste emocional emerge como una consecuencia directa de la interacción sostenida con un sistema que, aunque formalmente disponible, resulta limitado en su capacidad de respuesta integral. Las personas no solo enfrentan la enfermedad o el malestar físico, sino también el esfuerzo constante de gestionar turnos, trasladarse, exponerse socialmente y enfrentar posibles situaciones de incomodidad o discriminación. Este proceso genera un agotamiento que no es individual, sino socialmente producido.

Es entonces que desde esta perspectiva, el desgaste emocional no puede ser reducido a una reacción subjetiva aislada, sino que debe entenderse como el resultado de una acumulación de experiencias institucionales y sociales que afectan a la relación de los sujetos con el sistema de salud.

La postergación de consultas, la evitación de controles o asistencia tardía no responden a una “falta de responsabilidad individual”, sino a un entramado de condición que desaliente el acceso.

b- Estigma/rechazo social

Celis Bandala y Cazañas Palacios (2025), en su reflexión académica sobre estigmas, discriminación y exclusión social, recuperan la formulación

central de Goffman para definir el fenómeno: *“Los estigmas se materializan en el cuerpo y las personas que tienen un estigma son individuos inhabilitados para una plena aceptación social; los atributos rechazables son aquellos que no concuerdan con los estereotipos socialmente aceptables y los estigmas son atributos que desacreditan a las personas”*⁹⁹.

Para poder entender esto, es referirse a un proceso social mediante el cual determinados atributos de una persona son evaluados negativamente por el entorno, produciendo su desacreditación, exclusión y relegación a una posición de inferioridad dentro del orden social¹⁰⁰. El estigma arruina la identidad, tiene efectos indeseables en la condición humana, genera valoración negativa por la sociedad y permite que aquel que lo porta se incluya en una categoría social en cuyos miembros se crea una respuesta social negativa¹⁰¹. Esta definición propuesta por Goffman, resulta especialmente pertinente para comprender la situación de los participantes de la presente investigación.

Para los sujetos de estudios, el estigma o rechazo social no opera como una condición única sino como una carga doble y acumulativa: reciben por un lado el estigma asociado a la orientación sexual, y por otro lado el estigma vinculado al diagnóstico de VIH, que históricamente ha sido construido socialmente como una enfermedad que implica una amenaza tanto tangible como simbólica, asociada a prácticas sexuales consideradas ilegales o atípicas, que amenaza los valores, ideologías y moralidad tradicionales¹⁰². Esta doble estigmatización y rechazo produce una carga subjetiva muy grande para las personas de la comunidad LGTBQ+.

Para comprender un poco más es necesario tener en cuenta que para esta categoría es necesario entenderla como evidencias de un proceso vivido

⁹⁹ Celis Bandala, A., & Cazañas Palacios, R. (2025). Estigma, discriminación, exclusión social y VIH-SIDA, a más de cuatro décadas de su aparición. *Cinzontle*, 17(35).

¹⁰⁰ Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu (obra original publicada en 1963).

¹⁰¹ Joya-Ramírez, N., Mendieta-Izquierdo, G., & Pérez-Hernández, E. A. (2022). Estigma internalizado en un grupo LGBT. *Ágora U.S.B.*, 22(1), 301–316. Material reproducido con fines académicos.

¹⁰² Infosida.es. (2023). *Estigma y discriminación por VIH*. Ministerio de Sanidad de España.

que organiza la subjetividad, el cuerpo y la conducta cotidiana de los sujetos que han participado.

El primer testimonio expuso una dimensión tomada anteriormente en donde adquiere la vigilancia identitaria en una ciudad pequeña:

"Vivir en Palpalá siendo gay y VIH positivo es vivir midiendo todo. Qué decís, a dónde vas, a quién le contás."

En esta frase que nos trae una de las personas pertenecientes a la comunidad LGTBQ+ nos permite analizar lo que nombramos anteriormente como "hipervigilancia" que vendría a ser: un estado de alerta permanente en el que el sujeto monitorea de manera constante y exhaustiva todos los aspectos de su presencia en el mundo social¹⁰³. Ahora pensar en el "medir" no es casual: esto nos indica que hay un esfuerzo activo, deliberado y continuo de analizar de manera específica cada gesto, cada palabra y cada acción.

Entendiendo que vivir siendo una persona Homosexual y VIH positivo en Palpalá no es simplemente existir con esas identidades: es trabajar sin descanso para que esas identidades no sean vistas, reveladas ni juzgadas por un entorno que el propio sujeto anticipa como hostil¹⁰⁴.

Ahora en correlación, el segundo testimonio introduce una dimensión específicamente sanitaria del estigma: la distancia emocional como estrategia de autoprotección en el encuentro con el sistema de salud:

"No dejo de ir al médico, pero sí voy con una distancia emocional."

Esta afirmación es muy importante analizarla ya que da cuenta que el estigma no necesariamente impide el acceso físico al servicio, pero sí

¹⁰³ Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

¹⁰⁴ Íñiguez-Rueda, L. (Ed.). (2003). Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. EDIUOC.

condiciona profundamente la calidad del vínculo que se establece en ese encuentro. La “distancia emocional” funciona aquí como un mecanismo de regulación afectiva: la persona asiste a la consulta, pero se protege emocionalmente de lo que podría ocurrir en ella. Esta estrategia o accionar tienen costos evidentes, pues una relación terapéutica que opera sobre una distancia emocional sostenida difícilmente puede garantizar una comunicación honesta, la adherencia al tratamiento y el acompañamiento integral que requiere una persona con VIH¹⁰⁵.

Ahora el tercer testimonio para esta categoría articula el estigma con la experiencia del sistema de salud como un escenario en donde el conflicto es permanente:

"Siempre estás midiendo qué decir, cómo moverte, a dónde ir. La salud termina siendo una pelea."

El analizar la metáfora de la “pelea” es densa y muy rica de analizar. Nombra algo que va más allá del malestar puntual o la incomodidad puntual de una situación, sino que, refiere a una disputa continua y agotadora, en la que el sujeto debe resguardarse o al menos tratar, utilizando recursos estratégicos de pensamiento, emocionales, corporales, para sostener su dignidad en cada interacción con el sistema.

La internalización del estigma puede generar sentimiento de baja autoestima, aislamiento social, depresión, ansiedad y desesperanza, lo cual tiene un efecto perjudicial en la calidad de vida de las personas; además, puede llevar a comportamientos anteriormente mencionados como la de excitación de controles, resultando en la autoexclusión de diversas áreas de la vida social. El testimonio demuestra cómo el sujeto no se autoexcluye del sistema de salud, sigue yendo, pero si transforma cada visita en un acto de

¹⁰⁵ Armoon, B., Fleury, M. J., Bayat, A. H., et al. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 17.

resistencia que consume energía emocional y cognitiva que debería estar disponible para pensar el propio cuidado de su salud.

Por último, se trae a esta investigación un fragmento que pone el foco en el “trabajo mental previo” que requiere una persona para asistir a la consulta médica, revelando una dimensión del estigma que pocas veces es conceptualizada como tal:

"Lo que se me hace difícil es todo el trabajo mental previo... pensar qué voy a decir, qué no."

Con este fragmento podemos ver que la visita al sistema de salud no comienza en la sala de espera ni en el consultorio: comienza mucho antes, en el espacio privado de la persona, donde esta debe anticipar, planificar y gestionar la información que compartirá con el profesional de salud.¹⁰⁶ Decidir qué decir y qué no, cómo presentarse, qué aspectos de la identidad revelar y cuales ocultar implica un ejercicio cognitivo y emocional que constituye por sí mismo una barrera de acceso, invisible, silenciosa para el sistema, pero enormemente costosa para quien la atraviesa.¹⁰⁷

Por otro lado, me lleva a pensar el estigma como determinante de la salud, desde ¿qué posición? Por supuesto desde una articulación con el rechazo social

Se entiende que el rechazo social no es un fenómeno independiente del estigma, sino su expresión más concreta y directa. Una persona que se percibe como un ciudadano incompleto que mimetiza su orientación sexual, identidad de género y preferencias sexuales, o se niega a sí mismo para evitar el señalamiento, rechazo, discriminación y estigmatización en una lucha constante de búsqueda, aceptación y mantenimiento de algún estatus¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Hochschild, A. R. (2012). The managed heart: Commercialization of human feeling. University of California Press (obra original publicada en 1983).

¹⁰⁷ Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu.

¹⁰⁸ Joya-Ramírez, N., Mendieta-Izquierdo, G., & Pérez-Hernández, E. A. (2022). Estigma internalizado en un grupo LGBT. Ágora U.S.B., 22(1), 301–316. Material reproducido con fines académicos.

Esto que se ha trabajado resuena de manera directa en los testimonios recogidos, tales como: el sujeto que “mide todo”, que establece “distancia emocional” y que libra “una pelea” permanente con el sistema de salud es el mismo sujeto que ha aprendido, muchas veces a través de experiencia concretas de rechazo, que su identidad es un riesgo en los espacios institucionales.

Los estigmas asociados al VIH continúan provocando en las personas problemas de salud mental y mala calidad de vida, particularmente en hombres homosexuales, quienes deben enfrentar tanto el estigma asociado a su orientación sexual como así también al VIH¹⁰⁹.

En esta investigación se ve como ambas formas de estigma se potencian mutuamente: el rechazo social por la orientación sexual debilita los recursos de afrontamiento disponibles para hacer frente al estigma por el VIH, y viceversa. El resultado de una vulnerabilidad compuesta que no puede ser reducida a ninguno de sus componentes por separado, y que exige ser analizada en su complejidad e integralidad¹¹⁰.

El estigma y el rechazo social emergen así, en la presente investigación, no solo como consecuencias de las barreras del sistema salud, sino también como reproductores de esas mismas barreras: un sujeto estigmatizado que anticipa el rechazo accede menos, consulta más tarde, comparte menos información con el profesional y sostiene su tratamiento con más dificultad. El estigma es, en definitiva, un mecanismo que convierte la exclusión social en exclusión sanitaria, y que hace del ciudad de la salud un territorio de exposición, negociación y supervivencia antes que un derecho ejercido en condiciones de igualdad y dignidad.

¹⁰⁹ Ortega, C., & Tomicic, A. (2025). "Ese golpe que uno recibe": Estudio cualitativo del diagnóstico reciente de VIH en hombres gay. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 25(3).

¹¹⁰ Crenshaw, K. (2013). Demarginalizing the intersection of race and sex. En K. J. Maschke (Ed.), *Feminist legal theories* (pp. 23–51). Routledge.

CONCLUSIONES

El finalizar este proceso de investigación me genera una real mezcla de emociones. Transitar las experiencias de las personas entrevistadas, escuchar sus voces, sus silencios, su cansancio y resistencia, me permitió poder comprender que el poder investigar sobre salud y diversidad no es un ejercicio abstracto: es un acto profundamente político y humano. Cada relato recogido en esta investigación representó una forma de confianza que se depositó en este trabajo, y eso implica una responsabilidad que asumo con plena conciencia y responsabilidad.

A lo largo de este recorrido he aprendido que la salud no es un concepto universal ni igualitario; es un campo en donde se generan disputas donde ciertas identidades son reconocidas y otras son silenciadas. Escuchar a cada persona hablar de su cuerpo, de su miedo, de su dignidad en juego cada vez que se abre la puerta de un centro de salud me confirmó que la tarea de la Educación para la Salud no puede agotarse en la difusión de información: debe ser, antes que nada, un acto de reconocimiento. Reconocer al otro como un sujeto de derecho, con historia, con identidad y con la misma necesidad de cuidado que cualquier persona.

Finalmente, me asumo como parte de esta realidad que investigo. Ya que vivo en la Ciudad de Palpalá, conozco sus espacios, sus lógicas y sus silencios. Por eso mismo no pude ni quise mantener una distancia neutral ante aquello que me han confiado los/as entrevistados. La investigación me interpeló y transformó, y eso forma parte del conocimiento que este trabajo busca construir. Con esta misma convicción paso a presentar las siguientes conclusiones.

El conocer cómo las prácticas institucionales del sistema de salud funcionan como barreras de acceso para la comunidad LGBTQ+ en la ciudad de Palpalá, el análisis de las metacategorías permitió identificar un conjunto de dispositivos institucionales que operan como obstáculos concretos para el ejercicio del derecho a la salud. Las categorías de maltrato y discriminación y

de experiencias de incomodidad institucional mostraron que las prácticas de los equipos de salud no siempre se articulan con un enfoque de derechos.

En los testimonios analizados emergió con claridad que la atención recibida frecuentemente reproduce supuestos heteronormativos: formularios sin perspectiva de género, consultas donde se asume la heterosexualidad como norma, ausencia de lenguaje inclusivo y formas de trato que invisibilizan la identidad de los usuarios. Estas prácticas no siempre se expresan como actos deliberados de discriminación, pero producen en los mismos efectos: una experiencia institucional que excluye, que deslegitima y que desalienta el retorno al sistema.

Los resultados obtenidos indican además que la falta de formación en diversidad sexual constituye uno de los mecanismos institucionales más importantes en la producción de barreras. Como se evidenció al analizar la segunda metacategoría, el desconocimiento por parte del personal sanitario sobre las especificidades de la comunidad LGTBQ+ no se reduce a un déficit informativo, sino que habilita prácticas que refuerzan la invisibilización y el silenciamiento.

Frases como “yo no entiendo estas cosas, pero te voy a tratar como a los demás igual”, lejos de representar una actitud inclusiva, expresan la persistencia de un modelo de atención que no contempla la diversidad como una dimensión constitutiva del cuidado. Esta ausencia formativa no puede atribuirse a voluntades individuales, sino que refleja una deuda estructural del sistema sanitario en materia de incorporación de perspectivas de crítica de género y diversidad.

Respecto al análisis del objetivo de caracterizar las particularidades que presentan las barreras de acceso en las experiencias de personas de la comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá, el estudio permitió identificar que dichas barreras adquieren una configuración singular en el contexto de una ciudad pequeña con fuertes redes comunitarias y un escaso anonimato. La categoría de exposición social resultó especialmente reveladora en este

sentido: la infraestructura sanitaria concentrada y los vínculos vecinales propios de Palpalá convierten el simple acto de asistir al centro de salud en un acto públicamente visible, susceptible de revelar involuntariamente la identidad sexual o el estado de salud de la persona.

Este riesgo de exposición opera como una barrera de anticipación que conduce a la postergación, la evitación estratégica de horarios y espacios, o directamente a la búsqueda de atención en otros efectores fuera del territorio inmediato. La ciudad misma se convierte así de esta forma en una variable que intensifica las barreras.

El análisis de las consecuencias sobre las barreras al sistema de salud, trabajadas en la tercera metacategoría, profundizó aún más en las particularidades que asume el acceso intermitente en este territorio. El desgaste emocional no emerge como una respuesta puntual a episodios aislados de discriminación, sino como el resultado acumulativo de habilitar un sistema que sistemáticamente no reconoce ni valida la identidad de las personas.

Los testimonios recogidos revelaron que este agotamiento condiciona de manera directa las trayectorias de cuidado: personas que asisten solo en momentos de crisis, que van “en automático”, que establecen distancia emocional con el profesional o que calculan cada palabra antes de hablar. El estigma y el rechazo social, particularmente en un contexto donde la visibilidad es inevitable, operan como determinantes que transforman el cuidado de la salud en un acto de resistencia cotidiana, costoso y sostenido.

Ahora en relación con el tercer objetivo específico, que está orientado a formular un proyecto de intervención desde la Educación para la Salud en la construcción de prácticas sanitarias más inclusivas y respetuosas de la diversidad sexual y de género, los resultados obtenidos ofrecen un conjunto de insumos fundamentales.

La investigación evidenció que las principales barreras identificadas-la falta de formación, la violencia simbólica institucional, la exposición social y el desgaste emocional- no pueden abordarse únicamente desde acciones aisladas o campañas informativas.

Requieren, en cambio, procesos formativos sostenidos y participativos dirigidos a los equipos de salud, que permitan deconstruir las matrices heteronormativas que organizan las prácticas clínicas, incorporar herramientas de escucha respetuosa y comunicación no discriminatoria, y revisar críticamente los dispositivos administrativos que reproducen exclusiones.

Desde el campo de la Educación para la Salud, el presente estudio aporta también un argumento sólido para la participación activa de la comunidad LGTBQ+ en el diseño e implementación de las intervenciones. Los saberes y experiencias de las personas entrevistadas no son solo datos de investigación son conocimientos situados que deben orientar las decisiones institucionales.

Un proyecto de intervención que no incorpore esas voces reproducirá, inevitablemente, las mismas lógicas que ha buscado transformar. En este sentido, la Educación para la Salud entendida desde una mirada crítica y dialógica se presenta no como un recurso complementario, sino como un eje estructural de cualquier estrategia orientada a garantizar el derecho a la salud de la comunidad LGTBQ+ en Palpalá. El derecho a la salud no se completa con la apertura de un servicio: se completa cuando ese servicio está en condiciones de reconocer, acoger y cuidar a todas las personas con igual dignidad.

En definitiva, las conclusiones alcanzadas permiten sostener que el acceso al sistema de Salud constituye un campo de disputa central para la garantía de derechos de la comunidad LGTBQ+. La relevancia de este trabajo entonces, radica en haber abordado dicha problemática desde una mirada integral, situada y crítica, articulando el análisis empírico con marcos teóricos y con una perspectiva de Educación para la Salud orientada a la transformación.

Las barreras identificadas no son inevitables: son el resultado de ser transformadas.

De este modo, la investigación aporta no solo al conocimiento académico, sino también a la reflexión institucional y a la construcción de intervenciones que contribuyan al fortalecimiento de un sistema de Salud más equitativo, inclusivo y respetuoso de la diversidad sexual y de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research, 9(3), 208–220.
- Almeida, P. F., Lins, N. M., Brandao, A. L., & Melo, A. A. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. Enfermería Global, 13(33), 1–12.
- Ander-Egg, E. (1991). Introducción a la planificación. Buenos Aires: Lumen.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care. Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1–10.
- Argüello, S. (2019). Evaluación de proyectos sociales: enfoques y metodologías. Buenos Aires.
- Armoon, B., Fleury, M. J., Bayat, A. H., Fakhri, Y., Higgs, P., Fattah Moghaddam, L., & Gonabadi-Nezhad, L. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV. International Journal of Mental Health Systems, 16(1), 17.
- Bourdieu, P. (1999). La dominación masculina. Anagrama.
- Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2008). La determinación social de la salud como herramienta de transformación. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 26(2), 79–93.
- Breilh, J. (2021). Critical epidemiology and the people's health. Oxford University Press.

- Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Paidós.
- Carrasco, S. (2009). Metodología de investigación científica. Ediciones San Marcos.
- Castañeda, M., Caballero, P., & Huanca, L. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 240–248.
- Castro, R. (2023). Teoría social y salud. México: UNAM.
- Celis Bandala, A., & Cazañas Palacios, R. (2025). Estigma, discriminación y VIH-SIDA. *Cinzontle*, 17(35).
- Comes, Y., et al. (2006). La construcción del concepto de accesibilidad en los sistemas de salud.
- Crenshaw, K. (2013). Demarginalizing the intersection of race and sex. En K. J. Maschke (Ed.), *Feminist legal theories* (pp. 23–51). Routledge.
- Espinoza, M., Castillo, R., & Palavecino, C. (2023). Trato digno en la atención de salud a la comunidad LGBTIQ+. *Horizonte de Enfermería*, 34(1), 155–171.
- Foucault, M. (2008). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI.
- Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (2005). Pedagogía del oprimido (30.^a ed.). Siglo XXI.
- Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu.

- Granados-Cosme, J. A. (2022). Discriminación a LGBT en la atención médica. *Divulgare*, 9(17), 10–16.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart*. University of California Press.
- Joya-Ramírez, N., et al. (2022). Estigma internalizado en población LGBT. *Ágora U.S.B.*, 22(1), 301–316.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7–25.
- Magallanes Lozano, H. F., & Téllez Rojas, M. A. (2025). Estrés de minoría LGBT+. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 587–600.
- Martínez-Guzmán, A., & Íñiguez-Rueda, L. (2022). Acceso a salud en población LGBTIQA+. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(1).
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura*. Bellaterra.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
- Muñoz, F., et al. (2000). Funciones esenciales de la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1–2), 126–134.

Organización de las Naciones Unidas. (2019). Derechos humanos y personas LGBTI.

Organización Mundial de la Salud & UNFPA. (2022). Igualdad en dignidad y derechos LGBTQIA+.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Monitoring the building blocks of health systems.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Eliminación del estigma y la discriminación contra personas LGBT.

Organización Panamericana de la Salud & OMS. (2018). Informe sobre salud LGBT.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Salud de personas trans en América Latina.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). La salud de las personas LGBTI en las Américas.

Ortega, C., & Tomicic, A. (2025). Diagnóstico de VIH en hombres gay. *Athenea Digital*, 25(3).

Parker, R. (2001). Sexuality, culture, and power in HIV/AIDS research. *Annual Review of Anthropology*, 30, 163–179.

Pecheny, M., & Figari, C. (2011). El movimiento LGBT en la Argentina. *UNGS*.

Ramírez, K. A., & Álvaro, V. P. (2017). Mejora continua Kaizen. *Intangible Capital*, 13(2), 479–497.

Ramírez-García, T., et al. (2022). Personas LGBT+ en pandemia. *Revista Mexicana de Sociología*, 84(1), 223–256.

- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Estudios transversales. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141–146.
- Sánchez Martínez, E. (2015). *Evaluación de programas sociales*. Buenos Aires.
- Staffolani, C. (2005). *Participación comunitaria y transformación social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life*. Wiley.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Ventura-León, J. L., & Barboza-Palomino, M. (2017). Tamaño de muestra en cualitativos. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 28(3).
- Weinstein, L. (1988). *La educación para la salud y el desarrollo de capacidades humanas*. Santiago de Chile.
- Zapata-Garibay, R., et al. (2020). Atención en salud LGBT+. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(4), 351–362.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Educación para la Salud-2026

TÍTULO DEL PROYECTO:

"Nuestras Voces, Nuestra Salud: Construyendo Acceso con Dignidad para la Comunidad LGTBQ+ de Palpalá"

TEMA: Reconocimiento de derechos y la prevención de barreras sanitarias que enfrenta la comunidad LGTBQ+ desde espacios de diálogo y producción audiovisual participativa.

LUGAR: Ciudad de Palpalá, Provincia de Jujuy.

DESTINATARIOS: Comunidad LGTBQ+ de la ciudad de Palpalá, equipos de salud del primer nivel de atención, y población general de la ciudad.

RESPONSABLE: Educador para la Salud Santiago Leonel Robert

FUNDAMENTACIÓN

La presente propuesta de intervención emerge como continuidad del proceso investigativo desarrollado en el Trabajo de Campo y Proyecto Final de la Licenciatura en Educación para la Salud, cuyo objetivo central fue describir las barreras de acceso al sistema de salud presentes en las experiencias de la comunidad LGTBQ+ en la ciudad de Palpalá durante el primer semestre del 2026. Los hallazgos obtenidos evidenciaron la persistencia de barreras institucionales, culturales y simbólicas que condicionan el acceso efectivo a la atención sanitaria de las personas de la diversidad sexual y de género. Desde este posicionamiento, la Educación para la Salud, entendida como una práctica social, política y pedagógica¹¹¹, ofrece herramientas fundamentales para visibilizar estas problemáticas y promover procesos de transformación tanto institucional como comunitaria.

¹¹¹Freire, Paulo (1970). Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI, pp. 72–75.

El punto de partida de esta propuesta es la convicción de que las personas de la comunidad LGBTQ+ deben ser reconocidas no como objetos de intervención sino como sujetos de derecho y protagonistas activos de su propio proceso de salud¹¹². En este sentido, la propuesta incorpora una perspectiva participativa y emancipadora, en la cual las propias personas de la comunidad asumen un rol central en la producción de contenidos educativos y comunicacionales orientados a sensibilizar a la población general y a los equipos de salud.

En primera instancia, el proyecto está destinado a las personas de la comunidad LGBTQ+ que participen de los encuentros, quienes son concebidas como sujetos de derecho y protagonistas activos del proceso. A través de las dinámicas propuestas, se busca fortalecer sus capacidades de comunicación, crítica, autonomía y goce, así como generar herramientas concretas para el ejercicio efectivo de su derecho a la salud.

En segunda instancia, el proyecto sirve a la Asociación Damas de Hierro de Palpalá como organización de referencia comunitaria, funcionando como espacio de contención, articulación y nexo para el trabajo en red con otras instituciones.

En un sentido más amplio, el proyecto tiene la intención de interpelar a los equipos de salud de los centros de atención primaria de Palpalá, a las instituciones educativas, a los organismos gubernamentales locales y a la sociedad en general, promoviendo procesos de sensibilización, reflexión crítica y transformación de las prácticas sanitarias en el territorio. Al instalar la problemática en el espacio público y generar articulaciones intersectoriales, el proyecto busca contribuir a la construcción de una comunidad más justa, inclusiva y comprometida con la garantía del derecho a la salud para todas las personas.

¹¹²Testa, M. (2007). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 45–48.

El diagnóstico realizado permitió identificar que las personas de la comunidad LGBTQ+ en Palpalá enfrentan experiencias reiteradas de trato inadecuado, invisibilización de sus identidades, desconocimiento de sus derechos y ausencia de prácticas institucionales inclusivas en los servicios de salud. Estas situaciones generan desconfianza, postergación de consultas y prácticas de autocuidado riesgosas. Asimismo, se identificó que la escala territorial de Palpalá como una ciudad pequeña con fuertes lazos de proximidad social, intensifica el temor a la exposición y al señalamiento, profundizando las barreras de acceso.

En el campo de la salud colectiva latinoamericana se ha señalado que la salud no puede ser comprendida únicamente como un hecho biológico o individual, sino como un proceso social determinado por factores estructurales, culturales y simbólicos¹¹³. Desde este enfoque, las barreras de acceso que enfrenta la comunidad LGBTQ+ no son situaciones fortuitas o excepcionales, sino expresiones de desigualdades estructurales que requieren intervenciones colectivas, sostenidas y comprometidas con la transformación social.

La Educación para la Salud es entendida en esta propuesta a partir del consenso elaborado por responsables de las áreas de Educación para la Salud de todo el país, que la define como un proceso de enseñanza-aprendizaje esencialmente interdisciplinario, intersectorial, dinámico y participativo, basado en la ciencia, la técnica y el respeto al ser humano, que actúa sobre factores condicionantes tanto personales como sociales con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y calidad de vida de los individuos, familias y comunidades¹¹⁴. Desde este enfoque, la presente intervención no busca transmitir información de manera vertical, sino construir colectivamente saberes, reflexiones y prácticas que contribuyan a transformar las condiciones de acceso a la salud de la comunidad LGBTQ+ en Palpalá.

¹¹³Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 131–136.

¹¹⁴Centurión, P. A. (2018). Pensar la Educación para la Salud desde el enfoque de promoción de la salud. Revista Nuestro NOA, (12).

La elección de la producción audiovisual participativa como estrategia central se fundamenta en su potencial para visibilizar experiencias históricamente silenciadas y para generar procesos de reflexión tanto al interior de la comunidad como hacia la sociedad en general¹¹⁵. Las narrativas en primera persona, los bosquejos de vida, las historias contadas por las propias protagonistas, constituyen una herramienta poderosa de desnaturalización de prácticas discriminatorias y de construcción de empatía social.

El modelo de estrés de minorías desarrollado por Meyer (2003)¹¹⁶ permite comprender que la discriminación sostenida y el estigma producen efectos psicosociales profundos en la salud de las personas de la comunidad LGBTQ+. Hacer visibles estas experiencias a través de formatos accesibles y cercanos, como el video corto en redes sociales y los segmentos radiales, contribuye no solo a sensibilizar a la población y a los equipos de salud, sino también a fortalecer la autoestima colectiva y la identidad de las personas del colectivo.

La utilización de plataformas digitales como TikTok, Instagram y Facebook, entre canales de difusión responde a las características contemporáneas del consumo de información y comunicación, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes. Estas plataformas permiten llegar a públicos amplios y heterogéneos, generar conversaciones públicas y visibilizar problemáticas que suelen permanecer ausentes en los medios tradicionales¹¹⁷. Al mismo tiempo, la articulación con medios radiales locales de la ciudad de Palpalá permite alcanzar sectores de la población que no tienen acceso o no utilizan redes sociales, garantizando una mayor cobertura territorial.

La presente propuesta se inscribe, en definitiva, en el paradigma de la Salud Colectiva y de la Educación Popular en Salud, retomando los aportes de

¹¹⁵Organización Panamericana de la Salud (2020). Participación comunitaria y acceso a la salud. Washington, DC: OPS, pp. 12–16.

¹¹⁶Meyer, Ilan H. (2003). "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence." *Psychological Bulletin* 129, no. 5, pp. 674–697.

¹¹⁷Kornblit, Ana Lía (2008). Salud, derechos humanos y diversidad sexual. Buenos Aires: Paidós, pp. 119–125.

Paulo Freire sobre la importancia del diálogo, la concienciación y la participación activa de las comunidades en los procesos que les conciernen¹¹⁸. Al otorgar protagonismo a las personas de la comunidad LGTBQ+ como productoras de sus propios relatos, la intervención contribuye a revertir las lógicas de objetivación y estigmatización que operan tanto en el sistema de salud como en la sociedad en general.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Visibilizar las barreras de acceso a la salud que enfrenta la comunidad LGTBQ+ de Palpalá y promover el reconocimiento de sus derechos sanitarios, mediante la creación colectiva de herramientas audiovisuales participativas y espacios de diálogo comunitario.

Objetivos Específicos:

- Dialogar las experiencias de vulneración de derechos y barreras de acceso a la salud que vive la comunidad LGTBQ+ de Palpalá, para definir los ejes temáticos de las piezas audiovisuales.
- Co-diseñar y producir piezas audiovisuales participativas de formato corto que narren las demandas, derechos y vivencias en salud de la población LGTBQ+ local.
- Implementar espacios de debate y socialización de los materiales audiovisuales producidos con el personal de salud y la ciudadanía de Palpalá, para impulsar prácticas de atención médica dignas e inclusivas.

118

METODOLOGÍA

La metodología de esta propuesta de intervención se inscribe en el enfoque del modelo integrador de Educación para la Salud¹¹⁹, que articula la dimensión comunitaria, la participación activa de los sujetos y la perspectiva crítica de la salud colectiva. Se prioriza la horizontalidad en las relaciones entre el Educador para la Salud y las personas de la comunidad LGBTQ+, rechazando toda lógica vertical o paternalista de intervención.

El proceso metodológico se organiza en tres grandes momentos interconectados: (1) Encuentros participativos de construcción y bosquejo de relatos; (2) producción audiovisual protagonizada por la comunidad; y (3) difusión multiplataforma y articulación radial. Cada momento contempla instancias de reflexión colectiva, retroalimentación y ajuste, asegurando que la intervención sea un proceso vivo y adaptable¹²⁰.

El primer momento de la intervención consiste en la realización de encuentros participativos con personas de la comunidad LGBTQ+ de Palpalá. Estos encuentros, facilitados por el Educador para la Salud, tienen como propósito acompañar a las personas de dicha comunidad en la elaboración creativa de sus propias experiencias vinculadas al sistema de salud. La técnica del bosquejo de historias de vida¹²¹ permite recuperar, de manera narrativa y reflexiva, dando protagonismo a las voces de las personas y aquellos momentos significativos de la relación de cada persona con los servicios de salud: desde la primera consulta hasta situaciones de discriminación, trato inadecuado, o, por el contrario, experiencias de atención digna y respetuosa.

En estos encuentros, las personas participantes tendrán plena autonomía para decidir qué aspectos de sus experiencias desean compartir

¹¹⁹Gaggero, D. (2006). La Educación para la Salud como marco disciplinar y como estrategia para un abordaje integral de las problemáticas socio-educativas-sanitarias de hoy. FHyCS. UNJu.

¹²⁰Staffolani, C. (2005). Participación comunitaria y transformación social. Buenos Aires: Editorial Espacio, pp. 55–61.

¹²¹De Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del Sur. Buenos Aires: CLACSO, pp. 78–83.

públicamente y cuáles prefieren mantener en el ámbito privado. La decisión sobre el contenido de los videos, la forma de presentación y el nivel de exposición personal es responsabilidad exclusiva de cada participante, garantizando el consentimiento informado y el respeto de las identidades y trayectorias de vida.

Los encuentros se realizarán en un espacio de confianza, preferentemente convocados a través de la Asociación Damas de Hierro y otras redes comunitarias LGBTQ+ de Palpalá. Se prevé la realización de al menos cuatro encuentros mensuales, con una duración aproximada de dos horas cada uno.

El segundo momento comprende la producción de videos cortos protagonizados por las propias personas de la comunidad LGBTQ+. Este proceso es radicalmente innovador en tanto invierte la lógica habitual de los materiales educativos en salud: no son profesionales de la salud quienes explican "qué le pasa" a la comunidad LGBTQ+, sino que son las propias personas del colectivo quienes narran sus experiencias, definen sus prioridades y eligen cómo quieren ser vistas y escuchadas¹²².

Las personas participantes contarán con el acompañamiento técnico del Educador para la Salud y, de ser posible, de jóvenes comunicadores o estudiantes de comunicación social de la región, para la grabación, edición y postproducción de los videos. Sin embargo, la dirección creativa y los contenidos son exclusivamente definidos por las protagonistas.

Los formatos a producir incluyen:

Testimonios en primera persona: videos cortos (60 a 90 segundos) en los que una persona de la comunidad LGBTQ+ narra una experiencia concreta relacionada con el acceso al sistema de salud en Palpalá, destacando barreras vividas o prácticas de trato digno que desea visibilizar.

¹²²Argumedo, Alcira (2009). Los silencios y las voces en América Latina: notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires: Colihue, pp. 91–94.

Bosquejos de vida: mini-documentales de 3 a 5 minutos en los que una persona de la comunidad comparte su trayectoria personal, sus vínculos con el sistema de salud y sus reflexiones sobre lo que significaría un sistema de salud verdaderamente inclusivo.

Mensajes de sensibilización: píldoras audiovisuales de 15 a 30 segundos con frases, imágenes o gestos cotidianos que interpelan a los equipos de salud y a la sociedad en general sobre la importancia del trato digno y respetuoso.

El tercer momento consiste en la difusión de los contenidos producidos a través de los canales seleccionados: plataformas digitales (TikTok, Instagram y Facebook) y medios radiales locales de la ciudad de Palpalá. Esta estrategia multiplataforma garantiza el alcance a distintos sectores de la población, considerando la diversidad de hábitos de consumo de información en el territorio.

La selección de las plataformas digitales responde al análisis de los patrones de uso de la población destinataria y al potencial de cada plataforma para generar conversaciones públicas, visibilidad y alcance comunitario¹²³. La decisión sobre qué plataformas utilizar y cómo hacerlo es parte del proceso participativo: las propias personas de la comunidad LGTBQ+ son quienes, en los encuentros, debaten y acuerdan la estrategia de comunicación digital más adecuada a sus necesidades y posibilidades.

El Tik Tok es la plataforma de mayor crecimiento entre las generaciones más jóvenes y constituye un espacio donde los contenidos LGTBQ+ tienen alta visibilidad y alcance orgánico. Se utilizará para la difusión de testimonios cortos, bosquejos de vida en formato dinámico y mensajes de sensibilización con alta capacidad de viralización. El uso del formato reels corto permite llegar

123

a audiencias que no pertenecen a la comunidad LGBTQ+ y que de otro modo no accederán a estos contenidos.

El Instagram permite combinar formatos variados: stories efímeras para mensajes cotidianos y de alta frecuencia, reels para los videos de mayor impacto visual, y publicaciones permanentes que construyen un archivo digital accesible. Esta plataforma es especialmente relevante para llegar a jóvenes adultos y a profesionales de la salud que la utilizan activamente. Se propone la creación de un perfil específico de la intervención, que funcione como repositorio visual de las experiencias de la comunidad LGBTQ+ de Palpalá.

El Facebook mantiene una presencia significativa entre adultos de mediana edad y adultos mayores, así como en grupos comunitarios locales de la ciudad de Palpalá. Su uso en esta intervención se orienta a llegar a sectores de la población y de los equipos de salud que no utilizan otras plataformas, y a articular con grupos locales ya existentes vinculados a la salud, la educación y la comunidad. Además, permite la creación de eventos y la organización de grupos de seguimiento de la intervención.

La radio constituye uno de los medios de comunicación de mayor presencia y legitimidad en ciudades intermedias como Palpalá. Su alcance llega a sectores de la población que no utilizan plataformas digitales, como adultos mayores, personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica y trabajadores que escuchan la radio durante su jornada laboral. Además, la radio comunitaria ha sido históricamente un espacio de participación y denuncia social¹²⁴, constituyéndose como una herramienta de empoderamiento para las comunidades marginadas.

Se propone la articulación con medios radiales locales de Palpalá — tanto emisoras comunitarias como comerciales— para la emisión de segmentos educativos semanales de 15 a 20 minutos de duración. Estos segmentos combinarán:

¹²⁴Max Aguero, E. (2012). Intervención comunitaria y Educación para la Salud: apuntes para la formación profesional. FHyCS-UNJu.

La emisión al aire de fragmentos de los videos producidos por la comunidad LGBTQ+ (en formato audio).

La participación en vivo o pregrabada de personas de la comunidad LGBTQ+ que compartan sus experiencias y reflexiones.

La intervención del Educador para la Salud como facilitador, aportando información sobre derechos, marco normativo (Ley de Identidad de Género N° 26.743) y recursos disponibles.

Espacios de interacción con la audiencia a través de mensajes de WhatsApp, llamados telefónicos o mensajes de texto, que permitan preguntas, comentarios y la expresión de otras experiencias de la comunidad.

La articulación con la radio responde también a la necesidad de llegar directamente a los equipos de salud del primer nivel de atención de Palpalá, quienes en su trabajo cotidiano escuchan la radio local. La exposición a los testimonios de las personas de la comunidad LGBTQ+ a través de este medio tiene un alto potencial sensibilizador, ya que interpela a los profesionales de la salud desde la experiencia concreta y emocional¹²⁵, más allá de los abordajes meramente técnicos o normativos.

¹²⁵Menéndez, E. (2005). Modelo médico hegemónico y atención primaria de la salud. Buenos Aires: CIESAS, pp. 11–64.

CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS

Objetivo 1: Dialogar las experiencias de vulneración de derechos y barreras de acceso a la salud que vive la comunidad LGBTQ+ de Palpalá, para definir los ejes temáticos de las piezas audiovisuales.

Propuesta: "Cartografía de la Atención Sanitaria": Un encuentro de diálogo comunitario donde, a través de dinámicas grupales y un buzón de relatos anónimos, los participantes mapean los centros de salud de Palpalá, identifican dónde sufrieron más barreras (trato, burocracia, falta de insumos) y eligen los testimonios reales que servirán de base para los guiones.

Se realizarán encuentros participativos mensuales (cuatro encuentros) en un espacio seguro y de confianza, convocados con el apoyo de la Asociación Damas de Hierro y redes comunitarias LGBTQ+ de Palpalá. En cada encuentro, el Educador para la Salud facilitará dinámicas de narración, escucha activa y reflexión colectiva sobre las experiencias de acceso al sistema de salud. Al finalizar cada interacción del encuentro, se elaborará de manera conjunta un bosquejo de historia de vida, un esquema narrativo, que servirá de base para la producción audiovisual. Las personas participantes decidirán en cada instancia qué aspectos de sus experiencias desean compartir públicamente.

Objetivo 2: Co-diseñar y producir piezas audiovisuales participativas de formato corto que narran las demandas, derechos y vivencias en salud de la población LGBTQ+ local.

Propuesta: Laboratorio de Cine-Celular Comunitario: Jornadas prácticas de producción donde los propios integrantes de la comunidad aprenden herramientas básicas de registro (con sus teléfonos), guión, actuación o locución. Se filman y editan colectivamente cápsulas de video (spots, clips para redes o micro-documentales) que reflejan los datos del relieve anterior.

Todo será, a partir de los bosquejos elaborados en los encuentros, se producirán videos cortos en los tres formatos previstos (testimonios en primera persona, bosquejos de vida y mensajes de sensibilización). El proceso de grabación se realizará en los espacios elegidos por las propias protagonistas, que pueden ser su hogar, un espacio comunitario o un lugar significativo de la ciudad, con acompañamiento técnico del Educador para la Salud. Las personas decidirán si desean aparecer con su identidad visible o con algún recurso de resguardo (voz en off, imágenes de manos, siluetas, etc.). Se prevé la producción de al menos dos videos por mes durante los primeros seis meses de la intervención.

Objetivo 3: Implementar espacios de debate y socialización de los materiales audiovisuales producidos con el personal de salud y la ciudadanía de Palpalá, para impulsar prácticas de atención médica dignas e inclusivas.

Propuesta: Jornada de Cine-Debate "Salud con Orgullo": Un encuentro donde se invita formalmente a directores, administrativos y profesionales de los efectores de salud de Palpalá. Se proyectan los videos creados por la comunidad y se abre una mesa de diálogo horizontal para firmar un acta-compromiso o acordar mejoras básicas inmediatas (como el respeto del nombre social según la Ley de Identidad de Género).

Se creará un perfil específico de la intervención en Instagram, con presencia coordinada en TikTok y Facebook. Los contenidos serán publicados con una frecuencia de al menos dos a tres veces por semana, utilizando hashtags relacionados con la salud, la diversidad y Palpalá para maximizar el alcance. Paralelamente, se establecerá un acuerdo con una emisora radial local de Palpalá para la emisión semanal del segmento educativo. Se generará un número de WhatsApp de contacto visible tanto en las publicaciones digitales como durante los segmentos radiales, para facilitar la participación de la audiencia.

EVALUACIÓN

La evaluación de la intervención será continua, participativa y procesual, incorporando a las propias personas de la comunidad LGBTQ+ como evaluadoras del proceso y los resultados¹²⁶. Se prevén tres momentos evaluativos principales: Evaluación inicial (diagnóstica): Recuperación de los conocimientos, expectativas y experiencias previas de las personas participantes en los primeros encuentros. Evaluación de proceso (formativa): Reflexión colectiva al finalizar cada encuentro y cada segmento radial, registrando aprendizajes, dificultades y ajustes necesarios. Seguimiento de indicadores cuantitativos de las plataformas digitales (alcance, visualizaciones, interacciones). Evaluación final (sumativa): Encuentro colectivo de cierre con las personas participantes para valorar el proceso y los resultados percibidos. Análisis del impacto en los equipos de salud a través de entrevistas o grupos de reflexión. Elaboración de un informe final de sistematización.

Los indicadores de evaluación incluirán tanto dimensiones cuantitativas (número de videos producidos, alcance en plataformas digitales, cantidad de segmentos radiales emitidos, número de personas de la comunidad LGBTQ+ participantes) como dimensiones cualitativas (percepciones de las personas participantes sobre el proceso, reflexiones de los equipos de salud sobre su práctica, impacto en la autoestima y la identidad colectiva de las personas del colectivo)¹²⁷.

¹²⁶Sánchez Martínez, E. (2015). Evaluación de programas sociales. Buenos Aires, pp. 76–82.

¹²⁷Ander-Egg, E. (1991). Introducción a la planificación. Buenos Aires: Lumen, pp. 32–38.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Objetivos y Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Actividad 1	X			
Actividad 2		X		
Actividad 3			X	
Actividad 4				X

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, E. (1991). Introducción a la planificación. Buenos Aires: Lumen.

Argumedo, Alcira (2009). Los silencios y las voces en América Latina: notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires: Colihue.

Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama.

Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Butler, Judith (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Buenos Aires: Paidós.

Centurión, P. A. (2018). Pensar la Educación para la Salud desde el enfoque de promoción de la salud. Revista Nuestro NOA, (12).

De Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del Sur. Buenos Aires: CLACSO.

Freire, Paulo (1970). Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI.

Gaggero, D. (2006). La Educación para la Salud como marco disciplinar y como estrategia para un abordaje integral de las problemáticas socio-educativas-sanitarias de hoy. FHyCS. UNJu.

Kornblit, Ana Lía (2008). Salud, derechos humanos y diversidad sexual. Buenos Aires: Paidós.

Max Aguero, E. (2012). Intervención comunitaria y Educación para la Salud: apuntes para la formación profesional. FHyCS-UNJu.

- Menéndez, E. (2005). Modelo médico hegemónico y atención primaria de la salud. Buenos Aires: CIESAS.
- Meyer, Ilan H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Ley de Identidad de Género y atención de la salud integral de personas trans. Buenos Aires: MSAL.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Participación comunitaria y acceso a la salud. Washington, DC: OPS.
- Pecheny, Mario y Figari, Carlos (2009). La salud de las minorías sexuales en Argentina. Buenos Aires: Teseo.
- Sánchez Martínez, E. (2015). Evaluación de programas sociales. Buenos Aires.
- Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Jujuy (2019). Informe sobre situaciones de discriminación y acceso a derechos en población LGBTQ+. San Salvador de Jujuy.
- Staffolani, C. (2005). Participación comunitaria y transformación social. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Testa, M. (2007). Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

ANEXO

ANEXO 1

CUADRO DE CATEGORIZACIÓN

Orden De Entrevistas	Accesibilidad al sistema de salud	Barreras Institucionales	Consecuencias sobre las barreras al sistema de salud
Entrevista 1ª	“Pero claro que sí, yo postergo mucho las consultas... me agunto dolores, molestias, cosas que sé debería controlar. Me digo ‘ya se me va a pasar’, ‘no es tan grave’, pero siempre está ese miedo cuando te duele algo.” ACCESO INTERMITENTE	“yo no entiendo estas cosas, pero te voy a tratar como a los demás igual” FALTA DE FORMACIÓN EN DIVERSIDAD SEXUAL	“A veces postergo consultas que no son urgentes, más por cansancio mental que por miedo.” DESGASTE EMOCIONAL
Entrevista 2ª	“Para mí ir a un centro de salud no es solo cuidarme de algo que me pase, sino prepararme mentalmente para lo que pueda llegar a pasar.” MALTRATO/DISCRIMINACIÓN	“Es una ciudad chica donde todos se conocen. Vas al hospital y te cruzas con vecinos, familiares de conocidos.” EXPOSICIÓN SOCIAL	“Vivir en Palpalá siendo gay y VIH positivo es vivir midiendo todo. Qué decís, a dónde vas, a quién le contás.” ESTIGMA/RECHAZO SOCIAL
Entrevista 3ª	“Sí, influyen un montón. Yo pateo todo. Controles, estudios, todo. Me agunto dolores que sé que no tendría que aguantar. Termino yendo solo cuando ya estoy al límite.” ACCESO INTERMITENTE	“Se nota que falta mucha formación en diversidad. No solo en salud, en general. Hay muchos prejuicios viejos.” FALTA DE FORMACIÓN EN DIVERSIDAD SEXUAL	“No dejo de ir al médico, pero sí voy con una distancia emocional.” DESGASTE EMOCIONAL
Entrevista 4ª	“No es mala al punto de sentirme discriminada directamente, pero tampoco es una experiencia en la que yo	“En una ciudad más grande probablemente estas cosas pasarían más	“siempre estás midiendo qué decir, cómo moverte, a dónde ir. La salud termina siendo una

	me sienta completamente cómoda o contenida.” EXPERIENCIAS DE INCOMODIDAD INSTITUCIONAL	desapercibidas.” EXPOSICIÓN SOCIAL	pelea” ESTIGMA/RECHAZO SOCIAL
Entrevista 5ª	“A veces pienso ‘si voy, me van a hacer pasar un mal momento’. Y eso pesa más que el dolor físico.” MALTRATO/DISCRIMINACIÓN		“Además muchas veces me voy pensando si fui yo la que exageró o si realmente pasó algo. Y eso también cansa, porque te hace dudar de tu propia percepción.” DESGASTE EMOCIONAL
Entrevista 6ª	“No salgo llorando ni enojada, pero sí con esa sensación rara de que algo no terminó de encajar.” EXPERIENCIAS DE INCOMODIDAD INSTITUCIONAL		“Lo que se me hace difícil es todo el trabajo mental previo... pensar qué voy a decir, qué no.” ESTIGMA/RECHAZO SOCIAL

ANEXO 2

Entrevistas

Entrevista N°: 1

Entrevistador: Robert Santiago Leonel

Sexo: Femenino

Lugar: Ciudad de Palpalá

Fecha de entrevista: 05/01/2026

Entrevistador: Buenas tardes, para iniciar podrías decirme ¿cómo te llamas?

Entrevistada: Buenas tardes, mi nombre es Cristal

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

Entrevistada: Tengo 26 años

Entrevistador: ¿Veintiséis? Bien! Yendo por la primera pregunta con respecto a lo que te he contactado. Cuando necesitás atenderte en un centro de salud, ¿Cómo suele ser tu experiencia?

Entrevistada: jhmmm.... Sinceramente, la verdad es que nunca es una situación o experiencia tranquila. Para mí en lo personal ir a un centro de salud no es solo cuidarme de algo que me pase o tenga, sino, prepararme mentalmente para lo que pueda llegar a pasar. Por lo general no estoy relajada, entro en alerta. Desde que cruzo por la puerta siento que tengo que estar atenta a cómo me miran, cómo me hablan, qué cara ponen cuando ven mi documento.

Por ejemplo, me pasó una vez que fui por un dolor fuerte en la panza, estaba doblada del dolor, y aun así sentí que lo primero que notaban no era que estaba mal, sino que era trans. Como que mi identidad siempre va primero, incluso cuando estoy doblada del dolor que es insoportable. Eso te deja una marca, porque te das cuenta que tu cuerpo nunca va a ser un cuerpo enfermo, siempre es un cuerpo juzgado o al menos así lo siento yo desde mi experiencia.

Entrevistador: Entiendo, que impactante lo que acabas de comentar. Con esta previa experiencia, como para seguir. Desde que decidís ir a la consulta hasta que te atienden, ¿cómo es ese proceso para vos? ¿Qué cosas te resultan fáciles o difíciles?

Entrevistada: Okey, si tengo que comentarte como me preparo, es mucho antes de llegar al centro de salud. Empieza en mi cabeza, con la duda de si voy o no voy. Es una tortura el estar dudando todo el tiempo y más si se trata de algo de mi salud. A veces estoy días pensando “voy mañana”, “no, mejor voy pasado”, hasta que ya no doy más.

Desde ahí es más difícil, porque en la admisión. Tener que decir tu nombre, ver que me miran raro o confundidos, como dudan, cómo te preguntan “¿pero este sos vos?”. Una vez yendo al hospital me pasó que estando el pasillo lleno de personas, me llamaron por mi nombre anterior, en voz alta, delante de toda la sala de espera. Sentí como si me hubieran dado un golpe en el estómago. Sentí que el piso se me abría. Nadie dijo nada, pero todas las miradas se clavaron en mí. Eso no se olvida nunca.

¿Cuál era la otra pregunta?

Entrevistador: La otra pregunta era ¿qué cosas te resultan fáciles o difíciles de este proceso?

Entrevistada: Ahh si, bueno.... Fácil.... (Suspiro) no sé si hay algo fácil. Para no hacerla tan larga, lo único fácil es decidir no ir más. Eso es lo que prácticamente estamos obligadas a decidir.

Entrevistador: Bien, teniendo en cuenta lo que me has comentado, te pregunto ¿Qué situaciones, formas de trato o maneras de trabajar del sistema de salud sentís que te complican o te ponen trabas para atenderte?

Entrevistada: Uy, como te explico..... Bueno, siento que hay muchas trabas que no están escritas, pero se sienten. Me refiero a que muchas veces el trato es distante, seco, como si estuviéramos molestando por el simple hecho de ir, ¿me entiendes? Nos hacen preguntas innecesarias sobre nuestro cuerpo, sobre nuestra vida privada, que no tienen nada que ver con el motivo por el que fuimos.

Mira, te cuento, una vez fui a hacerme atender por una gripe muy fuerte y cuando me atiende el médico terminó preguntándome si me hormonizaba, desde cuándo, con quién me acostaba. Y por dentro yo pensaba “¿qué tiene que ver esto con que no puedo respirar?”. A eso es que me refiero, cuando digo que no te ven como un paciente, sino como curiosidad.

Y bueno por supuesto que complica mucho que los médicos no estén enterados en tema de salud trans. Eso deja un vacío o nos deja expuestas,

porque sentís que tenés que explicar todo, educar, justificarte. Y yo voy a atenderme, no a dar clases sobre lo que soy o no soy.

Entrevistador: ¡Exactamente! Por otro lado, ¿Crees que impactan esas situaciones en tu decisión de volver o no a atenderte?

Entrevistada: Y claro! Me afecta muchísimo porque yo he dejado de ir a lugares donde me trataron mal, aunque me quedara lejos ir a otro lado ahora. Hay centros de salud a los que no vuelvo más por malditos, ni aunque me esté muriendo vuelvo a estar en mano de esa gente. Una vez salí llorando de una consulta. Llegué a mi casa y dije “nunca más”. Y cumplí hasta el día de hoy. Eso te hace entender que por más que los centros de salud estén no te garantiza que te traten bien y te respeten. Te humillan, no te respetan y encima lo justifican diciendo que es su trabajo y no hay otras formas, te obliga a pensar en que ese lugar deja de ser accesible para vos.

Entrevistador: ¡Totalmente! Que importante es lo que comentas. Por otro lado, en los espacios de salud, ¿sentís que se respeta y reconoce tu identidad y tu forma de ser? ¿Por qué?

Entrevistada: Como venía comentando, siento que no. Pero por supuesto hay excepciones, personas puntuales que te tratan con respeto, pero no es lo común para nosotras digamos. Pienso que el sistema no está pensado para nosotras.

El respeto la verdad depende mucho de la persona que te toque atenderte. Si es alguien abierto, bien. Si no, la pasas mal, Y eso en mi opinión no debería ser así, no debería ser una lotería y ver si ese día estás de suerte, que dicho sea, para nosotras, es raro estar de suerte.

Una vez una enfermera me dijo “yo no entiendo estas cosas, pero te voy a tratar como a los demás igual”. Y aunque lo dijo con buena intención, eso muestra que el respeto todavía es algo opcional, no una garantía de sus servicios.

Entrevistador: Estas experiencias, ¿Influyen en tus ganas o decisión de ir al médico, postergar la consulta o directamente no ir? ¿De qué manera?

Entrevistada: Pero claro que sí, yo postergo mucho las consultas, sé que está mal, lo sé. Pero bueno, me aguanto dolores, molestias, cosas que sé debería controlar. Me digo “ya se me va a pasar”, “no es tan grave”, pero siempre está ese miedo cuando te duele algo ¿viste?

Pero en el fondo sé que es ese miedo, a pasar vergüenza, a que me traten mal, a salir peor de lo que entré. A veces hasta me siento culpable, como si cuidara mi salud, pero la verdad es que pienso que cuidarse también se trata de cuidarse de ese maltrato.

Entrevistador: Totalmente es parte del cuidado. Ya casi terminamos, para avanzar, pensando en Palpalá, ¿Hay algo del lugar, de la gente o de cómo funciona la ciudad que influya en cómo la comunidad LGBTQ+ accede a la salud?

Entrevistada: Sí, creo que el lugar o sea Palpalá influye mucho. Es una ciudad chica, donde todos se conocen. Eso hace que una se sienta más expuesta. Vas al hospital y te cruzas con vecinos, familiares de conocidos, gente que después se la pasa hablando cagadas.

Además de que se sabe que falta mucha información en diversidad sexual. No solo con respecto a la salud, sino en general. Hay muchos prejuicios muy arraigados. Eso se traslada al trato. No es odio explícito a lo que me refiero, sino que muchas veces es ignorancia, pero igual duele y nos excluye como parte de la misma ciudad.

Entrevistador: Para terminar, yendo de la mano de la pregunta anterior ¿Sentís que el hecho de vivir en Palpalá influye en estas experiencias? ¿Por qué?

Entrevistada: Totalmente sí. Vivir en Palpalá con personas así, significa pensar todo dos veces. No solo ir al médico, es para todo. Pero en el tema de salud se nota más porque te sientes vulnerable en un lugar donde vas a buscar una posible cura o sentirte mejor por algún dolor. Y eso pesa. Yo siento que si viviera en otro lugar tendría menos miedo a atenderme. Acá la salud se vuelve en una pelea constante, cuando debería ser un derecho para todas las personas sin importar nada.

Entrevistador: Bueno eso sería todo por el momento, esto que te mostraré es un consentimiento informado, que es más que nada un acuerdo en donde están las condiciones de privacidad e información general de para qué es la entrevista. Muchas gracias por tu tiempo.

Entrevista N°: 2

Entrevistador: Robert Santiago Leonel

Sexo: Masculino

Lugar: Ciudad de Palpalá

Fecha de entrevista: 05/01/2026

Entrevistador: Buenas tardes, para comenzar ¿podrías decirme cómo te llamás?

Entrevistado: Buenas tardes, me llamo Matías.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenés?

Entrevistado: Tengo 29 años.

Entrevistador: Bien, Matías. Para comenzar con la entrevista, cuando necesitás atenderte en un centro de salud, ¿cómo suele ser tu experiencia?

Entrevistado: Mirá... siendo sincero, nunca es una experiencia normal. Para mí ir a un centro de salud es ir ya con la cabeza quemada. No voy pensando solamente en que me atiendan, voy pensando en qué comentario me voy a tener que bancar. Desde que entro siento que algo no les cierra conmigo. Te miran, te escanean, como queriendo entender “qué sos”. Y eso ya te incomoda. Una vez fui por un dolor fuerte en el pecho, estaba re asustado, y aun así sentí que lo que más les importaba no era si me pasaba algo grave, sino mi cuerpo. En una de esas esperas escuché que un tipo de administración le dijo a otro “este es uno de esos anormales”. No me lo dijeron de frente, pero lo escuché clarito. Y ahí se te cae todo. Te das cuenta de que para ellos no sos un paciente más, sos algo raro.

Entrevistador: Entiendo. Siguiendo con esto, desde que decidís ir a la consulta hasta que te atienden, ¿cómo es ese proceso para vos? ¿Qué cosas te resultan fáciles o difíciles?

Entrevistado: El proceso arranca mucho antes de salir de mi casa. Arranca con discutir conmigo mismo si ir o no. Porque ya sé lo que viene. No es solo esperar horas, es exponerte. Lo más pesado es el momento de dar los datos. Ahí siempre pasa algo. Te miran el DNI, te miran a vos, vuelven al DNI. Te preguntan cosas que no deberían preguntar. Una vez me dijeron “pero acá dice otra cosa”, delante de todos. Yo quería que me trague la tierra.

Difícil es todo. Desde la entrada hasta que salís. Fácil no hay nada. Lo único fácil es decir “ya fue, no vengo más”. Y eso es tristísimo, pero es la verdad.

Entrevistador: ¿Qué situaciones, formas de trato o maneras de trabajar del sistema de salud sentís que te complican o te ponen trabas para atenderte?

Entrevistado: El trato, sin dudas. No es solo lo que dicen, es cómo lo dicen. El tono sobrador, las risitas, las caras. Una vez un médico, cuando vio mi cuerpo, me dijo “esto no es normal”. Así nomás. Como si estuviera hablando de una cosa rota. Yo me quedé mudo. No supe qué decir. Me sentí chiquitito, como si estuviera haciendo algo mal solo por existir. También jode mucho que no tengan ni idea de salud trans. Y en vez de reconocerlo, te hacen sentir que sos vos el problema. Terminás explicando más de tu vida que del dolor por el que fuiste.

Entrevistador: ¿Creés que impactan esas situaciones en tu decisión de volver o no a atenderte?

Entrevistado: Sí, olvidate. Impactan una banda. Yo hay lugares a los que no vuelvo ni loco. Aunque me quede lejos otro hospital, prefiero viajar antes que volver a un lugar donde me trataron como basura. Me pasó de levantarme de una consulta e irme sin que me atiendan. Dije “hasta acá llegué”. Y eso después te deja pensando, porque sabés que estás dejando tu salud de lado, pero también sabés que nadie tiene por qué bancarse eso.

Entrevistador: En los espacios de salud, ¿sentís que se respeta y reconoce tu identidad y tu forma de ser? ¿Por qué?

Entrevistado: No, la verdad que no. La mayoría de las veces no. Te llaman por otro nombre, te tratan en femenino, y cuando los corregís se enojan o te miran mal.

Una vez una enfermera me dijo “bueno, tampoco sos normal, entendeme”. Eso me destruyó. Porque lo dijo como justificándose. El respeto parece algo opcional. Si te toca alguien copado, zafás. Si no, la pasás horrible. Y no debería depender de la suerte.

Entrevistador: Estas experiencias, ¿influyen en tus ganas o decisión de ir al médico, postergar la consulta o directamente no ir? ¿De qué manera?

Entrevistado: Sí, influyen un montón. Yo pateo todo. Controles, estudios, todo. Me agunto dolores que sé que no tendría que aguantar. A veces pienso “si voy, me van a hacer pasar un mal momento”. Y eso pesa más que el dolor físico. Termino yendo solo cuando ya estoy al límite, cuando no queda otra.

Entrevistador: Pensando en Palpalá, ¿hay algo del lugar, de la gente o de cómo funciona la ciudad que influya en cómo la comunidad LGTBQ+ accede a la salud?

Entrevistado: Sí, Palpalá influye muchísimo. Es una ciudad chica, bastante cerrada, donde todo se comenta. Vas al hospital y sabés que alguien te conoce, o conoce a alguien que te conoce. Eso te expone más. Y encima se nota que falta mucha formación en diversidad. No solo en salud, en general. Hay muchos prejuicios viejos, muy marcados.

Entrevistador: Para cerrar, ¿sentís que el hecho de vivir en Palpalá influye en estas experiencias? ¿Por qué?

Entrevistado: Sí, totalmente. Vivir en Palpalá siendo un hombre trans es vivir en alerta constante. Siempre estás midiendo qué decir, cómo moverte, a dónde ir.

En una ciudad más grande pasás desapercibido. Acá no. Acá sos “el diferente”. Y eso hace que la salud termine siendo una pelea, cuando debería ser algo básico, algo a lo que puedas ir sin miedo.

Entrevistador: Bueno, por el momento eso sería todo. Antes de finalizar, quiero informarte que esta entrevista se realiza en el marco de un trabajo de investigación, y que toda la información brindada será tratada de manera confidencial y anónima, respetando tu identidad y tu privacidad. Te agradezco sinceramente el tiempo que te tomaste para compartir tu experiencia y tu palabra, que es muy valiosa para este trabajo.

Entrevista N°: 3

Entrevistador: Robert Santiago Leonel
Sexo: Masculino
Lugar: Ciudad de Palpalá

Fecha de entrevista: 07/01/2026

Entrevistador: Buenas tardes, para comenzar ¿podrías decirme cómo te llamás?

Entrevistado: Buenas tardes, me llamo Lucas.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenés?

Entrevistado: Tengo 28 años.

Entrevistador: Bien, Lucas. Para comenzar con la entrevista, cuando necesitás atenderte en un centro de salud, ¿cómo suele ser tu experiencia?

Entrevistado: Mirá... la verdad es que nunca es algo simple. Para mí ir a un centro de salud siempre viene con una carga encima. No es solo ir a controlarte o a ver cómo estás, es ir sabiendo que en algún momento va a aparecer el juicio.

Antes de tener VIH ya era complicado por ser gay. Siempre alguna mirada, algún comentario, algún gesto raro. Pero después del diagnóstico, todo se volvió más pesado. Es como si de golpe dejaras de ser una persona y pasaras a ser un problema. Me acuerdo una vez que fui a la guardia con fiebre muy alta, estaba re mal, temblando, y cuando dije que era VIH positivo noté cómo el ambiente cambió. El médico se puso distante, empezó a hablarme más frío, se puso doble guante como si yo fuera contagioso con solo mirarlo. Yo estaba ahí muerto de miedo pensando si me pasaba algo grave, y al mismo tiempo sintiéndome sucio. Eso te rompe por dentro.

Entrevistador: Desde que decidís ir a la consulta hasta que te atienden, ¿cómo es ese proceso para vos? ¿Qué cosas te resultan fáciles o difíciles?

Entrevistado: El proceso empieza en mi cabeza, mucho antes de salir de casa. Empieza con el “¿voy o no voy?”. A veces tengo síntomas, molestias, cosas que sé que debería controlar, pero igual la pienso mil veces. Lo más difícil es el momento de tener que decir que tengo VIH. Porque sé que a partir de ahí cambia todo. Cambia la forma en que te hablan, cómo te miran, incluso cómo se mueven cerca tuyo.

Una vez, en admisión, cuando lo dije, la chica bajó la voz y me habló como en secreto, como si fuera algo vergonzoso. Me sentí expuesto, incómodo, como si todos estuvieran escuchando, aunque no fuera así. Fácil... no, fácil no hay nada. Lo único fácil es decir “después voy” y seguir pateando todo.

Entrevistador: ¿Qué situaciones, formas de trato o maneras de trabajar del sistema de salud sentís que te complican o te ponen trabas para atenderte?

Entrevistado: El estigma, sin dudas. El VIH sigue cargado de prejuicios. Muchos profesionales todavía lo asocian con promiscuidad, con irresponsabilidad, con culpa. Me pasó que un médico me dijo “y bueno, estas cosas pasan por la vida que llevan ustedes”. Ese “ustedes” fue terrible. Yo me quedé pensando quiénes somos “ustedes”. Los putos, los maricas, los que no encajamos. También están los comentarios por lo bajo. Escuché más de una vez palabras como “marica” o “mariposa”, no siempre directo, pero dichas como chiste o burla. Y aunque no te lo digan en la cara, vos lo sentís igual. Además, te preguntan cosas que no tienen nada que ver con la consulta, como si tu vida sexual fuera más importante que tu salud actual.

Entrevistador: ¿Creés que impactan esas situaciones en tu decisión de volver o no a atenderte?

Entrevistado: Sí, impactan un montón. Yo cambié de centro de salud varias veces por eso. Hay lugares a los que no vuelvo ni loco. Una vez salí tan mal de una consulta que estuve casi seis meses sin ir a controlarme. Seis meses. Yo sabía que estaba mal, que no era responsable, pero no tenía fuerzas para volver a pasar por lo mismo. Es como que te cansás de explicar, de justificarte, de bancarte miradas. Llegas un punto en que decís “prefiero no ir”.

Entrevistador: En los espacios de salud, ¿sentís que se respeta y reconoce tu identidad y tu forma de ser? ¿Por qué?

Entrevistado: No, la verdad que no. Muchas veces sentís que te respetan hasta cierto punto. Como que hay un límite. Ser gay ya te pone en una posición distinta, y si encima sos VIH positivo, sentís que te miran como si hubieras hecho algo mal. Te hablan desde un lugar moral, no profesional.

Una vez un enfermero me dijo “bueno, cuídate más”, con un tono que no era de consejo, era de reproche. Como si no supiera nada de mí, de mi tratamiento, de mis cuidados. Eso te hace sentir chiquito, culpable, como si tuvieras que pedir perdón por estar enfermo.

Entrevistador: Estas experiencias, ¿influyen en tus ganas o decisión de ir al médico, postergar la consulta o directamente no ir? ¿De qué manera?

Entrevistado: Sí, influyen muchísimo. Yo postergo controles, estudios, todo. A veces me digo “estoy bien, no pasa nada”, pero en el fondo sé que es miedo. Miedo a que me vuelvan a tratar como si fuera menos, como si fuera irresponsable, como si mi diagnóstico definiera toda mi vida. Hay días en los que me siento fuerte y digo “no me importa, voy igual”. Y hay otros en los que no tengo energía para bancarme eso.

Entrevistador: Pensando en Palpalá, ¿hay algo del lugar, de la gente o de cómo funciona la ciudad que influya en cómo la comunidad LGBTQ+ accede a la salud?

Entrevistado: Sí, Palpalá influye mucho. Es una ciudad chica, donde todo se sabe. Ser gay ya te expone bastante, y ser VIH positivo es como una marca. Tenés miedo de que se corra la voz, de que alguien comente algo, de que te señalen. Eso hace que muchas veces prefieras no ir o irte a otra ciudad. Además, se nota que falta información sobre VIH. Hay ideas viejas, mucho miedo, mucho prejuicio.

Entrevistador: Para cerrar, ¿sentís que el hecho de vivir en Palpalá influye en estas experiencias? ¿Por qué?

Entrevistado: Sí, totalmente. Vivir en Palpalá siendo gay y VIH positivo es vivir midiendo todo. Qué decís, a dónde vas, a quién le contás. En una ciudad más grande capaz sos uno más. Acá sos “el puto con VIH”. Y eso pesa un montón. La salud termina siendo una lucha constante, cuando debería ser un espacio donde te sientas cuidado, no juzgado.

Entrevistador: Bueno, por el momento eso sería todo. Antes de finalizar, quiero informarte que esta entrevista se realiza en el marco de un trabajo de investigación, y que toda la información brindada será tratada de manera confidencial y anónima, respetando tu identidad y tu privacidad. Te agradezco

sinceramente el tiempo que te tomaste para compartir tu experiencia y tu palabra, que es muy valiosa para este trabajo.

Entrevista N°: 4

Entrevistador:	Robert	Santiago	Leonel
Sexo:			Masculino
Lugar:	Ciudad	de	Palpalá

Fecha: 07/01/2026

Entrevistador: Buenas tardes, para comenzar ¿podrías decirme cómo te llamás?

Entrevistado: Buenas, me llamo Diego.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenés?

Entrevistado: Tengo 30 años.

Entrevistador: Cuando necesitás atenderte en un centro de salud, ¿cómo suele ser tu experiencia?

Entrevistado: Mirá, para mí ir al centro de salud es como ir a hacer un trámite pesado. No voy esperando que me traten bien, voy esperando que no me rompan mucho las pelotas. Tengo diabetes desde chico, así que estoy acostumbrado a ir, a pincharme, a hacer controles, a escuchar siempre el mismo discurso.

El tema es que cuando sos puto, todo eso se mezcla. No es que siempre te insultan en la cara, pero el clima está. Te hablan distinto, te cargan con chistes medio pelotudos, te miran como diciendo “este no se cuida”. Una vez un enfermero, mientras me medía el azúcar, le dijo a otro “estos maricones viven a base de azúcar”, riéndose. Yo lo escuché clarito. No dije nada, pero me quedó.

Entrevistador: Desde que decidís ir a consulta hasta que te atienden, ¿cómo es ese proceso para vos? ¿Qué cosas te resultan fáciles o difíciles?

Entrevistado: En mi caso no es tanto decidir ir, porque tengo que ir sí o sí. Si no me controlo, después me va peor. Lo difícil es bancarte siempre el mismo trato. Entrás, sacás número, esperás, y ya sabés que en algún momento alguien va a tirar un comentario fuera de lugar. A veces no es directo, es un chiste, una cargada, un “che, aflojá con los dulces”, como si no supiera cómo manejar mi enfermedad. Fácil es la rutina médica, eso ya lo tengo aceitado. Difícil es la parte humana, que nunca sabés cómo viene.

Entrevistador: ¿Qué situaciones, formas de trato o maneras de trabajar del sistema de salud sentís que te complican o te ponen trabas para atenderte?

Entrevistado: Lo que más jode es que te hablen como si fueras irresponsable. Como si la diabetes fuera un castigo por cómo vivís. Una vez una médica me dijo “bueno, vos también te buscás estas cosas”, y yo me quedé pensando qué tenía que ver ser gay con tener diabetes. Pero para ellos todo se mezcla. También pasa mucho que te infantilizan. Te hablan como si no entendieras nada, como si por ser puto fueras menos serio o menos capaz de cuidarte.

Entrevistador: ¿Creés que impactan esas situaciones en tu decisión de volver o no a atenderte?

Entrevistado: Impactan, pero no al punto de dejar de ir, porque no puedo. Lo que sí pasa es que voy con bronca. Voy a lo justo y necesario. Antes preguntaba más, ahora no. Antes explicaba, ahora no. Me atiendo, agarro la receta y me voy. Es como una forma de defensa.

Entrevistador: En los espacios de salud, ¿sentís que se respeta y reconoce tu identidad y tu forma de ser? ¿Por qué?

Entrevistado: No realmente. Siento que me toleran, no que me respetan. Que mientras no “moleste”, todo bien. Una vez escuché que me dijeron “maricón” pensando que no escuchaba. Cuando reclamé, me dijeron que era un chiste. Pero esos chistes cansan. Nunca sentí que alguien dijera “che, pará, eso no corresponde”. Siempre queda todo en la nada.

Entrevistador: Estas experiencias, ¿influyen en tus ganas o decisión de ir al médico, postergar la consulta o directamente no ir? ¿De qué manera?

Entrevistado: No dejo de ir, pero sí dejo de involucrarme. Voy en automático. Antes me importaba sentirme cuidado. Ahora solo quiero que el azúcar me dé bien y listo. Lo emocional quedó afuera. Es como que aprendés a separar: por un lado tu salud, por otro el trato. Y eso no debería ser así, pero es lo que hay.

Entrevistador: Pensando en Palpalá, ¿hay algo del lugar, de la gente o de cómo funciona la ciudad que influya en cómo la comunidad LGTBQ+ accede a la salud?

Entrevistado: Sí, Palpalá es chica y bastante bruta en algunas cosas. Hay mucha confianza mal entendida. Mucho chiste, mucha cargada. Eso hace que muchos profesionales no midan lo que dicen. Y cuando sos puto, quedás como el blanco fácil. Nadie lo frena porque está naturalizado.

Entrevistador: Para cerrar, ¿sentís que el hecho de vivir en Palpalá influye en estas experiencias? ¿Por qué?

Entrevistado: Sí, influye. En otro lugar capaz sos un paciente más. Acá sos “el diabético puto”.

Eso te marca. No te excluye del sistema, pero te hace pasar por él con menos dignidad.

Yo me atiende igual, pero no porque el sistema funcione bien, sino porque no me queda otra.

Entrevistador: Bueno, por el momento eso sería todo. Antes de finalizar, quiero informarte que esta entrevista se realiza en el marco de un trabajo de investigación, y que toda la información brindada será tratada de manera confidencial y anónima, respetando tu identidad y tu privacidad. Te agradezco sinceramente el tiempo que te tomaste para compartir tu experiencia y tu palabra, que es muy valiosa para este trabajo.

Entrevista N°: 5

Entrevistador: Robert Santiago Leonel

Sexo: Femenino

Lugar: Ciudad de Palpalá

Fecha: 10/01/2026

Entrevistador Buenas tardes, para comenzar ¿podrías decirme cómo te llamas?

Entrevistada: Buenas, me llamo Rocío.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenés?

Entrevistada: Tengo 33 años.

Entrevistador: Cuando necesitás atenderte en un centro de salud, ¿cómo suele ser tu experiencia?

Entrevistada: Mirá, mi experiencia casi nunca es tranquila, pero no porque yo vaya con miedo, eh. Yo voy como soy, de frente. El tema es que desde que entro ya siento el escaneo: la ropa, la gorrita, las zapatillas, cómo camino. Yo juego al fútbol desde piba, entreno, tengo espalda ancha, voz gruesa, y eso parece que a algunos les molesta más que la enfermedad por la que vas. Me ha pasado de entrar a una guardia después de un partido, con la rodilla hecha pelota, y que lo primero que me digan no sea “¿te duele mucho?” sino “¿vos jugás con los varones?”. Y yo ahí corto en seco: “no, juego al fútbol, punto”. Porque si no les parás el carro, se te suben encima con comentarios boludos.

Entonces mi experiencia es esa: ir a atenderme sabiendo que tengo que marcar límites. No voy a dejar que me falten el respeto. Si alguien se pasa, lo enfrento. No grito, pero hablo claro.

Entrevistador: Desde que decidís ir a la consulta hasta que te atienden, ¿cómo es ese proceso para vos? ¿Qué cosas te resultan fáciles o difíciles?

Entrevistada: Yo no soy de dudar mucho. Si me duele algo o necesito control, voy. Punto. No me quedo dando vueltas. El problema no es decidir ir, el problema es todo el circo alrededor. En la admisión siempre pasa algo. Siempre. Miradas raras, comentarios tipo “ah, pensé que eras un varón”. Y yo ya estoy curtida, contesto: “no, soy mujer, ¿algo más?”.

Fácil es la parte médica cuando te toca alguien profesional. Difícil es la gente

que se cree con derecho a opinar de tu cuerpo o de cómo te ves. Eso me saca. Pero no me quedo callada. Si me dicen algo fuera de lugar, lo marco ahí mismo.

Entrevistador: ¿Qué situaciones, formas de trato o maneras de trabajar del sistema de salud sentís que te complican o te ponen trabas para atenderte?

Entrevistada: Lo que más me rompe las bolas es el comentario “en joda”. Porque siempre es “en joda”. “Parecés un pibe”, “jugás mejor que muchos hombres”, “¿no te cansás de hacerte la machita?”. Todo eso no es chiste. Una vez un médico me dijo “con razón te lesionás, jugás a cosas de hombres”. Ahí me paré y le dije: “mirá, me lesiono porque juego al fútbol, no porque sea lesbiana ni porque vista así”. Se quedó mudo. La traba es esa mentalidad vieja. Como si tu forma de ser fuera el problema, no el sistema.

Entrevistador: ¿Creés que impactan esas situaciones en tu decisión de volver o no a atenderte?

Entrevistada: Impactan en el sentido de que no vuelvo a lugares donde me faltaron el respeto. Yo no tengo problema en decir “acá no vuelvo más”. Pero no dejo de atenderme. Eso no. Mi salud es primero. Si tengo que cambiar de lugar, cambio. Si tengo que discutir, discuto. No me voy a quedar sin atención por culpa de comentarios pelotudos.

Entrevistador: En los espacios de salud, ¿sentís que se respeta y reconoce tu identidad y tu forma de ser? ¿Por qué?

Entrevistada: En general no. Se tolera, que es distinto. Te bancan mientras no incomodes. Pero apenas salís de lo esperado, aparecen los comentarios. Yo no necesito que me aplaudan, necesito que no opinen. Que me atiendan y listo.

El respeto sería que nadie se sienta con derecho a decirte cómo vestirse, cómo hablar o qué deporte jugar.

Entrevistador: Estas experiencias, ¿influyen en tus ganas o decisión de ir al médico, postergar la consulta o directamente no ir? ¿De qué manera?

Entrevistada: No dejo de ir, pero voy siempre alerta. Voy lista para poner límites. Y eso cansa, porque no debería ser así. Uno va al médico vulnerable, no a dar pelea. Pero bueno, si no te defendés, te pasan por arriba. Yo aprendí eso hace rato.

Entrevistador: Pensando en Palpalá, ¿hay algo del lugar, de la gente o de cómo funciona la ciudad que influya en cómo la comunidad LGTBQ+ accede a la salud?

Entrevistada: Sí, Palpalá es muy de barrio, para bien y para mal. Acá todos opinan, todos se tienen confianza. Y eso en salud es peligroso. Hay cosas que no se dicen en otros lados y acá sí. Comentarios que nadie frena porque “siempre fue así”. Y bueno, cuando sos lesbiana masculina, sos blanco fácil.

Entrevistador: Para cerrar, ¿sentís que el hecho de vivir en Palpalá influye en estas experiencias? ¿Por qué?

Entrevistada: Sí, influye. En otro lugar capaz pasás más desapercibida. Acá no.

Igual yo no me escondo. Juego al fútbol, laburo, vivo como quiero. Pero estaría bueno no tener que estar siempre marcando límites. La salud tendría que ser un lugar donde no tengas que demostrar carácter para que te respeten.

Entrevistador: Bueno, por el momento eso sería todo. Antes de finalizar, quiero informarte que esta entrevista se realiza en el marco de un trabajo de investigación, y que toda la información brindada será tratada de manera confidencial y anónima, respetando tu identidad y tu privacidad. Te agradezco sinceramente el tiempo que te tomaste para compartir tu experiencia y tu palabra, que es muy valiosa para este trabajo.

Entrevista N°: 6

Entrevistador: Robert Santiago Leonel
Sexo: Femenino
Lugar: Ciudad de Palpalá
Fecha: 05/01/2026

Entrevistador: Buenas tardes, para comenzar ¿podrías decirme cómo te llamás?

Entrevistada: Buenas tardes, mi nombre es Martina.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenés?

Entrevistada: Tengo 26 años.

Entrevistador: Cuando necesitás atenderte en un centro de salud, ¿cómo suele ser tu experiencia?

Entrevistada: Mi experiencia suele ser... intermedia, por decirlo de alguna manera. No es mala al punto de sentirme discriminada directamente, pero tampoco es una experiencia en la que yo me sienta completamente cómoda o contenida. Yo soy bastante femenina, me gusta arreglarme, maquillarme, vestirme prolija, y eso hace que muchas veces pase como una mujer “común”, dentro de lo que se espera socialmente. Entonces, en la entrada, en la recepción, todo fluye normal. Nadie me mira raro, nadie hace comentarios.

El tema aparece después, cuando empiezan las preguntas más personales o cuando surge algo que tiene que ver con mi vida fuera del consultorio. Ahí noto cambios sutiles: silencios, miradas que duran un segundo más, respuestas cortas. No es algo que te griten, pero se siente. Yo no salgo llorando ni enojada, pero sí con esa sensación rara de que algo no terminó de encajar. Como que estuviste ahí, pero no del todo.

Además, muchas veces me voy pensando si fui yo la que exageró o si realmente pasó algo. Y eso también cansa, porque te hace dudar de tu propia percepción.

Entrevistador: Desde que decidís ir a la consulta hasta que te atienden, ¿cómo es ese proceso para vos? ¿Qué cosas te resultan fáciles o difíciles?

Entrevistada: El proceso en sí no me cuesta tanto. Si necesito ir, voy. No tengo miedo a los hospitales ni a los médicos. En ese sentido, reconozco que tengo un privilegio que otras personas de la comunidad no tienen.

Lo que se me hace difícil es todo el trabajo mental previo. Pensar qué voy a decir, qué no. Si menciono a mi novia, si digo “pareja” sin aclarar, si directamente no digo nada. Es como estar todo el tiempo editándote. Y eso es agotador, porque no vas a una entrevista de trabajo, vas a atenderte.

A veces siento que lo más cansador no es el turno médico, sino esa tensión constante de no saber si ser completamente honesta o cuidarte para que la situación no se vuelva incómoda.

Entrevistador: ¿Qué situaciones, formas de trato o maneras de trabajar del sistema de salud sentís que te complican o te ponen trabas para atenderte?

Entrevistada: No hablaría de trabas grandes, sino de una suma de pequeñas cosas. Comentarios asumidos, preguntas hechas desde la “NORMALIDAD”, frases que parecen inofensivas pero que te dejan afuera. Como cuando te preguntan automáticamente por un novio, o te dicen “cuando tengas marido”.

Una vez, cuando aclaré que vivía con mi pareja, me preguntaron “¿con una amiga?”. Cuando dije que no, que era mi pareja, hubo un silencio raro, incómodo. Nadie fue violento, nadie me trató mal, pero se notó que no sabían bien cómo seguir.

El sistema no está preparado para salir de lo esperado. No es que te rechacen, es que no te contemplan. Y eso, a la larga, también es una forma de exclusión.

Entrevistador: ¿Creés que impactan esas situaciones en tu decisión de volver o no a atenderte?

Entrevistada: No hacen que deje de ir, pero sí influyen en cómo vuelvo. Capaz no pido turno con el mismo profesional. Capaz la próxima vez digo menos cosas.

No es una decisión consciente del tipo “no vuelvo más”, sino más bien ajustes pequeños que vas haciendo para sentirte un poco más cómoda. Te adaptas al sistema en lugar de que el sistema se adapte a vos.

Y eso termina siendo injusto, porque una debería poder ir al médico siendo quien es, sin tener que calcular tanto.

Entrevistador: En los espacios de salud, ¿sentís que se respeta y reconoce tu identidad y tu forma de ser? ¿Por qué?

Entrevistada: Siento que se me respeta en un sentido básico: no me maltratan, no me insultan, no me niegan la atención. Pero no siento un reconocimiento real.

Es como si mi identidad no existiera ahí adentro. No está negada, pero tampoco está incluida. Todo está pensado desde una lógica heterosexual y cuando no encajas, simplemente quedas invisibilizada.

Ese tipo de respeto silencioso a veces duele más, porque te borra. No te ataca, pero tampoco te ve.

Entrevistador: Estas experiencias, ¿influyen en tus ganas o decisión de ir al médico, postergar la consulta o directamente no ir? ¿De qué manera?

Entrevistada: No dejo de ir al médico, pero sí voy con una distancia emocional. No me entrego del todo a la situación.

A veces postergo consultas que no son urgentes, más por cansancio mental que por miedo. Porque sé que implica volver a pasar por esa sensación de incomodidad leve pero constante. No es un rechazo fuerte, es un desgaste. Y el desgaste, con el tiempo, también impacta.

Entrevistador: Pensando en Palpalá, ¿hay algo del lugar, de la gente o de cómo funciona la ciudad que influya en cómo la comunidad LGBTQ+ accede a la salud?

Entrevistada: Sí, Palpalá influye bastante. Es una ciudad chica, con ideas bastante marcadas de lo que está bien y lo que no. No desde el odio, sino desde la costumbre.

Eso hace que muchas personas no sepan cómo manejar situaciones que se salen de la norma y terminen actuando desde la incomodidad. No hay mala intención, pero sí falta de formación y de reflexión.

Entrevistador: Para cerrar, ¿sentís que el hecho de vivir en Palpalá influye en estas experiencias? ¿Por qué?

Entrevistada: Sí, influye. En una ciudad más grande probablemente estas cosas pasarían más desapercibidas. Acá todo es más cercano, más personal. Yo no siento que me excluyan de manera directa, pero sí siento que el sistema no está pensado para mí. Estoy ahí, me atienden, pero siempre un poquito al costado. Y eso, aunque no duela fuerte, se acumula.

Entrevistador: Bueno, por el momento eso sería todo. Antes de finalizar, quiero informarte que esta entrevista se realiza en el marco de un trabajo de investigación, y que toda la información brindada será tratada de manera confidencial y anónima, respetando tu identidad y tu privacidad. Te agradezco

sinceramente el tiempo que te tomaste para compartir tu experiencia y tu palabra, que es muy valiosa para este trabajo.

ANEXO 3

Fotografías



