Limitaciones epistémicas en el acompañamiento de la salud integral de personas LGBTQ+: percepciones desde consultorios de diversidad sexual

Epistemic barriers in LGBTQ+ health care: experiences from sexual diversity health centers

Autores/as: Calderón, Cami Amor[a], Rodriguez, María Carla[b], D'Onofrio, Lucila María[c], Conti, María Lucrecia[d], Prado, Natalia Jorgelina[e]

[a] *Médica especialista en Medicina Familiar y General. Doctoranda en Medicina en la Universidad Nacional de Cuyo. Dirección de Equidad de Género en Salud, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.*
[b] *Trabajadora social especialista en epidemiología. Dirección de Equidad de Género en Salud, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.*
[c] *Médica especialista en Medicina Familiar y General. Consultorio de Diversidad, Hospital A. Fleming, General San Martín, Provincia de Buenos Aires. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°4, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*
[d] *Médica especialista en Medicina Familiar y General y en estudios y políticas de género. UNPAZ-Medicina.*
[e] *Médica, Doctora en Medicina, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Investigadora Asistente IMBECU CONICET.*

Resumen

Introducción: La producción de conocimiento biomédico se estructura históricamente desde una lógica binaria y heterocisnormada, lo que restringe el abordaje integral de la salud de las personas con identidades sexogenéricas disidentes. Esta limitación es el resultado de un proceso epistémico. **Objetivo**: Analizar la percepción de profesionales de la medicina que integran consultorios de diversidad de la Provincia de Buenos Aires sobre las limitaciones del conocimiento biomédico disponible para la atención de las personas LGBTQ+, e indagar las estrategias que desarrollan para afrontarlas. Vincular los resultados con el concepto de injusticia epistémica de Miranda Fricker. **Metodología**: Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, observacional y transversal, basado en entrevistas semiestructuradas a 11 profesionales especialistas en medicina general y familiar, endocrinología y ginecología de la Provincia de Buenos Aires. **Resultados**: Las personas entrevistadas identificaron una formación de grado y posgrado basada en un enfoque binario y biologicista del cuerpo y la salud, atravesado por una perspectiva cisheteronormada. Se reconocieron tres posiciones frente a las limitaciones: quienes las perciben, quienes las mencionan sin problematizarlas y quienes no las identifican. Las estrategias epistémicas más frecuentes fueron la búsqueda bibliográfica, los ateneos clínicos e interdisciplinarios y las interconsultas con especialistas. El conocimiento de la comunidad fue frecuentemente desvalorizado, aunque hay profesionales que lo incorporan mediante la escucha activa. **Conclusión**: Los resultados evidencian que el Modelo Médico Hegemónico reproduce injusticias epistémicas al jerarquizar saberes biomédicos sobre la subjetividad. Promover responsabilidad epistémica implica reconocer la validez de los conocimientos en primera persona y generar marcos conceptuales plurales que garanticen prácticas de salud inclusivas y justas para las diversidades sexogenéricas. **Palabras clave**: Epistemología; Personas LGBTQ; Disparidades en atención de salud.

Autora para correspondencia: Cami Amor Calderon, camiamorcalderon@gmail.com
Recibido: 20/01/2026 Aceptado: 03/05/2026.

Cómo citar: Calderón CA, Rodriguez MC, D'Onofrio LM, Conti ML, Prado NJ. Limitaciones epistémicas en el acompañamiento de la salud integral de personas LGBT+: percepciones desde consultorios de diversidad sexual. Arch Med Fam Gen. 2026;23(2)5-16.

Abstract

Introduction: The production of biomedical knowledge has historically been structured according to a binary and heteronormative logic, which restricts the comprehensive health care of dissident gender identities. This limitation is the result of an epistemic process. **Objective**: To analyze the perceptions of physicians who work in diversity health centers in the Province of Buenos Aires about the limitations of available biomedical knowledge to address the LGBTQ+'s care and to explore the strategies they develop to face these limitations. To relate these results with Miranda Fricker's concept of epistemic injustice. **Methodology**: A qualitative, exploratory, descriptive, observational, and cross-sectional study was carried out, based on semi-structured interviews with 11 medical specialists in general and family medicine, endocrinology, and gynecology from the Province of Buenos Aires. **Results**: Interviewees identified that both undergraduate and postgraduate training is based on a binary and biological approach to the body and health, pierced by a cisheteronormative perspective. Three positions regarding these limitations were recognized: those who perceive them, those who mention them with no problematization, and those who do not identify them. The most frequent epistemic strategies were literature review, clinical and interdisciplinary case conferences, and consultations with specialists. **Conclusion**: Results show that the hegemonic medical model reproduces epistemic injustices by prioritizing biomedical knowledge over subjectivity. Promoting epistemic responsibility involves recognizing the validity of first-person knowledge and generating pluralistic conceptual frameworks that guarantee inclusive and equitable healthcare practices for diverse gender and sexual identities. Community knowledge was frequently undervalued, although some professionals incorporated it through active listening. **Keywords**: Epistemology; LGBTQ Persons; Health care inequality.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se fundamenta en la premisa de que la producción de conocimiento científico biomédico se construye a través de una lógica binaria heterocisnormada, y que es a partir de este conocimiento que se realizan recomendaciones en salud (1). La población que asiste a los consultorios de diversidad se encuentra fuera de esta lógica, lo que afecta la calidad de atención. Consideramos que la limitada producción de evidencia científica orientada a colectivos de diversidades y disidencias se vincula con un proceso epistémico. Nos preguntamos si quienes forman parte de los equipos de salud reconocen estas limitaciones en su práctica.

La biomedicina moderna se consolidó como paradigma dominante para la comprensión de la salud y la enfermedad, a partir de los avances científicos de los siglos XIX y XX y bajo la influencia del positivismo, que privilegia el conocimiento empírico y medible, excluyendo la subjetividad (2).

Este modelo, centrado en la biología y la fisiología, desplazó explicaciones holísticas previas y se impuso como hegemónico, con un enfoque reduccionista que concibe la enfermedad como fenómeno biológico aislado del contexto social, que se caracteriza por la supremacía del llamado "Modelo Médico Hegemónico" (MMH) (3). Sin embargo, múltiples críticas han cuestionado su capacidad para abordar la complejidad de los procesos salud-enfermedad-atención. Corrientes como la salud colectiva y la medicina social proponen un paradigma histórico-social que incorpora factores económicos, culturales y políticos (4).

Desde el pensamiento feminista y postestructuralista, autores como Foucault (5) y Butler (6) problematizan el poder que ejerce el discurso biomédico sobre los cuerpos, al naturalizar identidades y excluir otras formas de vida inteligibles. Butler (7) introduce la distinción entre precariedad (vulnerabilidad

común a toda vida) y precaridad (vulnerabilidad desigual, inducida políticamente), y sostiene que la posibilidad de ser reconocido como vida está mediada por normas sociales reiteradas que configuran lo reconocible y lo inteligible. Raewyn Connell (8) agrega una dimensión relacional al género, subrayando cómo las estructuras de poder inciden en prácticas y políticas de salud. En este marco, la homogeneización biomédica silencia la diversidad corporal y cultural, limitando el reconocimiento real de ciertas vidas y experiencias. Reconocer a las disciplinas médicas como tecnologías de poder permite analizar cómo producen y validan saberes dentro de marcos cisheteronormados que excluyen otras existencias, aunque cada reiteración normativa contenga también la posibilidad de fuga y transformación.

Nos interesa, también, recuperar el aporte de Miranda Fricker (9), quien distingue el concepto de injusticia epistémica, en sus dos formas: la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica. La injusticia testimonial "se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido". La injusticia hermenéutica "se produce en una fase anterior, cuando una brecha entre los recursos de interpretación colectiva sitúa a alguien en una desventaja en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales".

Durante el trabajo de campo de esta investigación, se produjeron acontecimientos significativos que impactaron en las entrevistas realizadas. En particular, las declaraciones públicas de la máxima autoridad del Estado argentino, contrarias a la perspectiva de género y a la población **LGBTQ+**, marcaron un punto de inflexión al expresar posiciones que inciden en los derechos de las disidencias sexuales y de género. Al ser una figura pública con gran legitimidad epistémica, contribuye a la promoción de discursos de odio y la construcción de sentido colectivo contrario a la población **LGBTQ+**, que resulta peligrosa y atenta contra su integridad. Esto se vio reflejado en el posicionamiento propositivo de las primeras entrevistas en contraposición con el lugar defensivo y de preocupación de las últimas entrevistas. Así como también en el aumento de crímenes de odio contra población **LGBTQ+** en Argentina en un 62% del año 2024 al año 2025 (10).

Estas declaraciones se inscriben en un clima político más amplio, signado por el desmantelamiento de derechos conquistados (sanción del DNU 62/2025, desfinanciamiento de políticas públicas) (11). En este marco, sectores conservadores buscan instalar la idea de una supuesta "ideología de género" como amenaza, contraponiéndola a "lo natural/ biológico". Una distorsión deliberada de la teoría de género, que se presenta como una estrategia política de manipulación. Así se deslegitima un campo de saber y lucha, asociándolo a un adoctrinamiento "peligroso" (12).

Partimos de la hipótesis de que quienes trabajan en los consultorios de diversidad se encuentran con limitaciones de naturaleza epistémica al momento del abordaje de la salud integral de la población, que muchas veces se traduce en la falta de herramientas concretas para acompañar procesos de salud-enfermedad. Además, entendemos que, de forma no sistemática, estos equipos emplean diferentes estrategias para saldar dicha falta, y que las mismas están vinculadas a los recursos materiales y simbólicos disponibles en cada equipo y no a una política de salud consensuada y planificada. El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción de profesionales de la medicina, que se desempeñan en consultorios de diversidad, sobre el conocimiento biomédico disponible para la atención de personas con identidades sexogenéricas disidentes, particularmente en lo referido a sus limitaciones y estrategias.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo de tipo observacional y transversal basado en entrevistas semiestructuradas individuales. Las

entrevistas, de aproximadamente una hora, se realizaron de forma virtual (Google Meet), fueron grabadas y transcritas de manera textual mediante la herramienta Pinpoint, y posteriormente revisadas y validadas por el equipo de investigación. Todas fueron realizadas por una misma persona con formación en medicina y en investigación cualitativa, y con experiencia en el acompañamiento de la salud de población **LGBTQ+**.

Se realizaron 11 entrevistas a profesionales de la medicina (medicina familiar y/o general, endocrinología, ginecología y pediatría) que integran equipos de atención integral para personas **LGBTQ+** de distintas regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires (RSI, RSII, RSV, RSVI, RSVII, RSVIII, RSIX, RSX y RSXI). Las personas entrevistadas tenían entre 32 y 56 años; todas se reconocen como cisgénero y cuatro como heterosexuales. La cantidad de entrevistas se definió según el criterio de saturación teórica, entendido como el punto en que nuevos casos no aportan información novedosa para el desarrollo de las categorías analíticas.

La convocatoria se realizó mediante un formulario de Google distribuido por correo electrónico, detallando los objetivos del estudio e invitando a participar voluntariamente. Los correos institucionales fueron provistos por la Dirección de Equidad de Género en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Una vez identificadas las personas dispuestas a participar, se aplicó la técnica de bola de nieve, un muestreo no probabilístico que permitió ampliar la muestra mediante referencias de personas entrevistadas previamente.

El análisis se realizó mediante un enfoque temático con apoyo de ATLAS.ti, adoptando una estrategia mixta, inductiva y deductiva, que combinó la emergencia de categorías a partir de la lectura en profundidad de las transcripciones con dimensiones orientadas por el marco de la injusticia epistémica. Se efectuó una codificación abierta, seguida de la agrupación de códigos en categorías analíticas mediante un proceso iterativo, y se realizó triangulación entre investigadores a través de la revisión y discusión conjunta de las codificaciones.

Los grupos analíticos no fueron definidos a priori, sino que emergieron de un análisis inductivo basado en la codificación temática, que permitió identificar patrones recurrentes en las formas en que las personas entrevistadas construyen discursivamente la existencia (o no) de limitaciones en el conocimiento biomédico. Como eje de diferenciación se consideró la relación entre el plano explícito del discurso (reconocimiento declarado de limitaciones) y el plano implícito (su emergencia en la narrativa), lo que permitió distinguir tres posiciones analíticas. Estos grupos no constituyen tipologías rígidas, sino posicionamientos analíticos construidos a partir de regularidades discursivas del corpus.

Consideraciones éticas

Previo a la realización de las entrevistas, se compartió un consentimiento informado detallando los objetivos del estudio, solicitando autorización para grabar y transcribir la entrevista y explicando cuestiones asociadas a la confidencialidad, los riesgos y beneficios de la participación y la posibilidad de suspender la entrevista en cualquier momento. Además, al inicio de la entrevista, se reiteró verbalmente la información del consentimiento informado y se mencionó que no iba a perjudicar su actividad laboral; se reforzó la confidencialidad, aclarando que solo el equipo de investigación tendría acceso a la información. Para resguardar la identidad de las personas entrevistadas, se decidió no incorporar referencias geográficas ni de su ámbito de trabajo. El protocolo de investigación, junto con el consentimiento informado, fue evaluado y aprobado el 26 de abril de 2023 por el Comité de Ética Central de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados, organizados en dos partes: en primer lugar, se describe el proceso de conformación de los espacios de atención en salud para las disidencias y las trayectorias formativas de las personas entrevistadas; en segundo lugar, se analizan las limitaciones que identifican en su práctica cotidiana, así como las estrategias, tanto individuales como colectivas, que implementan para abordarlas. Por último, ponemos en discusión los resultados con el concepto de injusticia epistémica de la filósofa Miranda Fricker.

En relación con el origen de los consultorios de diversidad, se identifican tres modalidades de surgimiento: por iniciativa de trabajadores de la salud, por impulso/demandas de la población u organizaciones **LGBTQ+**, y a partir de decisiones institucionales. Las dos primeras formas comparten un rasgo central: la presencia activa de la población **LGBTQ+** en la conformación de estos espacios. En los relatos que indican que el consultorio surge por iniciativa del equipo de salud, sus integrantes se enfrentan a demandas concretas que no encuentran respuesta en los dispositivos existentes.

> *(...) "todo surgió por una usuaria que era una mujer trans que se acerca a pedir turno, y recibió un trato no acorde. Ella había hecho una queja y escrito en el Facebook del hospital [...] la jefa de la unidad de adolescencia me comenta esto y ahí surgió que empezamos a capacitar a la gente del hospital y crear el equipo. Surgió por algo que nos atravesó como institución" (E1 Ginecología).*

> *(...) "tengo una persona que consultó con un endocrino y le dijeron cualquier cosa, no sabe qué hacer, no sé qué decirle, ¿te la puedo mandar? así que me puse a estudiar y así fue sucediendo, empezó a caer gente y más gente. No había mucho más que hacer que aceptar la situación y empezar a darle más otro marco." (E3 Medicina Familiar y General).*

Esta forma de emergencia puede interpretarse como una estrategia frente a la ausencia de respuestas institucionales o formales, que conlleva una asunción subjetiva del rol profesional como parte de un compromiso ético-político con las poblaciones disidentes.

Las trayectorias formativas de grado de las personas que conforman la muestra se inscriben en un entramado diverso de saberes y prácticas que recorren distintas ramas de la medicina. Se advierte una presencia significativa de perfiles vinculados a la medicina general. Al mismo tiempo, se despliegan recorridos ligados a la endocrinología, tanto en su abordaje general como en su especificidad vinculada a las infancias y adolescencias. También se incorporan miradas provenientes de la ginecología, lo que permite identificar un conjunto heterogéneo de trayectorias que reflejan distintas formas de habitar la práctica médica.

En relación con los modos en que las personas entrevistadas adquirieron conocimientos vinculados a la salud LGBTQ+, se evidencia, por un lado, que la formación recibida durante el grado o la residencia se caracterizó, en la mayoría de los casos, por un enfoque binario y biologicista del cuerpo y la salud.

> *(...) "Siento que nuestra formación está tan binarizada que no hay cabida para nada que sea diferente. Ahí todo lo que sea diferente es expulsado automáticamente del sistema" (E2 Medicina Familiar y General)*

> *"(...) "No, nada, nada, nada. Siempre desde este enfoque, ¿no? Desde nada, gónada, el género al nacer, a ver, nos formamos, venimos del hermafroditismo y todos esos términos arcaicos..."(E0 Endocrinología)"*

Por otro lado, algunos relatos sostienen la ausencia de una "perspectiva de género" en los programas formativos, sin advertir que lo que estuvo presente fue precisamente una perspectiva de género hegemónica, cisheteronormada y naturalizada. De este modo, se tiende a asociar la existencia de una perspectiva de género únicamente con su versión crítica, invisibilizando que toda formación transmite posicionamientos de género, aun cuando no estén explicitados. La incorporación de saberes relacionados con la atención a poblaciones sexogenéricas disidentes aparece mayormente vinculada a instancias optativas de formación de posgrado.

En todos los casos, se mencionan como fuentes institucionales de referencia las capacitaciones estatales, seguidas por las propuestas aranceladas organizadas por sociedades científicas y congresos. Estas instancias son caracterizadas como espacios que, en general, priorizan un enfoque biomédico centrado en los procesos de hormonización y sus efectos, aunque en algunos casos se señala la inclusión de marcos legales y teóricos vinculados a la perspectiva de género. Por fuera de estas capacitaciones específicas, en las formaciones generales en salud, la temática LGBTQ+ aparece usualmente como un apartado aislado, y no como un contenido transversal e integrado.

Además, se pone en evidencia que las propias prácticas realizadas durante la asistencia cotidiana son un espacio de formación continua que se desarrolla en conjunto con profesionales de diferentes disciplinas y con la población usuaria del sistema de salud.

Finalmente, resulta fructífero destacar una distinción entre profesionales de endocrinología y de medicina general en relación al impacto que tuvieron las formaciones nombradas anteriormente. Profesionales de endocrinología relatan que su participación en estos espacios ha producido cambios significativos en sus prácticas, permitiéndoles repensar críticamente el enfoque hegemónico de su formación de grado y especialidad. Estas capacitaciones habilitaron un desplazamiento desde una mirada centrada en la patologización y la clasificación diagnóstica hacia un enfoque integral. Este pasaje no fue vivenciado como exento de tensiones, aparecen con fuerza las resistencias internas y el esfuerzo por desarticular marcos estructurantes como la centralidad del diagnóstico o la linealidad del motivo de consulta. En este sentido, su participación en espacios vinculados a la atención de poblaciones sexogenéricas disidentes se manifiesta como un punto de inflexión.

> *(...) "¿Cómo considero que impactó? Y los veo a los pacientes desde otro lugar, como desde un lugar más amplio, más complejo, no tan físico, sino más psicológico, más... no sé cómo decírtelo. A ver, más integral de alguna manera porque no solo es el tema físico..." (E10 Endocrinología)*

> *(...) "me llevó tiempo el tema del espacio de infancia, porque era cambiar totalmente la perspectiva, nuestra formación... no patologizar. Paciente, motivo de consulta, diagnóstico, cuesta muchísimo moverme de esa estructura tan tradicional, pero, bueno, por eso, repito, desafiante, pero para mí, ¿no?" (E0 Endocrinología).*

Por otra parte, quienes contaban con formación en medicina general definen estas instancias de capacitación desde otra perspectiva; reconocen su valor, pero las presentan también como herramientas de validación formal de saberes que ya habían construido en la práctica cotidiana y desde marcos teóricos integrales ligados a su especialidad. Afirman que las demandas asistenciales precedieron a las respuestas formativas. En ese sentido, las formaciones funcionan como avales de sus prácticas.

> *(...)"Yo fui sintiendo que nos fueron llegando tarde, pero en el sentido de que cuando llegaban las capacitaciones, nosotros ya habíamos tenido que*

resolverlo por nuestra cuenta. Entonces, está re bueno tenerlo, ¿no? Si alguien quiere hurgar en tu currículum a ver por qué estás haciendo esto, tenés como el aval formal y oficial, pero eran cosas que ya habíamos resuelto por otras vías, más autodidactas." (E3 Medicina Familiar y General).

(...) "Hay un tema con la especialidad nuestra, que a veces hay mucho recelo de otros profesionales, de otras especialidades. Y entonces siempre la capacitación es necesaria para decir: "Para, yo hago esto porque tengo esto, lo aprendí y lo sé hacer." (E9 Medicina Familiar y General)

Ante la pregunta concreta: "¿Existen limitaciones en el conocimiento biomédico al atender a personas con identidades sexogenéricas disidentes?". Las respuestas recogidas fueron organizadas en tres grupos analíticos de acuerdo al reconocimiento explícito o implícito de dichas limitaciones: el primer grupo se conforma por entrevistades que poseen una percepción de ausencia de obstáculos en el acompañamiento de la salud de las personas LGBTQ+ (no perciben limitaciones). El segundo grupo incluye a quienes, si bien no manifiestan barreras, en sus relatos surgen descripciones que dan cuenta de limitaciones en el conocimiento biomédico (no perciben limitaciones, pero las narran). Y, por último, el tercer grupo reconoce de forma explícita la existencia de limitaciones en el acompañamiento de la salud de la población LGBTQ+ (perciben limitaciones).

En el grupo que no percibe limitaciones a pesar de no reconocer obstáculos biomédicos en sus prácticas, algunas personas ubican la presencia de limitaciones en relación a la dificultad de garantizar el acceso a cirugías requeridas. Una de ellas, para sortear el obstáculo, se repliega sobre la biología (particularmente en la anatomía) en un giro complejo que disocia la corporalidad sexuada de la identidad de las personas.

...) "son prácticas a personas que son iguales a otras personas; lo que pasa es que la cuestión de género es más tema también social o, a ver, los cuerpos son cuerpos, entonces es como lo mismo. Hacer el pap es diferente porque es otra la percepción y el manejo de la genitalidad de esa persona, pero no deja de ser un cuello de un útero y el pene, un pene." (E9 Medicina Familiar y General).

Con respecto al grupo que no percibe limitaciones, pero las narra, encontramos dos dimensiones que se repiten y se entrelazan: por un lado, la incertidumbre alrededor de los efectos a largo plazo de los procesos de modificación corporal hormonal y, por otro, la ausencia de conocimiento que atribuyen a la escasa experiencia acumulada y a la trayectoria incipiente que la medicina tiene en estos procesos.

(...) "Me parece que tiene que ver con un poco de falta de experiencia porque es un tema que recién está, digamos, recién está arrancando en lo que es medicina, es un tema muy nuevo, es información en general" (E5 Endocrinología).

El análisis del tercer grupo revela la existencia de limitaciones biomédicas y las emparenta, también, al factor tiempo y experiencia como determinante de la no disponibilidad de información biomédica.

(...) "Me daba cuenta de que faltaba mucha información; se investiga tanto con un montón de otras cuestiones. Con esto, bueno, por lo menos desde mi desconocimiento te digo, siento que falta, falta data" (E4 Medicina Familiar y General).

(...) "Me parece que faltan un montón de recursos. Hacemos un montón con lo que hay." (E2 Medicina Familiar y General).

En los dos últimos grupos, las personas entrevistadas narran limitaciones relacionadas a la disponibilidad de conocimiento biomédico en temas específicos, los cuales suelen ser recortes de situaciones en poblaciones particulares. En cuanto a los temas en los que se ubicaron o describieron limitaciones en el conocimiento biomédico, se destacaron dudas sobre efectos relacionados a los procesos de modificación corporal hormonal, entre los que se mencionan: alteraciones dermatológicas como acné, alergias y alopecia; modificaciones en la anatomía patológica del cuello del útero (tamizaje de cáncer); interacción entre uso de drogas y hormonización, impacto sobre la función ovárica y testicular, así como sobre la fertilidad; efectos sobre la salud mental y en la sexualidad; implicancias en la densitometría ósea, cuidados en el período “postransición”; esquemas de hormonización en adolescencias; y cáncer hormonodependiente. Por otro lado, se indican complicaciones derivadas del uso de silicona líquida y la resolución quirúrgica sobre sus consecuencias.

El análisis de las entrevistas permite observar distintas estrategias empleadas para hacer frente a las limitaciones descritas con anterioridad, que incluyen tanto estrategias epistémicas como no epistémicas. Con estrategias epistémicas nos referimos a aquellas prácticas o herramientas que orientan la producción, validación y uso del conocimiento en los procesos de atención, investigación y formación en salud. Las estrategias no epistémicas comprenden aquellas acciones o decisiones que no se centran directamente en la producción de conocimiento, pero que inciden en las posibilidades de atención, acceso y resolución de problemas de salud. Frente a limitaciones no epistémicas, los equipos desarrollan estrategias centradas en la articulación interinstitucional e intersectorial como forma de sostener y potenciar sus prácticas. La construcción de redes de colaboración con áreas como género, desarrollo social, educación, cultura, hospitales, dispositivos de salud mental y adicciones, entre otros, se vuelve fundamental para garantizar respuestas frente a determinaciones sociales de salud. Esta articulación no solo posibilita el abordaje de problemáticas específicas —como el acceso a alimentos, intervenciones quirúrgicas, contención institucional o actividades de promoción de derechos—, sino que también habilita un trabajo territorial que trasciende el espacio del consultorio. Asimismo, estas redes institucionales operan como dispositivos de sostén profesional, permitiendo el intercambio de saberes situados, la circulación de experiencias entre equipos con diferentes niveles de desarrollo y la construcción colectiva de criterios de intervención en contextos de alta complejidad. De este modo, la práctica se sostiene no solo en marcos teóricos y normativos, sino también en la capacidad de generar alianzas estratégicas que den respuesta a las múltiples dimensiones que atraviesan la salud colectiva. Además, la producción de conocimiento a través de estudios de datos estadísticos de la población que concurre a los espacios es utilizada, en algunos casos, como estrategia para visibilizar la necesidad de mayor personal sanitario.

Como estrategias epistémicas frente a la falta de conocimientos biomédicos, se plantearon en mayor medida la búsqueda bibliográfica, consulta entre pares, los ateneos clínicos e interdisciplinarios, las interconsultas y derivaciones a otres profesionales de la medicina.

La estrategia epistemológica que emerge de las entrevistas revela una búsqueda bibliográfica “en espiral”, que combina evidencia formal y saberes colectivos para sortear la escasez de literatura específica. Ante una duda clínica o una pregunta de las propias personas atendidas, el primer paso es rastrear repositorios locales disponibles como filtro inicial y garante de seguridad legal, especialmente para indicaciones farmacológicas. Cuando allí no se halla respuesta, la pesquisa se expande a revisiones internacionales de actualización rápida (ej. recomendaciones perioperatorias sobre testosterona) y a artículos sueltos localizados mediante motores académicos, aún en otros idiomas, lo que exige capacidad crítica para juzgar su pertinencia en nuestro contexto. El

tercer anillo de la estrategia es recurrir a redes profesionales flexibles (WhatsApp, grupos regionales, mesas de diversidad, ateneos ad hoc), donde la experiencia práctica de colegas opera como "evidencia viva" que complementa huecos de la literatura y orienta la toma de decisiones en aspectos no farmacológicos. Finalmente, los hallazgos se socializan y se "oficializan" colectivamente para retroalimentar la base común y evitar búsquedas aisladas. Así, la producción de conocimiento se vuelve artesanal, colaborativa y situada: negocia entre la autoridad de lo escrito y la autoridad de la experiencia para sostener intervenciones seguras en un campo donde los estudios formales todavía son escasos.

(...) "me pasó de una mujer trans que no quiere usar pastillas, que no desea el gel porque la incomoda, y quiere parches de estradiol[...] Entonces es como, bueno, esperá, vamos a investigar y después te cuento a ver qué encuentro. Pero también con esa sinceridad. Una tiene los recursos para investigar, preguntar y preguntarse y leer, y después, bueno, ir más con, me encontré esto, a ver qué te parece que hagamos con todas estas opciones" (E2 Medicina Familiar y General).

(...) "empezando a buscar un poco más de información y apoyándome mucho en mi compañera del otro hospital, que un poco ella me devolvía que mucho laburo es artesanal, digamos, cuando se trata de la hormonización." (E4 Medicina Familiar y General).

(...) "la realidad es que nosotros la mayoría de las cosas que vamos aprendiendo las aprendemos acá. De hecho, siento que hacemos un montón de cosas que no están escritas en ningún lado, digamos, ¿no? Y las vamos construyendo acá en el diálogo entre el equipo, en el diálogo con la comunidad organizada, en el diálogo con la gente que se atiende." (E3 Medicina Familiar y General).

Por último, nos interesa destacar una categoría que se rastreó específicamente en función a la posibilidad de habilitar diálogos con la propuesta teórica de Fricker, se trata del lugar epistémico de la población LGBTQ+ y su vinculación con las estrategias frente a limitaciones epistémicas.

Algunas de las personas entrevistadas no reconocen la existencia de saberes en la población que acompaña. Asimismo, otros discursos dejan entrever una desestimación o desvalorización del conocimiento que trae consigo la población. En otras situaciones, la experiencia de la población sexogenérica disidente aparece como una otredad colectiva, el conocimiento permanece atribuido a esa alteridad y no es integrado al cúmulo de saberes profesionales. Finalmente, una parte de las personas entrevistadas reconocen en la población un conocimiento del cual, como profesionales de salud, carecen. Mediante una escucha activa, manifiestan incorporar estos conocimientos en sus prácticas y en su universo epistémico.

(...) "Mis pacientes son muy lectores de todo y no todos saben discernir que lo que están leyendo es correcto o no. Me han venido muchas chicas trans a decirme que desde que están recibiendo estrógeno o desde que leyeron eso, es como que sienten síntomas premenstruales. Como que les duele la panza como si le dolieran los ovarios, por ejemplo. Este y, bueno, nada, mitos." (E8 Endocrinología).

(...) Mucha cosa que no sabíamos cómo resolver nosotros. Y ahí está claro que es superimportante la comunidad que se arma entre los usuarios, ¿no? [...] "Che, no, ¿sabes qué? Tal cosa, es por acá, tienes que hacer esto o aquello. En todo caso, vemos si lo tenemos que validar o no, pero digo, eh, también aprendemos de la experiencia del usuario y la difundimos entre ellos mismos" (E7 Medicina Familiar y General).

(...) "De hecho, gracias a eso es que ahora tenemos esta guía de masculinización de tórax, que es una guía que armamos con el colectivo después de que ellos hayan atravesado las cirugías de masculinización [...] A veces lo que falta es la palabra para describir lo que les está pasando; esa es como la parte técnica que por ahí tiene uno, de poder ponerle palabras a algo, pero el conocimiento está en el colectivo." (E2 Medicina Familiar y General).

Discusión

Como destacamos anteriormente, Fricker advierte que existe un tipo de injusticia que es de naturaleza específicamente epistémica, que se expresa en dos dimensiones: la injusticia testimonial y la hermenéutica. La primera se produce ante situaciones donde los prejuicios que operan sobre determinada persona hacen que su palabra no sea válida y carezca de credibilidad. La segunda se genera cuando los recursos para interpretar las trayectorias vitales de algunas personas o colectivos son tan escasos que sitúan a las mismas en desventaja en lo relativo a la comprensión de sus propias experiencias (9).

Trabajamos en dos claves de análisis. Por un lado, examinamos el MMH y su vinculación con las formas de injusticia epistémica de tipo testimonial, en tanto estructura que las fomenta. Por otro lado, indagaremos en cómo la cisheteronorma opera como matriz que genera injusticia hermenéutica. Al finalizar, reflexionamos sobre algunas maneras de promover responsabilidad epistémica en el ámbito de la salud.

El MMH descrito por Eduardo Menéndez (13) es una herramienta teórica que intenta dar cuenta de los rasgos estructurales que organizan el campo de la salud. El autor señala como elementos centrales la asimetría en la relación profesional-persona usuaria del sistema de salud, el autoritarismo, la participación subordinada y pasiva de la persona usuaria y la exclusión de sus conocimientos (13).

Nos interesa destacar, en línea con el planteo de Fricker, que estos rasgos no se sostienen por voluntades individuales, sino que se inscriben en las estructuras del campo biomédico. Este modelo, además de caracterizarse por ser biologicista, ahistórico y mercantilista, se constituye como el primer escollo a saldar en términos de injusticia epistémica de tipo testimonial, ya que privilegia ciertos saberes desarrollados dentro del campo biomédico dominante en desmedro de otros provenientes de experiencias subalternizadas. Incluso al interior del propio campo de la medicina existe una jerarquización epistémica que legitima algunas disciplinas sobre otras.

Este tipo de injusticia puede también manifestarse a partir de mecanismos más sutiles de exclusión epistémica, como la escucha selectiva. En algunos fragmentos se observa la disposición, por parte de profesionales, de otorgar legitimidad a las voces de las personas disidentes en aspectos que exceden al campo biomédico, como recomendaciones en el uso de binders y redes comunitarias y de acceso al sistema de salud o educación. En estas ocasiones se sitúa a las personas como epistémicamente válidas. Esa apertura no se extiende al campo estrictamente biomédico. En otros fragmentos, como aquel que menciona la aparición de "síntomas premenstruales" ante el uso de estrógenos por parte de mujeres trans, se observa que estas experiencias no siempre encuentran un espacio de elaboración colectiva, sino que tienden a ser interpretadas desde marcos biomédicos que las clasifican como "mitos" más que como formas de saber. En este sentido, los relatos adquieren mayor legitimidad en la medida en que no tensionen los límites de los marcos biomédicos.

Dentro del MMH operante, se observa una doble determinación entre la condición de "paciente", que ubica a las personas en una posición de menor credibilidad, y la sexogeneridad disidente, que intensifica esa asimetría (13).

En relación a la segunda forma de injusticia epistémica, la injusticia hermenéutica, según señala Fricker, se produce cuando existe ausencia de marcos conceptuales compartidos que imposibilitan comprender las experiencias de ciertos grupos sociales, lo que conduce a que la perspectiva de la persona que consulta sea omitida del proceso del cuidado y de atención en salud, sus experiencias quedan fuera de lo decible. Entendemos que la escasez de investigaciones y la limitada producción de conocimiento biomédico sobre la salud de las disidencias sexogenéricas está directamente vinculada con la cisheteronorma como matriz estructurante. Siguiendo la premisa de Fricker, de ser un tipo de injusticia no mediada por la voluntad, destacamos que la mayoría de las personas entrevistadas no ubican esta situación de manera explícita. De hecho, en muchos casos ni siquiera se ubicó que exista una falta de recursos vinculados al conocimiento biomédico o un vacío en su producción.

Algunas frases recolectadas en las entrevistas, como “un pene es un pene”, pretenden enunciar verdades objetivas sustentadas en marcos conceptuales hegemónicos que reducen al cuerpo a su anatomía, reduccionismo biológico estructural del MMH. De esta forma se excluyen de lo legítimamente comprensible otras formas de significar las corporalidades, inscribiendo un régimen epistémico que monopoliza las posibles interpretaciones.

Del mismo modo, aparece de manera recurrente en los relatos la idea de que el acompañamiento de la medicina a la población disidente es reciente y que resultado de esta escasa experiencia, no existe un cúmulo de conocimientos biomédicos sistematizados. De este modo, queda poco visibilizado que esta población ha transitado históricamente sus trayectorias de salud por fuera de marcos institucionales legitimados, lo que a su vez dificulta el reconocimiento de los saberes con los que cuenta la población.

Radi et. al. (15), trabajan el concepto de injusticia epistémica aplicada al campo de la salud y describen la existencia de dos fuentes de conocimiento, la de la ciencia y los datos empíricos, que la denominan tercera persona, y la de la primera persona, que refiere a la experiencia y testimonios biográficos de la población. Describen cómo estos conocimientos se encuentran jerarquizados y binarizados; el primero pertenece exclusivamente a profesionales de salud y el segundo a personas usuarias del sistema de salud, sin un punto común de encuentro entre ambos. Esto se refleja en las formas de producción de conocimiento de la biomedicina, como la medicina basada en la evidencia, que ignora las trayectorias vitales individuales y excluye a ciertos grupos poblacionales, como las disidencias sexogenéricas.

Por último, Fricker (9), invita a pensar en la virtud de la justicia epistémica incorporando el concepto de “oyente virtuosa”, como aquella persona que posee conciencia reflexiva, es decir, cuestiona los preconceptos y prejuicios internalizados que pueden estar posicionando a la persona hablante en una situación de desventaja y, a su vez, desarrolla acciones compensatorias y promueve la construcción colectiva de nuevas significaciones. Esto se evidencia en algunas de las entrevistas en donde profesionales, mediante estrategias colectivas de construcción de saber y recuperando el saber en primera persona, intentan romper con esta estructura de producción de conocimiento, como se muestra en la cita donde se menciona la construcción conjunta de la “guía de masculinización de tórax”. Este ejemplo demuestra cómo se puede actuar con responsabilidad epistémica a fin de modificar los marcos interpretativos, rompiendo, a su vez, con las estructuras institucionales que favorecen patrones de credibilidad que resisten la contraevidencia.

Conclusión

Este estudio permitió identificar que las limitaciones del conocimiento biomédico en la atención de personas con identidades sexogenéricas disidentes no son meramente técnicas, sino que se inscriben en dimensiones epistémicas, organizacionales y formativas.

Asimismo, se visibilizan las estrategias que los equipos de salud despliegan para sostener la práctica cotidiana frente a estas limitaciones, articulando saberes formales, experiencias situadas y trabajo en red.

El análisis desde el marco de la injusticia epistémica propuesto por Miranda Fricker permite comprender cómo se producen y reproducen desigualdades en el acceso, reconocimiento y legitimación de saberes en el campo de la salud. En este sentido, el desafío radica en avanzar hacia políticas públicas que no solo reconozcan estas experiencias, sino que promuevan una redistribución epistémica y habiliten la construcción de marcos conceptuales plurales, trascendiendo las respuestas basadas exclusivamente en iniciativas individuales.

Declaración de conflictos de interés: declaramos no presentar conflictos de interés.

Referencias

1. Pérez M. Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. In: Balaña S, Finielli A, Giuliano C, Paz A, Ramírez C. Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires: Tinta Limón; 2019.
2. Comte A. Cours de philosophie positive. París: Bachelier; 1848.
3. Menéndez E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. en: Spinelli H, editor. Salud colectiva. Buenos Aires; 2004.
4. Pagnamento LV. Salud y enfermedad en perspectiva histórica. Barcelona: Ediciones del Serbal; 2016.
5. Foucault M. La voluntad de saber: historia de la sexualidad I. Buenos Aires: Siglo XXI; 1976.
6. Butler J. Gender trouble: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge; 1990.
7. Butler J. Marcos de guerra: las vidas lloradas. México: Paidós; 2010.
8. Connell R. Género, salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. Nómadas (Col). 2013;(39):63–77.
9. Fricker M. Injusticia epistémica. Barcelona: Herder; 2017.
10. Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+. Informe 2025: Crímenes de odio motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género [Internet]. Buenos Aires: FALGBT / Defensoría del Pueblo de la CABA / Defensoría del Pueblo de la Nación; 2025 [consultado marzo 2026]. Disponible en: https://argay.ar/crimenes2025
11. Boletín Oficial de la República Argentina [internet] Decreto 62/2025 Poder Ejecutivo. Publicado el 6/2/2025. [Consultado en julio 2025] Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5846621/20250206?suplemento=1
12. Campos A. El huevo de la serpiente. Incubación y ascenso de los extremismos de derecha. Buenos Aires: Letra Viva; 2024. p. 22.
13. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988 p. 451–64.
14. Fricker M. Conceptos de injusticia epistémica en evolución. Las torres de Lucca. Revista Internacional de Filosofía Política. 2021; 10(19) [97-103]
15. Radi B, Pérez M. Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. Avatares filosóficos. Vol 5. 2018 [117-130].