Segundo Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinares sobre Diversidad y Disidencias Sexuales y de Género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2026.

Salud transmasculina en Argentina: entre el derecho a la identidad de género y el derecho a la salud integral.

Zolezzi, Silvio.

Cita:

Zolezzi, Silvio (2026). *Salud transmasculina en Argentina: entre el derecho a la identidad de género y el derecho a la salud integral. Segundo Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinares sobre Diversidad y Disidencias Sexuales y de Género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/2congresodiversidad/73

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eqyo/otY

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

Salud transmasculina en Argentina: entre el derecho a la identidad de género y el derecho a la salud integral

Integrantes del equipo de trabajo: Zolezzi, Silvio – silvi.zolezzi@outlook.com

Encuentro de Masculinidades Transgénero, Transexuales y Travos – EMTTT

Eje temático: Eje 6. Salud, desigualdades y resistencias.

Resumen

En Argentina persiste una brecha entre el reconocimiento formal de derechos y el acceso efectivo a la salud para la población trans*. Las transmasculinidades enfrentan además una vacancia sostenida de datos sobre sus condiciones de vida. Este trabajo presenta resultados del capítulo de salud del informe *Condiciones de vida transmasculina en Argentina. Claves para la implementación de políticas*, elaborado por el Encuentro de Masculinidades Transgénero, Transexuales y Travos. El objetivo fue describir las barreras estructurales que enfrenta la población transmasculina en el acceso a la salud integral. Se trabajó desde el enfoque de la Investigación Acción Participativa, con una encuesta virtual anónima de 397 respuestas relevada entre noviembre y diciembre de 2025 y un pedido de acceso a la información pública al Ministerio de Salud de la Nación. Los resultados muestran una fuerte dependencia del sistema público, una oferta estatal nacional concentrada en pocos efectores del Área Metropolitana de Buenos Aires, ausencia de dispositivos específicos en salud mental, prácticas ginecológicas organizadas sobre supuestos cisexistas e interrupciones hormonales atribuibles a fallas de provisión. Se concluye que la distancia entre la ley y el acceso responde a una organización sanitaria desigual, concentrada y cisexista, y no a casos aislados.

Palabras clave: TRANSMASCULINIDADES, ACCESO A LA SALUD, CISEXISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS, INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA.

Introducción

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, la categoría transmasculina es la más numerosa dentro del conjunto de personas que no se identifican con el género asignado al nacer: 72.510 personas se registraron como varón trans o masculinidad

trans (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023). Ese dato existe porque el censo se organizó con tres casilleros —varón trans, mujer trans, persona no binaria—, una arquitectura que ordena en un número cerrado de opciones un abanico de identidades. Sirve como referencia de magnitud, pero no describe condiciones de vida.

Es habitual escuchar que las personas transmasculinas resultan invisibilizadas, tanto en el ámbito académico y activista como en las representaciones culturales, pero el problema no se agota en el nombramiento. El cisexismo consiste en una jerarquía que ubica a las personas que son o parecen ser trans* en un lugar inferior respecto de las personas cis, y no funciona como una actitud aislada: está en los formularios, en las historias clínicas que no coinciden con el nombre, en el consultorio que no sabe qué hacer con un cuerpo inesperado. En el terreno sanitario se traduce en instituciones que omiten la desigualdad de acceso a derechos.

A esa omisión se suma una vacancia de datos. Ninguna fuente oficial del sistema de salud argentino desagrega sus registros por identidad de género, de modo que no existe información pública sobre la situación específica de esta población. La ausencia no es un problema técnico: define qué se puede contar y, por lo tanto, qué puede ser objeto de política pública. A ello se agrega que la población trans* suele incorporarse como un agregado a diseños pensados para población cis, en lugar de una revisión de los supuestos del propio instrumento (Radi, 2021).

El marco normativo, en cambio, es amplio. La Ley 26.743 de Identidad de Género (2012) reconoce el trato digno y el acceso a prestaciones de salud sin requisito de diagnóstico, tratamiento hormonal, intervención quirúrgica ni autorización judicial. Sin embargo, el Decreto de Necesidad y Urgencia 62/2025 sustituyó su artículo 11 y prohibió el acceso de personas menores de 18 años a esos tratamientos. Rigió durante todo el relevamiento y en julio de 2026 la Justicia lo suspendió de forma cautelar, con alcance nacional, hasta que haya sentencia firme (Ramos, 2026). La distancia entre lo que la norma reconoce y lo que el sistema entrega es el problema que aborda este trabajo.

Objetivo

Describir y analizar las barreras estructurales que enfrenta la población transmasculina en Argentina para el acceso a la salud integral, y contrastar la demanda relevada en la propia comunidad con la oferta pública nacional informada por el Estado.

Metodología

Este trabajo presenta resultados del capítulo de salud del informe *Condiciones de vida transmasculina en Argentina. Claves para la implementación de políticas* (Encuentro de Masculinidades Transgénero, Transexuales y Travos, 2026), elaborado en el marco del primer encuentro del EMTTT, realizado en noviembre de 2025.

El informe fue hecho por personas transmasculinas sobre la vida de las personas transmasculinas, y esa decisión ordena todo el trabajo. Lo habitual es lo contrario: la academia y el Estado investigan a las poblaciones desde afuera, sin poner en cuestión las estructuras de poder que las vulneran ni considerar los saberes comunitarios como conocimiento válido. En ese esquema las personas trans* aportamos la experiencia y otras personas aportan la interpretación, la firma y el prestigio. A esa práctica la llamamos **extractivismo epistémico**, y produce descripciones que no reconocemos y prioridades que no son las nuestras. Que el trabajo técnico esté en manos de la población relevada cambia qué se pregunta, qué se entiende cuando alguien responde y para qué se usa lo que se encuentra. Se inscribe así en la tradición de la Investigación Acción Participativa, que produce conocimiento social con una finalidad transformadora (Fals Borda, 1979).

El diseño fue mixto y combinó tres fuentes. La primera es una encuesta virtual, anónima y autoadministrada, difundida entre el 20 de noviembre y el 21 de diciembre de 2025 por redes comunitarias e institucionales que articulan con el EMTTT: 397 respuestas de personas de entre 15 y 58 años, con muestreo no probabilístico por bola de nieve. Cada ítem tiene su propia base, dado que no todas las personas respondieron todas las preguntas. La segunda es cualitativa: respuestas abiertas y registros de los talleres del encuentro. La tercera es un pedido de acceso a la información pública al Ministerio de Salud de la Nación sobre efectores, prestaciones y presupuesto en salud trans para 2023-2025 (Ministerio de Salud de la Nación, 2026).

Las respuestas fueron sistematizadas en tablas y sometidas a un control de calidad orientado a detectar inconsistencias, errores de carga, duplicaciones y categorías que requerían normalización. Sobre esa base se formularon observaciones analíticas preliminares, profundizadas con antecedentes, bibliografía especializada y fuentes estatales. **La revisión analítica del material estuvo a cargo de profesionales, trabajadores y activistas de las áreas de salud mental, legislación, nutrición, endocrinología, discapacidad y sociología.**

Se utilizaron herramientas de inteligencia artificial como apoyo en la corrección del texto, la verificación de referencias y la organización de los datos. El diseño de la encuesta, el análisis y las decisiones de contenido estuvieron a cargo de integrantes de la propia población relevada, que asumen la responsabilidad por lo publicado.

El relevamiento no busca representatividad estadística. La difusión por redes comunitarias sobrerrepresenta a quienes ya participan de esos circuitos y la modalidad virtual favorece la autoselección. El 50,3% de las respuestas corresponde al tramo de 25 a 34 años y el 78,6% proviene de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el conurbano bonaerense y el resto de la región Centro. Los resultados describen tendencias y demandas emergentes, pero no sostienen afirmaciones concluyentes sobre el conjunto de la población transmasculina del país.

Acceso a la salud: una oferta concentrada

El 51,8% de las personas encuestadas se atiende en el sistema público, el 36,4% por obra social y el 10,4% por cobertura prepaga, mientras que el 1,5% declaró no tener acceso a ningún servicio. Esa dependencia del sector público vuelve decisiva la distribución territorial de los dispositivos específicos. El 57,8% informó que no cuenta con un centro de salud con consultorio de diversidad o salita trans al que pueda llegar a pie o en bicicleta.

La respuesta ministerial confirma la concentración desde el lado de la oferta. En el sistema público nacional, las cirugías de adecuación corporal se realizan en dos establecimientos del Área Metropolitana de Buenos Aires y el acompañamiento hormonal en tres efectores, también del AMBA. En materia presupuestaria, el Programa 50 «Acciones para la Identidad de Género» tuvo un crédito inicial de $697.090.239 en 2023 y de $474.140.239 en 2024, y para 2025 se indicó de forma expresa que ya no existe una apertura programática específica para la Ley de Identidad de Género.

El sistema de salud argentino es descentralizado y en él intervienen la Nación, las provincias y los municipios, de modo que la implementación de la Ley 26.743 no depende solo del nivel nacional. La consecuencia es directa: el acceso efectivo depende de vivir cerca de esos pocos efectores o de que la jurisdicción haya desarrollado su propia oferta.

Las respuestas relevadas explican por qué esos consultorios resultan centrales. Las mesas de entrada suelen estar atendidas por personas que desconocen la Ley de Identidad de Género, y

la formación médica se apoya en una perspectiva biologicista y cisexista que no contempla la diversidad corporal. Por eso los consultorios de diversidad son la puerta de entrada al sistema de salud para las personas trans*: son el lugar donde ese trato no hay que negociarlo cada vez.

Salud mental: la ausencia de dispositivos específicos

Los resultados reportan un uso alto de atención en salud mental, con una mayoría que realizó terapia psicológica en algún momento. El dato debe leerse junto con los sesgos de la muestra, ya que quienes participaron están mayormente vinculados a redes comunitarias urbanas. Aun así, la demanda no remite a situaciones aisladas sino a una necesidad sostenida de acompañamiento. El acceso, en cambio, aparece condicionado: el 42,2% no conoce profesionales de la psicología que atiendan con el arancel mínimo ético sugerido o que ajusten sus honorarios a los ingresos de cada persona.

Ante la pregunta sobre deseos serios de morir, respondida por 393 personas, el 84,5% contestó de forma afirmativa. El ítem releva prevalencia de vida y no permite establecer una distribución temporal del fenómeno. En todos los rangos etarios predomina la categoría «más de una vez», lo que indica episodios recurrentes de sufrimiento psíquico. Estos indicadores no se leen como atributos propios de la identidad transmasculina, sino en el marco del estrés de minorías, entendido como un estrés psicosocial adicional, crónico y socialmente producido por condiciones estructurales (Radi y Pagani, 2021). Linander, Lundberg y Alm (2024) advierten que ese modelo, aplicado desde una perspectiva individual, corre el riesgo de psicologizar los efectos de las normas sociales y relegar las estructuras que producen la desigualdad. El suicidio es la principal causa de muerte entre jóvenes en Argentina (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, s.f.), pero la exposición no es pareja: en jóvenes LGBTIQ+ la ideación y los intentos suicidas pueden ser hasta siete veces más probables que entre pares heterosexuales (Tomicic et al., 2016).

Frente a ese panorama, la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental informó que **no cuenta con líneas ni programas específicos orientados a población LGBTIQ+ o trans***, sino que los dispositivos vigentes se dirigen a la población general. Ese enfoque universal resulta limitado para abordar las particularidades del malestar en esta población y deja la atención librada al desarrollo de las políticas provinciales y municipales. La ausencia de dispositivos específicos no es neutral: reproduce desigualdades de acceso.

El registro presenta la misma vacancia. Ni las estadísticas vitales ni los registros de seguridad permiten saber cuántas muertes corresponden a personas trans*, de modo que una eventual sobremortalidad resulta estructuralmente indetectable. Brasil ofrece un punto de comparación: el Sistema de Información de Agravos de Notificación registró un aumento del 161% en las notificaciones de violencia contra hombres trans entre 2019 y 2023, con el domicilio de la víctima como lugar más frecuente (Silva, 2025). Son violencias que ocurren en vínculos de confianza y que el registro argentino no puede mostrar.

Salud sexual y reproductiva: el diseño cisexista de las prácticas de rutina

En el ítem sobre infecciones de transmisión sexual, el 75,1% de la muestra no respondió. La comparación con la pregunta sobre métodos anticonceptivos, que ofrecía opciones igualmente cerradas, sugiere que esa no respuesta se vincula con incomodidad o menor disposición a responder sobre el tema. Los antecedentes apuntan en la misma dirección: Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (2021) relevaron que 7 de cada 10 masculinidades trans y personas no binarias evitaron consultar en un servicio de salud sexual y reproductiva por temor a la discriminación, que un tercio nunca había hecho una consulta ginecológica y que el 57,5% nunca se había realizado un Papanicolaou. El contexto agrava el cuadro: frente a metas físicas de más de 55 millones de preservativos entre los dos programas nacionales en 2023, la ejecución al tercer trimestre de 2025 registraba 832 unidades distribuidas, con faltantes en todo el país (Fundación Huésped, 2025).

El problema no se reduce a los insumos. Los controles ginecológicos, mamarios y reproductivos son prácticas de rutina que se repiten a lo largo de la vida, y cada una supone exponer los genitales ante un sistema de salud que no lee a quien consulta como varón. Eso implica dar explicaciones, anticipar el trato que se va a recibir y sostener la consulta pese a ello. Lo que para otras personas es un control periódico, para las masculinidades trans es una instancia previsible de exposición. Las respuestas abiertas señalan necesidades de capacitación del personal que realiza estudios ginecológicos, por situaciones de humillación, exposición y trato inadecuado.

Cabral (2003) advierte que el acceso al reconocimiento estuvo históricamente mediado por exigencias periciales y por criterios normativos sobre el cuerpo. Radi (2020) señala que las personas trans* muchas veces quedan forzadas a elegir entre el derecho a la identidad de

género y el derecho a la salud sexual y reproductiva, dos derechos que no deberían entrar en conflicto. La exclusión, en este campo, no adopta la forma de una prohibición explícita: opera por omisión. Del lado de la demanda quirúrgica, la masculinización de tórax concentra el 93,6% del total de menciones, frente a una oferta pública nacional reducida a dos hospitales.

Salud hormonal: la interrupción como falla de provisión

El acompañamiento hormonal funciona en muchas trayectorias como puerta de entrada al sistema de salud, ya que facilita controles y consultas en otras especialidades, y por eso importa qué lo interrumpe. Dos tercios de la muestra (263 personas) informaron sostener un acompañamiento hormonal en curso. Entre quienes informaron una interrupción involuntaria del acompañamiento (120 personas), el motivo más frecuente fue la falta de medicación provista por el servicio de salud (55,8%), seguido por problemas para autorizar la medicación (10,8%) y falta de turnos (5,8%). Las respuestas abiertas agregan la falta de stock en farmacias públicas y privadas de distintas provincias y el incumplimiento de cobertura por parte de obras sociales que no garantizan el 100% del Plan Médico Obligatorio o que exigen un diagnóstico previo.

El contraste con las interrupciones por decisión propia es informativo. Entre las 86 respuestas de ese grupo, la razón más frecuente fue la disconformidad con efectos secundarios de la etapa inicial (42,7%). Cuando la interrupción es voluntaria se asocia a la experiencia con el tratamiento, mientras que la forzada se explica de manera predominante por limitaciones de acceso y de gestión. La distinción importa, porque una discontinuidad por falla de provisión no equivale a una detransición y sí puede derivar en automedicación, abandono del seguimiento y mayor malestar psíquico. Las planillas oficiales muestran además una caída de los accesos registrados en los hospitales nacionales entre 2023 y 2025.

Ese requisito de diagnóstico se apoya en una patologización que la clasificación internacional conserva. La Organización Mundial de la Salud retiró las identidades trans del capítulo de trastornos mentales en 2019, pero no eliminó la categoría: la reubicó como «incongruencia de género», con el argumento de que numerosos sistemas exigen un diagnóstico para habilitar prestaciones. Había otra opción disponible: el capítulo 24 de la CIE-11 agrupa los factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios sanitarios y allí se codifica la atención en anticoncepción sin que medie enfermedad alguna. Mientras el diagnóstico sea la llave de acceso, la despatologización queda a mitad de camino.

Conclusiones

Los cuatro planos relevados describen una misma estructura. La oferta pública nacional se concentra en un puñado de efectores del AMBA y su presupuesto específico desapareció. La salud mental carece de dispositivos orientados a esta población. Las prácticas ginecológicas de rutina se organizan sobre supuestos que no contemplan a quien consulta. Y la continuidad de los tratamientos hormonales depende de una provisión que falla. La distancia entre reconocimiento legal y acceso efectivo no se explica por casos aislados ni por actitudes individuales, sino por una organización sanitaria desigual, concentrada y atravesada por lógicas cisexistas.

La omisión estatal tiene además un estatuto propio. La Corte Interamericana de Derechos Humanos sostiene que, ante un contexto de discriminación estructural, el Estado no puede limitarse a una actitud pasiva y debe adoptar medidas positivas. No investigar, no evaluar y no reparar es por lo tanto una forma activa de discriminación.

De ahí se desprende una demanda concreta: **que los registros sanitarios y policiales incorporen el desglose por identidad de género**. Que es posible lo demuestra la experiencia de las organizaciones: los centros de salud sexual de AHF Argentina y el Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+ ya lo hacen en sus propios registros, con recursos muy menores que los del Estado. Su ausencia en los registros oficiales no es una limitación técnica sino una decisión sobre qué poblaciones se cuentan.

Junto con ese registro, garantizar el derecho a la salud integral requiere fortalecer la implementación federal de las políticas de salud trans, de modo que el acceso no dependa del código postal, y revisar los contenidos biologicistas de la formación profesional, que reproducen el problema mucho antes de que alguien llegue a un consultorio. En el mismo sentido, la responsabilidad institucional no recae sobre quien atiende sino sobre las direcciones de los establecimientos, que son las que pueden revisar las normas de atención, los formularios y los circuitos por los que pasa quien consulta. Ninguna de estas medidas exige una ley nueva: la Ley 26.743 ya reconoce esos derechos.

Cuando los sistemas de salud condicionan a las personas a dar explicaciones sobre su cuerpo para ser atendidas, no aplican la Ley de Identidad de Género: reponen, por vía administrativa, la exigencia que la ley vino a suprimir.

Referencias bibliográficas

Cabral, Mauro (2003). *Ciudadanía (trans)sexual*. Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina.

Dirección de Estadísticas e Información en Salud (s.f.). Estadísticas vitales. Reporte interactivo. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 22 de agosto de 2026 de https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reporte-interactivo

Encuentro de Masculinidades Transgénero, Transexuales y Travos (2026). *Condiciones de vida transmasculina en Argentina. Claves para la implementación de políticas*.

Fals Borda, Orlando (1979). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla por la praxis*. Ediciones Tercer Mundo.

Fundación Huésped (2025, noviembre). Presupuesto 2026 en la respuesta al VIH, hepatitis virales, ITS y tuberculosis. Algunos datos clave. https://huesped.org.ar/novedades/presupuesto-en-la-respuesta-al-vih-hepatitis-virales-its-y-tuberculosis

Fundación Huésped y Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (2021). *Estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina*. Fundación Huésped.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos*. INDEC.

Ley 26.743 de Identidad de Género (2012). Boletín Oficial de la República Argentina, 24 de mayo de 2012.

Linander, Ida, Lundberg, Tove y Alm, Erika (2024). The gender minority stress model and/or cisnormativity? The need for pluralistic theoretical perspectives in improving trans health and medicine. *Social Science & Medicine*, 351, 116957. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116957

Ministerio de Salud de la Nación (2026). *Respuesta a solicitud de acceso a la información pública sobre salud trans 2023-2025* (Expediente EX-2026-02111602). Ministerio de Salud de la Nación.

Poder Ejecutivo Nacional (2025). Decreto de Necesidad y Urgencia 62/2025. Boletín Oficial de la República Argentina, 5 de febrero de 2025.

Radi, Blas (2020). Reproductive injustice, trans rights, and eugenics. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1824318

Radi, Blas (2021). Las personas trans en la ontología social oficial: políticas de números con perspectiva de género. Revista Argentina de Ciencia Política, 1, 26-49.

Radi, Blas y Pagani, Constanza (2021). ¿Qué perspectiva? ¿Cuál género? De la educación sexual integral al estrés de minorías. Praxis Educativa, 25(1), 1-12. https://doi.org/10.19137/praxiseducativa-2021-250116

Ramos, Agustina (2026, 21 de julio). Vuelve a regir plenamente la Ley de Identidad de Género: la Justicia suspendió el decreto de Milei contra adolescencias trans. Agencia Presentes. https://agenciapresentes.org

Silva, Vitória Régia da (2025, 28 de enero). Violência contra homens trans cresce 161% em cinco anos. *Gênero e Número*. https://www.generonumero.media

Tomicic, Alemka, Gálvez, Constanza, Quiroz, Constanza, Martínez, Claudio, Fontbona, Jaime, Rodríguez, Juliana, Aguayo, Francisco, Rosenbaum, Catalina, Leyton, Fanny y Lagazzi, Iside (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). Revista Médica de Chile, 144(6), 723-733.