



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**



**VIVENCIAS DE VARONES TRANS EN
RELACIÓN CON LA ATENCIÓN A SU SALUD
EN SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DEL ÁREA METROPOLITANA DE
MONTEVIDEO**

Autor:
Mariana Mugico Copello

Tutor:
Mg. Fernando Borgia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2021

Mugico Copello, Mariana

Vivencias de varones trans en relación con la atención a su salud en servicios del Primer Nivel de Atención del área metropolitana de Montevideo/ Mariana Mugico Copello. -

Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Enfermería, 2021.

xii, 109 p., 29,7cm.

Tutor:

Fernando Borgia

Tesis de Maestría – Universidad de la República, Maestría en Salud Familiar y Comunitaria,

Referencias bibliográficas: p. 90 - 95

1. Servicios de salud para personas transgénero, 2. Disparidades en la atención de salud, 3. Atención primaria de salud, 4. Investigación cualitativa.

I. Borgia, Fernando, II. Universidad de la República, Programa de Maestría en Salud Familiar y Comunitaria. III. Magíster en Salud Familiar y Comunitaria

Integrantes del tribunal de defensa de tesis

Prof. Mg. Esther Lacava

Prof. PhD. Graciela Umpiérrez

Mg. Valeria Ramos

A Lucio y Leia, mi motor para esforzarme en ser mejor cada día.

Agradecimientos

A Ernesto, compañero de vida, por aguantar mis bajones y darme ánimo cuando sentía que no podía.

A Fernando, por su infinita paciencia, calidez, buen humor y generosidad para compartir sus conocimientos.

A mis compañeras del Departamento de Enfermería Comunitaria, por apoyarme para que pudiera dedicarle tiempo a esta tesis.

A mi mamá, Marta y mi papá, Manuel, por enseñarme a no rendirme y confiar en mí misma.

Nuevamente a mis padres y a mis suegros, Nahyr y Julio, por ayudar a que Lucio y Leia no sintieran tanto mi falta durante la elaboración de esta tesis.

A Rodrigo y Patricia, de Trans Boys Uruguay, y a Thomas, de Colectivo Trans Uruguay, por sus valiosos aportes a este trabajo.

Y, finalmente, a los varones trans que compartieron sus vivencias para que esta investigación fuese posible.

Lista de tablas y figuras

Tabla 1 - Tipologías relevantes para el estudio	31
Tabla 2 - Características de los entrevistados	32
Figura 1 - Línea de vida elaborada a partir de la primera entrevista con VT1	34
Figura 2 - Línea de vida modificada luego de la segunda entrevista con VT1	35
Tabla 3 - Códigos y familias utilizadas para la identificación de actores, contextos y momentos clave	37
Tabla 4 - Códigos y familias considerados para el análisis de las vivencias	39
Tabla 5 - Actores presentes en cada biografía según dimensión de análisis	56
Tabla 6 – Hitos presentes en cada biografía según dimensión de análisis	58

Lista de siglas

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BiUR	Bibliotecas de la Universidad de la República
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
DDHH	Derechos humanos
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGBT	Lesbianas, gays, bisexuales y trans
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
OE	Objetivos estratégicos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNA	Primer nivel de atención
REDALYC	Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDA	Unidad Docente Asistencial
UDELAR	Universidad de la República
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Resumen

La presente tesis se propuso examinar las vivencias de los varones trans en su interacción con servicios del primer nivel de atención del área metropolitana de Montevideo, Uruguay.

Para ello, se seleccionó un enfoque cualitativo, empleando el método biográfico (relatos de vida). En el estudio participaron cinco varones trans de entre 19 y 41 años, reclutados mediante muestreo por bola de nieve. Para la obtención de la información se seleccionó un dispositivo consistente en dos entrevistas semiestructuradas con cada participante: la primera de apertura del relato y la segunda de profundización y cierre. El trabajo de campo se realizó entre junio de 2019 y octubre de 2020. Las entrevistas fueron transcritas textualmente y a continuación se realizó el análisis temático de contenido utilizando el *software* ATLAS.ti versión 9.

En base a las entrevistas realizadas se construyeron las biografías y se realizó su lectura transversal en función de cuatro dimensiones: (1) sexualidad, identidad y pareja; (2) familia; (3) educación y trabajo, y (4) salud. Posteriormente se describieron las vivencias positivas y negativas que emergieron de los relatos. Estas últimas se clasificaron en tres categorías: vivencias negativas inespecíficas, específicas y por estrés de las minorías. También se describieron los cambios en el sistema de salud que harían los participantes para mejorar la atención a la salud de los varones trans.

Los resultados pusieron de manifiesto que, si bien hubo un avance significativo en la atención a la salud de los varones trans, este no se encuentra consolidado y corre el riesgo de retroceder.

Palabras clave:

Servicios de salud para personas transgénero, disparidades en atención de salud, atención primaria de salud, investigación cualitativa.

Abstract

This thesis aims to examine the experiences of trans men in their interaction with primary care services in the metropolitan area of Montevideo, Uruguay.

For this, a qualitative approach was selected, using the biographical method (life stories). Five trans men between the ages of 19 and 41 participated in the study, recruited by snowball sampling. To obtain the information, a device consisting of two semi-structured interviews with each participant was selected: the first for opening the story and the second for deepening and closing. The fieldwork was carried out between June 2019 and October 2020. The interviews were transcribed verbatim, and then the thematic content analysis was implemented using the ATLAS.ti version 9 software.

Based on the interviews carried out, the biographies were constructed, and their cross-sectional reading was conducted based on four dimensions: (1) sexuality, identity, and couple; (2) family; (3) education and work, and (4) health. Subsequently, the positive and negative experiences that emerged from the stories were described. The latter were classified into three categories: nonspecific, specific and minority stress negative experiences. The changes in the health system that the participants would make to improve healthcare in trans men were also described.

The results showed that, although there has been a significant advance in healthcare for trans men, this is not consolidated and runs the risk of going backwards.

Keywords:

Health services for transgender persons, healthcare disparities, primary care, qualitative research.

Tabla de contenidos

Lista de siglas	viii
1. Introducción	1
2. Antecedentes y justificación	3
3. Marco referencial	8
3.1. La situación de la atención a la salud previa a la reforma	8
3.2. La reforma del sistema de salud y el cambio de modelo de atención	9
3.3. El lanzamiento del capítulo de diversidad de la guía de salud sexual y reproductiva (2009)	11
3.4. El proyecto de los centros de salud libres de homofobia (2012)	11
3.5. La experiencia de la Unidad Docente Asistencial del Hospital Saint Bois (2014)	12
3.6. La experiencia de la Intendencia de Montevideo (2015)	12
3.7. Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (2015)	12
3.8. El lanzamiento de las guías de atención para el personal de salud (2015 y 2016)	13
3.9. La ley integral para personas trans y su visibilización en los medios (2018)	14
3.10. El llamado a buenas prácticas de resolutiveidad en el primer nivel de atención (2018)	15
3.11. De 2018 a la actualidad	15
4. Objetivos	17
4.1. Objetivo general	17
4.2. Objetivos específicos	17
5. Marco teórico-conceptual	18
5.1. El sistema de salud y la atención a varones trans	18
5.1.1. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud	18
5.1.2. Primer Nivel de Atención.	20
5.1.3. Enfoques transversales para la atención de la salud	21
5.1.4. Atención a la salud de los varones trans	24
5.2. Vivencias de los varones trans en la atención a su salud	26
5.2.1. Vivencias	26
5.2.2. Modelo de estrés de las minorías	27
5.2.3. Vivencias negativas de las personas trans en los servicios de salud	27
6. Metodología	29
6.1. Diseño de investigación	29
6.2. Estrategia de muestreo	30
6.3. Consideraciones éticas	33
6.4. Técnicas de obtención, tratamiento y análisis de la información	33

7. Resultados	40
7.1. Presentación de las biografías	40
7.1.1. Biografía de VT1	40
7.1.2. Biografía de VT2	42
7.1.3. Biografía de VT3	44
7.1.4. Biografía de VT4	48
7.1.5. Biografía de VT5	52
7.2. Lectura transversal de las biografías	55
7.2.1. Sexualidad, identidad y pareja	60
7.2.2. Familia	61
7.2.3. Educación y trabajo	62
7.2.4. Salud	62
7.3. Presentación de las vivencias	64
7.3.1. Vivencias negativas inespecíficas	64
7.3.2. Vivencias negativas específicas	66
7.3.3. Vivencias negativas por estrés de las minorías	68
7.3.4. Vivencias positivas	69
7.3.5. Cambios que harían en los servicios de salud	72
8. Discusión.....	75
8.1. Aspectos microsociales: las vivencias	75
8.2. Aspectos macrosociales: el sistema de salud	79
8.2.1. Elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud y atención a los varones trans	79
8.2.2. Políticas sobre salud y diversidad y su impacto en la atención a los varones trans	82
9. Conclusiones y recomendaciones	85
9.1. Conclusiones con relación al proceso de investigación	85
9.2. Conclusiones con relación a los objetivos del estudio	86
9.2.1. Descripción de las vivencias	86
9.2.2. Elementos que toman en cuenta para evaluar la atención recibida	87
9.2.3. Características de los servicios de salud que valoran como positivos o negativos	88
9.3. Conclusiones en relación con los actores involucrados en la atención a los varones trans	88
Referencias bibliográficas	90
Apéndices	96
Apéndice A: Notas de prensa sobre personas trans	96
Apéndice B: Hoja de información y consentimiento informado	99
Apéndice C: Pauta para primera entrevista	101
Apéndice D: Líneas de vida	104

1. Introducción

Las personas trans –personas cuya identificación con un género no coincide con el sexo biológico– se enfrentan cotidianamente a diversos obstáculos para poder ejercer sus derechos, incluido el derecho a la salud. En tal sentido, un estudio cuanti-cualitativo publicado en el año 2012 por la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) puso de manifiesto que una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud estaba dada por el estigma y discriminación de las que eran objeto por parte del personal de salud. Asimismo, mostró que los servicios no daban respuesta a todas sus necesidades de salud, con relación a los procesos de transformación corporal, salud mental o consumo problemático de drogas y alcohol.

En Uruguay, desde el año 2009 se han venido desarrollando varias experiencias en relación con el abordaje de la diversidad sexual en el contexto de la atención a la salud. Si bien se ha avanzado mucho al respecto, aún queda un largo camino por recorrer para lograr abarcar a la totalidad de los servicios de salud públicos y privados del país.

Dentro del colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT), la situación específica de los varones trans (personas a las cuales les fue asignado el sexo femenino al nacer, y que, en el devenir de su historia, se identificaron como varones) en relación con la atención a la salud se encuentra invisibilizada. Un ejemplo de ello es que el estudio de MYSU citado anteriormente, sin proponérselo, incluyó únicamente a mujeres trans.

Al realizar la búsqueda de antecedentes, se enfrentó la dificultad de que no existe un descriptor específico para los varones trans, y que la inmensa mayoría de los artículos emergentes apuntaban a la salud de las mujeres trans. Además de la escasez de estudios disponibles, no se encontró ninguno de nuestro país. Estos resultados pusieron de manifiesto que existe un vacío de información sobre el tema.

La pregunta de investigación que orienta este estudio es la siguiente: ¿cuáles son las vivencias que han tenido a lo largo de su vida los varones trans uruguayos en la interacción con servicios del primer nivel de atención públicos y privados del área metropolitana de Montevideo? Para darle respuesta, la presente tesis se propone examinar las vivencias de los varones trans en su interacción con servicios del primer nivel de atención (PNA) del área metropolitana de Montevideo, que además de la totalidad de dicho departamento abarca las localidades urbanas entre Delta del Tigre y

Villas y Playa Pascual del departamento de San José, y las localidades del departamento de Canelones cercanas a Montevideo (Instituto Nacional de Estadística, 2007). Para ello, se pretende describir las vivencias de varones trans en su contacto con los servicios del PNA, identificar los elementos que toman en cuenta para evaluar la atención recibida y analizar las características de los servicios de salud que valoran como positivos o negativos.

En este estudio se emplea un enfoque cualitativo, a través del método biográfico, a fin de visualizar y problematizar la interacción entre el colectivo de los varones trans y las instituciones sanitarias.

Los resultados ponen de manifiesto que hubo un avance significativo en la atención a la salud de los varones trans a partir del desarrollo de políticas en la materia. No obstante, este no se encuentra consolidado y en la situación actual corre el riesgo de sufrir retrocesos.

2. Antecedentes y justificación

El abordaje de la diversidad sexual en el contexto de la atención en salud ha tenido grandes avances en los últimos años. Desde el año 2009 hasta la fecha se han venido desarrollando diferentes herramientas en este sentido. También se han sistematizado experiencias exitosas de buenas prácticas, en lugares puntuales del área metropolitana de Montevideo.

Si bien esto ha contribuido a visibilizar a las personas LGBT dentro del sistema de salud, existen algunos colectivos de la diversidad sexual que se encuentran invisibilizados. Uno de ellos es el de los varones trans. A continuación, se procurará fundamentar esta afirmación.

En el año 2009 el Ministerio de Salud Pública (MSP) publicó la Guía en Salud Sexual y Reproductiva que abordaba por primera vez en nuestro país la temática de la Diversidad. En ella se estableció que:

Para garantizar el cuidado de la salud de todas las personas es necesario que todos los servicios del SNIS y los equipos de salud (personal técnico y administrativo) sean sensibilizados y capacitados para brindar una adecuada atención a las personas con orientación e identidad sexual diversa desde una perspectiva de derechos humanos y de género (p. 26).

Sin embargo, se percibe que la realidad a la cual se enfrentan las personas con una orientación sexual e identidad de género “no hegemónica” es muy distinta. En una entrevista exploratoria mantenida en octubre de 2015 con el presidente de Trans Boys Uruguay manifestó que, en su tránsito por el sistema de salud, se había enfrentado a muchos profesionales que no tenían idea de cómo atender a las personas trans, ni desde lo técnico ni desde el trato humano. Llegó a vincularse con la Unidad Docente Asistencial (UDA) del PNA que funciona en el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois (de aquí en adelante se mencionará como UDA del Hospital Saint Bois), para obtener orientación en cuanto a la atención a la salud de varones trans, y luego llevar la información al endocrinólogo que lo atendía en su mutualista. Sin embargo, su prestador de salud no cubría el tratamiento de hormonización. Manifestó que, debido a que la testosterona era de venta libre, muchos varones trans comenzaban a consumirla sin ningún tipo de control de salud, con el posible incremento del riesgo cardiovascular que esto podía traer aparejados.(FDA, 2015).

En el año 2012 la organización no gubernamental MYSU publicó los resultados de un relevamiento de las necesidades de salud de las personas Trans realizado el año anterior. Este estudio, entre otros elementos, puso de relieve que el estigma y la discriminación por parte del personal de salud constituyen barreras de acceso a los

servicios y desestimulan la consulta. No obstante, sin proponérselo, la totalidad de quienes integraron la muestra fueron de género femenino.

En la publicación “Por la salud de las personas trans”, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) se plantea que hay escasez de información disponible sobre el estado de salud y necesidades de los hombres trans en la región de América Latina y el Caribe.

De todo lo expuesto anteriormente, se desprende que el colectivo de los varones trans y su situación específica con relación a la atención a la salud se encuentra invisibilizado. *A priori*, se identificó como posible causa que se tratara de una población de escasa magnitud. Esta percepción inicial se reforzó con los resultados del censo de población Trans realizado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en el cual, de 853 personas censadas, se encontró un 10% de varones. Lamentablemente, la mayoría de las variables incorporadas en el documento de difusión de los resultados del censo analizaba en forma conjunta a mujeres y varones. En cuanto a la *distribución por departamento*, se encontró una mayor presencia de personas trans en las zonas de frontera y costera del país (en los departamentos de Montevideo, Canelones, Artigas, Salto, Cerro Largo, Paysandú y Maldonado). En cuanto a la *distribución según edad*, se evidenció mayor concentración de personas trans en el tramo de 18 a 29 años (35% de la población), con una media de 37 años. En la variable *cambio de nombre y sexo registral*, en la cual se disgregaron los datos según género, se observó que, de un total de 79 varones trans, 59 no realizaron cambio, mientras que 9 se encontraban en trámite y 11 lo finalizaron (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2016).

En este censo se puso de manifiesto que el 95% de las personas trans de ambos géneros refirió atenderse en un centro de salud. En dicho documento se jerarquiza la importancia del tratamiento de hormonización para las personas trans en la construcción identitaria y en su proyecto de vida. Las modificaciones corporales que dicho tratamiento ocasiona permiten que su condición de trans sea menos evidente (lo que en inglés se denomina *passing*), logrando de esta forma una disminución de las experiencias de discriminación y violencia. Un 22% de la población encuestada manifestó estar en tratamiento hormonal, pero solamente la mitad lo realiza por prescripción médica.

En lo que respecta al derecho a una salud plena, existe casi un 38% de personas que quisiera realizarse una operación de reasignación de sexo y el Estado no está satisfaciendo, así como tampoco se generaron mecanismos de información sobre las contraindicaciones de la hormonización sin prescripción médica ni garantiza los procesos para las personas que así lo deseen en el primer nivel de atención”. (MIDES, 2016, p. 14).

La pregunta de investigación que guía este estudio es la siguiente: ¿cuáles son las vivencias que han tenido a lo largo de su vida los varones trans uruguayos en la

interacción con servicios del primer nivel de atención públicos y privados del área metropolitana de Montevideo? Se pretende que los resultados sirvan como insumo para visibilizar a esta población. Esto permitirá desarrollar estrategias para mejorar los servicios de salud, adaptándolos a sus características y necesidades, para que tengan una experiencia positiva en la atención de su salud, avanzando hacia el pleno ejercicio de su derecho a la salud.

El proceso de revisión de antecedentes de publicaciones científicas sobre el tema comenzó en octubre de 2015 y se realizaron revisiones sistematizadas hasta setiembre de 2021. La búsqueda se realizó en tres fuentes principales: la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC) y la página de Bibliotecas de la Universidad de la República (BiUR). A continuación, se detalla cada uno de los pasos de este proceso.

Para las búsquedas en la BVS se utilizaron los siguientes descriptores en español, inglés y portugués: *personas transgénero/transgendered persons/pessoas transgênero, servicios de salud para personas transgénero/health services for transgender persons/serviços de saúde para pessoas transgênero, y finalmente atención primaria de salud/primary care/atenção primária à saúde*. Estos se obtuvieron de la página de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la BVS. Se refinó la búsqueda agregando al asunto principal Prestación de Atención de Salud, Disparidades en Atención de Salud y Accesibilidad a los Servicios de Salud. Se identificó como dificultad que, al no existir un descriptor específico para la población de los varones trans, la mayor parte de la bibliografía que arrojó la búsqueda corresponde a investigaciones relacionadas a las mujeres trans.

En todos los casos se descartaron los artículos vinculados a la atención en salud de mujeres trans exclusivamente, trabajo sexual, infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cirugía de reasignación de sexo, población rural, etapas específicas del ciclo vital (niñez, adolescencia, vejez) y enfoque desde la perspectiva de los servicios de salud. Asimismo, se dejaron de lado los editoriales, las guías clínicas y los artículos enfocados hacia la formación en abordaje de la diversidad sexual de los recursos humanos en salud. De esta fuente, en las sucesivas búsquedas se seleccionaron nueve artículos, seis norteamericanos, uno australiano, uno canadiense y uno español, publicados entre 2013 y 2020.

Para la búsqueda en la REDALYC, las palabras clave utilizadas fueron *transexual* y *vivencia*. Se seleccionó un único artículo, de origen brasileño, publicado en el año 2016.

Para conocer los antecedentes en nuestro país se realizó una búsqueda de tesis de maestría y doctorado en BiUR, utilizando “transgénero” como criterio de búsqueda. Surgió como resultado una tesis de maestría (Correa, 2015) que abordaba la

problemática de las personas trans (incluidos varones trans) en relación con el mundo del trabajo, pero al no tratarse de la atención en salud no fue tomada en cuenta.

De la lectura de los diez artículos encontrados se destaca la existencia de experiencias negativas en el acceso a la atención a la salud de las personas LGBT (Stotzer et al., 2014) y transgénero en particular (Kosenko et al., 2013; Poteat et al., 2013; Shires y Jaffee, 2015; Rocon, 2016; Castillo y Cuadrado, 2020), fundamentalmente vinculadas al estigma y discriminación. Con frecuencia esto conduce al aplazamiento en la búsqueda de atención (Stotzer, 2014; Cruz, 2014; Peitzmeier et al., 2014). Algunos estudios ponen de relieve la necesidad de adaptar los servicios de salud a las necesidades de la población LGBT y fortalecer la formación de integrantes del equipo de salud para el abordaje de las necesidades de salud de esta población (Riggs et al., 2014; Stotzer, 2014; Rocon, 2016; Bell y Purkey, 2019; Castillo y Cuadrado, 2020). A continuación, se desarrollará brevemente los trabajos de mayor relevancia para esta investigación.

Kosenko et al. (2013) describen diferentes formas de maltrato hacia las personas trans, agrupadas en seis categorías: insensibilidad de género, muestras de malestar, negación de servicios, atención deficiente, abuso verbal y atención forzada. Este estudio aporta un modelo para categorizar las vivencias negativas de las personas trans, por lo cual se profundizará en el marco teórico-conceptual.

Poteat et al. (2013) realizaron un estudio cualitativo, basado en la teoría fundamentada, en el cual analizaron el estigma en las interacciones de atención en salud. Entre enero y julio de 2011 se realizaron entrevistas a 55 personas trans y 12 profesionales de medicina, indagando acerca del estigma, la discriminación y las interacciones entre proveedores de salud y personas transgénero. Debido a que su formación no incluye la atención a personas trans, las y los médicos abordan la consulta con ambivalencia e incertidumbre. A su vez, las personas trans anticipan que las y los profesionales no serán capaces de satisfacer sus necesidades. Esta incertidumbre y ambivalencia altera el equilibrio de poder en la relación médico-paciente. El estigma refuerza el poder y autoridad del médico durante estas interacciones.

Shires y Jaffee (2015) estudiaron los factores asociados con experiencias de discriminación en varones trans. Identificaron como factores asociados a una mayor ocurrencia de experiencias de discriminación: ser nativo americano o multirracial, autoidentificación como *queer* o asexual, tener un título de grado, vivir permanentemente con la identidad de género opuesta al sexo biológico, estar bajo tratamiento hormonal o quirúrgico y tener documento de identidad acorde a la identidad de género. Los factores asociados con menor riesgo fueron la edad igual o superior a cuarenta y cinco años, y mayor nivel de ingresos económicos.

Rocon (2016) plantea la importancia del nombre social como elemento de construcción de identidad. En Brasil, desde el 2011 se reconoce el derecho al uso del nombre social de las personas trans en la Carta de Derechos de los usuarios del Sistema Único de Salud. No obstante, dichas normativas aún no han sido incorporadas por muchos profesionales de la salud. La falta de respeto al nombre social, en conjunto con otros episodios de discriminación, constituyen barreras en la atención a la salud. Otros elementos relevantes son la hegemonía médica en el proceso transexualizador, y el diagnóstico como limitador del acceso a esos servicios, con la consecuente pérdida de autonomía de las personas trans en las decisiones relativas a las transformaciones de sus propios cuerpos.

Bell y Purkey (2019) exploran las experiencias pasadas y describen las expectativas de personas trans con respecto a la atención por parte de sus profesionales de medicina familiar de referencia. Los temas identificados incluyeron el conocimiento percibido por el médico de identidades trans, autoabogacía o autorrepresentación del paciente (*patient self-advocacy*), discriminación, espacios positivos y expectativas de un cuidado ideal. El rol esperado del médico de familia para pacientes trans incluye evaluación y prescripción de hormonas y derivaciones para cirugías de afirmación de género. Concluyen que el sistema de salud actual no satisface algunas necesidades de salud física y mental de las personas trans. Se requiere mayor capacitación a profesionales de medicina familiar para poder brindar servicios tales como iniciación del tratamiento hormonal y referencias de cirugía de reasignación de género.

La escasez de antecedentes internacionales y la ausencia de estudios nacionales evidenció un vacío de información respecto al tema, por lo cual esta investigación resulta innovadora.

En el siguiente capítulo se realizará una breve reseña de la evolución de la atención a la salud en Uruguay, enfocándose fundamentalmente en el abordaje de la diversidad sexual y la atención de las personas trans en el PNA.

3. Marco referencial

En este capítulo se presenta una cronología de la evolución de la atención a la salud en nuestro país y el área metropolitana, con énfasis en el PNA y el abordaje de la diversidad sexual. Para comenzar, se desarrolla brevemente la organización del sistema de salud previa a la implantación del SNIS y los principales ejes de la reforma. Posteriormente, se jerarquiza el lanzamiento del capítulo de diversidad sexual de la guía de salud sexual y reproductiva y se relatan las experiencias más relevantes de los últimos años en materia de diversidad sexual y salud. A continuación, se analiza la inclusión de la diversidad sexual en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Seguidamente, se mencionan las guías técnicas desarrolladas dirigidas hacia la atención de personas LGBT y personas trans en particular. Por último, se señala la presencia de experiencias vinculadas a la temática en el llamado de 2018 del MSP y la OPS a presentación de buenas prácticas de resolutiveidad en el PNA.

3.1. La situación de la atención a la salud previa a la reforma

Antes de la implantación del SNIS la atención a la salud en nuestro país era profundamente inequitativa. En el subsector público, la atención brindada por el Estado se enfocaba únicamente en las personas de escasos recursos, con servicios de baja calidad y con carencias estructurales. Por otra parte, el subsector privado estaba representado predominantemente por instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), que brindaban atención mediante un sistema de prepago a trabajadores cubiertos por el Banco de Previsión social, a través de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) y sectores de clase media que debían pagar la cuota de su bolsillo. La marcada desigualdad entre ambos subsectores en materia de recursos e infraestructura se expresaba en profundas diferencias en cuanto a los resultados sanitarios en los diferentes sectores sociales. Por otra parte, la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública se encontraba francamente deteriorada (Lecovitz et al., 2016).

El sistema de salud se caracterizaba por su fragmentación y segmentación. Los distingos gobiernos fueron destinando cada vez menos recursos al subsector público, profundizando cada vez más la brecha en la calidad de atención entre ambos subsectores. De esta forma, la población se estratificó en cuatro franjas de acuerdo con su cobertura de salud. Para comenzar, estaban las personas que no podían costear la afiliación a las mutualistas, y debían atenderse en un subsistema público cada vez más carente de recursos. A continuación, estaban las personas que se afiliaban a una

mutualista y tenían dificultades en cubrir los costos de las tasas moderadoras. Por otro lado, se encontraban las personas afiliadas a las mutualistas que podían costear otros servicios complementarios, como las emergencias móviles. Por último, estaban las personas de los sectores económicamente más favorecidos, que contrataban seguros de salud privados (OPS, 2009).

Por múltiples causas de diversa índole, el sector privado se encontraba ya en una situación crítica:

La evolución epidemiológica del país, el aumento de la prevalencia de enfermedad vinculada con el envejecimiento, el modelo asistencialista apoyado en el uso acrítico de la tecnología, el incremento de los costos asociado a ese modelo, la fragmentación de los servicios, las presiones corporativas de grupos de poder, el afán de lucro y la mercantilización de la salud, fueron generando un conjunto de desequilibrios, que condujeron a una situación crítica en el sector privado (Lecovitz et al., 2016, p.10).

Dicha situación se agravó debido a la crisis económica del año 2002, que provocó un aumento de la tasa de desempleo y, consecuentemente, una disminución de la población que accedía a la cobertura de salud a través del sistema de seguridad social. También produjo una reducción en el nivel de ingresos de muchos hogares, dificultando aún más el pago de las tasas moderadoras en las mutualistas (OPS, 2009).

En ese momento, el modelo de atención a la salud se caracterizaba por una impronta asistencialista y hospitalocéntrica, con un escaso desarrollo del PNA y una baja capacidad resolutoria, y mecanismos poco claros de referencia y contrarreferencia. “El rol de los usuarios se limitaba a un papel de receptor pasivo de tratamientos indicados por la autoridad médica (...) No se estimulaba un rol más activo en relación con la salud propia, familiar o de la comunidad, ni un conocimiento mayor de los derechos de los usuarios” (Lecovitz et al., 2016, p.12).

3.2. La reforma del sistema de salud y el cambio de modelo de atención

Entre 2005 y 2007 se aprobaron las cinco leyes fundacionales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Para comenzar, se definieron las líneas programáticas de la reforma en el Presupuesto Nacional para el quinquenio 2005-2009 (Ley 17.930). A continuación, se creó el Fondo Nacional de Salud (Ley 18.131) y se produjo la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) (Ley 18.161). Posteriormente, se creó el Seguro Nacional de Salud (Ley 18.211). Finalmente, se establecieron los derechos y deberes de usuarias y usuarios (Ley 18.335) (Lecovitz et al., 2016). Esta ley, en su artículo 2 establece que “los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica”.

En la exposición de motivos del SNIS se reconoce la salud como un derecho humano fundamental, que “constituye un inestimable bien social” (Villar y Capote, citado por Poder Ejecutivo, 2007, p. 2). En este sentido, el objetivo de la reforma es asegurar que todas las personas puedan acceder a servicios integrales de salud, y para ello se establecen cambios en el modelo de gestión, el modelo de gasto y financiamiento, y en el modelo de atención a la salud. Para este último cambio se propone sustituir el modelo actual por uno que jerarquice la promoción de salud y prevención de enfermedades, orientado según la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y en el cual el PNA cobra un rol protagónico (Poder Ejecutivo, 2007).

En la ley 18.211, promulgada en diciembre de 2007, se “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud” (p. 1).

En el artículo 3º de dicha ley se establecen los principios rectores del SNIS. De ellos se destaca: la promoción de salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida, la accesibilidad de los servicios de salud, la equidad de las prestaciones, la calidad integral de la atención que respete los principios de la bioética y los DDHH de los usuarios y, finalmente, el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud (Ley 18.211, 2007).

Asimismo, la ley establece la organización del SNIS “en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones” (Ley 18.211, 2007, p. 13), y tal como se estableciera en la exposición de motivos se basa en la estrategia de APS y prioriza el PNA. Este último se define como “la organización de recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada” (Villalba y Noceti, 1989, p. 13). Representa la base del sistema de salud, constituye el primer contacto que la población tiene con el sistema sanitario y en él se resuelven aproximadamente el 80% de los problemas de salud (Etchebarne, 2001). Abarca dos tipos de establecimiento: las policlínicas y los centros de salud (Villalba y Noceti, 1989).

Para la gran mayoría de la población uruguaya, los servicios de salud de baja y mediana complejidad son provistos por las instituciones que forman parte del SNIS. Por una parte, el subsector privado está integrado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Por otra parte, el subsector público está representado fundamentalmente por ASSE y otros efectores públicos (servicios municipales, sanidad militar y policial, entre otros), que articulan entre sí. Estos prestadores se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional, reconociéndose en ellos diferentes niveles de atención. El subsector público tiene un fuerte desarrollo del PNA. Por el contrario, en el subsector privado su desarrollo es escaso (Lecovitz et al., 2016).

3.3. El lanzamiento del capítulo de diversidad de la guía de salud sexual y reproductiva (2009)

En el año 2009, luego de un proceso de trabajo en conjunto entre instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (incluidos colectivos de la diversidad sexual), el Ministerio de Salud Pública (MSP) publicó la Guía en Salud Sexual y Reproductiva, con la finalidad de “visibilizar situaciones muy sentidas por la comunidad de hombres y mujeres no heterosexuales y personas trans y generar servicios de salud incluyentes, integrales, con enfoque de género, de DDHH y de diversidad sexual” (p. 17). En ella se hace referencia explícita a la voluntad de avanzar en la “implementación de políticas públicas que incorporen la diversidad sexual como derechos humanos fundamentales” (p. 13), contribuyendo a transformar el modelo de atención a la salud sexual y salud reproductiva.

En la guía se recogen una serie de recomendaciones para los centros de salud públicos y privados orientadas a garantizar el cuidado a la salud de personas con orientación e identidad sexual diversa. Estas incluyen: la capacitación y sensibilización a quienes integran el equipo de salud tiene un rol preponderante.

3.4. El proyecto de los centros de salud libres de homofobia (2012)

En el año 2010, el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (Facultad de Medicina de la Universidad de la República) realizó un ateneo dirigido a residentes y posgrados, en el cual se analizó una situación ocurrida en el Centro de Salud Ciudad Vieja. Dicha situación involucraba la vulneración de derechos de una adolescente lesbiana, por lo cual se invitó a participar en la discusión al Colectivo Ovejas Negras. A partir de aquí comenzó a gestarse el proyecto “Centros de Salud libres de homofobia” (González y Soto, 2015). Dicho proyecto fue desarrollado en conjunto por la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), el Colectivo Ovejas Negras, el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Universidad de la República (UDELAR) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Buscaba generar una experiencia de aprendizaje entre la comunidad médica y el colectivo LGTB, a fin de lograr óptimos niveles de atención en salud a la comunidad LGBT, y desarrollar sistemas de trabajo que permitieran extender el proyecto. Implicó generar protocolos, espacios de formación y capacitación en diversidad sexual dirigidas a todos los funcionarios (Rocha Carpuic, 2015).

Este proyecto comenzó a implementarse en 2012 en el Centro de Salud Ciudad Vieja (Montevideo) y posteriormente se extendió a la UDA del Centro Cívico Salvador Allende (Barros Blancos, Canelones) (Rocha Carpuic, 2015).

3.5. La experiencia de la Unidad Docente Asistencial del Hospital Saint Bois (2014)

En el año 2014, en la UDA del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois se comenzó a atender en el turno vespertino/nocturno, con el objetivo de mejorar la accesibilidad al servicio. En este horario se registró la concurrencia de una persona trans, lo cual motivó una serie de cambios para lograr una atención más amigable a la diversidad sexual. Como consecuencia, aumentó considerablemente el número de consultas de personas trans, que constituyeron casi la tercera parte de las consultas del período junio 2014-junio 2015 (Rocha Carpuic, 2015). De esta forma, el servicio se constituyó como referente de la atención de las personas trans en nuestro país.

3.6. La experiencia de la Intendencia de Montevideo (2015)

La Intendencia de Montevideo (IM) brinda atención a la salud a través de una red de policlínicas distribuidas a lo largo del territorio. En el año 2015, dicha red atendió “cerca de una cuarta parte de la población que se atiende en el sector público en el departamento” (Schenck, 2017, p. 66).

En diciembre de ese año, la IM creó la Secretaría de Diversidad, que estableció una agenda con líneas de trabajo a desarrollar en el período 2016-2020. Una de las estrategias a desarrollar fue incluir la perspectiva de diversidad sexual en las policlínicas, desarrollando políticas de salud específicas para personas LGBTI, (incluyendo la categoría *intersexual*). Para ello se procuró que, en una primera etapa, cinco policlínicas de diferentes municipios lograran la certificación como “Centros de salud libres de LGBTI-fobia” en un plazo de dos años, para posteriormente ir extendiendo dicha certificación al resto. Asimismo, se trabajó para establecer protocolos de derivación con servicios especializados en la atención de personas LGBT, capacitar y sensibilizar a los equipos de las policlínicas en el abordaje de la diversidad sexual y elaborar materiales informativos sobre servicios amigables de la diversidad sexual. También se conformó un Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud que dentro de su plan de trabajo propuso la inclusión de la identidad de género en los registros de las policlínicas (Schenck, 2017).

3.7. Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (2015)

El 18 de diciembre de 2015, el MSP presentó los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020, que se publicaron en 2016. En este documento se establecían las políticas de salud para el período 2016-2020. Se propusieron como objetivos para el quinquenio:

1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.

2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales en salud.
4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud (MSP, 2016a, p. 10).

Para lograrlo, se desarrollaron una serie de Objetivos Estratégicos (OE), en dos de los cuales se incluyeron referencias explícitas a la relación entre los servicios de salud y la población LGBT.

Por una parte, el OE 2, que se proponía disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad, consideraba la reducción de la morbilidad por VIH y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En el área de intervención 34, que apuntaba a la prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH, una de las líneas de acción (34.5) planteaba “promover la multiplicación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS [así como] implementar estrategia de Acreditación” (MSP, 2016a, p. 43).

Por otra parte, el OE 4 proponía construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud. En el área de intervención 73, establecía como una de las líneas de intervención la implantación y acreditación en buenas prácticas en distintas áreas de atención, como criterio de calidad. Dentro de este objetivo, el punto 73.4 consideraba específicamente la “acreditación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS” (MSP, 2016a, p. 61).

Teniendo en cuenta el énfasis puesto en la infección por VIH, se infiere que estos objetivos se dirigían fundamentalmente hacia mujeres trans y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ya que ambos grupos fueron definidos como poblaciones prioritarias por el MSP en el Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA 2014-2015 (Arteta, 2015).

3.8. El lanzamiento de las guías de atención para el personal de salud (2015 y 2016)

En 2012, el MSP lanzó la guía de atención a la salud de HSH y mujeres trans, con el objetivo de reducir la propagación del VIH-SIDA y la coinfección de tuberculosis.

Unos años más tarde, en 2015 se editó el libro “Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud” (López et al.), con participación de las mismas instituciones que desarrollaron el proyecto “Centros de Salud libres de homofobia”. Su lanzamiento y difusión se produjo en junio de 2016. En el capítulo 6 de dicho libro se aborda específicamente la atención integral a la salud de mujeres y varones trans

(Márquez et al., 2015), cuyo contenido se abordará con más detalle en el marco teórico-conceptual.

También en 2016, el MSP publicó la guía clínica para la hormonización en personas trans, cuyo objetivo es “fortalecer a los equipos de salud en su capacidad de dar respuesta a cada usuario/a trans que promueva una atención integral centrada en la persona, y respete la autonomía, desde el paradigma de la despatologización de las identidades trans” (MSP, 2016b, p. 12).

3.9. La ley integral para personas trans y su visibilización en los medios (2018)

En octubre de 2018 se promulgó la Ley N°19.684, conocida como ley integral para personas trans. En ella se establece el derecho a la identidad de género, se establece la incorporación de la identidad de género en todos los sistemas públicos de información estadística que indaguen la variable “sexo” y se establecen acciones afirmativas para mejorar el derecho de las personas trans al trabajo, la educación, la cultura, la vivienda y la salud. El contenido relacionado a este último punto se abordará con mayor detalle en el marco conceptual.

En los últimos años (particularmente a partir de la presentación del proyecto de ley, en 2017) se observa una mayor presencia en los medios de historias de personas trans y su participación en expresiones culturales (en el apéndice A se recoge una recopilación de notas de prensa con el objetivo de fundamentar esta afirmación). En tal sentido parece haberse producido una evolución de las representaciones sociales acerca de la transexualidad y la diversidad sexual, las cuales se encuentran estrechamente ligadas con la imagen que se plantea a través de los medios de comunicación, especialmente el cine y la televisión. En los últimos años se ha dado mayor visibilidad a las personas trans en dichas expresiones culturales, en las que se observa una tendencia a representarles como personajes positivos y complejos, disminuyendo su asociación con características negativas, graciosas o dignas de burla, como ocurría anteriormente¹.

¹ Este fenómeno está retratado en el documental “*Disclosure: ser trans más allá de la pantalla*” (*Disclosure: trans lives on screen*, Netflix, 2020), en el cual se realiza un análisis de la evolución de la imagen de personas transgénero en el cine y programas televisivos estadounidenses a través de la mirada de mujeres y varones trans. En él se aprecia el impacto negativo que han tenido estas representaciones en las vidas de las personas trans, a la vez que se muestra una tendencia a incorporar personajes de mayor complejidad y con características positivas.

3.10. El llamado a buenas prácticas de resolutiveidad en el primer nivel de atención (2018)

En el año 2018, el MSP y la OPS realizaron un llamado a buenas prácticas de resolutiveidad en el PNA. De 30 experiencias seleccionadas como muy buenas prácticas o menciones especiales, una estaba dedicada a la atención de las personas trans y otra a la atención de la diversidad sexual. Cabe destacar que ambas prácticas corresponden a servicios de ASSE del área metropolitana de Montevideo (Bonapelch et al., 2019).

3.11. De 2018 a la actualidad

En los últimos tres años, si bien se ha dado continuidad a las experiencias desarrolladas anteriormente, no se han producido avances sustantivos en materia de atención a las personas trans en el PNA. Además, teniendo en cuenta que en la exposición de motivos de la ley de presupuesto 2020-2024 no se menciona las personas trans, y el concepto de vulnerabilidad está abordado fundamentalmente desde una perspectiva socioeconómica, es poco probable que en este quinquenio se produzcan avances en este tema.

En la proclama de la Marcha por la Diversidad del 2020 se señaló la falta de presupuesto asignado a la implementación de la Ley Integral para personas Trans y se denunció que varios prestadores de salud privados “aún no cuentan con los equipos multidisciplinarios, no brindan las prestaciones obligatorias y el Ministerio de Salud Pública todavía no creó el servicio nacional especializado en intervenciones quirúrgicas de alta complejidad para personas trans”. Asimismo, se cuestionó el retiro del apoyo del MIDES al trámite de cambio de nombre registral, obstaculizando el acceso de “personas en situación de pobreza extrema, sin conexión, lejos del centro de la capital, y que sólo pueden acceder a sus derechos cuando las instituciones que están presentes en el territorio las acompañan con recursos profesionales y materiales” (Orgullo es luchar: un adelanto de la proclama de la Marcha por la Diversidad 2020, 23 de setiembre de 2020, s/p).

En la proclama de la Marcha por la Diversidad 2021 se denunció nuevamente el incumplimiento a la Ley Integral para personas Trans, manifestando que:

Cada día las mutualistas se niegan a efectuar procedimientos a los que están obligados, y el Ministerio de Salud Pública se niega a hacer cumplir la ley. Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, han dejado de comprar los medicamentos necesarios. Nadie les controla. No existe respuesta a las quejas. No se forman los equipos integrales previstos por la ley. El acceso a la salud mental no existe (Estado ausente, nuestra lucha está presente; 25 de setiembre de 2021, s/p).

También se criticó que desde el inicio de la pandemia “no hay una sola persona trans que haya recibido la tarjeta TUS trans y han quedado excluidas de las partidas especiales” (Estado ausente, nuestra lucha está presente; 25 de setiembre de 2021, s/p).

En lo expuesto anteriormente queda claro que existe alarma en los colectivos de la diversidad sexual debido a la falta de voluntad demostrada por el actual gobierno para continuar llevando adelante las políticas afirmativas hacia las personas trans.

En el siguiente capítulo se presentan los objetivos de esta investigación.

4. Objetivos

En función del vacío de información existente acerca del tema, este estudio se plantea los siguientes objetivos.

4.1. Objetivo general

Examinar las vivencias de los varones trans en su interacción con servicios del primer nivel de atención del área metropolitana de Montevideo.

4.2. Objetivos específicos

- i. Describir las vivencias de varones trans en su contacto con los servicios del PNA.
- ii. Identificar los elementos que los varones trans toman en cuenta para evaluar la atención recibida.
- iii. Analizar las características de los servicios de salud que los varones trans valoran como positivos o negativos.

En el siguiente capítulo se presentan los elementos teóricos tomados como marco para este trabajo.

5. Marco teórico-conceptual

A continuación, se presentan algunos conceptos relevantes para enmarcar el proceso de investigación. Para ello, se presentan en dos secciones: por una parte, elementos relacionados al sistema de salud en relación con la atención de varones trans y, por otra, elementos vinculados a las vivencias.

5.1. El sistema de salud y la atención a varones trans

En esta sección se procura definir algunos conceptos clave para este estudio. Para comenzar, se describen algunas características de los sistemas de salud basados en la APS. A continuación, se plantean las características del PNA. Seguidamente se desarrollan algunos enfoques transversales relevantes para tener en cuenta en la atención. Finalmente, se describe cómo debe ser la atención a los varones trans.

5.1.1. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud

En setiembre de 2005, la OPS realizó la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, más conocida como Declaración de Montevideo. En ella se afirma que:

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (p. 2).

En el documento se establece el compromiso de interceder para lograr que los principios de la APS se incorporen “en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención a nivel de país” (p. 2), a fin de contribuir al desarrollo humano equitativo e integral, con el propósito de cumplir los objetivos del desarrollo del milenio. En tal sentido, se proponen los siguientes criterios de evaluación: (i) el compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud; (ii) el reconocimiento de las funciones decisivas de individuos y comunidades para establecer sistemas basados en la APS; (iii) la orientación hacia la promoción de salud y la atención integral e integrada; (iv) el fomento del trabajo intersectorial; (v) la orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente; (vi) el fortalecimiento de los recursos humanos en salud; (vii) el establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la APS; (viii) la garantía de sostenibilidad financiera; (ix) la investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada, y

(x) el fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la APS (OPS, 2005).

Para facilitar la inclusión social y equidad en salud, se plantea que los Estados deben trabajar para alcanzar el acceso universal a la atención, determinando y eliminando las múltiples barreras existentes (institucionales, geográficas, culturales, económicas, étnicas y de género), elaborando programas dirigidos específicamente a poblaciones vulnerables. Asimismo, se propone fortalecer la participación local en el sistema sanitario de individuos y comunidades y apoyar y dar continuidad a las políticas sanitarias en pro de la familia (OPS, 2005).

En el año 2007, la OPS definió un conjunto de elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud Basados en la APS. Ellos son: acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; énfasis en la promoción y prevención; atención apropiada; orientación familiar y comunitaria; mecanismos activos de participación; marco legal e institucional; organización y gestión óptimas; políticas y programas pro-equidad; primer contacto; recursos humanos apropiados; recursos adecuados y sostenibles, y acciones intersectoriales. A continuación, se detallan algunos de estos elementos.

Para lograr el acceso y la cobertura universal se hace necesaria la eliminación de barreras para la atención. Estas pueden ser “geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad (OPS, 2007, p.15). Por otro lado, la atención integral e integrada implica que la oferta de servicios “debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado” (OPS, 2007, p. 15). A su vez, es necesaria la coordinación entre niveles de atención, permitiendo mantener la longitudinalidad de la atención, fundamentalmente a través de “la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales” (OPS, 2007, p. 15).

La atención brindada pone énfasis en la promoción y prevención, procurando que la atención a la salud de personas, familias y comunidades se realice en forma apropiada para lograr un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los problemas de salud, disminuyendo las secuelas. Desde una perspectiva individual, comprende acciones de educación y promoción de la salud, con el objetivo de fortalecer las capacidades para la prevención de enfermedades y el autocuidado. Desde una perspectiva comunitaria se promueve la realización de actividades de prevención en coordinación con otros sectores (OPS, 2007).

Por su parte, la atención apropiada se basa en “la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud”. En tal sentido, es necesario tener en cuenta la calidad de los servicios brindados, la cual depende de que las necesidades actuales y potenciales de salud queden cubiertas adecuadamente por los servicios de salud, en base al conocimiento actualizado sobre los elementos que inciden en la salud y el comportamiento de los problemas de salud. Se define calidad como: “la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud” (p. 16). Se obtiene una mayor calidad cuando las acciones implementadas logran un mayor efecto con menores molestias y menores costos en función de “la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico” (p. 16).

Otro de los elementos esenciales de los sistemas de salud basados en la APS es la orientación familiar y comunitaria, que deja de lado la perspectiva exclusivamente individual y emplea una perspectiva más amplia para el abordaje de las situaciones de salud-enfermedad. Desde este enfoque, el centro de la planificación e intervención en salud está puesto sobre las familias y comunidades (OPS, 2007).

Deben existir políticas y programas pro-equidad con el objetivo de disminuir el impacto de las desigualdades sociales en salud, corrigiendo los factores que originan las inequidades y garantizar un trato digno y respetuoso a todas las personas. Estas políticas y programas deben ser difundidos entre los equipos de salud.

Debe facilitarse el primer contacto de la población con los servicios de salud, a fin de dar respuesta a sus necesidades. Para esto es fundamental el fortalecimiento del PNA.

Un aspecto de relevancia de los sistemas de salud basados en APS es contar con recursos humanos apropiados, que deben poseer habilidades y conocimientos para su desempeño. Esto exige “una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente” (OPS, 2007, p. 17). También es preciso contar con recursos adecuados y sostenibles, en cantidad adecuada según el análisis de situación de salud, permitiendo lograr el acceso y cobertura universal.

Finalmente, los sistemas de salud basados en APS se valen de acciones intersectoriales para el abordaje los determinantes de la salud de la población, procurando generar relaciones sinérgicas con otros sectores (OPS, 2007).

5.1.2. Primer Nivel de Atención.

Existen algunas características que definen al PNA de particular relevancia para esta investigación. La primera, se refiere a que los centros de salud y policlínicas tienen una población asignada en un área geográfica delimitada, atendiendo a la población

donde transcurre su vida, es decir, donde nace, vive, se desarrolla, estudia, trabaja y muere. Otra característica para destacar es que los servicios deben ser accesibles, tanto geográficamente como administrativa y culturalmente. En este último aspecto tiene particular importancia el respeto a los derechos de las personas en el proceso de atención (Barrenechea, 2009).

Con relación a la accesibilidad, un aspecto importante a considerar está constituido por la presencia de barreras para la utilización de los servicios. Estas pueden ser personales, económicas, organizacionales y socioculturales. Las barreras personales dependen de la capacidad de cada persona de reconocer sus propias necesidades y buscar atención de salud, como también de las experiencias previas y expectativas que tenga en relación con el servicio. Las barreras económicas no solo incluyen el pago por servicios, sino que también abarcan los costos extra provocados por inasistencia laboral y transporte, entre otros elementos. Las barreras organizacionales abarcan las demoras en la atención y el incremento de los tiempos de espera debido a una alta demanda o al uso poco eficiente de los recursos. Finalmente, las barreras socioculturales hacen referencia a “las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos” (Gulliford et al., 2002, citado por Fajardo-Dolci et al., 2015, p. 183)

5.1.3. Enfoques transversales para la atención de la salud

Para contribuir a brindar una atención a la salud apropiada, esta debe estar basada, entre otras, en cuatro perspectivas teóricas: el enfoque de derechos, el enfoque de género, el enfoque de diversidad y el enfoque de la interseccionalidad. A continuación, se desarrolla brevemente cada una de ellas.

5.1.3.1. Enfoque de derechos

La salud es un derecho inalienable del ser humano. En el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), suscrito por Uruguay, se establecieron cuatro medidas para garantizar el derecho a la salud. Ellas fueron: (a) la reducción de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, (b) el mejoramiento de la higiene del trabajo y el medio ambiente, (c) la prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, etc. y la lucha contra ellas, y (d) creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1976).

Posteriormente se realizó la Observación general N°14, en la cual se desglosaron los elementos relativos al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En ella se estableció que el derecho a la salud comprende no solo la atención de salud oportuna y apropiada, sino también el disfrute de bienes, servicios y condiciones que permitan a las personas alcanzar el más alto nivel posible de salud. Se destaca que, en el punto 11

de la observación, se hace referencia explícita a los factores determinantes de la salud, incluyendo, entre otros, el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

El enfoque de derechos reconoce a todos los individuos como titulares de derechos humanos (DDHH). Las personas tienen la posibilidad de exigir el pleno cumplimiento de sus derechos, para lo cual resulta fundamental la participación ciudadana a través de acciones de incidencia y monitoreo. Esto cobra particular relevancia en individuos que se encuentran en situación de desigualdad o discriminación (como es el caso de las personas trans), siendo responsabilidad del Estado la de respetar, proteger y hacer efectivos sus derechos (González y Soto, 2015).

5.1.3.2. Enfoque de género

El género es una construcción social conformada por características, atributos, permisos y prohibiciones que se les asigna diferenciadamente a las personas en base a su sexo biológico y entraña diferencias sustanciales en cuanto al ejercicio de poder. De acuerdo con el género se establecen pautas de comportamiento diferentes, que históricamente han relegado a las mujeres al ámbito de lo privado y a roles reproductivos, mientras que han posicionado a los varones en el mundo de lo público y ejerciendo roles productivos. Estas pautas, normas y estereotipos también son transmitidas por las distintas instituciones por las que transitan las personas, incluyendo las vinculadas a la atención de la salud (Ramos et al., 2015).

Los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad se construyen socioculturalmente y generan presión social en las personas, a través de diferentes mecanismos. Estos últimos tienen por objetivo evitar que se desvíen de lo que se espera socialmente de ellas. Las personas LGBT transgreden las pautas de comportamiento socialmente establecidas, lo cual genera que sean víctimas de discriminación, estigmatización y exclusión (Ramos et al., 2015).

El enfoque de género permite reconocer, entender y explicar las desigualdades que existen entre individuos basadas en el sistema de género vigente. Este enfoque permite visibilizar las relaciones de poder que se basan en las categorías de lo “femenino” y lo “masculino”, y su expresión en desigualdad de oportunidades y derechos, para poder transformar dichas situaciones (González y Soto, 2015).

5.1.3.3. Enfoque de diversidad

El enfoque de diversidad reconoce a los seres humanos como diversos desde múltiples puntos de vista: sexual, étnico y cultural, entre otros (D'Elia y Maingón, 2004). En particular, la perspectiva de la diversidad sexual cuestiona el modelo imperante, binario y heteronormativo, entendiendo que no existe una esencia única de la sexualidad humana (CIDH, 2012).

En relación con la diversidad sexual, existen algunos conceptos fundamentales que a menudo se confunden. Por un lado, la orientación sexual se refiere a la atracción hacia personas del mismo sexo, del sexo opuesto o ambos. Por otro lado, la identidad de género tiene que ver con una experiencia interna que cada persona siente con relación al género, la cual no necesariamente corresponde con el sexo biológico, registral u otros. Por último, las expresiones de género se refieren a la “manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado” (Rodolfo y Abril Alcaraz, 2008; citados por CIDH, 2012, p.6).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) señala que “la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género no son características estáticas de la persona, sino por el contrario son dinámicas y dependen de la construcción que cada persona haga de sí misma, así como de la percepción social que se tenga respecto de estas” (2012, p. 2).

El término personas trans incluye un conjunto de variantes que comparten la no conformidad entre el sexo biológico y la identidad de género tradicionalmente asignada a este (CIDH, 2012). Los varones trans son, pues, aquellas personas a las cuales les fue asignado el sexo femenino al nacer, y que en el devenir de su historia se identificaron como varones.

El desafío de integrar lo diverso constituye un avance hacia la justicia social, la equidad y la convivencia democrática. Involucra derribar prejuicios, mitos y estigmas que sustentan las discriminaciones, así como identificar y atacar las causas que perpetúan y legitiman estos mecanismos, particularmente en las instituciones sanitarias (D'Elia y Maingón, 2004).

5.1.3.4. Interseccionalidad

El término interseccionalidad fue acuñado por Kimberlé W. Crenshaw en 1989, en un artículo del Foro Legal de la Universidad de Chicago, en el cual plantea una crítica a las políticas antidiscriminación basadas en un solo eje de análisis, según raza o sexo. Esto invisibiliza la experiencia interseccional de discriminación de las mujeres negras, en quienes convergen dos ejes de opresión, porque no están contempladas en ninguna de las dos categorías: las políticas antidiscriminación según raza se focalizan en varones negros, mientras que las según sexo se abocan a las mujeres blancas. De esta forma, la autora plantea que la intersección de ambas formas de opresión, sexismo y racismo complejiza la experiencia de discriminación de las mujeres negras.

Expandiendo el alcance de este enfoque, se entiende que las distintas formas de discriminación y opresión presentes en la sociedad (racismo, sexismo, homo-lesbo-

transfobia, xenofobia, entre otros) no actúan independientemente, sino que se interrelacionan conformando un sistema.

Aplicando este enfoque al campo específico de la salud, se observa que en el esquema de los determinantes sociales de la salud, género, etnia, edad, religión y territorio se incluyen como determinantes estructurales, más específicamente como ejes de desigualdad.

5.1.4. Atención a la salud de los varones trans

En noviembre de 2006, un panel de 29 especialistas en legislación internacional de derechos humanos y en orientación sexual e identidad de género, procedentes de 25 países, se reunieron en Yogyakarta, Indonesia. Allí adoptaron en forma unánime los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género. El principio 17 de esta declaración se refiere al derecho al disfrute del más alto nivel de salud, y la protección contra abusos médicos respectivamente. En él se establece, entre otros puntos, que los estados “asegurarán que los establecimientos, productos y servicios para la salud estén diseñados de modo que mejoren el estado de salud de todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género; que respondan a sus necesidades y tengan en cuenta sus singularidades” (Comisión Internacional de Juristas, 2007, p. 24).

Para mejorar el acceso de las personas con orientación sexual e identidad de género diversa a los servicios de salud, el capítulo sobre Diversidad de las Guías en Salud Sexual y Reproductiva (MSP, 2009) contiene una serie de recomendaciones que deben cumplir todas las instituciones de salud. Entre ellas, se señala que el personal debe estar capacitado acerca de la atención integral desde una perspectiva de derechos, género y diversidad sexual. Asimismo, se establece que debe evitarse basar la consejería u orientación en suposiciones y prejuicios acerca de la orientación sexual, identidad de género y prácticas sexuales de la persona.

La guía destaca a las personas trans como grupo de mayor vulnerabilidad, debido al estigma y discriminación que padecen, identificándolas como un grupo con particulares dificultades en el acceso a los servicios de salud. La causa de estas dificultades son fundamentalmente barreras socioculturales y organizacionales, que provocan miedo al rechazo y maltrato. Para contribuir a derribar las barreras, entre otros aspectos, se destaca la necesidad de que quienes integran el equipo de salud presenten una actitud positiva y respetuosa, favorezcan el vínculo a través de la escucha y la aceptación, eviten juicios de valor, pregunten a las personas con qué nombre desean ser llamadas, o utilicen el apellido cuando se desconoce la identidad de género (MSP,

2009). Todos estos elementos contribuyen a generar las condiciones para que las personas trans tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Como se mencionó en el marco referencial, en 2015 se editó la guía “Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud”, cuyo capítulo 6 de dicho libro aborda detalladamente el proceso de atención integral a la salud de mujeres y varones trans (Márquez et al., 2015). En él se detalla el enfoque que se le dio a la atención a la salud de las personas trans en la UDA del Hospital Saint Bois, estableciendo la importancia de brindar una atención centrada en la persona, promoviendo la salud integral. Plantea que se debe evitar atender únicamente aquellos problemas de salud relacionados con la identidad de género o proporcionar respuestas fragmentadas.

El equipo de salud del primer nivel de atención tiene un papel central en relación con la continuidad de los cuidados. Es fundamental que se pueda mantener la continuidad de la relación con el mismo equipo durante el proceso de atención. También la coordinación entre niveles de atención es de particular importancia (Márquez et al., 2015).

Muchas personas trans vivencian al sector salud como productor de angustias y reproductor de una lógica dicotómica hegemónica de sexo y género. Eso limita su acceso al sistema por la falta de formación específica de algunos/as profesionales y por la falta de servicios que brindan los prestadores. Modificar esta situación es fundamental para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de esta población (Márquez et al., 2015, p. 164).

El proceso de atención de las personas trans se plantea de forma escalonada. En el primer escalón, se realiza una valoración inicial, que incluye una anamnesis para conocer de forma más profunda a la persona. Se presenta a quienes integran el equipo de salud, detallando sus roles y se describe el método de trabajo. En el segundo escalón se realiza un examen físico que incluye la exploración genital, y en el caso de los varones trans se propone la toma de Papanicolau. También se indican los estudios paraclínicos previos a la indicación de hormonoterapia. En el tercer escalón se analizan los resultados paraclínicos y se requiere la firma de un consentimiento informado en el que se describen los cambios esperados, en qué plazos es esperable que se manifiesten y si sus efectos son o no reversibles. En el cuarto y último escalón se comienza con la hormonoterapia, luego de lo cual se plantean dos controles trimestrales y posteriormente controles anuales (Márquez et al., 2015).

Todos los escalones del abordaje se encuentran atravesados por la evaluación de la salud mental, “desde un paradigma de la longitudinalidad, pilar fundamental del primer nivel de atención” (Márquez et al., 2015, p. 160). Este acompañamiento se concibe como un apoyo durante el proceso de cada persona y no como un paso previo que condicione o no continuar con la secuencia.

La Ley integral para personas trans, promulgada en nuestro país en octubre de 2018, incluye tres artículos (19, 20 y 21) vinculados a la salud. Por una parte, el artículo N°19 prohíbe cualquier forma de discriminación que menoscabe el derecho al acceso de los servicios de salud de las personas trans. Por otra parte, el artículo 20 establece que las autoridades competentes deben elaborar guías de recomendación o protocolos de actuación para el abordaje de las necesidades sanitarias de las personas trans, que contemplen la conformación de equipos multidisciplinarios capacitados en diversidad sexual e identidad de género. A su vez, mandata a los prestadores de salud a garantizar a las personas trans y sus familias información, orientación y asesoramiento, confidencialidad de los datos relacionados con la identidad de género, consentimiento informado y un proceso de decisión compartido. Por último, consagra el derecho a la atención integral para la adecuación de su cuerpo a su identidad de género.

5.2. Vivencias de los varones trans en la atención a su salud

En esta sección se plantean elementos conceptuales que contribuyen al análisis de las vivencias de los varones trans en la atención a su salud. Para comenzar, se define el término *vivencias*. Posteriormente se describe el modelo de estrés de las minorías, relevante para la comprensión de las vivencias negativas. Por último, se desarrollan las vivencias negativas de las personas trans en la atención a su salud.

5.2.1. Vivencias

Según Dilthey (1949; citado por Minayo, 2010), la *vivencia* constituye el criterio individual responsable de caracterizar lo real, constituido por la experiencia. Se produce frente a la resistencia que el mundo exterior ejerce sobre el cuerpo, la voluntad y las emociones de las personas, respondiendo al surgimiento de los hechos de la conciencia. Estos últimos, a su vez, se encuentran influidos por las condiciones históricas, por lo que las vivencias constituyen una experiencia individual que se encuentra cargada de sentido colectivo.

Dilthey denomina *vivencias* a aquellos momentos de la vida que se hacen distinguibles, ya sea por su relevancia o por su intensidad. Estas cobran importancia debido al valor de significado que se les concede. (Galindo, 2016).

Gadamer (1999; citado por Minayo, 2010) utiliza el término vivencia para referirse a aquello que es aprendido y vivido por un individuo o un grupo, y que se expresa en el sentido común. La vivencia es la elaboración que hace la persona en torno a una experiencia, influida por su personalidad, sus experiencias previas, sus intereses, su lugar en la sociedad, entre otros. Esto implica que, frente a una misma experiencia, cada sujeto tendrá una vivencia individual.

5.2.2. Modelo de estrés de las minorías

El modelo de estrés de las minorías, desarrollado por Meyer (2003), afirma que las vivencias de estigma, prejuicio y discriminación padecidas por personas lesbianas, gays y bisexuales generan un ambiente estresante y hostil, que contribuye a generar problemas de salud mental en las personas que las padecen. El modelo describe los procesos estresores involucrados divididos según dos categorías. Por un lado, los *procesos estresores distales*, que incluyen eventos y condiciones estresantes externas y objetivas, como episodios de discriminación y violencia. Por otro lado, los *procesos estresores proximales*, que abarcan la anticipación y vigilancia de estos eventos (expectativa de rechazo), el ocultamiento de la condición que genera el estigma (orientación sexual) y la internalización de las actitudes sociales negativas (homofobia internalizada).

En muchos casos, pertenecer a minorías no solamente se asocia a elementos negativos, sino también a la posibilidad de acceso a recursos importantes para el afrontamiento, como la solidaridad y cohesión por parte de los demás miembros de ese grupo social. La pertenencia a grupos de personas que compartan la característica que origina la estigmatización provee de entornos sociales libres de discriminación, a la vez que ofrece apoyo frente a la evaluación negativa de la minoría estigmatizada (Meyer, 2003). Sin embargo, para quienes integran los colectivos de la diversidad sexual, este fenómeno tiene características diferentes que en personas discriminadas por causa de su etnia o religión. En estas últimas, generalmente existe apoyo y sostén desde la familia, que también integra el grupo social estigmatizado. Por el contrario, en las personas LGBT es habitual el desconocimiento y/o el rechazo por parte de esta, lo cual determina la soledad y el silencio ante la discriminación (Ramos et al., 2015).

5.2.3. Vivencias negativas de las personas trans en los servicios de salud

Como se mencionó en el capítulo de antecedentes, un estudio realizado en 2013 por Kosenko et al. describe diferentes formas de maltrato hacia las personas trans en su contacto con los servicios de salud. En este estudio se utilizó un cuestionario autoadministrado que fue completado por 152 personas autoidentificadas como transgénero de 40 estados diferentes de Estados Unidos de Norteamérica. El cuestionario incluía la siguiente pregunta: “¿Alguna vez has experimentado maltrato en establecimientos de salud por tu identidad de género o expresiones de género?”. Las respuestas afirmativas conducían a preguntas abiertas en las cuales las/os participantes debían describir estas experiencias, originadas por comportamientos problemáticos de integrantes de equipos de salud percibidos por las personas trans. En el análisis cualitativo de contenido, dichas experiencias se agruparon en seis categorías:

insensibilidad de género, muestras de malestar, negación de servicios, atención deficiente, abuso verbal y atención forzada. A continuación, se describe cada categoría en orden decreciente según su frecuencia de aparición.

La *insensibilidad de género* fue la categoría más frecuente. Algunas de las formas en que esta se expresó fueron el uso de pronombres no acordes a la identidad de género de las personas, realizar comentarios inapropiados acerca de su identidad de género, comentar que por su aspecto no se nota que son transgénero o intentar disuadirlas de llevar a cabo la transición.

La categoría que le siguió en frecuencia fue la aparición de *muestras de malestar*. Estas consistieron en la aparición de comportamientos como inquietud, mirar fijamente o evitar el contacto visual, que fueron interpretados por los participantes como señales de incomodidad y sentimientos negativos hacia las personas trans.

La categoría siguiente fue la *negación de servicios*, que incluyó rehusarse a realizar tratamientos solicitados (como hormonización o cirugía de adecuación corporal), negarse a agendar o recibir en la consulta a personas trans.

La siguiente categoría que emergió fue *atención deficiente*. Las/os participantes mencionaron que, si bien no se les negaron servicios, no recibieron trato de calidad adecuada. Algunos ejemplos de conductas asociadas a esta categoría fueron realizar examen físico en forma ruda, no responder a pedidos de ayuda o mantener a las personas esperando innecesariamente por períodos prolongados de tiempo.

A continuación, un número menor de participantes del estudio manifestó haber sufrido *abuso verbal*. Describieron que fueron objeto de burlas y menosprecio por parte de integrantes del equipo de salud, y en casos más extremos haber sido objeto de apodosos ofensivos y comentarios insultantes o amenazantes.

Finalmente, la categoría menos frecuente fue la *atención forzada*. Esta consistió en someter a las personas a procedimientos o tratamientos contra su voluntad, tales como exámenes innecesarios o derivaciones a instituciones psiquiátricas.

Cabe destacar que estos comportamientos problemáticos de integrantes de equipos de salud son percibidos por las personas trans como originados por el estigma, lo cual no implica que necesariamente este sea su origen. De todas formas, el estudio describe ejemplos de comportamientos que podrían malinterpretarse y, por ende, debe evitarse en el trato con personas trans.

6. Metodología

Para la investigación se utilizó un enfoque cualitativo, el cual se selecciona cuando se quiere entender la manera subjetiva en que los individuos o grupos que participan de la investigación perciben su realidad. Se recomienda utilizar este enfoque cuando el tema que se pretende investigar ha sido poco explorado, es decir, cuando existen deficiencias en el conocimiento del problema (Hernández et al., 2010). Tal fue el caso del tema de este trabajo.

A continuación, se desarrollarán el diseño de investigación, las estrategias de muestreo, los aspectos éticos tenidos en cuenta y las técnicas empleadas para la obtención, tratamiento y análisis de la información.

6.1. Diseño de investigación

En el presente estudio se empleó el método biográfico que, según Mallimaci y Giménez Béliveau (2006, p. 178), consiste en el “relato de la vida de una persona, en el contexto determinado en que sus experiencias se desenvuelven, registrado e interpretado por un investigador o investigadora”. Según estos autores, los métodos biográficos “describen, analizan e interpretan los hechos de la vida de una persona, para comprenderla en su singularidad o como parte de un grupo” (p. 175). Más allá del interés en la información proporcionada acerca de cada sujeto individual, los relatos de vida permiten visualizar problemáticas y temas de la sociedad toda o de una parte de esta. En el caso particular de esta investigación, se buscó problematizar la interacción entre el colectivo de los varones trans y las instituciones sanitarias.

Miguel Valles (2007) identifica un conjunto de puntos fuertes y débiles del método biográfico. Como punto fuerte se destaca que permite rescatar lo subjetivo de la experiencia social. Un punto débil considerado es la dificultad del control de la veracidad del relato, aunque esto no sería de tanta importancia cuando lo que se pretende investigar es la visión subjetiva de quienes los protagonizan.

En cuanto al diseño de investigación, Ruth Sautu (1999) plantea que en las diversas orientaciones del método biográfico se debe considerar puntos de inflexión en la vida de los actores. Estos constituyen hechos que producen un cambio de dirección en el curso de vida, y pueden ser históricos o personales. Para esta investigación, se identificaron como puntos de inflexión históricos: la crisis económica del año 2002, el lanzamiento del capítulo sobre diversidad de las guías de salud sexual y reproductiva en el año 2009, la apertura de servicios especializados a partir del año 2012, el lanzamiento de la Guía para profesionales de la Salud sobre Salud y Diversidad Sexual (publicada

en 2015 y presentada a mediados de 2016) y la promulgación de la Ley N°19.684 (Ley integral para personas Trans) en octubre de 2018. Los puntos de inflexión personales se identificaron en cada biografía, y se analizaron de acuerdo con las dimensiones que se detallarán en el capítulo siguiente.

En cuanto al propósito de las investigaciones, Sautu (2005) establece diferencias entre las macrosociales y microsociales. Mientras que las primeras estudian la estructura social, las instituciones, sociedades y culturas, las segundas abordan las experiencias individuales y las interacciones sociales. Estos enfoques, a su vez, pueden ser complementarios para el abordaje de un mismo tema. Desde esta perspectiva, este estudio fue de carácter microsocioal, dado que pretendió conocer las vivencias individuales de varones trans y las interacciones sociales que se generan en el marco de la atención a su salud en servicios del PNA. No obstante, se procuró la articulación con el nivel macrosocioal, representado por las políticas nacionales en relación con Salud y Diversidad, y con un nivel intermedio, donde se encuentran las instituciones sanitarias presentes en los relatos.

6.2. Estrategia de muestreo

En los estudios cualitativos, el tamaño muestral no es importante desde el punto de vista probabilístico. Esto se debe a que, en estas investigaciones, no se pretende generalizar los resultados, sino que se busca comprender en profundidad el fenómeno en estudio. La selección de la muestra se realiza de forma *intencional* (Hernández et al., 2010).

Existen múltiples estrategias de muestreo en investigación cualitativa. Para este estudio se optó por la muestra de máxima variación, buscando intencionadamente la mayor diversidad posible para lograr amplitud de perspectivas sobre el fenómeno en estudio (Kuzel, 1992). En un principio, de acuerdo con la intuición y a la revisión de antecedentes, se identificaron múltiples criterios a considerar: residencia en Montevideo o departamentos del interior del país, en localidades pequeñas o capitales departamentales; diferentes grupos etarios, diferentes niveles socioeconómicos, diferentes etnias, existencia o no de cambio de sexo y nombre registral, expresiones de género, entre otros. Para este estudio se optó por considerar como contexto únicamente el área metropolitana de Montevideo. Para la definición de las tipologías, se consideraron las variables edad (mayor de 40 años/menor o igual a 40 años), nivel socioeconómico (medio-alto/bajo-muy bajo) y cobertura de salud (pública/privada). El tamaño muestral para alcanzar todas las tipologías posibles en base a estos criterios es de 8 individuos, cuyas características se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 - Tipologías relevantes para el estudio

Nº caso	Categoría de edad	Nivel socioeconómico	Cobertura de Salud
1	Mayor de 40 años	Medio-alto	Pública
2	Mayor de 40 años	Medio-alto	Privada
3	Mayor de 40 años	Bajo-muy bajo	Pública
4	Mayor de 40 años	Bajo-muy bajo	Privada
5	Menor o igual a 40 años	Medio-alto	Pública
6	Menor o igual a 40 años	Medio-alto	Privada
7	Menor o igual a 40 años	Bajo-muy bajo	Pública
8	Menor o igual a 40 años	Bajo-muy bajo	Privada

No obstante, teniendo en cuenta la escasa magnitud de la población y la posible dificultad para obtener algunos cruces de variables (por ejemplo, varones trans de nivel socioeconómico medio/alto que tuvieran cobertura pública de salud), se decidió trabajar con una muestra integrada por 8 personas, que globalmente estuviera distribuida homogéneamente entre las categorías planteadas de cada variable analizada por separado.

Como criterios de inclusión, se seleccionó a varones trans uruguayos mayores de 18 años, que hubieran consultado en los últimos dos años en un servicio de salud del PNA del área metropolitana de Montevideo. Debido a las características del estudio, se consideró como criterio de exclusión la existencia de alguna discapacidad que afectara la expresión verbal.

El acceso a las personas que participaron en la investigación se realizó, en principio, a través de las organizaciones Trans Boys Uruguay y Colectivo Trans Uruguay, debido a la dificultad para acceder a ellos de otra manera. Posteriormente, se empleó una técnica de muestreo por “bola de nieve”. En dicha técnica, luego de identificar algunos miembros del grupo en estudio, se solicita a estos que identifiquen otros individuos que cumplan con los criterios de inclusión, y así sucesivamente (Kuzel, 1992). De esta forma, se tomó contacto con un varón trans a quien se realizó la prueba piloto de la pauta de entrevista, y se le solicitó el contacto de otros, procurando diversidad en cuanto a las variables tomadas para la muestra.

El acceso a participantes, ya de por sí dificultoso por tratarse de una población de escasa magnitud, estigmatizada e invisibilizada, fue aún más trabajoso debido a la situación sanitaria por COVID-19. El trabajo de campo se extendió desde junio de 2019 hasta octubre de 2020. Un problema para poder llevar adelante el muestreo por bola de nieve fue que cada entrevistado proporcionó únicamente un contacto, con lo cual si este no accedía a participar se cortaba la bola de nieve y era necesario volver a tomar

contacto con las asociaciones de personas trans para continuar. Por tal motivo, se conformaron tres bolas de nieve. En total, se mantuvo contacto con 10 varones trans (sin contar el que participó en la prueba piloto), de los cuales 5 participaron en la investigación, no logrando completar el número planteado inicialmente. De los que no se incluyeron en el estudio, uno no cumplía con los criterios de inclusión, dado que residía fuera del área metropolitana de Montevideo; otro accedió a participar, pero no concurre los días pactados para la primera entrevista; dos inicialmente accedieron, pero al comunicarse para confirmar la entrevista avisaron que cambiaron de opinión, y el último declinó la invitación desde un inicio.

En la tabla 2 se observan algunas características de los entrevistados.

Tabla 2 - Características de los entrevistados

Identificación de caso	Edad	Nivel de instrucción	Ocupación	Nivel socio-económico	Lugar de residencia	Prestador donde se atiende	Cambio de sexo y nombre registral
VT1	20	UTU completa	Empleado	bajo	Barrio céntrico de Montevideo	UDA de Hospital Saint Bois (ASSE)	No
VT2	24	Ciclo básico incompleto	Empleado	medio-bajo	Localidad de la zona oeste de Canelones	Policlínica de la RAP Canelones (ASSE)	Sí
VT3	21	Bachillerato incompleto	Empleado	medio	Barrio al noroeste de Montevideo	Policlínica de Mutualista 3 al noroeste de Mdeo.	Sí
VT4	41	Bachillerato completo	Empleado	medio-bajo	Barrio al oeste de Montevideo	Hospital Saint Bois (no UDA) (ASSE)	Sí
VT5	19	Cursando bachillerato tecnológico	Estudiante	medio	Barrio céntrico de Montevideo	Policlínica de Mutualista 7 en zona centro de Mdeo.	Sí

En la tabla se aprecia claramente que, si bien se intentó lograr la mayor diversidad posible en cuanto a las características de los entrevistados, se logró una muestra con cuatro entrevistados jóvenes y uno mayor de 40 años, todos ellos de nivel socioeconómico medio-bajo, distribuidos en la zona centro-oeste del área metropolitana de Montevideo.

En tres de los casos, las entrevistas se desarrollaron en el domicilio de los participantes. En los otros dos casos hubo dificultades para encontrar un lugar neutro y

accesible para los entrevistados en el cual realizar la entrevista, por lo cual se optó por espacios al aire libre.

6.3. Consideraciones éticas

Un elemento de gran importancia está conformado por los aspectos éticos de la investigación. Al respecto, hay algunos puntos a destacar.

Para comenzar, el proyecto fue presentado para evaluación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería. Se brindó una hoja de información al participante y se utilizó un documento de consentimiento informado (ver apéndice B), ambos de acuerdo con las pautas de Facultad de Enfermería (Comité de Ética de la Investigación, 2014). En este último quedó expresamente consignado que los participantes tenían la posibilidad retirarse de la investigación en cualquier etapa de esta, entendiendo que el consentimiento no constituye un acto puntual, sino un proceso abierto que transversaliza toda la investigación (Barrio-Cantalejo y Simón Lorda, 2006). Asimismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad, mediante la utilización de seudónimos para identificación de los participantes, y la estricta custodia de los datos recogidos (notas y grabaciones), que se almacenaron en Google Drive protegidos con contraseña.

Un aspecto para considerar especialmente es que la escasa magnitud de la población de varones trans en nuestro país dificultó el mantenimiento del anonimato. Esto constituyó un desafío importante para la realización de este estudio, dado que fue necesario extremar los recaudos en el procesamiento de datos. Cabe destacar que las transcripciones fueron realizadas por la propia investigadora, poniendo especial cuidado en omitir aquellas referencias que permitieran inferir la identidad, incluso algunas que en otros casos hubiesen sido triviales.

6.4. Técnicas de obtención, tratamiento y análisis de la información

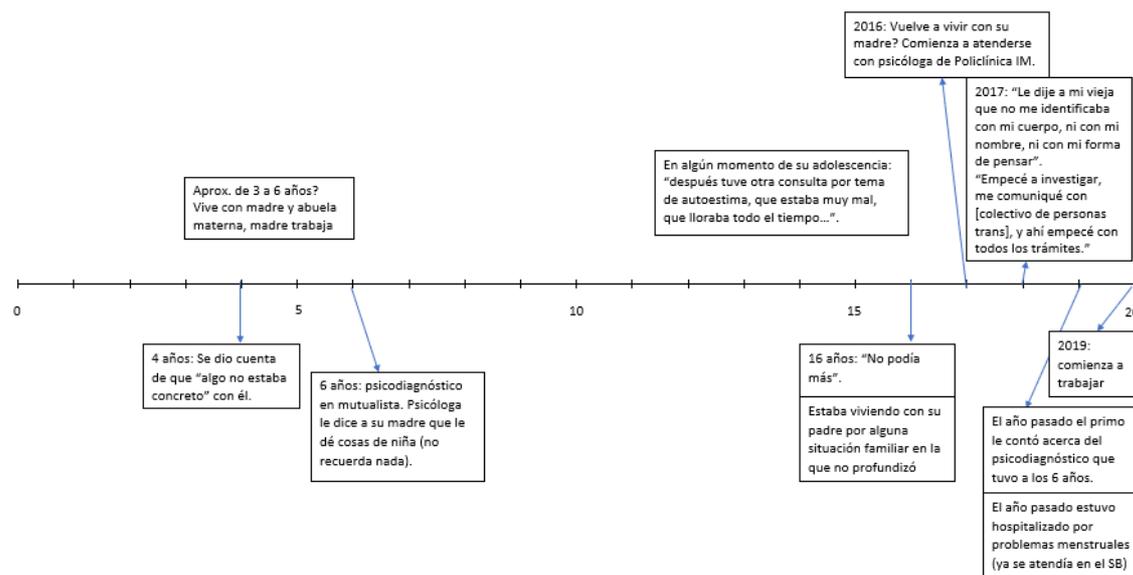
La información se obtuvo a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas, que fueron grabadas y transcritas de forma literal. Siguiendo la recomendación de Cornejo, Mendoza y Rojas (2008), se seleccionó un dispositivo consistente en dos entrevistas con cada participante, a fin de aportar “espesor reflexivo” al relato. En todos los casos se dio la opción a los participantes de que eligieran el lugar que desearan para realizar las entrevistas, teniendo en cuenta que no existiese ruido ambiente que pudiera interferir en la grabación.

En la primera entrevista se utilizó una pauta común para todos los participantes (ver apéndice C). Luego, se realizó la transcripción literal, a cargo de la propia investigadora, “conservando en lo posible toda su riqueza en las transcripciones, las

faltas de lenguaje, lapsus, titubeos, modismos, así como los silencios o pausas de los narradores en ciertos pasajes del relato” (Cornejo et al., 2008, p.36).

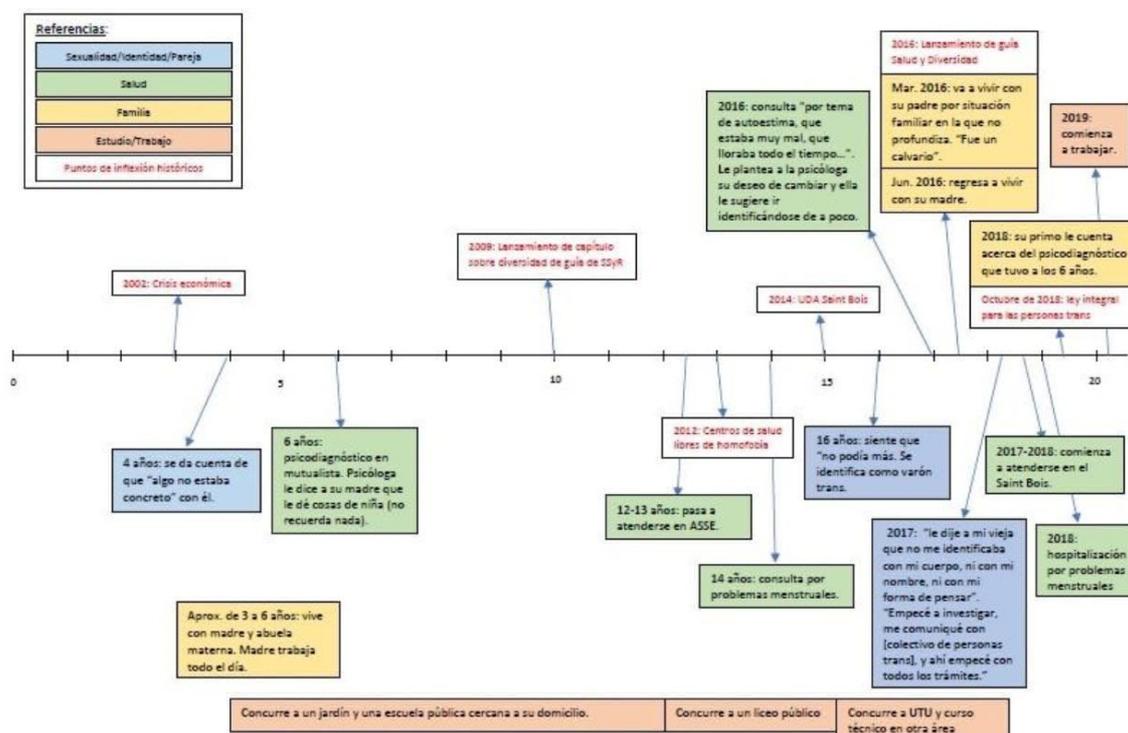
A partir de la transcripción de la primera entrevista, se realizó el análisis primario de contenido y la identificación de los puntos de inflexión personales e históricos presentes en el transcurso de la narración, procurando articular los niveles microsociales y macrosociales (Sautu, 1999). Posteriormente, se realizó una *línea de vida*, que consiste en un esquema en el cual se destacan los puntos de inflexión (Boniolo, 2009). Finalmente, se elaboró la pauta de la segunda entrevista, buscando llenar vacíos en el relato, aclarar puntos “borrosos” o profundizar aspectos mencionados en la primera entrevista. En el segundo encuentro se retomaba lo discutido en el anterior mediante el ajuste de la cronología de los hitos biográficos en la línea de vida (ver apéndice D), para luego pasar a las preguntas. A modo de ejemplo de este proceso, en la figura 1 se muestra la línea de vida elaborada a partir de la primera entrevista con VT1, en la cual se identificó una ausencia de mención a la trayectoria educativa.

Figura 1 - Línea de vida elaborada a partir de la primera entrevista con VT1



En la imagen se observa que en la primera entrevista VT1 no mencionó su trayectoria educativa ni el momento en que cambió de cobertura de salud por lo cual fue necesario interrogar al respecto en la segunda. Algunos elementos del relato requirieron confirmación para ubicarlos en la línea temporal, como el período que vivió con su madre y abuela materna en la infancia y el año en que regresó a vivir con su madre. A continuación, en la figura 2 se observa la línea de vida modificada luego de la segunda entrevista.

Figura 2 - Línea de vida modificada luego de la segunda entrevista con VT1



En la línea de vida reelaborada a partir de la segunda entrevista se incluyeron los puntos de inflexión históricos, y cada dimensión fue representada con un color para facilitar la lectura (en el apéndice D se encuentra la figura 2 en mayor tamaño).

Se procuró que el intervalo entre ambos encuentros fuera de 7 a 10 días, de modo de permitir la preparación del siguiente en base a la transcripción y análisis preliminar del encuentro anterior, pero permitiendo mantener una continuidad en el proceso. En tres de los cinco casos (VT1, VT3 y VT5) se logró concretar las dos entrevistas dentro de los plazos establecidos. A solicitud de uno de los participantes (VT2), se postergó la fecha de la segunda entrevista, por lo cual el intervalo entre ambas fue de 13 días. En un caso (VT4) no fue posible concretar la segunda entrevista por dificultades personales del entrevistado.

Santamarina y Marina (1999, citado por Kornblit, 2004) plantean que para la comprensión escénica se identifican tres dimensiones. Por una parte, las escenas vividas en el pasado, que constituyen el contexto sociobiográfico del autor del relato. Esta depende de la selección del autor en función de la relevancia otorgada. Por otra parte, las escenas vividas en el presente constituyen el contexto de relaciones actuales. También se seleccionan las más relevantes. Finalmente, las escenas vividas en la entrevista constituyen el contexto de la interacción. Esta dimensión se encuentra influida

por la actitud de escucha del entrevistador, la voluntad de transmisión de puntos de vista del entrevistado y la reflexividad a la que invita la situación.

Por las características de este estudio, el foco estuvo puesto en las escenas vividas en el pasado y no se profundizó acerca del contexto de las relaciones actuales. Por su parte, el contexto de la interacción fue registrado en el diario de campo y utilizado como un insumo para la interpretación sobre los silencios, omisiones en el relato, así como cambios de tema provocados por el entrevistado durante el desarrollo de la entrevista.

Luego de las entrevistas, se realizó el análisis temático de contenido. Debido a la naturaleza inductiva de la investigación cualitativa, los núcleos temáticos se fueron generando y ajustando durante el transcurso de la investigación (Sautu, 1999). Para el manejo de los datos se utilizó el *software* ATLAS.ti versión 9, empleando una codificación abierta, teórica o mixta, según el caso. Este aspecto se desarrolla con mayor detalle en el siguiente capítulo, en el cual se presentan los resultados del estudio.

La identificación de los actores, contextos y momentos clave presentes en los relatos se realizó a través de seis familias de códigos: (1) actores y contextos, (2) hitos biográficos acerca de identidad, sexualidad y pareja, (3) hitos biográficos acerca de la familia, (4) hitos biográficos acerca de la trayectoria educativa y laboral, (5) hitos biográficos acerca de la salud, y (6) integrantes del equipo de salud mencionados en los relatos. En todas estas familias se utilizó una codificación abierta, es decir, las categorías no se generaron a partir de la teoría, sino que fueron emergiendo directamente de los relatos. Las familias y códigos empleados en esta etapa se presentan en la tabla 3.

Tabla 3 - Códigos y familias utilizadas para la identificación de actores, contextos y momentos clave

Familias de códigos	Códigos
Actores y contextos (14 códigos, codificación abierta)	AC: abuelas/os AC: amigas/os de la adolescencia AC: amigas/os de la infancia AC: amigas/os LGBT AC: asociaciones de personas LGBT/trans AC: barrio, vecinas/os AC: docentes AC: hermanas/os AC: instituciones educativas AC: madre AC: otras/os familiares/personas allegadas AC: padre AC: pareja AC: trabajo
Hitos biográficos: identidad/sexualidad/pareja (21 códigos, codificación abierta)	HBI: adopción de nombre social masculino HBI: afinidad por actividades/amistades masculinas HBI: anticipación del entorno HBI: asumirse como varón trans HBI: búsqueda de información sobre identidades trans HBI: cambio de sexo y nombre registral HBI: cambios personales luego de asumirse VT HBI: comienzo de hormonización HBI: corte de pelo HBI: desconocimiento de identidades trans HBI: noviazgo "tapadera" HBI: preparación o realización de tratamientos quirúrgicos HBI: reafirmación de identidad trans HBI: rechazo de ropa femenina HBI: salida del armario HBI: sentimientos negativos hacia su cuerpo HBI: sentirse diferente HBI: ser percibido o autoperibirse como lesbiana/bisexual HBI: uso de faja HBI: Uso de vestimenta masculina HBI: vinculación con asociaciones de personas trans
Hitos biográficos: familia (13 códigos, codificación abierta)	HBF: abandono del hogar familiar HBF: apoyo/ aceptación familiar HBF: cambios familiares luego de asumirse VT HBF: conflictos/peleas HBF: corte de vínculo con familiar directo HBF: distanciamiento transitorio HBF: ir a vivir con otro familiar HBF: mudanza HBF: preocupación familiar por potencial daño vinculado a identidad trans HBF: rechazo/no aceptación familiar HBF: resistencia familiar a aceptar la transición HBF: retorno al hogar familiar HBF: separación forzada de familiar significativo
Hitos biográficos: trayectoria educativa/laboral (6 códigos, codificación abierta)	HBEL: aislamiento/soledad HBEL: apoyo/aceptación en ámbito educativo HBEL: apoyo/aceptación en el ámbito laboral HBEL: inserción en grupos de pares en el liceo HBEL: inserción en grupos de pares en la escuela HBEL: violencia/acoso escolar

Familias de códigos	Códigos
Hitos biográficos: salud (14 códigos, codificación abierta)	HBS: acompañamiento psicológico
	HBS: atención a la salud en la adolescencia
	HBS: atención a la salud en la infancia
	HBS: concurrir acompañado a la consulta
	HBS: concurrir solo a la consulta
	HBS: consulta en servicio de emergencias
	HBS: consulta para iniciar transición
	HBS: derivación a profesional/equipo especializado en atención a PT
	HBS: enfermedad o evento de salud
	HBS: internación en segundo nivel
	HBS: internación en tercer nivel
	HBS: internación por salud mental
	HBS: problemas de salud mental
	HBS: psicodiagnóstico en la infancia
Equipo de salud (9 códigos, codificación abierta)	ES: admisión/administración
	ES: endocrinología
	ES: enfermería
	ES: ginecología
	ES: medicina general/familiar
	ES: nutrición
	ES: otras especialidades médicas
	ES: psicología
	ES: psiquiatría

En los relatos se identifican tres tipos diferentes de vivencias negativas. Por una parte, se observan aquellas que tienen relación con características de los servicios de salud, los equipos o los profesionales involucrados, denominadas *vivencias negativas inespecíficas*. Por otra parte, están aquellas relacionadas a la identidad trans de los entrevistados, designadas como *vivencias negativas específicas*. Finalmente, las relacionadas con aspectos internos se denominan *vivencias negativas por estrés de las minorías* de Meyer (2003).

Para el análisis de los elementos presentes en los relatos, se establecieron cinco familias de códigos. El tipo de codificación empleada varió en cada caso. En las familias de códigos referidas a *cambios que realizarían en los servicios de salud* y las *vivencias positivas* se empleó exclusivamente una codificación abierta. En las familias de códigos sobre *vivencias negativas por estrés de las minorías* y *vivencias negativas específicas* se utilizó una codificación teórica, esta última en base a las categorías planteadas en el estudio de Kosenko et al. (2013). Finalmente, en la familia de códigos sobre *vivencias negativas inespecíficas* se realizó una codificación mixta, combinando la codificación abierta y la teórica.

En la tabla 4 se presentan los códigos y familias de códigos utilizados para el análisis cualitativo, indicando el tipo de codificación empleado en cada caso.

Tabla 4 - Códigos y familias considerados para el análisis de las vivencias

Familias de códigos	Códigos
Vivencias negativas inespecíficas en la atención en salud (6 códigos, codificación mixta)	VNI: barreras económicas VNI: barreras organizacionales VNI: barreras socioculturales VNI: desconocimiento del equipo de salud VNI: dificultades con los registros o sistemas de información VNI: vínculo con profesional/equipo
Vivencias negativas específicas en la atención en salud (6 códigos, codificación teórica)	VNE: abuso verbal VNE: atención deficiente VNE: atención forzada VNE: insensibilidad de género VNE: muestras de malestar VNE: negación de servicios
Vivencias negativas por estrés de las minorías (3 códigos, codificación teórica)	EM: expectativas de rechazo EM: homofobia/transfobia internalizada EM: ocultamiento de la identidad de género
Vivencias positivas en la atención en salud (7 códigos, codificación abierta)	VP: accesibilidad económica/geográfica/administrativa VP: ambiente agradable VP: atención cubre expectativas VP: felicidad por el rumbo que toma el proceso de atención VP: registros en historia clínica VP: uso de nombre social/apellido VP: vínculo con el equipo de salud
Cambios que haría en servicios de salud (9 códigos, codificación abierta)	CSS: brindar acompañamiento permanente CSS: ampliar la oferta de tratamiento CSS: garantizar la calidad de tratamiento quirúrgico CSS: capacitar al personal en atención a personas trans CSS: facilitar acceso a tratamientos CSS: fortalecer la atención psicológica CSS: contar con médico/a de referencia CSS: mejorar la accesibilidad geográfica de servicios especializados CSS: brindar un trato equitativo

Hasta aquí se ha descrito la metodología empleada en este estudio. En el siguiente capítulo se describen los resultados obtenidos.

7. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio según tres momentos. En una primera sección se presenta la información biográfica de los cinco participantes. En la segunda sección se realiza una lectura transversal de las cinco biografías según las cuatro dimensiones consideradas para el análisis: sexualidad, identidad y pareja; familia; educación y trabajo, y salud. Por último, en la tercera sección se presentan las vivencias positivas y negativas que emergen de los relatos, así como los cambios que harían los participantes en los servicios de salud.

7.1. Presentación de las biografías

En esta sección se muestra la construcción de las biografías en base a las entrevistas realizadas. Para presentar a los participantes del estudio, se optó por designarlos con la abreviatura VT (varón trans), seguido de un número que identifica a cada participante de acuerdo con el orden en que fueron entrevistados.

7.1.1. Biografía de VT1

VT1 tiene 20 años y vive en un barrio céntrico de Montevideo. Cursó la UTU completa. Su biografía está construida en base a dos entrevistas realizadas en junio y julio de 2019, con un intervalo de 9 días entre ellas. Ambas entrevistas tuvieron lugar en su domicilio.

Actualmente, VT1 vive con su madre. Tiene una medio hermana materna de 30 años y dos medios hermanos paternos (una niña y un varón), de quienes no recuerda las edades. Su padre convive además con su pareja y un hijo de esta.

Entre los 3 y los 6 años vivió con su madre y su abuela materna. Esta última era quien lo cuidaba, pues su madre trabajaba todo el día.

VT1 relata que a los 4 años se dio cuenta de que “algo no estaba concreto” con él. A los 6 años le realizaron un psicodiagnóstico en la mutualista de la cual era socio. Cuenta que la psicóloga le recomendó a su madre que le diera cosas de niña, si bien él no recuerda nada (se enteró del hecho a través de su primo de 27 años, en el 2018).

En su infancia y adolescencia no recuerda haber concurrido a control en salud. Consultaba solamente cuando tenía crisis asmáticas, directamente en emergencia. En varias ocasiones debió internarse, sobre todo entre los 3 y los 6 años.

Fue a un jardín y una escuela pública cercana. También cursó secundaria en un liceo público, hasta que ingresó en la UTU. También hizo un curso técnico en un área distinta. No aporta más datos con relación a su trayectoria educativa.

Hasta los 12 o 13 años se atendió en mutualista. Luego pasó a atenderse en un centro de salud de ASSE, con medicina y nutricionista.

Entre marzo de 2016 fue a vivir con su padre por alguna situación familiar en la que no profundizó. La convivencia era muy difícil: “fue un calvario... (...) Una vez me acuerdo que me dijo que... estaba ahí porque... nadie... de mi familia me quería, y tuve que parar con él...” (VT1E2). Durante esos meses, cuando estaba solo usaba a escondidas el perfume o el desodorante de su padre y del hijo de la pareja de su padre.

En junio de 2016 volvió a vivir con su madre. Relata que sintió que “no podía más”, y fue en este momento que se identificó como varón trans:

No aguantaba más vivir en un mundo de mentiras sabiendo lo que me pasaba. Y es verdad, estaba a punto de explotar. O era todo o nada. O seguir callándome, o... o salir a la luz. Era así. Si me callaba, me lastimaba. Si salía a la luz, me sentía más aliviado. Entonces elegí lo segundo. Salir a la luz y sentirme aliviado... antes de morirme, sin ser lo que no quiero ser (VT1E2).

Por esa época comenzó a atenderse con la psicóloga de la policlínica de la IM cercana a su domicilio. “Después tuve otra consulta por tema de autoestima, que estaba muy mal, que lloraba todo el tiempo...” (VT1E1). A ella le planteó que quería cambiar su apariencia, cortarse el pelo, y cuenta que se sintió muy apoyado. La psicóloga le recomendó ir identificándose de a poco, y así lo hizo:

De a poco, de a poco fue la primera vez, cortándome el pelo, después la segunda vez ir comprándome un calzoncillo, la tercera vez poder comprarme un pantalón y un buzo de hombre. Y ahí fue... de a poquito, muy de a poquito, mi transición (VT1E2).

También se compró una faja y la usaba todo el día.

Posteriormente, concurrió a control con su médica de referencia y le contó acerca de su transición. Ella le indicó los análisis necesarios y le ofreció derivarlo a la UDA del Hospital Saint Bois para continuar allí la atención.

En 2017 no aguantó más y le dijo a su madre cómo se estaba sintiendo: “...le dije a mi vieja que no me identificaba con mi cuerpo, ni con mi nombre, ni con mi forma de pensar. (...) Y ahí le dije mirá, yo... se lo dije llorando, ¿no? Yo ya no puedo más con esto y me quiero cambiar de sexo. Y ahí me dio para adelante y todo...” (VT1E1).

Durante su transición, buscó información en diferentes páginas de internet para comprender mejor lo que le estaba ocurriendo. Esto le permitió enfrentar este proceso “con más seguridad”. También se puso en contacto con una organización de personas trans.

El año pasado, su primo le dijo: “siempre supe que vos no te identificabas con tu cuerpo... por más que te dijeran lo contrario vos sos así, sos [nombre de VT1]” (VT1E1). En ese momento le contó acerca del psicodiagnóstico que había tenido a los 6 años.

Esto le produjo mucha felicidad, porque se dio cuenta de que lo que le ocurría era algo que lo había acompañado durante mucho tiempo, que formaba parte de él.

En su familia se ha sentido apoyado por su madre y por su primo, pero no tanto por otros miembros de su familia. En particular, tiene diferencias con su medio hermana materna porque es “muy estructurada”. No tiene buena relación con su cuñado, que lo rechaza por motivos religiosos, y trata de evitar el contacto con él. Con su padre ha cortado el vínculo: “no quiero saber de su vida, ni que él sepa de la mía. Mejor así” (VT1E2).

En 2018 comenzó a atenderse en la UDA del Hospital Saint Bois, con medicina familiar, nutrición y psicología. A mediados de ese año comenzó a utilizar su nombre masculino. Ese mismo año estuvo hospitalizado por problemas menstruales. En la sala de espera del Saint Bois se hizo amigo de otro varón trans bastante mayor que él: “cada dos semanas voy y lo visito, porque ta, lo quiero pila y lo extraño a veces. Y me hace bien hablar con él, tenemos tremendo vínculo afectivo, y... ta, me muestro tal cual soy con él” (VT1E2).

A principios de 2019 empezó a practicar artes marciales, cosa que le ha permitido tener más autocontrol. También este año comenzó a trabajar. El trabajo lo consiguió entregando currículum en diferentes empresas.

Actualmente le preocupa poder concretar la hormonización y realizar el cambio de sexo y nombre registral, “así no tengo que estar exponiéndome, ni dando explicaciones a gente que ni me conoce” (VT1E2).

7.1.2. Biografía de VT2

VT2 tiene 24 años y vive en una localidad de la zona oeste de Canelones. Cursó hasta tercero de liceo y actualmente trabaja como empleado en una empresa privada. Su biografía está construida en base a dos entrevistas realizadas en febrero y marzo de 2020, con un intervalo de 13 días entre ellas. Ambas entrevistas se desarrollaron en un espacio verde de la localidad donde reside, cerca de donde se encuentra la policlínica de ASSE donde se atiende.

VT2 es el mayor de tres hermanos. Vivió toda su vida en el oeste de Canelones. Relata que durante su niñez y adolescencia sus padres trabajaban mucho, “nunca estaban”. Su abuela paterna era quien generalmente lo llevaba a control de salud:

Iba si me tenía que sacar el carné, pero tampoco era como que mis padres me llevaban... Si me llevaba alguna vez... de chico era mi abuela la que me llevaba. Había ocasiones en que me llevaban mis padres, pero nunca estaban (VT2E1).

Cuanto tenía aproximadamente 6 años, su familia se mudó a otra localidad cercana. Su abuela se fue a vivir con ellos y era quien lo cuidaba durante todo el día. Cursó hasta segundo año de primaria en la escuela pública de esta localidad.

Alrededor de los 9 años, su padre quedó sin trabajo. Por este motivo, la familia se fue a vivir a la casa de sus bisabuelos, donde vivía su abuela (en la misma localidad donde reside actualmente). Por la mudanza, en tercer año de escuela se cambió de escuela. En general, VT2 tenía más amigos varones que niñas. En la nueva escuela había una compañera “que era muy conflictiva” (VT2E2) y junto a dos compañeros más lo agredían (le pegaban, le tiraban piedras). Un día, la niña le dio una cachetada en la clase y VT2 lo contó en la Dirección. Esto motivó que sus padres decidieran cambiarlo a un colegio privado pequeño de la misma localidad.

Vivieron en la casa de los bisabuelos durante 2 o 3 años, y luego se mudaron a una casa alquilada, en la localidad donde reside actualmente.

No tiene muchos recuerdos de la atención a su salud en la infancia y la adolescencia. Solo refiere que a los 11 años consultó por tendinitis y a los 12 años fue operado de una hernia. Se atendió en ASSE hasta los 12 o 13 años; luego pasó a atenderse en mutualista.

Al preguntarle cuándo se identificó como varón trans, cuenta que fue un proceso que comenzó hace 10 años. A los 14-15 años, cuando iba al liceo, aunque usaba ropa “de mujer” su aspecto era masculino. Habitualmente vestía pantalón y camisa y usaba el cabello recogido en una cola de caballo. Una amiga le decía que le gustaban las mujeres, pero él lo negaba, hasta que a los 15 años estuvo con una chica en una fiesta. Al contarle a su amiga, ella le dio su apoyo. “Yo tenía miedo por mis padres, por mi familia, por el qué dirán, que es lo que uno mayormente a veces teme” (VT2E1). Dos meses después, a raíz de una pelea con su madre, se cortó el cabello muy corto y luego comenzó a vestirse con ropa masculina que le prestaba su primo. Esto generó conflictos con sus padres:

Y después empezaron los problemas con mis padres, que no empezaron a aceptar, que me rompían la ropa, me desaparecía la ropa, y cosas así. Y después iba a los cumpleaños y era un drama con el vestido. Entonces yo decía que iba a un cumpleaños y me iba para la casa de una amiga, y tenía amigos que me prestaban la ropa y me vestía allá. Se la dejaba después, iba, me la daban en el liceo, la devolvía... (VT2, E1)

Aproximadamente a los 16 o 17 años cambió de cobertura de salud, pasando a atenderse nuevamente en ASSE.

A los 17 años se fue a vivir con su abuela. Luego de una discusión con su madre volvió a vivir con sus padres. Relata que pasó un año sin poder ver a su abuela. Por ese

entonces se abrió una cuenta de Facebook con un nombre masculino distinto al actual. También en esa época comenzó la relación con su actual pareja.

Cursó tres veces 3er año de liceo, pero no lo finalizó. A los 17 años ganó una beca y trabajó durante un tiempo en un ente autónomo. Dejó el liceo y comenzó a cursar en la UTU, pero abandonó: “no fue lo mío” (VT2E2). Cuando cumplió los 18 años, su madre le consiguió trabajo en un oficio.

Alrededor de los 18 o 19 años fue atropellado por una moto, lo cual relata como su peor recuerdo con relación a la atención a su salud. En este momento se encontraba separado de su pareja.

Hace un año y medio, VT3 le manifestó a la médica que lo atendía su deseo de comenzar su transición, y ella lo derivó al médico de familia de la policlínica donde se atiende actualmente. Está muy conforme con la atención que ha recibido por parte de todo el equipo de la policlínica. A fines de 2018 inició el proceso de hormonización.

La psicóloga de la policlínica lo incentivó a hacer un curso de INEFOP. Luego hizo otro más, y allí le pasaron el contacto de un integrante de una organización de personas trans.

El trabajo actual que tiene, como empleado en una empresa privada, lo consiguió a través de su tío.

A fines de 2019 realizó el cambio de sexo y nombre registral, luego de lo cual se produjo un distanciamiento de su padre: “de un día para el otro fue un despegote” (VT2E1).

La madre de su pareja se resiste a llamarlo por su nombre masculino: “me dice ‘vos naciste mujer, te conocí mujer, vos sos [nombre femenino de VT2]’” (VT2E1). En cuanto a su familia, los miembros más cercanos son quienes tienen más dificultades en utilizar el nombre masculino: “Y después los demás, mi familia.... más alejado, de repente, que me llaman [VT2] o “primo”, pero después (...) mi padre, mi hermana, como que se les complica más, y mi abuela ni que hablar.” (VT2E1).

Al momento de las entrevistas se encontraba aguardando las coordinaciones para realizarse la mastectomía.

7.1.3. Biografía de VT3

VT3 tiene 21 años y vive en un barrio al noroeste de Montevideo. Debe una sola asignatura para terminar bachillerato y recientemente comenzó a trabajar. Su familia está integrada por sus padres, que están divorciados, y su hermana menor, de 15 años. Desde hace siete meses vive con su novia y sus perros.

Su biografía está construida en base a dos entrevistas realizadas en agosto de 2020, con un intervalo de 7 días entre ellas. Ambas se desarrollaron en su domicilio. En

la primera entrevista estuvo presente su novia, mientras que en la segunda estuvimos solos.

VT3 nació muy prematuro, pesando cerca de 1 kilogramo. Relata haber tenido una hermana gemela que no sobrevivió por malformaciones. A los 3 meses de nacer estuvo en terapia intensiva. Más adelante, a los 3 o 4 años, estuvo internado durante más de un mes por problemas respiratorios. Luego de eso lo controlaban en su casa.

A los 4 o 5 años les pedía a sus abuelos (abuela materna y padrastro de su madre) que le llamaran por su nombre completo masculinizado:

Y yo a eso de los 5, 4 años les decía a mis abuelos que no me llamaba [nombre anterior], me llamaba [nombre actual, que es la versión masculina de su nombre anterior]. Y pasaba todo a masculino, pasaba mis dos apellidos a masculino y mi nombre a masculino (...) Tenía que ser todo masculino porque me sentía mal... Y mis abuelos me empezaron a llamar así... (VT3E1).

Esto le chocaba particularmente a su madre. En esa época hacía mucho deporte y practicaba gimnasia artística y olímpica en casa de sus abuelos maternos.

En la escuela siempre tuvo su grupo de amigos y relata haber pasado bien. Vivía en un barrio en la zona este de Montevideo. Desde los 6 años de edad, cuando cursaba primer año de escuela, hasta los 9 o 10 años, en cuarto año, refiere haber sufrido de ansiedad e hiperactividad, por lo cual estuvo en tratamiento medicamentoso.

Desde su nacimiento hasta los 8 o 9 años, sus padres tuvieron una relación complicada: “se separaban, se juntaban, se separaban, se juntaban, (...) eran como perro y gato” (VT3E1). Finalmente se divorciaron, cuando VT3 tenía 11 años (estaba en quinto año de escuela).

Los dos primeros años del liceo los cursó en una institución privada, donde sufrió acoso escolar:

Me sentaba a leer y siempre me hacían tremendo *bullying*, porque en realidad, yo qué sé... era bajito, usaba lentes... era, este... y caminaba encorvado... era el punto exacto para un liceo privado para hacerle *bullying*, bueno, era yo. Y todo mi grupito de amigos que eran igual que yo (VT3E2).

En tercero de liceo se cambió a un liceo público, en el cual le fue “bastante bien” y no sufrió acoso, pero comenzó a sufrir una profunda depresión.

Entre los 12 y los 15 años estuvo en tratamiento psicológico, “pero en el momento de que llamaran a mis padres me sacaban del psicólogo” (VT3E1). Manifiesta haber sufrido de depresión y autolesiones hasta los 18 años.

A los 15 años lo “empujaron” a festejar su cumpleaños y usar vestido: “creo que mi último vestido fue a los 2 años, y a los 15 años que me lo tuve que poner... [sonríe] a prepo, pero odiaba vestirme de una forma femenina, por así decirlo...” (VT3E1).

En cuarto año de liceo tuvo su primera novia. Esto le generó conflictos con sus padres que lo llevaron a mudarse varias veces:

En cuarto tuve mi primera novia, y fue tremendo quilombo en mi casa... Me echaron de mi casa, volví a mi casa, me echaron de vuelta, me fui a lo de mi padre, después a lo de mi abuela, después a lo de la novia de mi padre... o sea, un quilombo (VT3E2).

A los 15 o 16 años tuvo una consulta en [Mutualista 4] con una pediatra amiga de su madre. En esta se sintió mal por la insistencia de la médica con relación a su peso. Se intensificó su depresión.

En quinto año de liceo conoció a su expareja, con quien tuvo una relación por alrededor de 3 años. Esta relación y su vínculo con un grupo de buenos amigos le ayudaron a estabilizarse emocionalmente.

Cuando tenía 16 o 17 años, su padre regresó de trabajar en el exterior. Al volver tuvieron una pelea, que desencadenó un “pseudo intento de suicidio”:

Me peleé con mi padre muy fuerte... y... y me corté muchísimo, y le avisé a mi madre tipo “vení, porque no puedo”, y le expliqué todo, y... y ta. Y dije ta, no lo puedo hacer más, no podía ver a mi madre mal, vi a todas... vi a una de las personas más importantes en mi vida que es mi abuela y mi tía mal, llorando por no... no haberse dado cuenta de lo que me pasaba, que en realidad era super evidente, pero nunca te imaginás que una... persona de tu familia está pasando por eso (VT3E2).

A raíz de este episodio volvió a atenderse con psicólogo por depresión y autolesiones. Esa época no la recuerda con claridad, lo relaciona a que “estaba muy medicado” (VT3E2).

En 2017, a los 17 años, hizo curso de formación relacionada al oficio que más tarde comenzó a ejercer. Más adelante ese mismo año tuvo una gran pelea con su padre, que motivó que dejaran de hablar por un largo tiempo.

A los 18 años comenzó a atenderse en [Mutualista 3].

A principios de 2018, a los 19 años, comenzó la relación con su actual pareja. Relata que ella percibió lo que le estaba ocurriendo internamente y debido a esto modificó su forma de tratarlo:

Mi novia se empezó a dar cuenta y me empezó... antes era muy cariñosa en el sentido de decirme “linda” y cosas así, y me empezó a dejar de decir esos adjetivos, me empezó a decir “amor” para ver cómo me sentía (VT3E1).

También ese año comenzó a buscar trabajo formal.

A principios de 2019 dejó de trabajar en el oficio. Se inscribió en una carrera universitaria. Por ese entonces, con su grupo de amigos se fajó por primera vez, y esto le produjo un profundo impacto:

Mis amigos se fajaban para “draguearse”, y le dije “¡fajame!”, y cuando me vi en el espejo con el pecho plano fue tipo una semana de llorar, de decir “pah, qué estoy haciendo, quién soy” y cuestionarme un montón de cosas, y dije ta, no me importa. Se lo comenté a mi novia, le dije a mis amigos “mirá, me siento de tal manera” (VT3E1).

Luego de eso sacó hora por su cuenta para atención con endocrinología, y le comunicó a su madre cómo se estaba sintiendo:

Y le dije “mirá mamá” ... le mandé un mensaje, “mirá mamá, saqué fecha para un endocrinólogo, me siento así, y bueno ta, si estás en mi vida genial y si no bueno, ta, es una decisión que la voy a tomar yo, porque tú no vives mi vida, la vivo yo y la tengo que vivir lo más feliz posible” (VT3E1).

La primera endocrinóloga a la que concurrió manifestó que no estaba especializada en la atención de personas trans, por lo cual lo derivó a otra profesional. VT3 relata haberse sentido siempre bien atendido, tanto por las endocrinólogas como por las enfermeras y el personal de Admisión.

Cuando ingresó a la facultad aún no había realizado el cambio de sexo y nombre registral. Le solicitó a un profesor que comenzara a llamarlo por su nombre masculino, a lo cual accedió y modificó su nombre en el listado de estudiantes.

Poco después, debió abandonar la carrera porque no pudo aprobar la asignatura del liceo que tenía pendiente. Luego tuvo una pelea con su madre, a raíz de la cual se mudó a vivir con sus amigos y su pareja.

Desde el momento que comenzó a identificarse como varón trans, siente que todo cambió:

Desde que decidí, bah, desde que me di cuenta, porque en realidad fue algo que vine... como... oprimiendo muchísimo tiempo de mi vida, como te comenté, a los 5 años decía que me llamaran [nombre de VT3] (...) cambió todo. Es más, cambió la forma en que me sentía, mi... mi felicidad, en sí... la forma en la que me mostraba, mi confianza (VT3E1).

En marzo de 2019 comenzó el tratamiento hormonal, y esto contribuyó a profundizar esos cambios:

Mi confianza igual se fue construyendo a partir de los procesos y de los cambios que tuve con la hormonización. Antes era muy retraído, no me gustaba mucho... ropa apretada no me ponía, no me gustaba. Antes del tratamiento odiaba todo de mi cuerpo, y ahora es como que lo estoy empezando a aceptar y a sentirme mejor (VT3E1).

Esta transición fue tomada de forma diferente por los distintos integrantes de su familia. Si bien a sus abuelos les costó el cambio de nombre, lo aceptaron porque lo querían ver feliz. Su padre se preocupó por las posibles repercusiones de su identidad de género en la vida de su hijo. Su tía le dijo que “ya lo sabía”. Su hermana lo apoyó siempre, particularmente reclamando que su madre respetara el nombre de VT3, ya que cuando se enojaba lo llamaba por su nombre anterior.

Una reacción que sorprendió a VT3 fue la de su bisabuela quien, al darse cuenta del proceso que estaba viviendo, lo aceptó muy naturalmente:

En el momento de que me vio, que me vio como... siempre me vestí masculino, pero en el momento en que me vio con el pelo más corto, que me vio con más pelo en la cara, con mi voz gruesa, me empezó a decir [nombre de VT3], me empezó a tratar en masculino, no me cuestionó nada. Me pregunta sí cómo empecé los cambios, pero en realidad nunca sentí un rechazo de su parte en ningún punto de mi vida. Porque antes de ser [nombre de VT3] me identificaba como lesbiana, y nunca me cuestionó nada, nunca me dijo nada. Y es más, ella es una persona muy, muy cerrada. Y me dijo "vos me hiciste... chocarme contra la pared y ver la realidad en la que vivimos, y en realidad no me importa lo que seas, y lo que te guste, y como te vistas, si sos feliz vos" ... Y... me impresionó porque tiene 86 años, 85 años, es como... no sé, nunca me lo esperé de ella sabiendo cómo es (VT3E1).

En aquel momento, VT3 residía en un complejo de viviendas en la zona centro-norte de Montevideo. Cuenta que la única dificultad que tuvo fue un gran conflicto con la hija de la mejor amiga de su madre, que vivía en la casa de al lado, pero que con el resto de los vecinos no hubo problema:

Con algunos vecinos que me conocen desde que soy bebé, que tampoco, nunca hubo problema. Es más, me preguntaron "y, cómo estás, en qué vas" ...siempre que me ven, ¿no? Pero nunca me dijeron nada, por suerte. Por suerte nunca sufrí... esa discriminación que muchos chicos trans sufren, que los echan de la casa, o en el barrio les pegan, o todo eso, por suerte siempre estuve en un ambiente bastante agradable en ese ámbito (VT3E1).

Alrededor de setiembre de 2019, un amigo lo puso en contacto con un colectivo de personas trans.

En el primer trimestre del 2020 tuvo su primer trabajo, que consistió en una pasantía. En febrero realizó el cambio de sexo y nombre registral, y a principios de marzo él y su pareja comenzaron a convivir solos.

En el momento de realizar las entrevistas se estaba preparando para realizarse la mastectomía, para lo cual estaba concurrendo a control con anestesista y cirujano. Sin embargo, decidió postergarla para más adelante para no tener que certificarse en el trabajo que estaba comenzando.

7.1.4. Biografía de VT4

VT4 tiene 41 años y vive en un barrio en la zona centro-oeste de Montevideo. Actualmente tiene dos empleos. Su biografía está realizada en base a una única entrevista que tuvo lugar en un espacio abierto cercano a uno de sus trabajos, en agosto de 2020.

Desde su primera infancia, sus expresiones de género fueron masculinas. A los 5 años se produjo el divorcio de sus padres. Su madre se volvió a casar, y su nueva pareja le "hizo una guerra constante, hasta ahora".

En la construcción de su identidad, VT4 identifica tres momentos clave, el primero de ellos en su infancia. Al respecto, relata:

Me arranqué las caravanas, me pusieron unas caravanas y me las arranqué, o sea, me lastimé la oreja... y dije "yo soy un varón". Mi madre me dijo "no, no sos un varón, sos una nena, y te vas a poner ese vestidito para ir al cumpleaños de fulanita". Y yo le dije "no, porque yo soy un varón. No me voy a poner ese vestido". Y mi vieja me dijo "si no te lo ponés, te acostás y te dormís". Y ta, me acosté y me dormí (VT4E1).

Su tránsito por la escuela fue difícil, debido al acoso que sufría por parte de sus pares: "en la escuela también, me habían hecho *bullying* hasta que se aburrieron... No jugaba con las nenas porque era marimacho, no jugaba con los varones porque era nena, entonces no podía..." (VT4E1).

Un segundo momento clave en la construcción de su identidad fue a los 10 u 11 años: "estoy con una vecina, ¿viste? así como jugando, y me mira y me dice 'vos sos un... vos sos un niño... vos sos un niño'. 'Sí', le dije yo, 'soy'" (VT4E1). En esta época se desarrolló "de un día para el otro" y se manifestaba como varón cuando le imponían ser mujer. Empezó a sentir atracción sexoafectiva hacia mujeres, lo cual produjo rechazo en su casa. Tuvo relaciones sexuales con una mujer por primera vez, lo cual recuerda como "una experiencia muy fea", en la cual se sintió "violentado". Comenzó una etapa muy conflictiva en su vida, en la cual afortunadamente contó con "amigos cómplices" y empezó a "vivir dos vidas".

El tercer momento clave en la construcción de su identidad fue en la adolescencia. Al respecto, expresa:

Y en mi adolescencia... [pausa] sabía que era un varón... sabía... sabía que era un hombre en el cuerpo equivocado, ¿entendés? sabía que no era una mujer... no era una lesbiana, sabía que no quería mis tetas... Tampoco el falo nunca ni, ni, ni, ni fu ni fa, o sea... mi sexualidad, no me haría esa operación, ¿viste? Entonces no venía por ese lado. Era más que nada por mi identidad, por mi construcción... (VT4E1)

Más adelante se hizo amigo de un compañero, a quien describe como "el putito del liceo", y comenzaron una relación de noviazgo para ocultar su verdadera sexualidad.

Por esta época comenzó a consumir drogas. A los 16 años tuvo un intento de autoeliminación: "me tomo un montón de pastillas porque no quería vivir más". A raíz de esto estuvo 19 días en coma, y se descubrió que su noviazgo era una pantalla:

En esos 19 días en coma, todos mis amigos que me van a ver y todo, entonces se destapa toda la olla de la realidad. Se entera mi vieja de que esta relación era pa' un tapujo nomás (...). Yo me quería matar, no quería seguir viviendo, entonces cuando me despierto que no me había matado y además se habían enterado de todo, fue todo un problema (VT4E1).

Luego de este episodio tuvo una consulta con psiquiatra, quien le aconsejó internarse.

El conflicto generado a partir del intento de autoeliminación motivó que se fuera a vivir con su padre, lo cual califica de “una decisión muy mala”. A los 18 años se fue a vivir solo y comenzó a trabajar. Al inicio de su vida laboral se desempeñó en varios lugares como administrativo y se capacitó en el área de ventas.

Su primer trabajo “más o menos como la gente” fue en [Trabajo 1]. En este logró ascender hasta que lo despidieron por un problema personal. Esto le provocó una depresión.

Su transición comenzó aproximadamente a los 26 años. Comenzó a fajarse, se cortó el cabello y comenzó a militar en organizaciones de la diversidad sexual:

La cuestión es que me corto el pelo, y ese día salgo y me miré por todas las vidrieras de 18 de Julio y no podía creer lo que estaba viviendo. Ya mi imagen se parecía mucho más a lo que yo veía, ¿viste? Y empecé como... como a... a incorporar en mí cosas de no volver atrás. Yo en ese tiempo ya me fajaba, siempre tuve un tema con las tetas, entonces me apretaba, me ponía una faja que me dolía horrible para que no se me notaran, y a partir de que me corté el pelo dije “bueno, ta, ahora me opero, me voy a empezar a entreverar con lo que es la diversidad sexual, porque yo quiero buscar mi lugar”, y así fue (VT4E1).

Más adelante lo llamaron para realizar una suplencia en [Trabajo 2]:

Bueno, ahí yo ya tenía el pelo corto, y dije bueno, yo tengo dos opciones: o me presento como... como esto que soy, o tengo que volver para atrás y travestirme de mujer para ir. No, no, no. Me puse una camisa blanca, un pantalón blanco, entonces también, dabas híbrido, dabas una cosa ta. Pero el currículum decía [nombre anterior y apellido]. Me recibe la jefa de [sección 1 de trabajo 2] y la psicóloga de [trabajo 1]. “Hola...”, quedaron... “Hola...”. Silencio. [pausa] Mucho silencio incómodo. ¡Corten! “Bueno, ustedes me llamaron por mi currículum, si bien la apariencia que están viendo ahora no las convence, porque yo soy un hombre transexual, estoy empezando mi camino. Me llamaron por mi currículum, les pido nada más que me den la oportunidad”.

Luego de pensarlo, ambas estuvieron de acuerdo en acceder. Desde el primer día VT4 tuvo un muy buen desempeño, lo cual le permitió ascender en la institución.

A fines de 2007 se realizó una mastectomía de forma privada. El cirujano le manifestó que nunca había realizado dicha intervención y le informó que le quedarían dos grandes cicatrices. Más adelante, concurrió a su prestador de salud (en aquel momento se atendía en [Mutualista 5]), y luego de múltiples consultas, en las cuales expresa haber sido rechazado, logró atenderse con la consultante de endocrinología, con quien se sintió bien atendido e inició el tratamiento hormonal. A partir de esto, comenzó a ver cambios en su cuerpo:

Me empezó a inyectar testosterona. A partir de la dosis número seis se me retira la menstruación. Guau. Maravilloso. Maravilloso, maravilloso. (...) Me empiezo a inyectar y empiezo a ver cambios en mi cuerpo. Cambios en mi físico, me empezaron a salir pelos en lugares donde no tenía, no tenía un solo pelo en ninguna parte de mi cuerpo, y empecé a tener pelos en todas partes de mi cuerpo, ni que hablar el bigote. Empecé a tener una sombrita de bigote, dos pelos, tres, cuatro, cinco, y fue una cosa maravillosa.

Decidió continuar profundizando los cambios, realizándose una histerectomía. Para esto, también debió realizar un gran número de consultas ginecológicas en las cuales fue rechazado. Finalmente concurre al consultante de ginecología, quien le dio pase a psiquiatría para continuar con el proceso. En esta especialidad también sufrió varios rechazos, hasta que fue atendido por el consultante.

En total, para poder realizarse ambas intervenciones quirúrgicas debió concurrir a 46 consultas con ginecólogos y psiquiatras. Al preguntarle acerca de una ocasión en la cual se hubiera sentido mal atendido, su respuesta es contundente: “todas. Todas menos una” (VT4E1). La que selecciona como la peor es la consulta que debió realizar con psiquiatra para poder acceder a la histerectomía. Al respecto expresa: “La [consulta] del psiquiatra fue horrible, porque además yo dependía de esa firma. Si él no me firmaba a mí no me sacaban el útero” (VT4E1).

Alrededor del año 2011 realizó el cambio de sexo y nombre registral. Fue por ese entonces que cortó definitivamente el vínculo con su padre.

En esa época, gracias a su desempeño había logrado llegar a ser jefe de sección en atención telefónica de [Trabajo 2]. Más adelante lo transfirieron a otro sector dentro de la misma institución, lo cual le dio la oportunidad de enfrentarse “cara a cara con el público”. A raíz de la sobrecarga laboral, comenzó a sufrir crisis de pánico:

...hasta que un día empezaron mis ataques de pánico. Mal. Mal. Porque claro, me pasó el agua, ¿entendés? Estaba haciendo mucha cosa, y viste cuando el trabajo te come, que... entrás, yo qué sé, a las 11 y vas a las 9, y te tenés que ir a las 7 y son las 8 y todavía seguís ahí, porque resolviste... llegás a tu casa y seguís hablando por teléfono, y al otro día, lo pr... Un día estaba así en el escritorio y rompí a llorar... pero a llorar, ¿viste? (...). Claro, empezaron a detectar que a mí me estaban pasando cosas, estaba... Bué, me dan dos ataques de pánico, me dan licencia médica, y ahí empiezo a faltar salado, a cara de perro. Me certificaba, ¿viste? Me certificaba, me iba a tomar el ómnibus, me sentía mal y tenía que volver para atrás (VT4E1).

En ese momento se enamoró, formó una pareja² y se fue a vivir con ella a Argentina. Consiguió que desde su trabajo le otorgaran un pase a una institución paralela de dicho país.

Tiempo después debió regresar a Uruguay, debido a que a su madre le realizaron una cirugía importante de urgencia, y seis meses más tarde, una nueva intervención. VT4 dedicó su energía a su cuidado:

² A lo largo de la entrevista mencionó varias relaciones de duración variable con mujeres cis y mujeres trans. Se define como pansexual.

A los 6 meses la operaron de nuevo (...), [y yo] me interné con ella, o sea, me dediqué y me puse como el foco ahí. Se me terminó pareja, se me terminó trabajo, golpeé las puertas del [Trabajo 2], me las cerraron maaaal... Y a partir de ahí no pude encontrar otra vez un laburo medianamente como la gente, ¿viste? (VT4E1)

Luego de eso, no le fue posible encontrar trabajo en el área en la cual se capacitó.

Actualmente vive en una casa que construyó en el terreno de la casa de su madre. Se está atendiendo con una endocrinóloga de ASSE, pero no en un servicio orientado a la atención de la diversidad sexual. La testosterona la compra en la farmacia y se la administra él mismo, ya que no tolera las esperas y las preguntas para acceder al tratamiento hormonal: “la hormona me la compro. Es de venta libre, (...) o sea, me la compro yo porque tengo trabajo y puedo hacerlo. Y me la doy. Porque no me banco las esperas, no me banco las preguntas... ya estoy grande” (VT4E1).

7.1.5. Biografía de VT5

VT5 tiene 19 años y vive en un barrio en la zona centro de Montevideo. Actualmente se encuentra cursando el segundo año de un bachillerato tecnológico. Su biografía está construida en base a dos entrevistas realizadas en octubre de 2020, con un intervalo de 9 días entre ellas. Ambas se desarrollaron en su domicilio.

Su familia más cercana está integrada por su madre, con quien convive, su abuela materna, un “abuelo del corazón” (ex pareja de su abuela), una tía del corazón (mejor amiga de su madre) y los dos hijos de ella. Tiene 5 o 6 medio hermanos por parte de su padre biológico (fallecido unos días antes de la segunda entrevista), quien nunca estuvo presente en su vida.

Desde la infancia y la adolescencia contó siempre con médico de referencia. A los controles de salud, siempre concurrió (y concurre actualmente) en compañía de su madre.

Cuando tenía dos años, su madre consultó porque era muy inquieto. Le dijeron que era hiperactivo y le prescribieron medicación, pero su madre prefirió no administrársela.

Entre primero y tercer año de escuela relata haber estado bastante solo en la escuela pública donde concurría. Desde pequeño se sentía diferente al resto:

Siempre me sentí bastante diferente, sí. Eh... en realidad no... no... [pausa] no encajaba en ningún grupito en la escuela, por así decir, o algo así. Como que... siempre estaba... no sé... en la mía, porque era diferente. (...) No sé, por mis gustos y eso, porque era... o sea, me gustaba... dibujar... jugar al fútbol... eh... jugar a las cartas... jugar jueguitos en la computadora, la tapadita... cosas así, y... y ta, y se supone que era una nena, por así decirlo (VT5E2).

Relata que “era muy hiperactivo”, que siempre era el “problemático de la clase” y que pasaba “mucho tiempo en la dirección”. A veces tenía conductas violentas, lo cual motivó que entre los 4 y los 6 años concurren a la misma psicóloga privada que lo ha atendido desde los 9 años hasta el día de hoy. Relaciona el origen de esa violencia a la ausencia de su padre biológico. A los 5 o 6 años comenzó a tener cefaleas. También tuvo algunos episodios de convulsiones.

A los 8 o 9 años le diagnosticaron TDA, pero su madre prefirió no medicarlo.

Alrededor de cuarto año de primaria, “una de las personas a las que le hacía *bullying*” se convirtió en su mejor amigo, y “después de ahí, de cuarto a sexto estuve bastante... pegoteado con él, como amigos y eso, y ta... surgió la amistad” (VT52). En esa época también consultó con psicomotricista, pero no recuerda demasiado al respecto.

A los 12 años, en sexto de primaria, tuvo una relación de pareja que define como “abusiva”.

De la pubertad, lo que más recuerda es que jugaba al fútbol con los dos hijos de su “tía del corazón”, a quienes considera sus primos:

De la pubertad lo que más recuerdo es... eh... [pausa] los recuerdos con mis primos, que... jugábamos al fútbol y... pasábamos jugando a la escondida y todo eso en [localidad 1 al norte del país], pero después no recuerdo mucho más... Pero... ta, me acuerdo que siempre me sentí bien, aunque a veces me sentía que no encajaba, porque justamente era una mujer entre todos que eran hombres, y eran todos mis amigos y mis primos, pero... pero ta, después de eso siempre me sentí bien (VT5E2).

Los cambios físicos en esta etapa no le preocuparon hasta los 13 o 14 años, momento en el cual comenzó a acomplejarse con su cuerpo.

En el liceo tenía dudas acerca de su sexualidad. En esa época de su vida “estaba mucho tiempo en las redes” dedicándose a informarse de distintas cosas, incluida la diversidad sexual:

En realidad empecé el ciclo básico con dudas sobre... si era bisexual, o era lesbiana, o... o qué, por la forma en la que me gustaba vestirme, cómo me sentía en sí... y con qué lo asociaba, con qué estereotipo lo asociaba. Entonces... fui... como que... saltando entre “soy bisexual”, “soy lesbiana”, “soy esto”, “soy lo otro”, y me clasificaba... y... bueno, un día... eh... ta, empecé a conocer, informarme sobre el tema de las identidades trans, y... pensé, “tal vez no es que... es mi orientación sexual lo que me está confundiendo, sino el tema de que soy yo” (VT5E1).

En cuanto a sus expresiones de género, relata:

No sé, era como que siempre buscaba la ropa más unisex posible... eh... por ejemplo, usaba... boxers, pero de mujer... eh... usaba jeans apretados pero con corte de hombre... o... no sé, remeras... largas... eh... [pausa] Gorro de lana o de visera... Y ta, y optaba más por... usar... morral y eso que mochila, no sé, cosas así (VT5E2).

Para su cumpleaños de 15 años eligió realizar un viaje en vez de fiesta: “preferí viaje justamente por eso, para evitar el tema del vestido y... y todas esas cosas” (VT5E2). Allí conoció a una chica de Canelones que fue su pareja durante unos meses. En ese entonces usaba el cabello largo y suelto. Luego de su cumpleaños, optó por cortárselo él mismo en su casa, lo cual provocó el enojo de su madre.

Luego de un proceso de aproximadamente dos años, a principios de 2017 llegó a identificarse como varón trans. En ese momento lo habló con su madre y su psicóloga, quienes le brindaron su apoyo:

Entonces ahí fue cuando me identifiqué y lo hablé con mi madre, lo hablé con mi psicóloga, y... de alguna forma me dieron para adelante, no fue como que se cerraron al tema sino que me entendieron (VT5E1).

Su médico de referencia le manifestó que no manejaba información sobre la atención a personas trans, por lo cual lo derivó a una endocrinóloga especializada.

Su identificación como varón trans produjo que recibiera un trato diferente por parte de algunos miembros de su familia:

Sí, en realidad... me empecé a llevar más con mis primos, por ejemplo... Dentro de mi familia fue diferente el trato... Mi tía por ejemplo siempre fue muy de mimar a mis primos y a mí me dejaba un poco afuera, por una... digamos, una costumbre machista que ella tenía, que yo noté siempre, y cuando me identifiqué así fue como que empezó más a... a estar también... pendiente mío, por así decirlo, entonces, ta, creo que cambió por esa... no sé, por la forma de pensar que ella tiene... eh... Y ta, y cambiaron varias cosas también así, dentro de la familia... (VT5E1).

En cuanto al trato recibido en su lugar de estudios, no sintió que se produjeran cambios:

El trato con los profesores todo igual. Profesores y eso, amigos también. Todo igual. (...) En la UTU al principio no me lo podían cambiar, pero mis profesores estuvieron todos de acuerdo con llamarme [nombre de VT5] y no llamarme como estaba en la lista, y... Ta, y después... se acostumbraron bastante rápido, por suerte... (VT5E1).

Tampoco percibió ningún cambio con relación a la atención a su salud, si bien su médico de referencia no tenía conocimientos suficientes y debió realizar consultas con otros profesionales:

Me dijo que... que no tenía mucha idea y que... iba a preguntarle a otro, a otro doctor, a ver si... si conocía alguien que estuviera más informado en el tema de... las hormonas para chicos trans y eso... inclusive me preguntó... eh... cuáles eran las hormonas que se inyectaba al chico trans... Y eso me sorprendió... (...) Porque... ta, no sé... como que hasta yo sé que... [risas] que las hormonas de testosterona irían para un chico... (VT5E1)

A partir de 2017, su estado de ánimo comenzó “en picada”, pero no lo manifestaba demasiado durante las sesiones con su psicóloga. No visualiza que el origen de esta depresión haya estado vinculado a su identidad trans.

A principios de 2019 realizó el cambio de sexo y nombre registral. Más adelante, a mediados de ese año, consultó en la emergencia de su mutualista acompañado de su abuela por un cuadro de depresión. Se retiraron sin ser atendidos por psiquiatra, luego de una espera de cinco horas. Una semana después, concurrió a su psicóloga, quien le recomendó volver a consultar en la emergencia. Luego de esto estuvo 28 días internado en un sanatorio psiquiátrico privado. Esto motivó que perdiera el año (2do de bachillerato), que estaba recursando al momento de la entrevista.

En junio o julio de 2019 comenzó a hormonizarse, y en diciembre de ese mismo año estuvo internado por segunda vez.

Al comenzar la transición, continuó realizándose los controles anuales con su médico de referencia, y comenzó a concurrir a consulta con endocrinóloga. Cuenta que no percibió ningún cambio en cuanto a la atención recibida.

Su madre siempre está presente y lo ha acompañado a lo largo de todo este proceso:

Ella estaba bastante... pendiente de mi proceso desde el principio. Siempre estuvo muy, muy al tanto, informándose de todo, informando a toda mi familia, a todas sus amigas, todo, para que nadie se confundiera y me llamara de alguna forma que me incomodara ni nada de eso (VT5E1).

A mediados de 2020 decidió cambiar de psiquiatra, debido a que sentía que le prescribía medicación, pero “no tenía una devolución por parte de él” (VT5E2). Con el que lo atiende actualmente se siente bien atendido.

VT5 relata que ha participado en reuniones de una organización de personas trans y la mayor parte de sus amigos pertenecen a dicha comunidad. Actualmente no continúa vinculado con esa organización por falta de tiempo.

Al momento de las entrevistas, VT5 había comenzado recientemente una relación de pareja. Además, se estaba preparando para realizarse la mastectomía.

7.2. Lectura transversal de las biografías

En esta sección se realiza una mirada transversal de las cinco trayectorias vitales presentadas en la sección anterior. Para ello, se procura identificar los hitos o momentos clave que aparecen en las biografías, organizando la información de acuerdo con las dimensiones seleccionadas para la construcción de las líneas de vida: (1) sexualidad, identidad y pareja, (2) familia, (3) educación y trabajo, y (4) salud. Estas dimensiones aportan elementos contextuales para realizar el análisis cualitativo, teniendo como centro el vínculo con el sistema de salud y el PNA en particular.

Para facilitar la visualización de los actores e hitos biográficos presentes en cada relato, se optó por presentarlos en tablas. En la tabla 5 se presentan los actores que

aparecen en cada biografía, según dimensión considerada. En la tabla 6 se enumeran los hitos biográficos mencionados en cada una de las dimensiones.

Tabla 5 - Actores presentes en cada biografía según dimensión de análisis

Dimen- siones	Sexualidad/identi- dad/ pareja	Familia	Educación/trabajo	Salud
VT1		Madre Abuela materna Medio hermana materna Dos medio hermanos paternos Primo Padre Hijo de la pareja de su padre Tía Tío gay	Encargada de su trabajo anterior	Psicóloga mutualista 1 Psicóloga de pol. IM Nutricionista pol. IM Médica CS ASSE Nutricionista CS ASSE Médica de familia UDA Saint Bois (SB) Psicóloga UDA SB Nutricionista UDA SB VT mayor que él
VT2	Pareja actual	Madre Padre Abuela paternã Hermanas Bisabuelos Primos Madre de su pareja Tío	Grupo de amigos en la escuela Compañera de escuela Grupo de amigos en el liceo Amiga del liceo	Médica anterior RAP Canelones Psicóloga actual RAP Canelones Médico de familia actual RAP Canelones Administrativo RAP Canelones Enfermera RAP Canelones
VT3	Primera novia Expareja (3 años) Pareja actual	Hermana gemela (†) Madre Padre Abuela materna Pareja de abuela materna Hermana menor Bisabuela Tía	Grupo de amigos en la escuela Grupo de amigos en el liceo Profesor de facultad	Psicólogo Pediatra amiga de su madre mutualista 4 Endocrinóloga mutualista 3 Endocrinóloga especializada en personas trans mutualista 3 Enfermeras mutualista 3 Personal de Admisión mutualista 3 Anestesiata mutualista 3 Cirujano mutualista 3

³ Se utilizaron ambos colores porque es la relación de afecto más fuerte que se evidencia en la familia de VT2, pero a la vez no respeta su identidad de género y lo llama por su nombre anterior.

Dimen- siones	Sexualidad/identi- dad/ pareja	Familia	Educación/trabajo	Salud
VT4	Mujer con quien tiene su primera relación sexual Varias relaciones de duración variable con mujeres cis y mujeres trans Pareja con la cual fue a vivir a Argentina	Madre ⁴ Padre Ex pareja de su madre Hermana de crianza Medio hermano materno Dos sobrinos (hijos de su hermana de crianza) Tres medio hermanos paternos	“Amigos cómplices” en la infancia Amigo del liceo (“noviazgo tapadera”) Amigos del liceo	Cirujano privado que le realiza mastectomía Varios endocrinólogos mutualista 5 Endocrinóloga consultante mutualista 5 Varios ginecólogos mutualista 5 Ginecólogo consultante mutualista 5 Varios psiquiatras mutualista 5 Psiquiatra consultante mutualista 5 Enfermería de piso de ginecología mutualista 5 Endocrinóloga actual SB (no UDA)
VT5	Primera pareja (relación abusiva) Ex pareja Pareja actual	Madre Abuela Abuelo “del corazón” Tía “del corazón” Primos Padre (†) 5 o 6 medio hermanos paternos	Grupos de amigos en la escuela (desde 4to) Compañeros de la UTU Profesorado de la UTU	Psicóloga privada Psicomotricista Médico general mutualista 7 Endocrinóloga mutualista 7 Psiquiatra anterior mutualista 7 Psiquiatra actual mutualista 7
Referencias:				
Verde: vínculo positivo o estrecho		Tachado: vínculo roto		
Rojo: vínculo negativo o conflictivo		(†): fallecido		
Negro: sin especificar vínculo				

⁴ Se utilizaron los dos colores para representar el vínculo, ya que al principio de la transición se aprecia rechazo, pero va evolucionando hacia apoyo y aceptación a lo largo de la trayectoria vital de VT4.

Tabla 6 – Hitos presentes en cada biografía según dimensión de análisis

Dimen- siones	Sexualidad/identi- dad/ pareja	Familia	Educación/trabajo	Salud
VT1	Sentirse diferente Afinidad por actividades masculinas Asumirse como varón trans Corte de pelo Uso de vestimenta/perfumes masculinos Búsqueda de información sobre identidades trans Salida del armario Vinculación con organización de personas trans Uso de faja Adopción de nombre social masculino Reafirmación de identidad trans (por relato de su primo) Búsqueda de atención para comenzar hormonización Inicio de trámite para cambio de sexo y nombre registral	Conflictos familiares Abandono del hogar familiar (materno) Ir a vivir con otro familiar (padre) Retorno al hogar familiar (materno) Rechazo/ no aceptación familiar (padre) Corte de vínculo con familiar directo (padre) Resistencia familiar a aceptar la transición (madre) Aceptación/ apoyo familiar (primo, madre)	Aceptación/apoyo en el ámbito laboral (encargada)	Atención a la salud en la infancia Psicodiagnóstico en la infancia (se entera por su primo) Atención a la salud en la adolescencia Consulta en servicio de emergencias (por sangrado) Internación en 2do nivel por enfermedad (ídem) Baja autoestima Angustia/ sufrimiento Acompañamiento psicológico Derivación a equipo especializado en atención a personas trans
VT2	Afinidad por actividades/amistades masculinas Rechazo de ropa femenina Ser percibido como lesbiana Corte de pelo Uso de vestimenta masculina Adopción de nombre social masculino Asumirse como varón trans Hormonización Vinculación con organización de personas trans Cambio de sexo y nombre registral Preparación para mastectomía	Conflictos familiares por sus expresiones de género y orientación sexual Abandono del hogar familiar Ir a vivir con otro familiar (abuela) Retorno al hogar familiar Separación forzada de fliar. significativo (abuela) Aceptación familiar (familia más alejada, primos) No aceptación/rechazo familiar (madre, padre, hermana, abuela, madre de su pareja)	Inserción en grupos de pares en la escuela Violencia/acoso escolar Inserción en grupos de pares del liceo Aceptación/apoyo en el trabajo (compañeras) Aceptación/apoyo en el ámbito educativo (cursos de formación técnica)	Atención a la salud en la infancia y la adolescencia (escasos recuerdos) Consulta en servicio de emergencias (por accidente) Concurrir acompañado a la consulta (estrat. de afrontamiento) Derivación a equipo especializado en atención de personas trans Acompañamiento psicológico “Bajón”

Dimen- siones	Sexualidad/identi- dad/ pareja	Familia	Educación/trabajo	Salud
VT3	Adopción de nombre masculino en la infancia	Conflictos familiares	Inserción en grupos de pares en la escuela	Internación en tercer nivel
	Rechazo de ropa femenina	Rechazo/no aceptación familiar	Inserción en grupos de pares en el liceo	Acompañamiento psicológico
	Autoperibirse como lesbiana	Abandono del hogar familiar	Violencia/acoso escolar	Ansiedad e hiperactividad en tratamiento
	Noviazgo “tapadera”	Ir a vivir con otro familiar (padre)	Curso de formación en oficio	Depresión
	Uso de faja	Ir a vivir con otro familiar (abuela)	Trabajo en oficio	Autolesiones
	Identificación como varón trans	Ir a vivir con otro familiar (novia de su padre)	Búsqueda de trabajo formal	Atención a la salud en la adolescencia (consulta con pediatra amiga de su madre)
	Salida del armario	Retorno al hogar familiar	Inscripción en carrera universitaria (debió abandonar por perder examen del liceo)	“Pseudo intento de suicidio”
	Uso de nombre social masculino	Peleas con su padre	Aceptación/apoyo en el ámbito educativo (profesor)	Acompañamiento psicológico (no recuerda, “estaba muy medicado”)
	Hormonización	Interrupción de vínculo con su padre (transitorio)	Primer trabajo formal	Consulta con endocrinología para comenzar transición (por cuenta propia)
	Vinculación con organización de personas trans	Pelea con su madre		Derivación a endocrinóloga especializada en atención a personas trans
VT4	Preparación para mastectomía	Mudanza con amigos y pareja		
	Rechazo de ropa femenina	Divorcio de sus padres (5 años)	Aislamiento/acoso escolar	Consumo de drogas
	Uso de vestimenta masculina	Conflictos familiares	Inserción de grupos de pares en el liceo	IAE (internación en 3er nivel)
	Ser percibido como lesbiana	Abandono del hogar familiar	Varios trabajos como administrativo	Depresión
	Noviazgo “tapadera”	Ir a vivir con otro familiar (padre)	Salida al mercado laboral (18 años)	Consulta con cirujano privado para mastectomía
	Uso de faja	Mudanza solo	Trabajo 1	Consulta con varios endocrinólogos de mutualista 5
	Corte de pelo	Interrupción de vínculo con su padre	Despido	Consulta con varios ginecólogos de mutualista 5
	Vinculación con organización de diversidad sexual		Trabajo 2 sección 1	Consulta con varios psiquiatras de mutualista 5
	Mastectomía		Ascenso	Crisis de pánico
	Hormonización		Trabajo 2 sección 2	Consulta con endocrinóloga de SB (no UDA)
Histerectomía		Certificaciones		
		Trabajo en Argentina		
		Dificultad para conseguir trabajo al retorno a Uruguay		
		Trabajos actuales		

Dimen- siones	Sexualidad/identi- dad/ pareja	Familia	Educación/trabajo	Salud
VT5	Afinidad por actividades masculinas Pareja abusiva Sentimientos negativos hacia su cuerpo Uso de ropa unisex Dudas sobre su sexualidad Autopercepción como lesbiana/bisexual Búsqueda de información en internet Rechazo de ropa femenina Corte de cabello Identificación como varón trans Uso de nombre social masculino Vinculación con organización de personas trans Cambio de sexo y nombre registral Hormonización Preparación para mastectomía	Interrupción de vínculo con su padre (desde la gestación) Aceptación/apoyo familiar	Aislamiento en la escuela (1° a 3°) Inserción en grupos de pares en la escuela (4° a 6°) Aceptación/apoyo en el ámbito educativo (UTU)	Psicodiagnóstico en la infancia (2 años, hiperactividad) Psicodiagnóstico en la infancia (8-9 años, TDA) Acompañamiento psicológico Depresión Derivación a equipo especializado en atención a personas trans Internación por salud mental Segunda internación Cambio de psiquiatra
Referencias:				
Negro: elementos presentes en el relato			Gris: aspectos el entrevistado no recuerda	

A continuación, se comentan brevemente los actores e hitos biográficos presentes en las cinco biografías para cada una de las cuatro dimensiones consideradas.

7.2.1. Sexualidad, identidad y pareja

En todos los relatos, los entrevistados expresan que su identidad comenzó a manifestarse desde su infancia. Algunas de las vivencias que emergen son: haberse sentido diferentes, tener afinidad por actividades o amistades masculinas, rechazo hacia la ropa femenina, y en algunos casos adopción de expresiones de género y nombre masculinos.

Cuatro de los cinco entrevistados manifestaron haberse percibido o haber sido percibidos por su entorno como mujeres cis lesbianas o bisexuales, antes de llegar a identificarse como varones trans. La excepción es el relato de VT1, que no realizó ninguna referencia en cuanto a su orientación sexual ni atracción o vinculación sexoafectiva con otras personas.

En los relatos de VT1 y VT5 se encuentra referencias a un momento en el cual su identidad de género cobra visibilidad en el ámbito familiar. En los relatos de VT2 y VT4 no se identifica un momento de “salida del armario” en relación con su identidad trans, ya que el proceso fue dándose abiertamente a lo largo del tiempo; no obstante, sí se identifica un momento de visibilización de su orientación sexual, ligado a ser percibidos como mujeres cis lesbianas. En el relato de VT3 aparece una doble “salida del armario”, primero como lesbiana y luego como varón trans.

Se destaca que todos los entrevistados se vincularon con alguna asociación de personas trans o LGBT a en el transcurso de su trayectoria vital.

En relación con los procesos relacionados a su transición, si bien el orden es variable, en todos los relatos aparecen la adopción de expresiones de género masculinas (vestimenta, corte de cabello), la adopción de nombre social masculino, la hormonización (en el caso de VT1 aún no se concretó) y el cambio de sexo y nombre registral. Otros elementos que aparecen en la mayor parte de los relatos son el uso de faja (a excepción de VT2) y la realización o preparación para realizarse tratamientos quirúrgicos (a excepción de VT1).

En dos de las biografías (VT3 y VT4) surge el antecedente de un falso noviazgo con un varón LGBT en la adolescencia a modo de pantalla, a fin de desviar la atención familiar de la orientación sexual o identidad de género de los entrevistados.

En cuanto a los hitos relacionados a la identidad, si bien VT1 menciona afinidad hacia las “cosas de hombre”, no aparecen amistades masculinas en la infancia y adolescencia, como en otras biografías. Más aún, llama la atención la ausencia de referencias a vínculos de amistad, hasta que menciona a su relación con un varón trans mayor que él que conoció en la sala de espera de la UDA del Hospital Saint Bois.

7.2.2. Familia

La figura materna está presente en todas las biografías, si bien en algunos casos ofrece apoyo y aceptación en todo el relato (VT1 y VT5), en otros se visualiza como un vínculo ambivalente predominantemente conflictivo (VT2 y VT3) y en un caso pasó del rechazo a la aceptación (VT4).

En cuanto a la figura paterna, cuatro de los entrevistados interrumpieron el vínculo con su padre en algún momento de su vida (VT1 y VT4 en forma definitiva, en VT3 en forma transitoria y VT5 desde que su madre quedó embarazada). En los cuatro relatos en los que existe vínculo paterno, este es conflictivo o negativo (también, en grado variable).

En la mayoría de los relatos se encuentra referencias a conflictos familiares de inicio variable y abandono del hogar para ir a vivir con otro familiar (a excepción de la

biografía VT5). Tres entrevistados (VT2, VT3 y VT4) manifestaron que estos hechos fueron desencadenados por su orientación sexual o expresiones de género.

7.2.3. Educación y trabajo

Tres de los cinco entrevistados (VT2, VT3 y VT4) manifestaron haber sufrido acoso escolar en algún momento de su trayectoria educativa. En dos biografías (VT4 y VT5) aparece aislamiento en la escuela.

En cuatro de las cinco biografías se halla referencias a la inserción en grupos de pares en la trayectoria educativa. Llama la atención que, en el caso de VT1, la mención a la trayectoria educativa no emergió espontáneamente en el relato biográfico, y al interrogarlo al respecto solamente mencionó las instituciones a las que asistió.

En cuanto al vínculo con docentes, aparece en los relatos de VT2, VT3 y VT5, en los tres casos como positivo, aceptando el nombre social a pesar de no contar con el cambio de sexo y nombre registral.

En cuanto al ámbito laboral, en dos relatos se visualiza apoyo o aceptación por parte de compañeras y compañeros de trabajo. En el caso de VT4 emerge un despido en el cual queda duda de que la causa haya sido debido a la sexualidad, y aparece como positiva la posibilidad de ingreso y ascenso que tuvo en uno de sus trabajos.

7.2.4. Salud

Por lo general, los entrevistados tienen escasos recuerdos de la atención a la salud en la infancia y la adolescencia. Los pocos que emergen están vinculados a la atención de enfermedades y accidentes en servicios de Emergencias.

Un común denominador de todos los relatos son problemas relacionados a la salud mental, que van desde baja autoestima, angustia, sufrimiento y “bajón” (VT1 y VT2), depresión (VT3, VT4 y VT5), autolesiones (VT3) e intento de autoeliminación (VT3, VT4 y VT5).

Cuatro de los cinco entrevistados (a excepción de VT4) manifestaron haber tenido acompañamiento psicológico en algún momento de su vida. En dos casos (VT3 y VT5) se mencionan recuerdos de la infancia con relación a la atención psicológica. Por lo general, el o la profesional de psicología aparece como un vínculo positivo. En el caso de VT1, en oposición a las figuras positivas de la psicóloga actual y la anterior que lo atendió en su adolescencia, aparece la profesional que le realizó un psicodiagnóstico en la infancia y le recomendó a su madre que le impusiera la utilización de ropa femenina. En el caso de VT3, su papel no se visualiza como trascendente.

La figura del psiquiatra aparece explícitamente en los relatos de VT4 y VT5. En este último, hay un primer profesional con quien no generó buen vínculo, por lo cual comenzó a atenderse con otro que sí le conforma. En el caso de VT4, en su trayectoria vital debió concurrir a múltiples consultas como requisito para poder realizarse la histerectomía. Fue rechazado en cuatro oportunidades, hasta dar con un psiquiatra con el cual también se sintió muy mal atendido (de hecho, esa es la que selecciona como peor consulta), pero que firmó la autorización para que pudiera continuar con su transición.

En cuanto a la atención en salud durante la transición, existe una marcada diferencia entre los relatos de los cuatro entrevistados más jóvenes y VT4. En los primeros, existe la derivación por parte de sus profesionales tratantes a equipos de salud (VT1 y VT2, que se atienden en el sector público) o endocrinólogas (VT3 y VT5 en el sector privado) con especialización en la atención a personas trans, luego de lo cual acceden o están en vías de acceder a los tratamientos deseados. En cambio, en el relato de VT4 se observa una sucesión de consultas infructuosas con diversas especialidades médicas (cirugía, endocrinología, ginecología y psiquiatría), en las cuales se sintió maltratado, rechazado y no logró los resultados que esperaba, con la única excepción de la atención recibida por parte de la endocrinóloga que le indicó la hormonización.

Otra disciplina que emerge en los relatos, aunque de forma más difusa, es la enfermería. En el relato de VT1 se encuentra ausente, aunque se vislumbra que emerge en la figura de una “muchacha” que lo atendió en la UDA del Hospital Saint Bois. Por su parte, en los relatos de VT2 y VT5 aparece enfermería vinculada a administración de la testosterona, visualizándose como figuras positivas. Aquí VT2 refiere no recordar el nombre de la enfermera, lo cual contrasta con su conocimiento del nombre del médico y la psicóloga que lo atienden. En el caso de VT3, si bien las enfermeras no emergen espontáneamente en el relato, al interrogarle al respecto manifiesta que “son un amor” y las asocia a los controles antropométricos y de signos vitales previos a la consulta médica. Finalmente, en el relato de VT4 las enfermeras aparecen vinculadas a la internación en segundo nivel para la histerectomía, sucediéndose para realizar las mismas preguntas rutinarias y evidenciando dificultades en la comunicación.

7.3. Presentación de las vivencias

En esta sección se describen los hallazgos con relación a las vivencias positivas y negativas, así como a los cambios que harían los entrevistados en los servicios de salud. Un aspecto para destacar es que, si bien las preguntas fueron orientadas específicamente a las vivencias referidas a la atención en el PNA, en los relatos emergen situaciones relacionadas al ámbito hospitalario o a servicios de emergencias, los cuales fueron incluidos también en el análisis.

7.3.1. Vivencias negativas inespecíficas

Como se mencionó anteriormente, esta dimensión hace referencia a aquellas vivencias vinculadas a características de los servicios de salud, profesionales o equipos involucrados en la atención, comunes a todas las personas usuarias, sin relación con su identidad de género.

La categoría más frecuente relacionada a las vivencias negativas inespecíficas fue la existencia de *barreras organizacionales*, presente en los cinco relatos. En este sentido, los testimonios incluyen tanto la existencia de demoras en la atención, como en incremento de los tiempos de espera para acceder a la consulta.

A continuación, se presentan algunos ejemplos relacionados a la demora para ser atendidos, fundamentalmente vinculado a la elevada demanda de servicios:

No, yo no me he sentido mal atendido, porque... de repente lo que sí tenés es que (...) vas a Salud Pública y estás 10 horas esperando, y de repente te duele algo, y se te pasó el dolor y vos te fuiste, y de repente no sabés si al rato te llamaron o qué (VT2E1).

El horario de sacar número, fecha, esas cosas, es medio... medio complicado, porque es mucha gente también. Uno a veces no se pone a pensar que es tanta gente la que hay... porque gente que viene a cada rato, gente que viene, de repente se fue y viene gente de otro lado. Es mucha la gente (VT2E2).

[El cirujano] es un tiro al aire por el hecho de que tiene mucha gente, entonces atiende tipo, se toma el tiempo de explicarte y te puede tener 5 minutos como 20 en la consulta, y son mucha gente [para atenderse] (...) Fuimos la otra vez a las 4 [de la tarde] para sacar la orden, y a las 4 tenía el último número. Tipo, eran 8 pacientes, bueno, tenía el [número] 8 y me iba tipo 7 de la tarde, cuando empezaba la consulta a las 5. Sí... [suspira] (VT3E1)

La hormona me la compro. Es de venta libre, sale 1200 pesos, o sea, me la compro yo porque tengo trabajo y puedo hacerlo. Y me la doy. Porque no me banco las esperas, no me banco las preguntas... (VT4E1).

Demoraron pila de horas en llamar a la psiquiatra y todo, y estuve como hasta medianoche, y ta, y opté por irme ya directamente, y ta... (...) y fuimos a eso de las... 3 de la tarde, por ahí, y... llegamos y nos dijeron que tenía dos horas para llegar... que primero me iban a atender en emergencias, me atendieron, me preguntaron... unas cosas, digamos, medias básicas... Y luego nos tuvieron esperando, pasé a triage, y después del triage seguí esperando, y... y ta... seguimos esperando bastante tiempo más y... y no llegó (...) Y, habremos estado unas cinco horas (VT5E1).

Seguidamente, se incluyen segmentos que hacen referencia al incremento en los tiempos de espera.

Mirá, yo cuando empecé con el tema de los trámites para ir al Saint Bois esperé como tres meses, y creo que eso está mal, porque debería ser menos, ¿entendés? (...), te hacen demorar mucho, ponele que yo tengo una vez al mes consulta para ir a mi doctora. Una vez tengo que ir, después ir de nuevo para ver cómo estoy, esto y lo otro. Y eso hace que no pierdas las esperanzas, pero que se te demoren mucho más las cosas. Porque yo estoy desde setiembre del año pasado para poder hormonarme ¿no? Tuve un problema de salud, pero demora mucho, muchísimo, y hace que te desesperes. Yo entiendo que tienen que investigarte, que estés seguro, esto y lo otro, pero ya con lo psicológico, más con lo otro y todo eso ya tendrían que decir “ta, tenés esto, esto asá...” hacer lo que ellos dicen pero que no demoren tanto, ¿entendés? (VT1E1).

Te dan fecha, y te dan en el hospital de [localidad 1 Canelones oeste], si querés para el médico de cabecera, te dan para cuatro meses (VT2E2).

La categoría que le sigue en frecuencia está relacionada a *dificultades en los registros o sistemas de información*, que emerge en tres de las cinco biografías. A continuación, se presentan algunos segmentos representativos.

Se cae mucho el tema del sistema, se cae mucho... (VT2E2).

[Está] medio... atrasado con el tema de... los... la información, que está todo en papel todavía y a veces se te pierde la historia, o no llega a la consulta... ta (VT3E1).

Yo tengo problemas con mi historia [clínica], porque al hacer el cambio de nombre... y yo antes tipo, mi historia [clínica] anterior no tenía nada, pero está la historia, y me generaron otra historia [clínica] con mi nombre. Entonces al buscar las dos historias, está mi nombre anterior y mi nombre de ahora (VT3E1).

Viene la primera enfermera a tomarme la fie... “¿Cómo te llamas?” “[nombre de VT4]”. “¿Y qué te vas a hacer?”. “Una histerectomía”. “Ah”. Viene otra. “¿Cómo te llamas?” “[nombre de VT4]”. “¿Y qué te venís a hacer?”. “Una histerectomía”. Después que contesté 5 veces lo mismo, “[nombre de VT4], una histerectomía”, me re chupé. Porque aparte, claro, tengo un carácter bastante volátil, ¿entendés? Llega un momento que no me fumo... Ay, me re calenté. “¿Qué tanta cosa? ¿Qué tanta...? ¿No tenés mi historia ahí? ¿qué me mandás a preguntar todo, si quiero una manzana, si hice pichí, si yo...? ¡Me operan mañana a las 8 de la mañana, ya está, no me pregunten más nada, porque me ponen más nervioso todavía!” (VT4E1).

La siguiente categoría tiene que ver con *dificultades en el vínculo con el profesional* que lo atiende, y aparece en dos de los cinco relatos.

Recuerdo... porque yo estaba enfrente a la doctora y que me lo insistiera, tipo “tu índice es acá y tendría que estar acá, y tenés que bajar de peso porque te va a hacer mal”, y me traumó, literalmente me traumó, y ta. Pero eso sí fue una consulta que... que estuvo bastante pesada (VT3E1).

Sentía que solo me... me mandaba la medicación, y que... no tenía una devolución por parte de él. (...) Eh... [pausa] Era muy... no sé, como que estaba disperso durante la consulta, no estaba... prestándote atención, mucho. (...) No sé, como que... estaba escribiendo todo el tiempo mientras... mientras vos le... le hablabas, o te decía “sí, sí, sí, sí”, y ta... no... no había una respuesta coherente de su parte (VT5E2).

Otra de las categorías de vivencias negativas inespecíficas que aparece en dos de los cinco relatos tiene que ver con la existencia de *barreras económicas*.

Ahora estoy trabajando, pero cuando no estaba trabajando era como que si lo iba a pagar, [la testosterona] me costaba 1500-2000 pesos. Entonces decía ¿cómo los voy a pagar si me tengo que dar dos [inyecciones] por mes? ¿Qué hago? (VT2E1).

Ir a Montevideo, al Saint Bois... que en mi casa no me apoyaban, era como que me tenía que arreglar yo solo, si necesitaba para el boleto o algo (...) Entonces digo "pah, si tengo que ir allá a Montevideo, pagar los inyectables, pagar los boletos, me muero". Ir al psicólogo, al médico, ir todos los meses a darme un inyectable, no sabía cómo iba a hacer (VT2E1).

Yo qué sé, porque en realidad los estudios son caros allá, por más que sea caro, en realidad... es algo que necesito (VT3E1).

Otra categoría inespecífica que aparece en dos relatos tiene que ver con el *desconocimiento de profesionales con relación a la atención a varones trans*. Los siguientes segmentos lo ejemplifican:

[La endocrinóloga] me dice que ella no había tratado ningún caso de... de hombres trans y que íbamo' a probar. Le dije "no, yo no estoy para probar, yo me, a mí me tenés que regular la hormona, si no me la..." ...sabía más yo que ella, ¿entendés? (VT4E1).

Al principio, eh... mi médico de cabecera y eso no tenía mucha idea, por lo cual fue preguntando a otros médicos también, pero... (...) Me dijo que... que no tenía mucha idea y que... iba a preguntarle a otro, a otro doctor, a ver si... si conocía alguien que estuviera más informado en el tema de... las hormonas para chicos trans y eso... inclusive me preguntó... eh... cuáles eran las hormonas que se inyectaba al chico trans... Y eso me sorprendió... (...) Porque... ta, no sé... como que hasta yo sé que... que las hormonas de testosterona irían para un chico... (VT5E1).

La última categoría de las vivencias negativas inespecíficas tiene que ver con las *barreras socioculturales*, y aparece únicamente en el relato de VT4:

Sabía cómo eran los protocolos, y tenías que ir al Clínicas, y te hacían un montón de estudios, eran preguntas sumamente invasivas, al punto de cómo te masturbabas, ese tipo de cosas que no tenían nada que ver con nada... (VT4E1).

7.3.2. Vivencias negativas específicas

Esta dimensión incluye las vivencias relacionadas a la identidad trans de los entrevistados, basándose en las categorías identificadas en el estudio de Kosenko et al. (2013).

La vivencia negativa específica más frecuente es la *insensibilidad de género*, que aparece en los relatos de VT1, VT2 y VT4. A continuación se presentan algunos pasajes que lo ejemplifican:

Le decía la psicóloga [a mi madre], "tratá de ponerle cosas de niña, a ver si cambia" (VT1E1).

Y si me asesoraba digo ¿no me podés llamar por el apellido? Pero algunos no te daban bola, y allá alguno cada tanto me llamaba por el apellido. O rezaba que me estuvieran llamando por el apellido (VT2E1).

Le explico [al psiquiatra]. Tápata tápata ta. “Ta, pero... vos en... ¿entonces vos te vestís de mujer de noche?” “No. No me visto de mujer de noche”, ya con bigote. “No me visto de mujer de noche, soy un hombre trans”. “Ah”, dice, “vino uno una vez que se quería poner una vagina, pero un caso como el tuyo nunca lo ví” ... (VT4E1).

En cuatro de los cinco relatos, concurrir a consulta en compañía de una mujer aparece como una estrategia de afrontamiento, no solamente para evitar la situación de ser llamado por un nombre que no corresponde a las expresiones de género, sino también como apoyo durante la consulta. A continuación, otros ejemplos de esto:

Entonces yo siempre le decía a mi pareja “vos venís conmigo, y cualquier cosa yo entro contigo y te llaman a vos”. Y siempre estaba así (...). “Te tenés que sacar esa pavada”, me dice. Y le digo “no, pero es horrible que todo el mundo te quede mirando” (VT2E1).

Fui con mi novia, obviamente, [sonríe] nunca me deja ir solo en ninguna consulta, por cualquier cosa que me pase... (VT3E1)

Sí, la primera vez que tuve consulta con el cirujano fui con mi abuela (VT3E1)

Le digo a mi madre “¿me acompañás, que quiero ir al coso [cirujano?]”. “No”. “¿Cómo no?”. “No, no, porque te vas a mutilar, porque...”. “No, no, no, no entendés. Acompañame, necesito que me... no quiero ir solo... (VT4E1)

Yo en ese momento fui [a la consulta con ginecóloga] con mi pareja, la que era mi compañera, porque claro, todavía no tenía mi cédula, ¿viste? Entonces me llamaron, entramos juntos... (VT4E1).

Fui con mi madre [a la consulta con endocrinóloga]... (...) ta, pregunté si [ella] podía pasar por el tema de la... de la emergencia sanitaria y eso... (VT5E1).

En cuanto a las *muestras de malestar*, estas frecuentemente aparecen vinculadas a la insensibilidad de género y se expresan fundamentalmente a través de miradas que incomodan:

Cuando te llamaban, y por lo menos el primer nombre ese que odiaba, era [primer nombre femenino anterior], como que todo el mundo te quedaba mirando. Tas loco... (...) Aparte, no es que te miren tampoco con una cara de sorprendido, de raro... (VT2E1).

Ahora, después de ahí, cuando me han atendido a mí... no... no siento que me hayan tratado mal, pero en ocasiones (...) cuando te parás y te dicen el nombre y el apellido, te quedan mirando y me dice “no, pero llamé a tal persona”. Y lo miré y le digo “no, soy yo”. Y como que quedan “¿en serio? ¿me estás jodiendo?” Fue lo que siempre me ha pasado cuando he ido... (VT2E1).

Entonces le dije [a la ginecóloga] “doctora, el paciente soy...”, “no, no, no... dejá que hable ella”. (...) Entonces le digo “no doctora, pero tú no entendés, el paciente soy yo”, y me mira y me dice “yo no atiendo hombres”. “Bueno, ta, pero yo te quiero explicar, nada más”, entonces le expliqué. Abrió los ojos, porque aparte cada explicación de estas a mí me generaba un desgaste, ¿entendés? Un desgaste espantoso. Buá... Me mira y me dice “necesito una segunda opinión”. “Ta, ¿y cuál es tu opinión?” “Mi opinión es que necesito una segunda opinión” (VT4E1).

En esta última cita, se identifica también la *atención deficiente*, que emerge solo en el relato de VT4.

En cuanto a la *negación de servicios*, esta emerge con fuerza en el relato de VT4, quien debió recorrer la consulta de múltiples especialistas para lograr dar respuesta a sus necesidades de salud:

Cuando me empecé a atender, tanto en la [mutualista 5], este, con la... con la endocrinóloga, como con el ginecólogo y demás, es ahí cuando empiezo todo recontra rechazado, ¿viste? Recontra rechazado... Ta, no me dieron pelota. No me dieron pelota, me rechazaban... salado (VT4E1).

Bueno, voy... en ese momento era socio de la [mutualista 5] y voy a una consulta con una endocrinóloga. (...) Para... eh... comenzar el tratamiento hormonal, pasé por 18 consultas en médicos. Conozco a todos los endocrinólogos de la [mutualista 5] (VT4E1).

Ta, voy al psiquiatra. También, me patean. Cuatro psiquiatras me patean hasta que voy al consultante de psiquiatría (VT4E1).

En total fueron 46 consultas que yo pasé para hacerme las dos operaciones (VT4E1).

La *atención forzada* aparece únicamente en el relato de VT1:

Sí, yo cuando... estuve en... el tema ese que tuve de salud, estuve en el [Hospital] Pereira [Rossell], y me hicieron una... me querían hacer una ecografía vaginal (VT1E1).

En esta situación manifestó haber sido defendido “a muerte” por su médica de referencia.

Por último, se destaca que en ninguno de los relatos aparecen referencias a situaciones que puedan catalogarse como *abuso verbal*.

7.3.3. Vivencias negativas por estrés de las minorías

Como se mencionó en el capítulo anterior, esta dimensión incluye aquellas vivencias negativas que tienen su origen en procesos estresores proximales, de acuerdo con el modelo de estrés de las minorías de Meyer (2003). Dentro de esta dimensión, dos de sus componentes fueron reconocidos en los relatos: las *expectativas de rechazo* y el *ocultamiento de la identidad de género*.

A continuación, se presentan algunos segmentos que ejemplifican las *expectativas de rechazo* vinculadas al sistema de salud, presentes en tres de las biografías.

La atención (...) es mejor de lo que esperaba, todavía. Porque no era que me esperaba algo malo, pero no sabía cómo me iban a tratar y si tenían información (VT2E1).

En realidad no sabía lo que iba a pasar al explicarle la situación, me podía decir “bueno, ta, no lo podés hacer, no se puede hacer” ... yo qué sé, podía haber mil factores, que me dijera... [que a] la doctora no le gustan los chicos trans y me dijera tipo “arreglate” (VT3E1).

Yo llegué [a la mejor consulta con la endocrinóloga], y llegué lleno de miedos y de cosas, porque ya había sido rechazado por todos... (VT4E1).

Seguidamente, se transcriben citas relacionadas al *ocultamiento de la identidad de género*, que emergió en dos relatos vinculadas a la atención en salud.

O sea, [el cambio de sexo y nombre registral] lo quiero más bien porque... con el tema del trabajo, el tema de salud.... No tengo que estar diciendo “me llamo tal y forma” (sic) y no estar pegado en frente de todos cuando no tienen que saber nada de... es algo personal de uno. Y tampoco me gusta exponerme, como te digo (VT1E2).

El tema de la cédula me volvía loco, porque de repente [me decían] “che, muchacho” y si tenía que mostrar la cédula era como que no la quería sacar (VT2E1).

La única categoría que no se reconoció a lo largo de las cinco biografías fue la *homofobia/transfobia internalizada*.

Hasta aquí se han descrito las vivencias negativas presentes en las cinco biografías. En el siguiente apartado se expondrán las vivencias positivas que emergen de los relatos.

7.3.4. Vivencias positivas

En esta categoría, el código que predomina ampliamente tiene que ver con el *vínculo con el/la profesional o equipo de salud de referencia*. Aquí se incluyen expresiones de recibir un trato cordial y amable por parte del equipo de salud, el interés, la preocupación y empatía que demuestran, la buena comunicación, la relación de afecto con el/la profesional o equipo y el sentimiento de ser aceptado y apoyado.

Y yo le dije a la psicóloga, “mirá que yo me siento de tal forma... y... me quiero cortar el pelo, quiero hacer esto y quiero lo otro porque yo ya no aguanto más”, y me dijo “me alegro mucho que me hayas dicho esto, porque así podemos trabajar de lo que vos querés”. Y ahí es como que sentí un súper apoyo, ¿entendés? (...) Siempre me dio para adelante, me dijo “empezá a hacer esto, hacé lo otro, empezá a identificarte muy de a poco” ... y ahí empecé, jempecé a ser yo! como ella me dijo (VT1E1).

Y con cada paciente, yo sacaba la hora [con mi médica anterior], y estaba media hora adentro del consultorio, y a veces pasaba más. Y yo me iba para adentro con ella y me ponía... aparte de que si me pasaba algo, si me dolía algo, le explicaba o algo, el tema de la hormonización y eso, estaba como 40 minutos y la gente se enojaba [se ríe], pero ta, era que se preocupaba muy por el paciente (VT2E2).

[Me fui satisfecho con la consulta con la endocrinóloga] por todo, por el trato que me dio, por la calidad en... en la que me habló, porque por lo general, en sí, yo siempre tengo una imagen de los médicos que son super correctos, super fríos, en sí (...) y esa doctora era tan amorosa, era... fue un amor de persona, fue muy amable, fue muy cariñosa, porque era... me tomó la presión y eso y era tipo... tan delicada en todo... y ta, no sé, fue... fue muy buena la consulta (VT3E1).

Y bueno, empecé el tratamiento con [Endocrinóloga de mutualista 5]. Me enamoré de ella, porque fue divina conmigo, ¿viste? Fue divina. Incluso celebraba todos mis cambios. El día que me vio con el bigote... (...) me dice “qué bien, cómo me alegra poder verte, poder...”, y siempre hacía hincapié en mi estado psicológico. Si yo estaba bien, si me sentía bien, si había algo que me faltaba... (VT4E1).

[Me sentí bien en la consulta con la endocrinóloga] porque... estaba bastante pendiente de... todo mi proceso, porque escribe cada cambio, cada... cada cambio que yo le relato que tuve, eh... lo va escribiendo y siento que va... se va notando una evolución... y... (...) como que siempre fue muy pendiente que yo empezara con poco, empezara de a poco también (...) Siempre fue una atención excelente por parte de ella (VT5E1).

Otro aspecto que emerge en todos los relatos tiene que ver con que la *atención cubre las expectativas de los entrevistados*, ya sea en cuanto a recibir el tratamiento requerido (por ejemplo, tratamiento hormonal, acceso a cirugía), o a lograr los resultados de dicho tratamiento. A continuación, se transcriben algunos segmentos que lo ilustran.

Nunca tuve ningún problema, estuvieron desde el primer momento hasta el último. [pausa] Yo no me puedo quejar, en ese sentido, de ninguna mutualista o salud pública. Siempre estuvieron al firme... con todo. Saber lo que pasa, no dejarla por esa... (VT1E2).

Pero es algo... tampoco sé cómo explicártelo, algo lindo lo que se siente, decís ta, estoy consiguiendo lo que yo quiero y lo que yo soy realmente (VT2E1).

Entre esa consulta y la consulta... la tercera, que fue con [endocrinóloga 1 mutualista 3], que me dijo “bueno, tenés los estudios... los tenés en la mano y ya empezamos a hormonizarte”, es más, me temblaban tanto las piernas que me tuve que sentar y empecé a llorar... porque por lo general yo no lloraba, o sea... me cuesta. Y empecé a llorar en medio de [mutualista 3], me senté porque no me podía parar de la emoción diciendo “pah, ya tengo todo” (VT3E1).

[Endocrinóloga de mutualista 5] me atiende, me acepta, me revisa íntegramente hasta la vagina, ¿entendés? que yo no podía creer porque ¡nadie me había tocado nada! Ella quería ver todos los cambios, todas las cosas que yo tenía para ver qué era lo que trabajaba la hormona. Y empezó a hacerme el tratamiento con la testosterona, ¿viste? Me empezó a inyectar testosterona (VT4E1).

Me siento más satisfecho con todo el cambio que se va dando, porque además ella me relató las distintas veces que escribió, lo que había cambiado y lo que... los cambios que se esperaban todavía, y... y ta, fue bastante satisfactorio eso (VT5E1).

Otro de los elementos presentes en todos los relatos es el *uso del nombre social o apellido* por parte del equipo de salud. Seguidamente se presentan algunos ejemplos.

Creo que tenía a las 3 con [Médica 1 UDA Saint Bois], esperé media hora casi, porque ta, yo como vivo lejos, ta... eh... me atendió una muchacha que me llamó por mi nombre, que era [nombre social y apellido] (VT1E1).

Me trataron como un hombre, me dijeron “¿cómo te llamás vos?” Yo pregunté “¿cómo me llamo, cuál de los dos nombres?” Me dice “no, tu nombre”. Le digo “[segundo nombre femenino anterior]”. Y me dice “no, ese no es tu nombre”. Entonces le digo “[nombre masculino distinto al actual]”. Y me dice “bueno, así te llamamos hoy”. Y hasta el día de hoy siguen con la misma atención, el mismo trato (VT2E1).

Y... me llamaron por mi apellido... no, por mi nombre. Me llamaron por mi nombre. Antes de eso tenía una ansiedad que moría... (VT3E1).

[La endocrinóloga de mutualista 5] fue muy dulce, me trató siempre como varón... Qué pasa, cuando vos tenés un... una cédula que dice otro nombre, la propia persona no lo hace adrede, pero está confundida, ¿viste? (VT4E1).

Así que ta, en todo momento recuerdo que siempre me preguntaron cómo me identificaba para poder tratarme como... como yo quería y no como estaba escrito... (VT5E1).

En tres de los relatos se identifican vivencias positivas relacionadas a sentir *felicidad por el rumbo que toma el proceso de atención*, por sentir que se está próximo lograr el tratamiento o atención deseada.

[Cuando saqué hora para atenderme en la UDA del Hospital Saint Bois], ¡pah, se me abrió el alma! [sonríe] porque... es como... poder concretar lo que yo quiero. Y fue genial, me dijeron “venís tal día” y yo salté de felicidad, y abracé uno ahí... (VT1E1).

Quería preguntarle por el tema de la mastectomía, y... no me dio una respuesta muy que digamos “empezamos mañana”, pero (...) que cuando él viniera [de la licencia] podíamos empezar. (...) Y ta, y fue como que me fui con una tranquilidad... (VT2E1).

Estuvo muy bueno ese trato... esa consulta fue... como... un antes y un después... de todo lo que iba a pasar (VT3E1).

Otro de los elementos vinculados a las vivencias positivas que emerge en dos de las cinco biografías tiene que ver con la accesibilidad del servicio, ya sea económica, geográfica o administrativa. A continuación, se presentan algunos ejemplos.

Yo vine acá [a la policlínica] pensando que yo lo tenía que pagar, después me dijeron que no tenía que pagar nada... y fue... la verdad que sin palabras con ellos (VT2E1).

[Para venir a la policlínica] no tengo que viajar, vengo caminando, si me quiero tomar un ómnibus me lo tomo, pero no me queda tan lejos tampoco (VT2E1).

[En el proceso de atención] es como que va todo muy, muy, muy rápido. Y nunca me trancaron nada, por suerte. Ni con el tema de la cédula, ni con el tema de la hormonización, nunca tuve ningún problema (VT3E1).

Un elemento mencionado por dos entrevistados en el contexto de vivencias positivas se relaciona con los registros en la historia clínica, como se ejemplifica a continuación.

Me pusieron en la planilla “varón trans, esto y lo otro, nosequé nose cuanto”. Eso estuvo bueno, porque ya pusieron ahí todo el historial (VT1E1).

[La endocrinóloga] escribe cada cambio, cada... cada cambio que yo le relato que tuve, eh... lo va escribiendo y siento que va... se va notando una evolución... (VT5E1).

Por último, un factor asociado a vivencias positivas que refieren dos de los entrevistados, ambos usuarios de ASSE, tiene que ver con un *ambiente o entorno agradable* en el servicio de salud:

[En la UDA del Hospital Saint Bois] es relindo el lugar, porque es todo un parque, y es precioso. Tengo unas fotos ahí, creo. Y... está lleno de árboles y hay pura vida. No hay nada... no es como acá. Es pura vida. Por donde veas. Está alejado de todo pero está muy bueno. Yo me metí en alguno de esos rincones (risas) porque soy muy curioso y ta... pero es muy lindo estar ahí. Es un aire que es muy distinto, es muy puro. No hay nada de contaminación, y eso está muy bueno (VT1E1).

Sí, en realidad [el local de la policlínica] es chiquito (...). Pero es chiquito ahí... pero... está prolijo, está lindo, aparte es nuevo y siempre hay una limpiadora limpiando todo... Pero el lugar está lindo, aparte de que es chiquito, está bien (VT2E1).

7.3.5. Cambios que harían en los servicios de salud

En cuanto a los cambios que proponen los entrevistados en los servicios de salud, es llamativo que en todos los casos se interrogó acerca de cambios para mejorar la atención de los *varones trans*, pero sus respuestas hacen referencia a las *personas trans*, en algunos casos con referencia explícita a las mujeres trans. De los relatos se desprende que, dentro de una minoría vulnerada, se identifican como privilegiados frente a sus pares femeninas.

Existe consenso en la necesidad de capacitar al personal acerca de la atención a personas trans:

Hay mucha ignorancia [sobre el tema en quienes integran el equipo de salud]. Y hay que exigirles, que... por lo menos en la parte de salud tengan una materia especializada para eso. [Me refiero] a la formación. A la formación de los especialistas (VT1E1).

[En departamentos del interior del país] no es buena la atención en la policlínica, como que tampoco [el equipo] tiene la información necesaria. Entonces como que daría más información (...) a los médicos, en realidad, porque se ve que no tienen la menor idea, porque dicen que han ido y de repente les dicen que no saben, o... que no saben el tema de los inyectables, la testosterona, o... el tema del cambio del nombre (VT2E1).

Si estuviera en mis manos, como no sé cuánta gente hay, daría mucha información a todo el personal. Informate sobre... tanto de los varones trans como de las mujeres trans, es información, el trato, la manera en... en la que le hablás a la otra persona... y ta, básicamente eso [pausa]. Mucha, mucha información (VT3E1).

No haría una policlínica [especializada] para personas trans, como está hecha. No la haría. Sí informaría a los médicos, sacaría toda una camada, daría... no solo, este... charlas y capacitaciones, hablaría... pondría personas trans hablando de nosotros mismos (VT4E1).

Haría capacitaciones para... para todos los funcionarios, para saber cómo tratar... (...) de forma básica con una persona trans para que no se sienta incómoda.... (...) que sepan de qué médico a qué médico derivar, cuáles son los médicos que tratan con chicos trans, cuáles son los que tratan con chicas trans, eh... cuáles son los que... no sé, los que son... los que les interesa más esa área... (VT5E1).

Además de la capacitación al funcionariado de las instituciones de salud, en los relatos aparecen con menor frecuencia otros elementos. Uno de ellos se refiere a la *mejora de la accesibilidad geográfica de servicios especializados* en departamentos del interior del país:

Pondría una policlínica más cerca, que sea especializada para eso. O sea, mujeres trans y hombres trans (...) en los departamentos, principalmente, tienen que ir especialistas de estos temas porque no hay, ¿entendés? (VT1E1).

[Para mejorar la capacitación] me tirarían un poco más para el lado de afuera. Porque [en] Montevideo, supongo, por lo que veo, que el trato es bien, porque si no nadie... se estarían quejando (...) Me tirarían más para el lado de afuera en especializar un poco a los médicos (VT2E1).

El resto de los elementos emergen en forma singular en el relato de alguno de los entrevistados. A continuación, se enumerarán dichos elementos.

VT1 menciona la necesidad de contar con médicas/os de referencia y fortalecer la atención psicológica:

[Uno de los cambios que haría para mejorar la atención de las personas trans sería] que haya médicos de cabecera, psicólogos, que es muy importante porque hay veces que... la gente se identifica de una manera, pero después cuando va al proceso se retrasa, y tenés que ver todo lo psicológico (VT1E1).

Por otra parte, VT4 expresa lo siguiente acerca de la atención de la salud mental, específicamente en cuanto a la atención psicológica:

¿El psicólogo pa'qué lo quiero, el psicólogo? El psicólogo acompañame en mis momentos de soledad, que te cuente mi vida, pero no me... para esto no es un psicólogo. No hay nadie que venga a decirte "yo quiero cambiar mi identidad de género" para después arrepentirse. No hay nadie que lo haga inseguro, te lo doy firmado. Cada uno de los... que además, es una barrera que es super difícil de tirar, recontra difícil de tirar, y cuando nos animamos a dar ese paso... por favor, que no venga nadie a trancártelo. Es como la... lo del aborto, llevándolo... Después que tú decidiste sobre tu cuerpo, decidiste hacerte el aborto, nadie tiene que venir a convencerte de otra cosa, o a charlarte desde otro lugar, ¿entendés? (VT4E1).

VT2 menciona la importancia del trato equitativo:

Y yo pienso que después los médicos deberían tratar a todo el mundo por igual. Yo creo que si hay un poco más de información, tendría que ser el mismo trato (...). Lo principal es la información. La información y que los traten a todos por igual, porque no es nada del otro mundo (VT2E1).

VT4 es quien más elementos menciona dentro de sus recomendaciones, que incluyen: facilitar el acceso a tratamientos, garantizar la calidad del tratamiento quirúrgico, brindar acompañamiento permanente y ampliar la oferta de tratamientos. Seguidamente se transcribe un fragmento de la entrevista que alude dichas recomendaciones.

Quitaría todos los protocolos. Si a mí lo único que me interesa es que vos vengas y me manifiestes cuál es tu identidad. Si vos me decís “yo soy un varón trans”, por supuesto. Si vos me decís [pone la voz más aguda] “Yo soy un varón tr...” y así mismo, “yo soy un varón trans” [vuelve a su tono habitual] Bárbaro, muy bien. ¿Y cómo te llamas? Me llamo Rafael. Perfecto Rafael. ¿Y cómo te puedo ayudar? (...) En mi caso, volviendo a mí: “no, no te saques el útero, porque capaz que [querés] tener hijos”. No, no, mirá, que [me] quiero sacar el útero porque no voy a tener hijos... Ya está, y no quiero tener un órgano que me haga... Si a mí otro hombre me lo explica, yo ya lo entiendo, ¿me entendés? Si viene una persona y me dice “yo tengo, me quiero sacar las tetas”, porque además es bien sencillo lo que nos pasa a nosotras las personas trans (...) pero yo necesito garantías. [Relata su mala experiencia con el resultado de la mastectomía] Yo no quiero que le pase esto a otro... Yo quiero que a otro se la hagan como la gente (...), ¿viste? Eso haría. Sacaría todos los protocolos. Acompañaría a todo el mundo. Le daría con la hormona justa y exacta a cada uno y a cada quien. Además los acompañaría en todo. A las mujeres trans acompañaría con un tratamiento, por ejemplo, para quitarse la barba, para afinar sus voces, (...) la depilación definitiva de todo su cuerpo. (...) Pero haría, haría eso sí, los acompañaría... nos acompañaría en todo sentido. Además de eso generaría grupos familiares, haría contenciones... (VT4E1).

Hasta aquí se han descrito las vivencias positivas y negativas de los varones trans en su contacto con servicios del PNA, así como los cambios que realizarían para mejorar la atención a su salud. En el siguiente capítulo se presenta la discusión en base a la triangulación de los relatos con los elementos planteados en el marco teórico-conceptual y en el marco referencial.

8. Discusión

En el presente capítulo se procura interpretar y explicar los hallazgos planteados en el capítulo anterior a partir de los elementos del marco teórico-conceptual. Atendiendo a las dimensiones de análisis propuestas en la metodología, se consideran dos líneas: una vinculada a las vivencias (dimensión microsocia) y otra a aspectos relacionados al sistema de salud (dimensión macrosocia).

8.1. Aspectos microsociales: las vivencias

Como se mencionó en el marco teórico-conceptual, las vivencias son momentos de la vida distinguibles por su relevancia o intensidad, que constituyen una elaboración personal en torno a una experiencia. Dicha elaboración está influida, entre otros aspectos, por la personalidad, la historia, los intereses y el lugar que la persona ocupa en la sociedad, por lo cual es imprescindible tenerlos en cuenta para darles sentido a las vivencias. (Gadamer, 1999 y Dilthey, 1949; citados por Minayo, 2010). Dicho de otro modo, las vivencias deben ser interpretadas en el contexto de la trayectoria vital en que se producen. En tal sentido, es clave establecer qué hitos biográficos de los cinco entrevistados son relevantes para realizar esta interpretación.

Como primer aspecto a destacar, según se planteara en el marco teórico-conceptual, las personas LGBT (y trans en particular) frecuentemente sufren desconocimiento y rechazo por parte de su familia, no oficiando como factor protector frente a la discriminación externa (Ramos et al., 2015). En tal sentido, todas las biografías incluyen conflictos familiares y la ruptura del vínculo con el padre en algún momento de la vida. La figura materna, si bien permanece en contacto en todos los relatos, en ocasiones puede aparecer con un vínculo conflictivo.

En cuanto a su contacto con el sistema educativo, los cuatro entrevistados que se refirieron a esta dimensión (VT2, VT3, VT4 y VT5) manifestaron haber sufrido acoso escolar, aislamiento o ambos en algún momento de su trayectoria educativa. El hecho de que no haya emergido en el relato de VT1 podría deberse a que durante la educación formal no aparecieran elementos relevantes, o a que se hubieran producido episodios de discriminación y acoso de los cuales no haya querido hablar.

En el caso de VT4 resulta particularmente impactante el recorrido, a través de diversas consultas, en su búsqueda de transformaciones corporales, así como el constante rechazo por parte de diversos profesionales de la salud.

De acuerdo con el modelo de estrés de las minorías (Meyer, 2003), los elementos descritos anteriormente constituyen eventos y condiciones estresantes externas y

objetivas, es decir, *procesos estresores distales*, que los entrevistados padecieron a lo largo de su vida relacionados con su orientación sexual e identidad de género. Por tal motivo, es lógico que en los relatos se vislumbren expectativas de rechazo y ocultamiento de la condición que determina la discriminación, es decir, *procesos estresores proximales*. Como resultado, en todas las biografías aparecen efectos sobre la salud mental de diferente duración e intensidad, llegando al intento de autoeliminación en tres de los cinco casos incluidos en el estudio.

No obstante, en todos los relatos se observan elementos positivos, como la existencia de figuras significativas en la familia y grupos de pares que brindan apoyo y aceptación. Asimismo, se identifica como relevante el papel que juegan los colectivos que nuclean personas trans/varones trans y colectivos de la diversidad sexual como acompañamiento, orientación en la transición y como red de soporte y contención.

Como se describe en el capítulo anterior, todos los entrevistados vinculan sus vivencias positivas en la atención a su salud a tres elementos principales. Estos son: (1) el vínculo con profesionales o equipos de salud, (2) el uso del nombre social o apellido y, finalmente, (3) la atención que cubre las expectativas en relación con el acceso a tratamientos de hormonización o cirugía, o al efecto de dichos tratamientos.

En cuanto al primer elemento, se destaca que recibir desde un inicio un trato cálido y cordial por parte del equipo de salud contribuye a neutralizar la incertidumbre y el temor a la discriminación y el rechazo con que llegan frecuentemente las personas trans a la consulta. A su vez, el establecimiento de un vínculo empático basado en una buena comunicación y el respeto a su identidad promueve la adhesión a ese equipo o profesional.

El segundo elemento, el uso del nombre social y apellido, está vinculado no solamente al respeto a su identidad, sino también al ocultamiento de la identidad de género. En tal sentido, lo expresado por VT1 al relatar una conversación que tuvo con otros varones trans en la sala de espera es contundente:

Por ejemplo, con el tema nombre, no decirle a tal y tal persona [que sos un varón trans] porque te pueden dar una piña. Y... y ta... hubo uno ahí que dice "sí, porque tenemos que exponernos, (...) para que la gente sepa..." y un montón de cosas más, y ta, le dijimos a esa persona "mirá, vos si querés exponete, pero nosotros es algo personal de uno, y nadie tiene por qué saber. Si querés exponerte y después estar llorando por los rincones, hacelo. Pero nosotros no lo vamos a hacer" (VT1E2)

En esta frase se ponen de manifiesto por una parte el temor a ser víctima de violencia transfóbica y por otra la determinación a mantener oculta su identidad de género para evitarlo.

El tercer elemento, la atención que cubre las expectativas en relación con el acceso a tratamientos de hormonización o cirugía, o al efecto de estos, se vincula al

deseo de lograr la concordancia entre su identidad y su cuerpo. A su vez, el logro de las modificaciones corporales podría asociarse con la necesidad de pasar desapercibidos en los diferentes ámbitos donde transcurre su vida (incluidas las instituciones de salud), evitando de esta forma los episodios de discriminación y maltrato.

Respecto a las vivencias negativas inespecíficas, si bien estas no tienen su origen en la identidad de género y son comunes a todas las personas usuarias de los servicios de salud, probablemente tengan un mayor impacto en quienes enfrentan cotidianamente otro tipo de barreras para la atención. Por ende, sería necesario que los servicios de salud generaran estrategias tendientes a neutralizar estas barreras en poblaciones vulneradas, como lo son las personas trans.

Dentro de esta categoría, la prolongación de los tiempos de espera amerita una mención especial. Al respecto, cabe recordar lo expresado por VT1:

Mirá, yo cuando empecé con el tema de los trámites para ir al Saint Bois esperé como tres meses, y creo que eso está mal, porque debería ser menos, ¿entendés? (...), te hacen demorar mucho, ponele que yo tengo una vez al mes consulta para ir a mi doctora. Una vez tengo que ir, después ir de nuevo para ver cómo estoy, esto y lo otro. Y eso hace que no pierdas las esperanzas, pero que se te demoren mucho más las cosas. Porque yo estoy desde setiembre del año pasado para poder hormonarme ¿no? Tuve un problema de salud, pero demora mucho, muchísimo, y hace que te desesperes. (VT1E1).

En esta cita se ilustra con claridad el efecto de los tiempos de espera prolongados, tanto para acceder a servicios especializados como a tratamientos hormonales, y su impacto en el estado de ánimo de los varones trans. Esta dificultad se encuentra fundamentalmente asociada a la atención en los servicios de salud del sector público.

Otro elemento para destacar en esta categoría se vincula a la existencia de barreras económicas. Estas cobran una mayor relevancia teniendo en cuenta las dificultades socioeconómicas que frecuentemente enfrentan las personas trans, producto de las múltiples barreras para el desarrollo de su trayectoria educativa, así como para el acceso y la permanencia en el mundo del trabajo. Al respecto, VT2 expresa:

Yo lo hablo por mí y por muchas personas más, por ejemplo que ahora que cambie el presidente y que diga poner los medicamentos, la testosterona y todo lo de las personas trans, todo pago, que nada sea gratis. Y hay gente que no lo puede pagar, y Salud Pública es una ayuda bastante grande. (VT2E1)

Aquí se evidencia también el temor y la incertidumbre sufrida a partir de las elecciones de 2019, teniendo en cuenta la posibilidad de que durante la gestión del nuevo gobierno de coalición se produjera un retroceso en los avances logrados. Este temor está más que justificado, teniendo en cuenta que gran parte de quienes integran dicha coalición, incluido el propio presidente y numerosas figuras de su partido, se

opusieron a la promulgación de la Ley Integral para las Personas Trans (Allione et al., 2020).

En cuanto a las vivencias negativas específicas, las más frecuentemente identificadas son la insensibilidad de género y las muestras de malestar. Es posible como plantean Kosenko et al. (2013) que algunos comportamientos de integrantes del equipo de salud percibidos por las personas trans como discriminatorios (como el uso del nombre equivocado y las miradas que incomodan) no tengan su génesis en la transfobia, sino más bien en la sorpresa y el desconocimiento de cómo proceder. Por lo tanto, poder identificar dichos comportamientos podría orientar programas de educación dirigidas a su erradicación en el trato con personas trans.

La negación de servicios y la atención deficiente emergen únicamente en el relato de VT4. El hecho de que los varones trans más jóvenes no hayan hecho referencia a estas vivencias negativas específicas podría estar indicando una mejora en la atención a la salud de las personas trans, producto de los avances producidos desde 2009 en adelante.

La atención forzada aparece únicamente en el relato de VT1, vinculada a la atención en el ámbito hospitalario. Esto podría revelar una necesidad de profundizar la formación y sensibilización a integrantes de los equipos de salud que se desempeñan en los servicios del segundo y tercer nivel de atención.

En lo concerniente a la opinión de los entrevistados acerca de los cambios necesarios en los servicios de salud para mejorar la atención de los varones trans, existe consenso: todos señalan la necesidad de mejorar la capacitación a todo el funcionariado de las instituciones sanitarias acerca de la atención a las personas trans, para que brinden un trato apropiado y no discriminatorio.

Teniendo en cuenta su trayectoria vital, especialmente las malas experiencias previas en su contacto con servicios de salud, es coherente que VT4 sea quien identifica más elementos para mejorar en el sistema, incluyendo el derecho de cada persona a poder decidir sobre su cuerpo y su salud: “Quitaría todos los protocolos. Si a mí lo único que me interesa es que vos vengas y me manifiestes cuál es tu identidad” (VT4E1). En sus múltiples consultas infructuosas para lograr las modificaciones corporales deseadas se ponen en tensión los profesionales de la salud como barrera de acceso al tratamiento y el poder de decisión sobre su cuerpo. Queda en evidencia que, cuando no existe un protocolo que lo habilite especialmente, el criterio médico prevalece por sobre el derecho de las personas a decidir sobre sus propios cuerpos.

8.2. Aspectos macrosociales: el sistema de salud

En esta sección, a partir de las vivencias se procura visualizar la respuesta del sistema de salud a la población de varones trans.

8.2.1. Elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud y atención a los varones trans

Como se mencionó en el marco referencial, el SNIS de Uruguay es un sistema de salud basado en la estrategia de APS. Por tanto, una línea de interés de este estudio es visualizar los elementos esenciales de dicha estrategia que emergen en los relatos.

Con relación al *acceso y la cobertura universal* se identifican fundamentalmente barreras organizacionales (demoras en la atención e incremento en los tiempos de espera) y en menor medida barreras económicas y barreras socioculturales. En la guía del MSP (2009) se había establecido que uno de los aspectos que dificulta el acceso de las personas trans a los servicios de salud es la existencia de barreras socioculturales y organizacionales, a las cuales se suman los episodios de discriminación que desde el modelo de estrés de las minorías constituyen *procesos estresores distales*. Tal como se describió en el capítulo anterior, los procesos estresores distales identificados en los relatos fueron la insensibilidad de género, las muestras de malestar, la negación de servicios y la atención forzada. Estos, sumados a vivencias previas de rechazo y discriminación en las trayectorias de vida de los entrevistados (fundamentalmente en el ámbito familiar y educativo), se vinculan a la aparición de *procesos estresores proximales* que emergen en los relatos, como las expectativas de rechazo y el ocultamiento de la orientación sexual/identidad de género (Meyer, 2003). Por ende, como se mencionó en la sección anterior, se hace imprescindible profundizar la capacitación de los equipos de salud para identificar y evitar aquellas conductas que puedan ser interpretadas por las personas trans como expresiones de discriminación (Kosenko et al., 2013), teniendo en cuenta los enfoques transversales: derechos, género, diversidad e interseccionalidad.

En cuanto a la *atención integral e integrada*, en la mayoría de los relatos aparece la derivación por parte del médico de referencia a un equipo o profesional con especialización en la atención de personas trans. Esto provoca una pérdida de continuidad de la relación con el médico o equipo de referencia. En el caso de los entrevistados más jóvenes, todos manifestaron haber tenido buen vínculo con su médico/a de referencia anterior, quien posteriormente los derivó a otro profesional o equipo especializado en la atención a personas trans. Por tal motivo, resulta coherente que dentro de los cambios propuestos se priorice la capacitación al equipo de salud y todo el funcionariado de las instituciones de salud.

En los relatos se les otorga un marcado protagonismo a los procedimientos de transformación corporal, y los demás aspectos de la atención aparecen subordinados al objetivo de acceder a estos. Probablemente esta jerarquización se deba a que constituye una necesidad sentida por ellos, y no necesariamente porque los procesos asistenciales estén exclusivamente centrados en estos aspectos. De hecho, esto coincide con los resultados del estudio realizado por Bell y Purkey (2019), en el cual se evidenció que las expectativas de las personas trans en cuanto a la atención se orientaban a que su médico/a de familia tuviera conocimientos básicos acerca del inicio de tratamientos hormonales y referencia a servicios quirúrgicos especializados.

Si bien se trabajó con un número pequeño de participantes y no se pretende extrapolar sus experiencias a todo el colectivo de varones trans del país, la diferencia evidenciada entre VT4 y sus pares más jóvenes parece indicar una mejora importante en la calidad de atención brindada a los varones trans en nuestro país. Ya no se produce la peregrinación a través de múltiples profesionales con la incertidumbre de cuál será el resultado, sino que se les deriva directamente a profesionales y equipos con capacitación para el abordaje de sus necesidades específicas de salud. Esto sugiere un resultado positivo, al menos en términos preliminares de la aplicación de la Ley 19.684.

Sin embargo, en todas las biografías (de forma más cruenta en VT4 y más sutil en el resto de los entrevistados) queda en evidencia la dinámica de “pasar la papa caliente” que se produce en el equipo de salud al emerger la identidad de género trans en la consulta. La gran diferencia entre el relato de VT4 y el resto es que anteriormente no existían servicios de salud de referencia para las personas trans, sino que simplemente se “sacaban de arriba” la consulta escudándose en la falta de conocimientos, para que la persona fuera a buscar por su cuenta otro profesional de la misma área con más receptividad para atenderle. Actualmente, la derivación ocurre en la primera consulta hacia un servicio o profesional con especialización en el área, pero de todas formas sigue existiendo esta tendencia a escudarse en la falta de capacitación específica para atender a esta población. Esto es cuestionable, teniendo en cuenta la existencia de instrumentos técnicos para la atención de la diversidad sexual (y en particular, de las personas trans) que se publicaron en los últimos años (López et al., 2015, MSP, 2016). Queda de manifiesto que para las y los profesionales de la salud resulta más fácil derivar a un servicio especializado en la temática que basarse en los recursos existentes para poder continuar la atención de estas personas.

También se evidencia que la longitudinalidad de la atención podría verse comprometida debido a las dificultades en los registros y sistemas de información que se mencionan en tres de las cinco biografías, fundamentalmente en el acceso a la información contenida en la historia clínica. Al respecto, en el relato de VT3 emerge la

dificultad existente al tener simultáneamente dos historias clínicas, una con su nombre anterior y otra con el actual.

Teniendo en cuenta que en todos los relatos aparecen problemas vinculados a la salud mental de intensidad y duración variable, se identifica como un factor clave la inclusión de profesionales de esta área al trabajo en equipo para poder dar respuesta a las necesidades de salud de esta población. Un elemento llamativo es que, si bien los problemas relacionados a la salud mental emergen en todas las biografías, solo en un caso aparece la recomendación de fortalecer la atención psicológica. Por otra parte, el único de los cinco entrevistados que no manifestó haber tenido acompañamiento psicológico en algún momento de su vida es quien visualiza esta figura como una barrera para acceder a los cambios para adecuar su cuerpo a su identidad de género.

Acerca de enfermería, se destaca que en general no emerge espontáneamente y está relegada fundamentalmente a la administración de la testosterona. Esta vinculación a los procedimientos orienta a pensar que se tratan de auxiliares de enfermería, lo cual implica que enfermería profesional está ausente en los relatos. A su vez, se visualiza como central la figura médica en el proceso de atención, mientras que el resto del equipo parece estar en un ámbito periférico o incluso invisibilizado. Esto podría deberse a que las representaciones sociales de los entrevistados sobre la atención en salud estén impregnadas del modelo médico hegemónico, o bien a que aún no se haya logrado establecer la horizontalidad entre las/os diferentes integrantes de los equipos de salud.

En relación con la *orientación familiar y comunitaria*, como se mencionó anteriormente hay diferencias entre la atención recibida por los entrevistados que se atienden en efectores públicos y privados. Mientras que los primeros son atendidos por un equipo de profesionales que incluye medicina familiar y comunitaria, los segundos reciben atención de profesionales de endocrinología. Debido a la diferencia de perfil profesional de ambas disciplinas, es probable que existan diferencias sustanciales en la incorporación de este enfoque en la atención. Este es un aspecto particularmente relevante teniendo en cuenta que esta población frecuentemente se enfrenta a rupturas y conflictos en su trayectoria vital, tanto en el entorno familiar como en otros ámbitos en los que transcurre su vida, requiriendo de una mirada más integral para su atención.

Por último, las *acciones intersectoriales* para el abordaje de los determinantes de la salud de la población únicamente emergen en un relato, vinculados con la atención en el sector público. En el relato de VT2, la psicóloga lo vincula con el sector educativo para mejorar su capacitación y facilitar su inserción laboral, elemento de gran importancia teniendo en cuenta las dificultades que enfrentan las personas trans en su vinculación con el mundo del trabajo. Considerando que las personas trans son una población que

habitualmente padece profundas vulneraciones a sus derechos fundamentales, es ineludible que el abordaje de su situación de salud tenga en cuenta los determinantes sociales involucrados. En tal sentido, es clave que la atención a la salud tenga en cuenta la perspectiva de interseccionalidad, a los efectos de poder considerar simultáneamente todos los ejes de desigualdad que convergen en cada persona y abordarlos de forma integral e integrada, buscando estrategias para abordar sus efectos en conjunto con otros sectores.

De lo anteriormente expuesto, a partir de los relatos se pone de manifiesto que existe una mayor incorporación de los elementos esenciales de la APS en los servicios públicos, en los cuales también existe un mayor desarrollo del PNA.

8.2.2. Políticas sobre salud y diversidad y su impacto en la atención a los varones trans

Otra línea de análisis que resulta de interés es visualizar si las políticas nacionales con relación a salud y diversidad podrían haber influido de alguna manera en las vivencias. Para hacerlo, se tiene en cuenta el contexto en el que se desarrollaron las vivencias positivas y negativas, tomando como punto de inflexión histórico el lanzamiento del capítulo de diversidad de la guía de salud sexual y reproductiva del MSP (2009), al cual le siguen como hitos: la creación de los centros de salud libres de homofobia (2012), la creación de la UDA del Hospital Saint Bois (2014), el lanzamiento de la guía para profesionales de la salud sobre salud y diversidad sexual (2016) y, finalmente, la promulgación de la Ley integral para las personas trans (2018).

Como se mencionó anteriormente, aquí se evidencia una marcada diferencia generacional. El contacto de los cuatro entrevistados más jóvenes con el sistema de salud en relación con su transición se produce luego del 2009. En estos casos se observa un predominio de las vivencias positivas, y en caso de aparecer negativas son escasas o lejanas en el tiempo. En cambio, en el relato del entrevistado mayor de 40 años aparece una sucesión de vivencias negativas con diferentes profesionales, entre las cuales emerge una única vivencia positiva. Cabe destacar que esta última, al igual que las anteriores, se desarrolla cerca del punto de inflexión constituido por el lanzamiento del capítulo de diversidad. Por tanto, se infiere que la priorización de esta temática y el desarrollo de estrategias de mejora ha tenido un correlato en el desarrollo de la calidad de atención.

Un aspecto no abordado por este estudio, pero que juega un papel en la mejora de la atención recibida por las personas trans, es la importancia de la subjetividad de la persona que atiende, sus ideas, sentimientos, creencias y construcciones acerca de la transexualidad y la diversidad sexual en general, y cómo esta incide en el vínculo que genera con la persona atendida. Como se reseñó en el marco referencial, en los últimos

años se ha venido registrando una mayor visibilidad de las personas trans en la prensa, el cine y la televisión. Si bien queda mucho por avanzar, esto podría estar contribuyendo a disminuir la carga de desconocimiento y prejuicios sobre esta población y puede ser uno de los motivos por los cuales los varones más jóvenes relatan haber tenido buenas experiencias con personal de salud que expresa no estar capacitado en la atención a personas trans. No obstante, la lentitud con la que se van produciendo estos cambios hace necesaria la intervención por parte del Estado, generando acciones que contribuyan a acelerarlos.

Como se mencionó previamente, los entrevistados vinculan sus vivencias positivas en la atención a su salud al vínculo con profesionales o equipos de salud, el uso del nombre social o apellido y a la atención que cubre las expectativas en relación con el acceso a tratamientos de modificación corporal. Al respecto, cabe destacar que los tres elementos refieren a cuestiones relativamente sencillas de implementar en todos los servicios de salud de nuestro país, especialmente los dos primeros. En cuanto al tercer elemento, es factible poder ampliar significativamente la capacitación a más profesionales del PNA tomando como insumo las guías técnicas existentes en la materia. De esta manera, se podría procurar trascender la lógica de servicios especializados y mejorar la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y organizacional de la atención a las personas trans.

En cuanto a los avances alcanzados en la atención a la salud de las personas trans, aún persiste una marcada asimetría entre el área metropolitana de Montevideo y el resto del país, referida explícitamente en los relatos de VT1 y VT2. Si bien se ha conseguido una mejora significativa, aún resta mucho camino para lograr que las personas trans reciban una atención competente en todos los servicios públicos y privados del país y lograr un cambio cultural en las instituciones sanitarias. Como se expresa en la evaluación del SNIS a 10 años de su implementación:

Es un desafío profundizar el compromiso de los prestadores con los OSN más allá de los estímulos puntuales como las metas asistenciales. La confluencia de los OSN con los prestadores públicos y privados del SNIS deberá ser parte del cambio de la “cultura institucional” necesario, y que deberá irse acreditando, utilizando diversos instrumentos existentes o a generar (MSP, 2017).

Para consolidar este cambio es necesaria la generación de políticas públicas, y para poder llevar estas adelante es necesario destinarles recursos. En el contexto actual, teniendo en cuenta que en la exposición de motivos de la ley de presupuesto 2020-2024 no existe ni una sola mención a esta temática, es difícil que esto ocurra. Es fundamental dar continuidad y profundizar la capacitación de todos los equipos de salud de todos los

niveles de atención a lo largo del territorio nacional, pues de lo contrario se corre el riesgo de que se produzca un retroceso.

Un actor clave en todo este proceso es la UdelaR, en su calidad de principal institución formadora de recursos humanos en salud del país, que ha participado activamente en el desarrollo de experiencias exitosas en la atención a la diversidad sexual y a las personas trans en particular, y en la elaboración de materiales y guías técnicas para contribuir a mejorar la calidad de atención.

9. Conclusiones y recomendaciones

En este capítulo final se plantean las principales conclusiones de este trabajo con relación al proceso de investigación, a los objetivos planteados y a los actores involucrados en la atención a los varones trans.

9.1. Conclusiones con relación al proceso de investigación

Desde el punto de vista metodológico se considera que el diseño de investigación empleado fue adecuado para lograr los objetivos del trabajo. El método biográfico permitió visibilizar las vivencias de los varones trans en su contacto con el sistema de salud, descubriendo su sentido en el contexto de cada trayectoria vital y teniendo en cuenta el momento histórico en que estas vivencias tuvieron lugar.

La estrategia de muestreo fue apropiada, aunque el acceso a los participantes fue dificultoso, tanto por la escasa magnitud de la población como por tratarse de un colectivo estigmatizado y vulnerado. Además, se hizo aún más complejo en el contexto de la emergencia sanitaria por la situación epidemiológica de la COVID-19. Por tales motivos, no fue posible llegar al número de participantes propuesto y tampoco lograr heterogeneidad de perfiles de quienes integraron la muestra, lo cual constituye una limitación de este estudio. Contar con otros participantes mayores de 40 años hubiera permitido hacer más sólida la comparación entre la situación anterior al 2009 y la realidad actual.

Los aspectos éticos constituyeron uno de los elementos más cuidados dentro del proceso de investigación. Teniendo en cuenta las características de la población sujeto de estudio, las transcripciones de las entrevistas fueron realizadas por la propia investigadora, y durante este proceso se fue llevando un registro de todas las intervenciones realizadas en el texto para omitir las referencias que pudiesen permitir la identificación de los participantes en el estudio.

En cuanto a las técnicas de obtención, tratamiento y análisis de la información, la falta de experiencias previas en investigación cualitativa supuso importantes desafíos en el desarrollo de diversas competencias. Algunas de ellas fueron la destreza en el manejo de la entrevista, la transcripción y análisis de contenido, el uso de técnicas para ordenar la información (como la elaboración de las líneas de vida) y el uso de *software* para el análisis cualitativo.

En relación con el marco conceptual, la escasez de evidencia acumulada sobre la población trans en el campo de la salud, en particular de los varones trans, puso de manifiesto la carencia de un marco teórico específico que contemplara las

particularidades de esta población. No obstante, algunos elementos más generales fueron de relevancia para el análisis e interpretación de las vivencias.

Uno de los elementos importantes para el análisis fue el estudio de Kosenko et al. (2013), que permitió categorizar e identificar las vivencias negativas específicas sufridas por las personas trans en su contacto con los servicios de salud. El otro aporte conceptual relevante para este estudio fue el modelo de estrés de las minorías de Meyer (2003). Si bien este modelo no fue desarrollado pensando en las personas trans, aportó un marco explicativo de las vivencias en el contexto de trayectorias vitales signadas por episodios de discriminación, a la vez que permitió identificar las vivencias internas constituidas por los procesos estresores proximales.

Se destaca que esta primera experiencia de investigación cualitativa constituyó un desafío que dejó aprendizaje muy importante. Por una parte, el método biográfico se visualiza como una modalidad de investigación con grandes potencialidades para la investigación en el campo de la salud, ya que permite contextualizar los fenómenos en el momento histórico y en la trayectoria de vida de sus protagonistas. Esto resulta particularmente valioso en el estudio de grupos vulnerables/ vulnerados y representa una enorme responsabilidad, por lo cual es fundamental la reflexividad durante todo el proceso, es decir, volver a sí mismo para examinar de forma crítica los efectos producidos durante el desarrollo de todas las etapas de la investigación (De la Cuesta-Bejumea, 2011). Por otra parte, este trabajo fue una oportunidad para poder conocer en profundidad las vivencias de un grupo de sujetos valientes, por cuya confianza y sinceridad estoy enormemente agradecida.

9.2. Conclusiones con relación a los objetivos del estudio

Esta investigación tuvo como objetivos específicos (1) describir las vivencias de los varones trans en su contacto con los servicios del PNA del área metropolitana de Montevideo, (2) identificar los elementos tomados en cuenta para evaluar la atención recibida, y (3) analizar las características de los servicios de salud que valoran como positivos o negativos. A continuación, se desarrollarán los hallazgos para cada uno de estos tres objetivos.

9.2.1. Descripción de las vivencias

En el contacto de los varones trans con los servicios de salud del PNA se identifican vivencias positivas y negativas. Estas últimas se dividen en (1) vivencias negativas inespecíficas, comunes a todos los usuarios del sistema de salud; (2) vivencias negativas específicas, que tienen su origen en la identidad de género; y (3) vivencias

negativas por estrés de las minorías, que son internas de las propias personas y están vinculadas a las experiencias previas de discriminación y maltrato.

Las vivencias positivas se asocian fundamentalmente a un buen vínculo con profesionales o equipos de salud, el uso del nombre social o apellido en la consulta y a la atención que cubre las expectativas en relación con el acceso a tratamientos hormonales o quirúrgicos. Estos dos últimos elementos podrían estar vinculados a la necesidad de ocultar su identidad de género para pasar desapercibidos y, de esta forma, protegerse de situaciones de discriminación, maltrato y violencia transfóbica.

Las vivencias negativas inespecíficas, como los tiempos de espera prolongados y las barreras económicas y organizacionales, impactan con más fuerza en los colectivos estigmatizados y vulnerados, como las personas trans. Por ende, las instituciones de salud deberían buscar activamente mecanismos para disminuir su impacto en esta población.

Las vivencias negativas específicas más frecuentes son la insensibilidad de género y las muestras de malestar. Es posible que su origen sea la sorpresa y el desconocimiento de las/os profesionales acerca de cómo proceder, por lo cual es fundamental continuar extendiendo y profundizando la capacitación de los equipos de salud en la atención a las personas trans.

Otras vivencias negativas específicas, como la negación de servicios y la atención deficiente, emergen solamente en el entrevistado mayor de 40 años. Esto podría estar reflejando una mejora en la atención a las personas trans, producto de cambios culturales y, fundamentalmente, del desarrollo de legislación y políticas públicas en la materia. Por otra parte, la atención forzada aparece vinculada a la atención en el ámbito hospitalario, lo cual podría indicar la necesidad de profundizar la capacitación el segundo y tercer nivel de atención.

9.2.2. Elementos que toman en cuenta para evaluar la atención recibida

Uno de los principales elementos tomados en cuenta para evaluar la atención recibida tiene que ver con la capacitación del/la profesional o equipo de salud en relación con la atención de los varones trans. Esto incluye tanto aspectos del abordaje clínico, como la sensibilidad demostrada en la atención, a través de un trato cordial, respetuoso de su identidad de género y que manifieste preocupación por su persona. El segundo elemento, representado por el uso del nombre social o apellido, está muy relacionado al anterior, ya que depende en gran medida de la capacitación y sensibilización del funcionariado en cuanto al trato a las personas trans.

Otro de los aspectos tomados en cuenta en la evaluación de la atención tiene que ver con el acceso a tratamientos de hormonización o cirugía. En tal sentido, se le otorga una gran importancia a la rapidez con que se logra acceder a estos.

9.2.3. Características de los servicios de salud que valoran como positivos o negativos

Los principales aspectos de los servicios de salud valorados por los varones trans fueron la accesibilidad del servicio, tanto económica como geográfica y administrativa. En cuanto a la accesibilidad geográfica, se identifica la necesidad de mejorarla, principalmente en el interior del país, donde hay una menor oferta de servicios y profesionales con capacitación para la atención de las personas trans.

Por último, la calidad de los registros y sistemas de información aparece como un elemento relevante, fundamentalmente asociado a la continuidad de la atención.

9.3. Conclusiones en relación con los actores involucrados en la atención a los varones trans

En relación con el sistema de salud, existe una diferencia importante en cuanto al desarrollo de los elementos esenciales de la APS renovada entre el ámbito público y el privado. En el sector público se observa que la atención brindada incluye una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, y dentro de los equipos de salud existen profesionales con formación para realizar un abordaje familiar y comunitario. En cambio, la atención en el sector privado está centrada en la figura del/la especialista en endocrinología, no visualizándose el trabajo en equipo y la intersectorialidad de las acciones. En suma, se visualiza que el cambio en el modelo de atención es insuficiente y no está consolidado. En algunas instituciones existe un cambio cultural en proceso y en otras no se ha iniciado, por lo cual es fundamental continuar fortaleciendo y promoviendo estos cambios.

En el ámbito público se ha dado una lógica de generar servicios especializados para dar respuesta a las necesidades de atención de grupos poblacionales (personas afrodescendientes, personas sordas, personas trans, entre otras), cosa que no se visualiza tan claramente en el ámbito privado. Si bien contar con dichos servicios es un elemento que ha contribuido a mejorar notoriamente la calidad de la atención que reciben las personas trans, es fundamental que todos los equipos de salud del PNA logren adquirir competencias básicas para abordar a esta población. En la medida en que no exista una política sanitaria nacional que incentive esos procesos, no existen motivos para pensar que ocurrirán de forma espontánea. Por tal motivo, es necesario que desde el Ministerio de Salud Pública se establezcan metas claras para avanzar en este sentido.

La sociedad civil organizada en este caso, representada por los colectivos de la diversidad sexual tiene un rol fundamental en la implementación de acciones de monitoreo y abogacía dirigidas a defender los avances alcanzados, evitar su retroceso y luchar para profundizarlos.

También sería necesario que los estudios de satisfacción de usuarias/os de las instituciones sanitarias consideraran como variable la identidad de género (así como otras variables asociadas a marginación y exclusión). De esta manera, se podrían visibilizar las inequidades que se producen en la atención a la salud de grupos vulnerables/vulnerados, y de esta forma se podrían desarrollar estrategias para eliminarlas o mitigarlas.

En cuanto al papel que juega la UdelaR, en la mejora de la calidad de atención a las personas trans, es preciso mantener y profundizar la incorporación de estos temas en los planes de estudio de grado y posgrado para todas las profesiones del área de la salud, considerando los ejes transversales de derechos, género y diversidad, así como la perspectiva de interseccionalidad. De tal forma, se podrá alcanzar una masa crítica de profesionales con formación y sensibilización en esta temática, que sean motores de un cambio en el seno de las instituciones sanitarias. También es necesario continuar profundizando los espacios de formación interprofesional que brindan atención directa a la población en los servicios de salud, incorporando a aquellas disciplinas que aún no forman parte. También es necesario impulsar el desarrollo de investigaciones, fundamentalmente en el interior del país, que permitan visibilizar las inequidades en la atención y promuevan el desarrollo de acciones tendientes a su reducción.

Concluyendo este trabajo, se destaca que existe un justificado temor por parte de las personas trans a perder las mejoras alcanzadas en materia de salud. Es imperioso que la autoridad sanitaria asuma un papel activo para lograr el cumplimiento de la ley integral para las personas trans en todo el territorio nacional, estableciendo metas en referencia a la mejora de la atención para lograr extender y consolidar los cambios en los servicios. De esta forma, junto con medidas afirmativas con relación al trabajo, la educación y la vivienda, será posible que las personas trans puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

Referencias bibliográficas

- Allione, G., Azarian, F., Commeres Benejam, C., Deangeli, M. y Fiol, A. (2020) *Estado de situación de los activismos LGTBTTIQ+ en Argentina, Uruguay y Paraguay*, Fondo de Mujeres del Sur. <https://www.mujieresdelsur.org/wp-content/uploads/2021/03/Version-abreviada-Estado-de-situacion-de-los-activismos-LGTTTTIQ-en-Argentina-Uruquay-y-Paraguay.pdf>
- Arteta, Z. (2015). Capítulo 4: Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual. En P. López, F. Forrasi, y G. Gelpi (comp.). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. (pp. 107-132). Ministerio de Salud Pública.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
- Barrenechea, C. (2009). Niveles de atención. Primer nivel de atención a la salud. En C. Barrenechea, T. Menoni, E. Lacava, A. Monge, C. Acosta, S. Crosa, I. Gabrielzyk y R. Carrillo. *Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención* (pp. 37-42). Comisión Sectorial de Educación Permanente.
- Barrio-Cantalejo, I. y Simón Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin (Barc)*, 126(11), 418-23. <http://researchgate.net/publication/246616525>
- Bell, J. y Purkey, E. (2019). Trans individuals' experiences in primary care. *Can Fam Physician*, 65(4), e147–e154. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6467676/pdf/065e147.pdf>
- Bonapelch, S., Brescia, A., Langone, D., Moresino, S. y Núñez, S. La iniciativa de reconocer buenas prácticas en capacidad resolutive del primer nivel de atención. En W. Benia y S. Moresino (coord.). (2019). *Buenas prácticas de capacidad resolutive. Primer nivel de atención del SNIS. 2018*. (pp. 16-26). Ministerio de Salud Pública. <https://www.paho.org/es/file/82602/download?token=GWWgdNi1>
- Boniolo, P. (2009). La historia de vida como método para el estudio de la corrupción en las clases sociales. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 3(2), 101-111.
- Castillo Muñoz, L. y Cuadrado, F. (2020). Percepción de las personas transexuales sobre la atención sanitaria. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 13-17. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100004&lng=es&tlng=es

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2012). *Orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes*. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/CP-CAJP-INF_166-12_esp.pdf
- Comisión Internacional de Juristas (2007). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Yogyakarta. <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Comité de Ética de la Investigación. (2014). *Pautas para la presentación de protocolos al comité de Ética de la Investigación*. Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.
- Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96717104>
- Correa, N. (2015). *Trayectorias y relatos de personas trans en relación al mundo del trabajo: un acercamiento desde los métodos biográficos*. [Tesis de maestría, Facultad de Psicología]. Colibrí.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 140:139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Cruz, T. M. (2014). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: a consideration of diversity in combating discrimination. *Soc Sci Med*, 110, 65-73.
- De La Cuesta-Bejumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin* 21(3), 163-167. <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2011/la-reflexividad.pdf>
- D'Elia, Y. y Maingón, T. (2004). La equidad en el desarrollo humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad. Caracas: PNUD.
- Estado ausente, nuestra lucha está presente (25 de setiembre de 2021). *PIT-CNT*. <https://www.pitcnt.uy/novedades/item/4368-estado-ausente-nuestra-lucha-presente>
- Etchebarne, L. (2001). Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En L. Etchebarne. *Temas de Medicina Preventiva y Social* (pp. 75-82). FEFMUR

- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P. y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública Méx* 57(2), 82-89. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>
- Food and Drug Administration (3 de marzo de 2015). FDA Drug Safety Communication: FDA cautions about using testosterone products for low testosterone due to aging; requires labeling change to inform of possible increased risk of heart attack and stroke with use. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436259.htm>
- Galindo, P. (2016). Hans-Georg Gadamer y Wilhem Dilthey: Lecturas y consideraciones en torno a la idea de vivencia. *Apuntes Filosóficos*, 25(49), 85-102. <https://core.ac.uk/download/pdf/267079173.pdf>
- González, D. y Soto, I. (2015). Sistematización del proyecto: Centros de Salud libres de homofobia. Experiencia piloto. UNFPA.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Flash Temático N°4*. https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=54b6ae4c-19e7-42eb-9d14-470751a3a410&groupId=10181
- Kornblit, A. L. (2004). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. En A. L. Kornblit, *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis* (pp. 15-33). Biblos.
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S. y Maness, K. (2013). Transgender patient perception of stigma in health care contexts. *Med Care*, 51(9), 819-822.
- Kuzel, A. (1992) Sampling in qualitative inquiry. En B. J. Crabtree y W. L. Miller. *Doing qualitative research: multiple strategies* (pp. 31-44). Sage Publications.
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Benia, W., Anzalone, P., Harispe, E., (coord.). (2016). *Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio*. Organización Panamericana de Salud. <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/libro%20PERFIL%20DEL%20SISTEMA%20DE%20SALUD.pdf>
- Ley N°18.211 de 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 2, Semestre 2, año 2007, Montevideo, Uruguay, 5 de diciembre de 2007.
- Ley N°18.335 de 2008. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 1, Semestre 2, año 2008, Montevideo, Uruguay, 15 de agosto de 2008.
- Ley 19.684 de 2018. Ley integral para personas trans. 26 de octubre de 2018. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018>

- López, P., Forrisi, F. y Gelpi, G (comp.). (2015). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Ministerio de Salud Pública.
- Mallimaci, F. y Giménez Béliveau, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En I. Vasilachis, *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 175-212). Gedisa S.A.
- Márquez, D., Niz, C., Olinisky, M. (2015). Capítulo 6: Atención integral a personas trans. Primera parte: Atención en el primer nivel. En P. López, F. Forrisi y G. Gelpi (comp.). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. (pp. 147-164). Ministerio de Salud Pública.
- Meyer, I. 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.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/pdf/nihms32623.pdf>
- Minayo, M. C. S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6(3), 251-261.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *TRANSFORMA 2015. Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans*. Ministerio de Desarrollo Social.
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57928/1/doc_base_transforma_2015.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *TRANSFORMA 2016. Visibilizando realidades: Avances a partir del Primer Censo de personas trans*.
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/66572/1/doc_transforma_2016-nap01.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Diversidad*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guias%20en%20SSySR%20-%20Capitulo%20Diversidad%20Sexual%202009.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016a). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*.
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%2009%20JUNIO%202016.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2016b). *Guías Clínicas para la hominización en personas trans*. UNFPA. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20para%20la%20Homologaci%C3%B3n%20en%20personas%20Trans%202016.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (2017). A diez años de iniciada la reforma sanitaria. Evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.paho.org/es/file/82605/download?token=tFw1dbQs>
- Mujer y Salud en Uruguay. (2012). Relevamiento de necesidades de salud en personas trans. MYSU. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-agu%c3%ad-el-relevamiento-necesidades-salud-trans-revision-2013.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo)*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion-Montevideo-2005.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias-Desarrollo-Equipos-APS.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Perfil del sistema de salud República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil-Sistema-Salud-Uruguay-2009.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf
- Orgullo es luchar: un adelanto de la proclama de la Marcha por la Diversidad 2020 (23 de setiembre de 2020). *La diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/9/orgullo-es-luchar-un-adelanto-de-la-proclama-de-la-marcha-por-la-diversidad-2020/>
- Peitzmeier, S. M., Khullar, K., Reisner, S. L. y Potter, J. (2014). Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. *Am J Prev Med*, 47(6), 808-812.
- Poder Ejecutivo. (2007). *Exposición de motivos del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/7807948.PDF>
- Poder Ejecutivo (2020). *Exposición de Motivos, Proyecto de Ley de Presupuesto Nacional 2020-2024*. <https://www.gub.uy/ministerio-economia-finanzas/sites/ministerio-economia-finanzas/files/2020-08/mensaje.pdf>
- Poteat, T., German, D. y Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Poteat_2013.pdf

- Ramos, V., Forrissi, F. y Gelpi, G. (2015). Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común. En P. López, F. Forrissi, y G. Gelpi (comp.). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. (pp. 15-46). Ministerio de Salud Pública.
- Riggs, D. W., Coleman, K. y Due, C. (2014). Healthcare experiences of gender diverse Australians: a mixed-methods, self-report survey. *BMC Public Health*, 14:230. <https://cyberleninka.org/article/n/440845.pdf>
- Rocha Carpuic, C. (2015). Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay. *Cuadernos del UNFPA*, 9(8), 1-38.
- Rocon, P.C., Rodrigues, A., Zamboni, J. y Pedrini, M.D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-2525. <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVgQ6WGjyqRzLqfd8vRD/?format=pdf&lang=pt>
- Sautu, R. (1999). Estilos y prácticas de la investigación biográfica. En R. Sautu, *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores* (pp. 21-60). Belgrano.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Colección Campus Virtual. Buenos Aires: CLACSO. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html>
- Schenck, M. (2017). Policlínicas inclusivas. Diversidad sexual y de género en salud, atención libre de discriminación a personas que viven con VIH: la experiencia de la Intendencia de Montevideo. UNFPA.
- Shires, D. A. y Jaffee, K. (2015). Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health Soc Work*, 40(2), 134-141.
- Stotzer, R. L., Ka'opua, L. S. y Diaz, T. P. (2014). Is healthcare caring in Hawai'i? Preliminary results from a health assessment of lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning, and intersex people in four counties. *Hawaii J Med Public Health*, 73(6), 175-180. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064342/pdf/hjmph7306_0175.pdf
- Valles, M. (2007). Técnicas de conversación, narración (II): la metodología biográfica. En M. Valles, *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional* (pp. 235-277). Síntesis SA.
- Villalba, S. R., y Noceti, M. C. (1989). Tipos de establecimientos de atención médica del MSP según niveles de complejidad. Ministerio de Salud Pública.

Apéndices

Apéndice A: Notas de prensa sobre personas trans

La siguiente búsqueda fue realizada entre el 10 y el 13 de julio de 2021. Se utilizó en el buscador de Google la palabra clave “trans” en páginas web del dominio .uy. Se seleccionaron artículos de la sección de noticias que hicieran referencia a historias de personas trans y noticias con relación a temas sociales, culturales y políticos centrados en personas trans. Se excluyeron las notas de prensa relacionadas a transfemicidios y episodios de discriminación hacia personas trans, así como aquellas que refirieran a la Ley integral para las personas trans y a medidas afirmativas hacia esta población. Siguiendo estos criterios, se encontraron 25 artículos publicados entre 2015 y 2021, que se presentan en orden cronológico.

La lista no pretende ser exhaustiva y solo tiene el objetivo de respaldar con fuentes hemerográficas algunas afirmaciones realizadas en el marco referencial.

Transfobia: el reflejo de la exclusión. (22 de agosto de 2015). *El País*.

<https://www.elpais.com.uy/que-pasa/transfobia-reflejo-exclusion.html>

Macchi, F. (30 de julio de 2017). Tres historias de docentes trans. *El Observador*.

<https://www.elobservador.com.uy/nota/tres-historias-de-docentes-transexuales-2017730500>

"Muchas" personas trans "salen a los 15 años de sus casas" por "rechazo de sus familias". (29 de setiembre de 2017). *El País*.

<https://www.elpais.com.uy/informacion/trans-salen-quince-anos-casas-rechazo.html>

Asume la primera legisladora trans y se propone impulsar la agenda LGTB. (10 de octubre de 2017). *El País*. <https://www.elpais.com.uy/informacion/asume-primera-legisladora-trans-propone-impulsar-agenda-lgtb.html>

De Vitta, A. (13 de abril de 2018). El Arte Trans llegó para quedarse. *La República*. <https://www.republica.com.uy/el-arte-trans-llego-para-quedarse/>

Solomita, M. (15 de abril de 2018). Creando un nuevo futuro trans. *El País*.

<https://www.elpais.com.uy/que-pasa/creando-nuevo-futuro-trans.html>

Riguetti, B. (2 de julio de 2018). Familias orgullosas. *la diaria*.

<https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2018/7/familias-orgullosas/>

Legrand, D. (22 de agosto de 2018). Vivir como un guerrero: niñeces y adolescencias trans. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2018/8/vivir-como-un-guerrero-nineces-y-adolescencias-trans/>

- Nicole Vázquez: la mujer trans que después de tres años obtuvo la tenencia de su sobrino por vía judicial. (18 de octubre de 2018). *El Observador*. <https://www.observador.com.uy/nota/nicole-vazquez-la-mujer-trans-que-despues-de-tres-anos-obtuvo-la-tenencia-de-su-sobrino-por-via-judicial--20181018161043>
- Panessi, H. (1 de diciembre de 2018). La primera jugadora trans. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/lento/articulo/2018/12/la-primera-jugadora-trans/>
- Castro, M. (5 de diciembre de 2018). "Teen Trans", un manga uruguayo que se proyecta fuera de fronteras. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/cultura/articulo/2018/12/teen-trans-un-manga-uruquayo-que-se-proyecta-fuera-de-fronteras/>
- Legrand, D. (19 de enero de 2019). Historias de vida trans en primera persona. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2019/1/historias-de-vida-trans-en-primera-persona/>
- Rodríguez, F. (24 de junio de 2019). Paula Braga, una activista que luchó por el empoderamiento de las y los trans. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2019/6/paula-braga-una-activista-que-lucho-por-el-empoderamiento-de-las-y-los-trans/>
- Nicol Salazar: la nueva Miss Trans. (17 de agosto de 2019). *El País*. <https://www.elpais.com.uy/sabado-show/nicol-salazar-nueva-miss-trans.html>
- Núñez, J. (1º de abril de 2019). Comenzó la tercera edición de la Semana de Arte Trans. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2019/4/comenzo-la-tercera-edicion-de-la-semana-de-arte-trans/>
- Por primera vez niña trans obtuvo cédula de identidad con su nuevo nombre. (4 de octubre de 2019). *El País*. <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/primera-vez-nina-trans-obtuvo-cedula-identidad-nuevo-nombre.html>
- Ale Da Rosa, primera mujer trans en encabezar una lista a Diputados. (26 de setiembre de 2019). *Montevideo Portal*. <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Ale-Da-Rosa-primera-mujer-trans-en-encabezar-una-lista-a-Diputados-uc730922>
- Galliazzi, S. (6 de febrero de 2020). "Naturaleza trans": la historia de tres mujeres que llegó al Solís. *El Observador*. <https://www.observador.com.uy/nota/-naturaleza-trans-la-historia-real-de-tres-mujeres-que-llego-al-solis-202025155818>
- Lauber, N. (19 de setiembre de 2020). Collette Spinetti, en la cocina del activismo social y también en "Masterchef: Celebrity". *El País*. <https://www.elpais.com.uy/sabado-show/collette-spinetti-cocina-activismo-social-masterchef-celebrity.html>
- Panessi, H. (7 de noviembre de 2020). Susy Shock y la milonga queer. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/lento/articulo/2020/11/susy-shock-y-la-milonga-queer/>

- Uwimana, S. (11 de enero de 2021). La historia de Sebastián Salaverri, el adolescente uruguayo trans que cumplió radiante su primer año de cambio de género. *El Observador*. <https://www.observador.com.uy/nota/la-historia-de-sebastian-salaverri-el-adolescente-uruguayo-trans-que-cumplio-radiante-su-primer-ano-de-cambio-de-genero-2021111152055>
- Un acercamiento al impacto de la pandemia en la vida de las personas trans que viven en Uruguay. (14 de abril de 2021). *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2021/4/un-acercamiento-al-impacto-de-la-pandemia-en-la-vida-de-las-personas-trans-que-viven-en-uruguay/#>
- Álves, C., Bentancor, J., y Rizzo, L. (23 de abril de 2021). A rodar mi vida. Personas trans en el sistema penitenciario. *Brecha*. <https://brecha.com.uy/a-rodar-mi-vida/>
- Álves, C. (4 de junio de 2021). Gloria Álves, referente uruguaya en la lucha por los derechos de las personas trans, murió por covid-19. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2021/6/gloria-alvez-referente-uruguaya-en-la-lucha-por-los-derechos-de-las-personas-trans-murio-por-covid-19/>
- Malek, M. (9 de julio de 2021). Collette Spinetti: "Hoy en Uruguay nadie está ajeno a que existe una comunidad trans". *El País*. <https://www.elpais.com.uy/eme/mujeres/collette-spinetti-hoy-uruguay-nadie-ajeno-existe-comunidad-trans.html>

Apéndice B: Hoja de información y consentimiento informado

En el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, me encuentro desarrollando la investigación “Vivencias de varones trans en relación con la atención a su salud en servicios del Primer Nivel de Atención del área metropolitana de Montevideo”.

El objetivo de dicha investigación es conocer las vivencias los varones trans en su interacción con los servicios públicos y privados del Primer Nivel de Atención del área metropolitana de Montevideo, contribuyendo a visibilizar a este colectivo y su situación específica. Esto permitirá desarrollar estrategias para mejorar los servicios de salud, adaptándolos a las características y las necesidades de los varones trans.

Te invito a formar parte esta investigación a través de tu testimonio, recabado mediante entrevistas. Estas serán grabadas y registradas a través de notas. Está previsto coordinar dos entrevistas, pero de ser necesario ampliar información, se podrá requerir una tercera entrevista o contacto telefónico.

La información obtenida será estrictamente confidencial, para lo cual se utilizarán seudónimos para identificar a los participantes, y se modificarán las referencias que permitan identificación. El acceso a los registros de las entrevistas lo tendremos únicamente mi tutor de tesis, Prof. Mg. Fernando Borgia y yo misma.

Si bien no recibirás ningún beneficio directo por participar en esta investigación, estarás contribuyendo a visibilizar la situación de los varones trans.

Las técnicas utilizadas no presentan riesgos para tu integridad. Si deseas, puedes contactarte con la responsable del proyecto para ampliar información al respecto.

En caso de que aceptes participar, podrás retirarte de la investigación en el momento que lo decidas, sin que ello te perjudique de ninguna manera.

Mariana Mugico

Responsable de la investigación

Consentimiento informado

Yo,,
expreso que recibí información respecto al estudio “Vivencias de varones trans en
relación con la atención a su salud en servicios del Primer Nivel de Atención del área
metropolitana de Montevideo”.

Se me informaron los riesgos y beneficios de participar en la investigación. Pude realizar
todas las consultas respecto a la investigación, y se me entregó una hoja de información.

También se me informó que puedo decidir retirarme de la misma cuando lo desee, y que
esto no me perjudicará de ninguna manera.

Teniendo en cuenta lo anterior, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma:

Contrafirma:

Cédula de identidad:

Firma de la investigadora:

Contrafirma: Mariana Mugico

Cédula de identidad: 2.771.236-5

Teléfono celular: 099 924 857

Correo electrónico: marianamugico@gmail.com

Apéndice C: Pauta para primera entrevista

Información del entrevistado

Edad:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

Barrio/localidad donde reside:

Cobertura de salud:

Prestador/es donde se atiende:

Documento corresponde a identidad de género:

Nivel socioeconómico:

Apertura de la entrevista

Presentación de la investigadora, presentación de los objetivos del estudio. Entrega y lectura de hoja de información al participante. Lectura y firma de consentimiento informado.

Desarrollo de la entrevista

1. Introducción

Para comenzar, contame un poco de vos. ¿A qué te dedicás, con quién vivís...? ¿Cómo es un día típico en tu vida?

¿Cuándo te identificaste como varón trans? ¿Qué cosas te pasaron para que llegaras a identificarte como varón trans?

¿Qué cosas cambiaron en tu vida desde ese momento? (primero pregunta abierta, luego profundizar a nivel familiar, en el barrio, en la institución educativa, en el trabajo, según corresponda).

Cuando pensás en la atención a la salud, ¿qué es lo primero que te viene a la mente?
¿Por qué?

2. Descripción de la atención en salud recibida desde identificación como varón trans.

Desde que te identificaste como varón trans, ¿qué cambios notaste con relación a la atención a tu salud en el primer nivel de atención?

¿Cómo fue el trato que recibiste desde los diferentes integrantes del equipo de salud?

3. Descripción de la última consulta en una policlínica o centro de Salud.

¿Cuándo fue la última vez que consultaste en una policlínica o centro de Salud?

¿Podrías describir lo que recuerdes de esa experiencia?

Elementos para explorar en la descripción: motivo de consulta, si concurrió solo o acompañado, quién lo recibió al llegar, recuerdos de la espera previa a la consulta, por qué nombre lo llamaron, cómo fue el trato que recibió de los diferentes integrantes del equipo de salud, qué recuerda del/los consultorio/s donde lo atendieron.

¿Cómo te sentiste? ¿Por qué?

¿Te fuiste satisfecho con la consulta? ¿Por qué?

4. Descripción de ocasión en que se haya sentido bien atendido en una Policlínica o Centro de Salud.

¿Recordás alguna vez en que te hayas sentido bien atendido en una Policlínica o Centro de Salud? ¿Podrías describir lo que recuerdes de esa experiencia?

¿Cómo te sentiste? ¿Por qué?

¿Te fuiste satisfecho con la consulta? ¿Por qué?

5. Descripción de ocasión en que se haya sentido mal atendido en una Policlínica o Centro de Salud.

¿Recordás alguna vez en que te hayas sentido mal atendido en una Policlínica o Centro de Salud? ¿Podrías describir lo que recuerdes de esa experiencia?

¿Cómo te sentiste? ¿Por qué?

¿Te fuiste satisfecho con la consulta? ¿Por qué?

6. Recuerdos de la atención a su salud en la niñez y adolescencia.

¿Qué recuerdos tenés de la atención a tu salud en la adolescencia?

Elementos para explorar: quién lo acompañaba a la consulta, qué recuerda del médico que le atendía, qué recuerda del consultorio y la sala de espera.

¿Cómo te sentías? ¿Por qué?

Vayamos más atrás en el tiempo. ¿Cómo recordás la atención a tu salud en la niñez?

¿Cómo te sentías? ¿Por qué?

Cuando te enfermabas ¿iba el médico a verte a tu casa o tú ibas al consultorio?

¿Recordás alguna costumbre o “ritual” relacionada a eso?

¿Cómo te sentías? ¿Por qué?

7. Cambios que haría si estuviera en sus manos mejorar la calidad de la atención en salud que reciben los varones trans.

Imaginá por un momento que sos el presidente de [ASSE/la mutualista en la que te atendés] ¿qué cosas cambiarías para mejorar la atención a los varones trans?

De todo lo que mencionas, ¿qué sería para ti lo más importante? ¿Por qué?

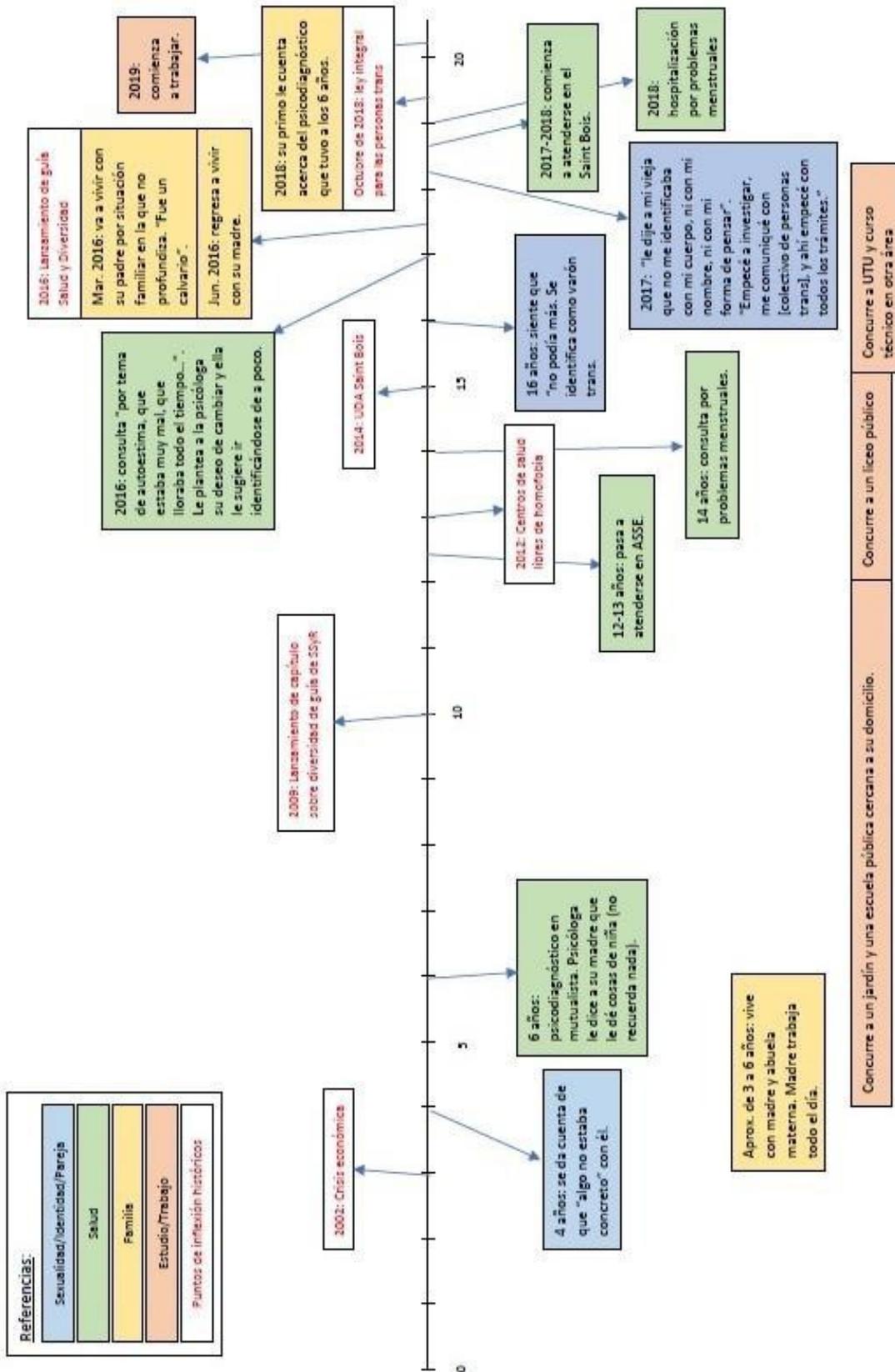
8. Otros elementos que no se hayan preguntado y quisiera agregar.

Cierre de la entrevista

Agradecer por el tiempo brindado. Dejar coordinada una nueva entrevista en 7 a 10 días. Solicitar al entrevistado que para el próximo encuentro busque objetos (fotografías, prendas de ropa, documentos, entre otros) que den cuenta de los hechos presentes en el relato.

Apéndice D: Líneas de vida

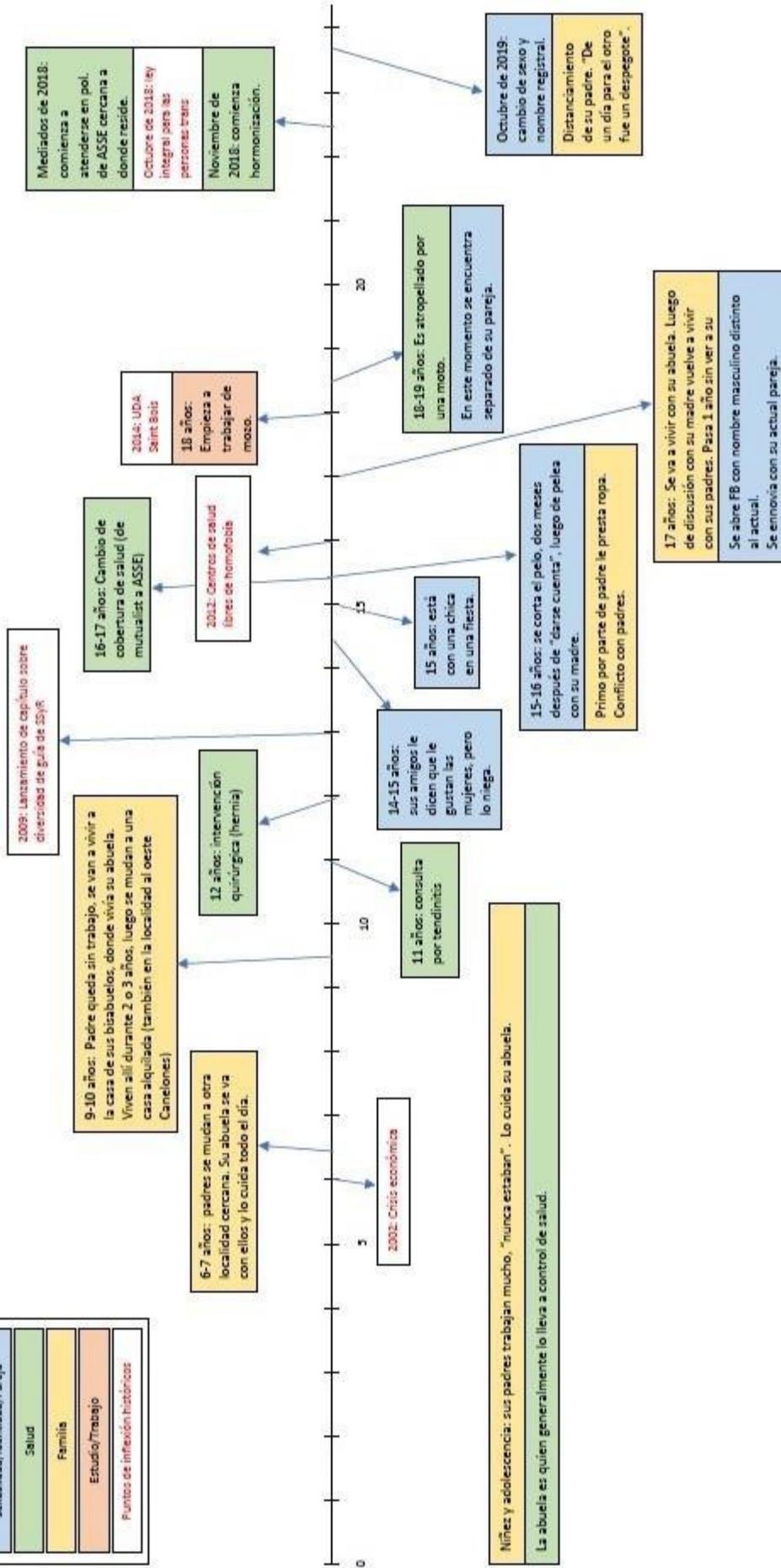
Línea de vida de VT1



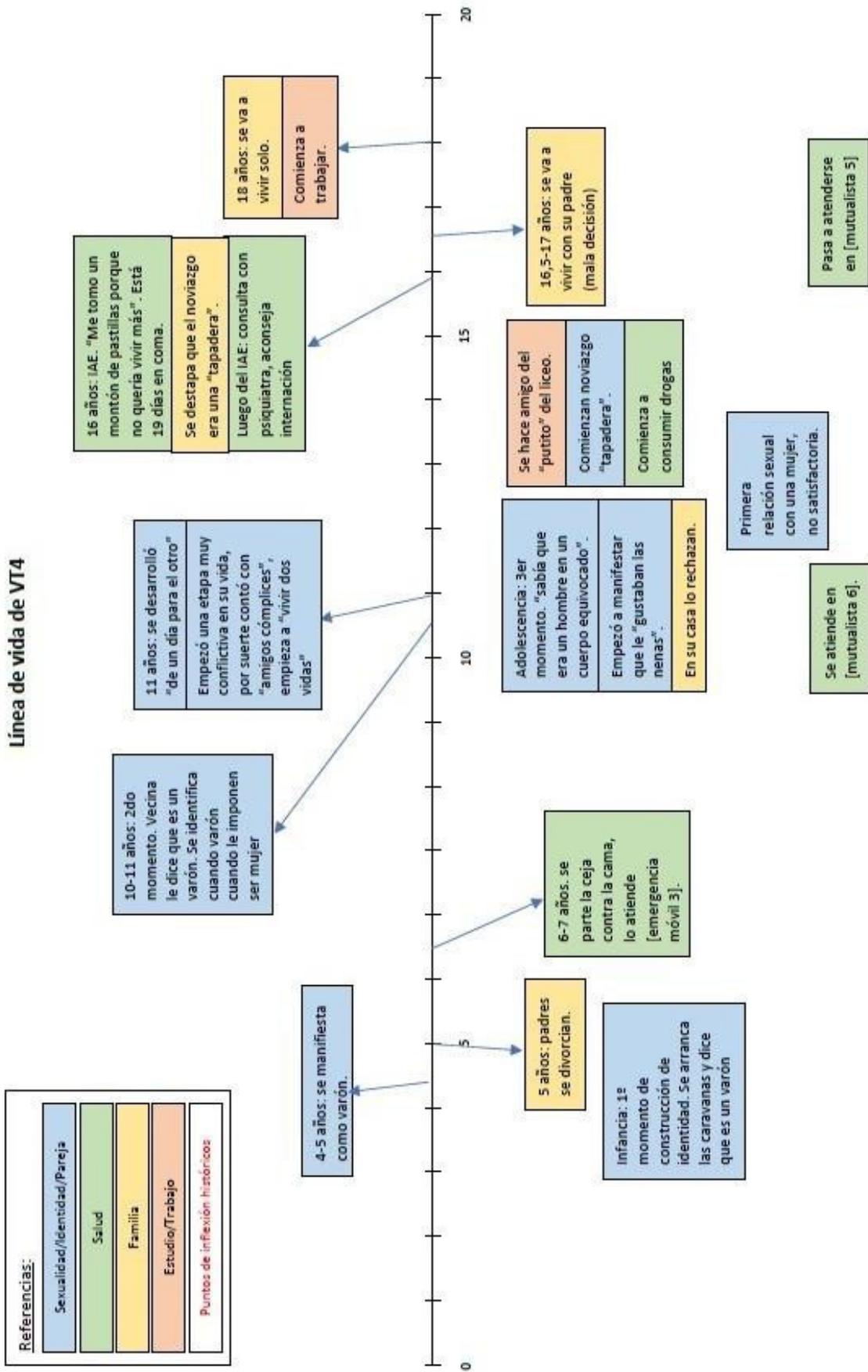
Referencias:

Sexualidad/Identidad/Pareja
Salud
Familia
Estudio/Trabajo
Puntos de inflexión históricos

Línea de vida de VT2



Línea de vida de VT4



Linea de vida de VT5

