

# Corporalidades trans y abordaje integral

El caso de la  
Unidad Docente  
Asistencial Saint Bois

*Informe final*

**AUTORIDADES**

**MINISTRA**  
**Marina Arismendi**

**SUBSECRETARIA**  
**Ana Olivera**

**DIRECTOR NACIONAL DE PROMOCIÓN SOCIOCULTURAL**  
**Federico Graña**

**DIRECTORA DE LA DIVISIÓN DE DERECHOS HUMANOS**  
**Patricia P. Gainza**

**Montevideo, setiembre de 2016**

**© Ministerio de Desarrollo Social**  
**Avda. 18 de Julio 1453**  
**Teléfono: (598) 2400 03 02 interno 1831**  
**CP. 11200. Montevideo, Uruguay**  
**[www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)**

**RESPONSABLE DE LA PUBLICACIÓN:**  
**Patricia P. Gainza**  
**[derechoshumanos@mides.gub.uy](mailto:derechoshumanos@mides.gub.uy)**

**Investigación:**  
**Diego Sempol (coordinador)**  
**Maía Calvo Núñez**  
**Cecilia Rocha**  
**Marcela Schenck**

**Edición general:**  
**Gonzalo Gutiérrez**

La presente publicación es resultado de un convenio entre la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (Ministerio de Desarrollo Social) y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de la República) para el estudio de la diversidad sexual y las políticas públicas.

**Los textos firmados son responsabilidad de sus autores/as.**

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) fue creado por Ley N° 17.866 promulgada el 21 de marzo de 2005. Le compete, entre otros, coordinar las políticas en materia de desarrollo social.

**ISBN 978-9974-715-49-3**

# Índice

Prólogo.....	5
Introducción.....	7
1. Marco jurídico, perfil de la población trans en Uruguay y antecedentes .....	11
2. La experiencia de atención a personas trans en la Unidad Docente Asistencial Saint Bois .....	25
3. Perspectiva de los/as usuarios/as.....	55
4. Reflexiones finales .....	79
Bibliografía .....	85
Anexos .....	91
Sobre los/as autores/as .....	111



# Prólogo

En los primeros años de este siglo el Uruguay transitó un proceso de reconocimiento jurídico a las identidades sexogenéricas y no heteronormadas. La Ley Antidiscriminación, la de Unión Concubinaria, la de Adopción, la de Identidad de Género, y el matrimonio igualitario constituyen una base normativa que permite la posibilidad de profundizar el desarrollo y la inclusión de las personas de la diversidad sexual en la sociedad uruguaya.

Para consolidar este proceso es necesario “avanzar en el desarrollo de políticas públicas específicas dirigidas a promover el respeto a la diversidad sexual y garantizar el derecho a la libre orientación sexual e identidad de género”,<sup>1</sup> que derriben los obstáculos de acceso al ejercicio de derechos plenos por las personas de la diversidad sexual, basados en desinformación, prejuicios y preconceptos discriminatorios. Es dentro de este marco que debemos analizar la experiencia realizada por la Unidad Docente Asistencial (UDA) Saint Bois, como una de las acciones concretas que permiten el acceso real de las personas trans al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El trabajo de investigación que se presenta deja constancia de que además de la serie de reconocimientos jurídicos a los derechos de las personas de la diversidad sexual, sería imposible comprender esta experiencia del Saint Bois aislándola de la reforma de la salud. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud aumentó la cobertura, facilitó el acceso, mejoró la calidad de las prestaciones, potenció el desarrollo de una Red de Atención Primaria en Salud en el territorio y generó programas conjuntos entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República como las UDA, elementos centrales en el desarrollo concreto de esta experiencia.

---

<sup>1</sup> Frente Amplio, *Bases Programáticas*, 2014.

En nuestro país la trayectoria de vida de las personas trans sigue signada por la expulsión o el encierro en sus hogares, la expulsión temprana del sistema educativo y la imposibilidad de generar un ingreso al mundo del trabajo. Determinando que en esta población aparezcan mayores privaciones en términos de pobreza multidimensional que la observada en la población en su conjunto.

En el caso concreto de la salud y el acceso a ese derecho, este trabajo da cuenta de cómo la hormonización sin supervisión médica, la inyección de la silicona industrial o aceite de avión, como formas de llegar a las transformaciones corporales deseadas o impuestas por el comercio sexual han sido casi una constante en la trayectoria de vida de las personas trans. Siendo la desinformación, la baja percepción del riesgo sanitario que estas prácticas conllevan, por parte de la población trans, junto al rechazo, la inexistencia de protocolos y la desinformación de profesionales y técnicos de la salud impedimentos para el acceso a la salud de las personas trans que refuerzan los circuitos clandestinos que ofrecen las prácticas señaladas anteriormente.

En la investigación se señala que el servicio del Hospital de Clínicas, los centros EDISA, los Centros de Salud Libre de Homofobia fueron los antecedentes de los que se sirvió la UDA Saint Bois para elaborar una experiencia de atención de salud que sintetizara lo mejor de cada una de las anteriores. La UDA Saint Bois retomará el concepto de atención universal e integral desarrollada por los Centros de Salud libres de homofobia y no la generación de espacios específicos para las personas LGBTTI como se planteaba en el modelo de intervención de los EDISA, a través de la generación de protocolos y de espacios de formación.

El abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria, la articulación con diversas cátedras de la medicina y psicología; la formación, capacitación y sensibilización del personal técnico profesional y administrativo; la no patologización de los cuerpos y de la identidad de género; el diálogo permanente y la flexibilidad horaria en relación con los tiempos de los usuarios y usuarias; la atención integral y la consulta a diferentes organizaciones sociales; todas esas parecen ser la señas de identidad de la experiencia de la UDA Saint Bois.

La sistematización llevada adelante por los autores de este trabajo sobre la UDA Saint Bois, demuestra cómo la síntesis y articulación de distintos actores del sistema de salud, de la academia, de la sociedad civil y el compromiso de decisores políticos deja como legado una serie de buenas prácticas que deben ser tomadas en cuenta como pilares en la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud libre de homo/lesbo/transfobia.

*Federico Graña*

Director Nacional de Promoción Sociocultural  
Ministerio de Desarrollo Social

# Introducción

*“Ellas vivieron el riesgo de la calle y ellos el del encierro”:  
la construcción de políticas públicas integrales con las personas trans.*

Identidad. Te nombro, luego existes,  
Cristina Peri Rossi

A lo largo de los últimos diez años el Estado uruguayo ha avanzado en lo que se denomina la nueva agenda de derechos. Esta agenda implica nuevas acciones que garantizan algunos derechos que habían estado postergados: específicamente en materia de diversidad sexual se ha avanzado sancionando e implementando una importante batería de leyes garantistas: Ley de Unión Concubinaria (18.246), de Cambio de Nombre y Sexo Registral (18.620), de Adopciones (17.817), de Matrimonio Igualitario (19.075), de reproducción asistida (19.167), y cuota para población trans en la Ley de Empleo Juvenil (19.133).

Asimismo, desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) se han realizado en estos últimos años políticas específicas para personas trans, como la asignación de la Tarjeta Uruguay Social (TUS) que implica el reconocimiento de la identidad además de una transferencia monetaria; acciones de inclusión laboral: cuotificación en programas de empleo protegido, primer llamado exclusivo para ingreso de personas trans a la administración pública, actividades de capacitación en políticas sociales y diversidad sexual para funcionarios/as estatales, actividades culturales como el apoyo a los festivales de cine Llamale H y 19 Arterias, la institucionalización del seminario de debate TRANSFORMA, el apoyo y asesoramiento social y jurídico para el proceso de cambio de nombre y sexo registral en documentos identificatorios a través de Defensoría Pública, el equipo de Identidad y las oficinas territoriales del Ministerio, atención y consulta psicológica a la diversidad sexual a través del Centro de Referencia Amigable (CRAM). También se han desarrollado líneas de investigación en la materia así como apoyado otro tipo de publicaciones que problematizan el tema como el suplemento *Incorrecta* de *La Diaria*, se han acompañado experiencias como la de hormonización e inicio del

proceso de reasignación de sexo de la Unidad Docente Asistencial (UDA) Saint Bois y recientemente (mayo de 2016) se ha conformado el Consejo Nacional de Diversidad Sexual (CNDS) que fue aprobado por el Decreto 256 del 2 de diciembre de 2015. La creación del Consejo implica la institucionalización de un nuevo ordenamiento a la interna del Estado y también lleva a la participación de la sociedad civil a un nuevo nivel: formal, reconocido, sistemático.

El CNDS será un espacio de reflexión y elaboración de las políticas públicas necesarias para revertir las situaciones de inequidad que históricamente han atravesado las personas que conforman la diversidad sexual. Se compartirán los avances logrados hasta el momento, los obstáculos generados en la implementación de las distintas acciones y la información generada para introducir nuevas líneas de trabajo. De acuerdo con la resolución, los cometidos de este Consejo son: asesorar al Poder Ejecutivo; promover la transversalización del enfoque de diversidad sexual en las políticas públicas; generar un plan de trabajo anual así como una memoria de gestión.

Desde el 2010, el MIDES se ha dedicado sistemáticamente a la introducción del enfoque de diversidad sexual al diseño de sus políticas sociales. Este proceso fue iniciado desde la División de Perspectivas Transversales la cual —al igual que la perspectiva de la diversidad— ha ido cambiando y adaptándose a las nuevas realidades, cambiando su nombre pero no lo sustancial de sus cometidos: hoy División de Derechos Humanos. Consideramos que esta denominación denota con mayor claridad la connotación del trabajo que se realiza desde el área, teniendo como objetivo “transversalizar la perspectiva de derechos humanos, igualdad y no discriminación, así como las dimensiones de género, generaciones y etnia-raza, en las políticas sociales, con énfasis en los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESC+A), apuntando a la generación de indicadores de progreso y promoviendo la participación de la sociedad civil en el diseño de políticas en todo el territorio nacional”.

Cabe resaltar la importancia de ver el diseño de políticas sociales como un proceso continuo y a mediano y largo término, donde los avances se dan en conjunto con la sociedad civil organizada y con la sociedad toda, por ello es imprescindible acompañar los cambios en el diseño de las políticas con discusión y debate social. No hay cambios reales si no son acompasados por un cambio cultural mayor que es la verdadera garantía al avance de los derechos humanos.

En la búsqueda de los diseños y las evaluaciones más ajustadas que permitan políticas sociales más eficaces es que reforzamos el compromiso con la investigación como una de las herramientas más certeras para el diagnóstico, la generación de líneas de base y la construcción de estrategias y presupuestos más afinados. Un salto cualitativo en este sentido es la realización en este 2016 del Primer Censo de Personas Trans del Uruguay.



Cabe señalar que esta publicación que presentamos hoy también implica un cambio cualitativo en el trabajo que venimos realizando en estos últimos seis años en la temática, ya que esta sistematización releva la construcción de una línea de trabajo desde el propio Estado, en este caso desde ASSE, donde hay una construcción proactiva que implica la garantía de derechos y no solo (y no por ello menos importante) la generación de datos para la realización de un diagnóstico de discriminación.

La presente publicación, *Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois*, deja establecida la relevancia de trabajar el derecho a la salud en la población trans así como la importancia de estudiar costos y beneficios, económicos y sociales, de una atención temprana en salud para este colectivo.

El primer capítulo de la presente publicación transita todas las definiciones necesarias en el marco del trabajo con la diversidad sexual y específicamente define la población trans resaltando las razones de la interpelación social que deviene de esta identidad “la población trans impugna de diferentes formas el paradigma de género binario [...] y pone así al descubierto el carácter ficciones que vincula el sexo al género” (p. 11). Esta afirmación mina la construcción social en la que habitamos por lo que es incomprensible e incluso inaceptable para muchas personas “interpela las naturalizaciones más fuertes que existen a nivel social, revelando una vez más la dimensión política que encierra toda identidad” (p. 12). Esto se traduce muchas veces en violencia explícita familiar, educativa, social, policial e incluso de los medios masivos de comunicación. El capítulo también hace un breve recuento de las políticas sociales dirigidas a las personas trans y su estado de situación, explica el contexto internacional y nacional de garantía del derecho a la salud y da datos sobre el perfil sanitario de la población trans.

El segundo capítulo hace una descripción exhaustiva de la experiencia de atención a personas trans en la UDA Saint Bois revisando las características del servicio y haciendo hincapié en los desafíos del desarrollo de esta experiencia, especialmente resaltando la existencia de un cuerpo y una identidad que desafían constantemente la heteronorma en una institución rígida que de a ratos colapsa, pero donde también surge por primera vez por parte de los involucrados la comprensión y el convencimiento de estar trabajando con personas sanas. Esto implica el rompimiento de un viejo paradigma en la rama más dura de la medicina alópata. Todo este proceso (que será particular en cada persona) se da a través de la instrumentación de nuevos dispositivos específicos: la sensibilización y formación de los profesionales de la salud en esta materia, la generación de una historia clínica que incorpore la diversidad realizando la “línea de vida”, el seguimiento de una “escalera de abordaje” que explica y planifica el proceso que quiera atravesar el/la paciente acompañado por el sistema médico, la incorporación de consentimientos informados.

El capítulo tercero hace referencia a la perspectiva de los usuarios, específicamente retoma la voz de los varones trans y su lectura de este (y otros procesos) donde buscan “hacer de su identidad un espacio habitable” (p. 67). Cabe recordar que la percepción y la respuesta de la sociedad es distinta para las identidades trans masculinas y femeninas y que además las herramientas de socialización de unos y otras también son diferentes esto ha redundado en características y problemas diferenciados que necesariamente implican abordajes específicos: “ellas vivieron el riesgo de la calle y ellos el del encierro” (p. 68).

El cuarto y último capítulo realiza una serie de recomendaciones y también reflexiona en torno al “nuevo discurso médico” que implica la despatologización de las intervenciones médicas y concepción del trabajo con las personas trans como un acompañamiento al proceso de personas sanas.

Recomendamos ampliamente la lectura de esta investigación especialmente para la construcción colectiva de una idea acabada de salud integral para personas trans.

*Patricia P. Gainza*  
Responsable de la División de Derechos Humanos  
Ministerio de Desarrollo Social

# 1. Marco jurídico, perfil de la población trans en Uruguay y antecedentes

## Perfil general de la población trans

En el Cono Sur se suele reunir bajo la expresión trans a una heterogeneidad de formas de habitar el sistema sexo/género que implican diferentes formas de identificación, vivencias, estrategias y formas de corporalización. El término engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer, y a quienes se revelan a través de su autodenominación, apariencia, corporalidad o expresiones a las expectativas sociales ligadas al género que se les impuso social o jurídicamente.<sup>1</sup> El término también incluye en la región a aquellas personas que viven un tránsito entre los géneros o no se identifican con ninguno de ellos.

La población trans impugna de diferentes formas el paradigma de género binario (hombre-macho y mujer-hembra) y pone así al descubierto el carácter ficcional que vincula el sexo al género.<sup>2</sup> El transgenerismo reitera la independencia de los rasgos de género de las estructuras estancas en las que están corporizados en el modelo biológico-céntrico occidental.

La identidad de género, como señala Butler (2005), no es expresiva del sexo anatómico de las personas, sino que esta relación es construida socialmente con mucho

---

**1** Dentro del término trans se nuclean identidades que tienen en el presente alta visibilidad como travestis, transexuales y algunas mucho menos conocidas a nivel local como transgéneros, *genderqueer*, *drag-king*, *cross-dressers*, *drag-queens* y sin género.

**2** La excepción a esto es la población transexual que se somete a una operación de reasignación de sexo, ya que realiza una adecuación del cuerpo al género que habita en consonancia con las normas sociales hegemónicas.

esfuerzo. El fin de este trabajo social es estabilizar la relación entre identidad de género, sexo y orientación sexual que permite a los hombres masculinos y mujeres femeninas heterosexuales recibir toda la legitimación social, mientras el resto de las combinaciones posibles son consideradas como abyectas y meras y burdas copias de lo heterosexual. Así las identidades trans expresan —al introducir variaciones en las identidades de género— la existencia de una continuidad cargada de matices (antes que un quiebre radical) en el supuesto binomio masculinidad-feminidad, así como la renuncia al género como algo alineado con los genitales, el cuerpo o el rol social.

La posibilidad de que existan personas que se identifican con lo femenino y tienen pene (la anatomía socialmente asignada a un hombre) y personas que se identifican con lo masculino con vulva (la anatomía socialmente asignada a una mujer) erosiona la supuesta coherencia de la heterosexualidad y el género biológico, e interpela las naturalizaciones más fuertes que existen a nivel social, revelando una vez más la dimensión política que encierra toda identidad.

En la medida en que existe un régimen político heteronormativo<sup>3</sup> y toda una serie de prácticas sociales que buscan naturalizarlo en forma cotidiana la inteligibilidad humana está mediada por el género, por lo que todas aquellas personas que no cumplen con sus formas regulatorias enfrentan

procesos de deshumanización y descuidanización significativos. Por ello, la disidencia ante las normas de género socialmente esperadas relega a la población trans a una situación de vulnerabilidad, donde deben enfrentar barreras de acceso y formas de discriminación directas que violan sus derechos humanos y limitan significativamente su acceso a recursos y bienes materiales y simbólicos.

Si bien en Uruguay, hasta el momento, no existen datos estadísticos confiables sobre la población trans algunas investigaciones exploratorias y bases de datos existentes permiten construir un panorama indicativo sobre sus condiciones de vida y principales problemas. El énfasis de la información disponible está puesto sobre las trans, existiendo con respecto a los trans un vacío significativo de información cuantitativa.

En términos generales la población trans enfrenta, según Failache *et al.* (2013) mayores privaciones en términos de pobreza multidimensional que la observada en la población en su conjunto y se las debe identificar como un sector con privaciones importantes a nivel de calidad de vida (salud, ingreso, educación, y auto respeto). En el terreno laboral la relación entre las trans y el comercio sexual es significativa. Según los datos de la investigación *Población Trans en Uruguay* (BDUdelar) financiado por la CSIC (2011-2012)<sup>4</sup>, el 70,4 % de las personas

3 Warner define *heteronormatividad* como “las instituciones, estructuras de pensamiento y orientación de prácticas que hacen vera la heterosexualidad como algo no solo coherente —es decir, organizado como sexualidad—, sino también privilegiado o correcto. Su coherencia es siempre provisional y su privilegio o corrección puede adquirir diversas formas (a veces contradictorias): sin registro, como el lenguaje básico de lo personal y lo social, o registradas, como un estado natural, o proyectadas como un ideal o un logro moral. Consiste menos en normas que pueden ser organizadas como una doctrina que en un sentido de justicia que tiene manifestaciones contradictorias —a menudo inconscientes, immanentes a las prácticas o a las instituciones—” (1991: 3).

4 En esta investigación participaron por el Instituto de Economía (IECON) de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración (FCEA) Elisa Failache, Ivone Perazzo, Gonzalo Salas y Andrea Vigorito; por el Departamento de Sociología (DS) de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) Sebastián Aguiar, Carlos Muñoz, Gustavo Robaina y Valentina Torre; por el Instituto de Ciencia Política (ICP) de FCS Diego Sempol, y por el Instituto de Estadística (IESTA) de la FCEA Ana Coimbra, Juan José Goyeneche y Guillermo Zoppolo, todos ellos pertenecientes a la Universidad de la República. La BDUdelar realizó una encuesta donde se incluyeron una gran variedad de dimensiones (salud, violencia, educación, ingresos, capital social y cultural, etc.), pero como el número final de encuestadas fue escaso no es posible determinarse con precisión los sesgos que presenta la muestra encuestada. Si bien la BDMIDES es significativamente mayor tiene como inconveniente que las

encuestadas entre 15 y 29 años estaban vinculadas al comercio sexual o explotación sexual. Y esta asociación aparece también en las entrevistas como un dato o como un estigma a combatir. Sin embargo, el porcentaje de trans vinculadas al comercio sexual disminuye significativamente en el grupo adulto (47,7 %). Esta diferencia entre ambos cohortes etarios obedece a distintos motivos y confirma varios aspectos significativos: a) el ingreso a edad temprana de las trans en el circuito del comercio sexual o explotación sexual obedece a su situación de vulnerabilidad y a las “ventajas” comparativas que el circuito de prostitución garantiza a las más jóvenes; b) el período de mayor acumulación de ingresos entre las trans se produce generalmente durante la juventud (a diferencia del resto de la población); c) el ingreso al comercio sexual permite a un porcentaje significativo acceder a nuevas redes sociales (integradas básicamente por otras trans) y compensar el deterioro del vínculo con el grupo primario; d) una vez superado el rango etario ideal del circuito del comercio sexual las trans tienden a buscar formas de ingresos alternativas o combinar estrategias para lograr mantener niveles de ingreso mínimos.<sup>5</sup>

A este cuadro ya de por sí complejo, debe agregarse la existencia de una fuerte violencia social hacia la población trans<sup>6</sup> y en particular el asesinato entre 2011 y 2015 de nueve trans, ocho de ellas en la zona metropolitana y una en Melo. Los crímenes siguen impunes (salvo tres) y los medios de comunicación en sus coberturas —por desconocimiento o simple falta de respeto a la normativa vigente— ignoraron la identidad de género de las víctimas al tratarlas en forma masculina reforzando de esta

forma el estigma que ambienta estos crímenes de odio (Sempol, 2013).

El escenario donde tienen lugar mayoritariamente las agresiones es en la calle y los perpetradores son en orden de frecuencia “clientes”, parejas o ex parejas, y en menor medida desconocidos y familiares. Dentro de la familia, las jóvenes encuestadas identifican a los hermanos y hermanas como los agresores más frecuentes, en segundo lugar al padre y por último a la madre. El deterioro de la relación con el grupo primario se agudiza a medida que se performa con mayor contundencia la identidad trans, conflicto que en algunos casos concluye con la expulsión del hogar.

Por último, la dimensión educativa y su relación con la pobreza también es central para las trans: el grueso de esta población alcanzó los niveles primario y primer ciclo de secundaria.<sup>7</sup> A su vez, como señala Failache *et al.* (2013), la información del nivel educativo correspondiente a los padres y madres de las trans encuestadas, indica que estos se concentraban en el nivel primario (45 % y 49 % respectivamente), lo que da cuenta de un mayor acervo educativo por parte de la generación entrevistada. Asimismo, desagregando los datos disponible parece existir una mejora relativa en los tramos educativos alcanzados por el cohorte de jóvenes respecto al de las adultas. Mientras entre las primeras un 21,9 % cursó Bachillerato, entre las segundas solo un 7,6 % llegó hasta ese nivel y existe además entre las que cuentan con Primaria como única formación una diferencia del 6 % a favor de las adultas. Entre las jóvenes, solo un pequeño grupo logró superar el bachillerato e ingresar a la Universidad (11,8 %).

-----

dimensiones relevadas son mucho más acotadas y están estrictamente limitadas al grupo dentro de la población trans que solicitó esta prestación. Agradecemos a Sebastián Aguiar la elaboración de datos de la BDudelar.

- 5 Según la BDudelar solo el 16 % de las jóvenes trans eran asalariadas y el 2,2 % trabajadoras independientes. Mientras que entre las trans adultas encuestadas estas cifras alcanzaban el 26 y 11,9 % respectivamente.
- 6 El 66 % del total de encuestadas declaran haber experimentado al menos un episodio (BDudelar).

- 
- 7 Según datos de BDudelar el 66 % del total de encuestadas alcanzó primaria o ciclo básico. Estos datos son consistentes con los del BDMIDES, según la cual el 71 % del total de las/los beneficiarias/os no tienen el ciclo básico completo. Las diferencias entre ambas bases puede obedecer a dos factores: el perfil de las que se acercaron a solicitar la prestación del MIDES y a que la encuesta de la BDudelar fue hecha entre población que vivía solo en la zona metropolitana.

Pero pese a estos cambios, el espacio educativo dista de todas formas de ser amigable para las jóvenes trans, ya que el 62,2 % entre 15 y 29 años declara haber sido discriminada por pares durante su pasaje en la escuela. Esta violencia escolar, de acuerdo a las entrevistadas, está naturalizada debido a los fuertes patrones heteronormativos que regulan el espacio educativo, lo que promueve el silencio y la ausencia de una respuesta institucional o del personal docentes a esta problemática.

Asimismo, la prevalencia de una vida cotidiana centrada en los horarios nocturnos entre quienes están vinculadas al comercio sexual y a la primacía de otras trans en las redes sociales de confianza<sup>8</sup> (lo que genera cierto encapsulamiento y una mayor dificultad para la circulación de información a nivel informal sobre la existencia de una política pública orientada a este grupo) genera desafíos particulares para pensar programas que incluyan en forma efectiva a esta población.

## Mapeo de políticas sociales focalizadas en los/as trans

Estas formas de desigualdad específicas han sido reconocidas por el Estado uruguayo en los últimos años. El MIDES desarrolló durante este período toda una serie de acciones orientadas a la población LGTB que permite caracterizarla como una política pública. En 2012 inició un proceso de capacitación y sensibilización de sus funcionarios/as a nivel nacional en discriminación y diversidad sexual y promovió el desarrollo de líneas de investigación sobre política pública y diversidad sexual a través de un convenio con la FCS de la Udelar, introdujo en sus formularios las categorías “mujer trans” y “hombre trans” (para recabar información sobre esta población

en los diferentes programas que instrumenta en territorio) y apoyó a través del Departamento de Identidad el proceso de cambio jurídico del nombre, servicio que había atendido hasta junio de 2014 a 83 personas trans (Rocha, 2014: 80).

Asimismo, a fines de setiembre de 2012 el entonces ministro Daniel Olesker firmó la resolución 1160/012 que reconoce el acceso de la población trans sin excepciones a la Tarjeta Uruguay Social (TUS), prestación que brinda un monto mensual para gastar en alimentos y productos de limpieza en los comercios adheridos (monto equivalente al que reciben los hogares con un menor a cargo). Esta es la primera vez que el MIDES aplica una medida de acción afirmativa, en tanto se exige como única condición para el acceso la autoinclusión del postulante al grupo considerado especialmente vulnerable objeto de la política social (Johnson y Sempol, 2012). La decisión de aplicar una política focalizada de este tipo implicó que este ministerio reconociera primero la existencia de diferentes formas de desigualdad y la imposibilidad de medirlas a todas con un mismo instrumento. De ahí que mientras que a todos los/las beneficiarios/as de la TUS se les aplicó previamente el índice de carencias críticas (ICC) para determinar si están dentro del grupo objetivo, este instrumento no se utiliza para la población trans que se presente a solicitar esta prestación. En el reglamento de instrumentación de la resolución ministerial se reconoce la auto-identificación de los/as beneficiarios/as como prueba suficiente para acceder a la prestación, no se exige la realización de cambio legal de nombre y sexo registral, y se le hace firmar una declaración jurada donde se deja constancia que el/la beneficiario/a tiene al menos dos años de permanencia en vivir la identidad de género que declara. Hasta octubre de 2015 habían accedido a esta prestación 943 personas y su distribución cubre todo el territorio nacional con una concentración significativa en cuatro puntos diferentes del país: Montevideo (34 %), Rivera (12 %), Cerro Largo y Canelones (8 %).

<sup>8</sup> El 56,7 % de las jóvenes encuestadas señaló que dentro del grupo de sus cinco mejores amigos al menos tres eran otras trans. Y dentro de estas el 30,7 % señaló que sus cinco mejores amigas eran todas trans.

Estas medidas fueron acompañadas el primer llamado laboral para población trans a través de la Oficina Nacional de Servicio Civil para cinco cargos administrativos y dos de servicio (diciembre, 2013) y la aplicación de una cuota del 2 % para trans en el Programa Uruguay Trabaja a partir del año 2014. Experiencia de la que hasta setiembre de 2015 participaron un total de 83 personas trans.

Por su parte, el MTSS desde el 2012 desarrolló el programa Yo estudio y trabajo,<sup>9</sup> que, al incluir una perspectiva de diversidad sexual, busca evitar o revertir la deserción, entre otros, de las y los jóvenes trans, así como su acceso a una primera experiencia laboral formal generando habilidades básicas para desempeñarse en el mercado laboral. Similar perspectiva desarrolló a partir de 2012 el programa educativo Jóvenes en Red,<sup>10</sup> donde participaron algunas jóvenes trans. También el programa +Centros<sup>11</sup> incluye explícitamente la perspectiva

de diversidad sexual, si bien esta transversalización tiene grandes dificultades para concretarse en los hechos (Rocha, 2013). A su vez, el INJU—en colaboración con INMUJERES— difunde la guía *Eligiéndonos*, donde se incluye someramente la temática trans y organizó entre 2008-2009 el espacio Mirá vos junto con Mujer Ahora, donde se realizaban propuesta de educación sexual en general y se tocaba aspecto de la población trans en particular. Además, el INJU cogeiona el servicio telefónico y chat “0800 3131 Sexualidad y Derechos”, una línea de atención, información y asesoramiento sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva, servicio que es gratuito y anónimo.<sup>12</sup> Además el INJU lanzó el programa Nexo<sup>13</sup> orientado exclusivamente a jóvenes, donde se registraron 32 trans, pero hasta el momento ninguna ha sido contratada. También la Ley de Empleo Juvenil, elaborada por el gobierno y donde tuvieron una incidencia significativa las autoridades del INJU, se incluyó una cuota del 2 % para personas trans en los llamados para primera experiencia laboral en el Estado. Esta ley fue aprobada en el parlamento en setiembre de 2013 y reglamentada en abril de 2015. Por último, el INJU incluyó la problemática de la diversidad sexual y en particular de la población trans para su plan de trabajo 2015-2025.

Estos primeros pasos en el terreno de políticas públicas abren nuevas posibilidades en el relacionamiento entre la población trans y el Estado

<sup>9</sup> Es un programa interinstitucional coordinado por la Dirección Nacional de Empleo (DINAE) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y coejecutado con el INJU-MIDES y el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) que busca estrechar entre los jóvenes (entre 16 y 20 años) que están estudiando el vínculo con el sistema educativo, al tiempo que facilitar su primera incursión en el mercado de trabajo mediante pasantías y espacios de formación específicos. El programa busca ofrecer un sostén económico para que los y las jóvenes continúen estudiando, e incentivar a aquellos que no estudian ni trabajan a que retomen el estudio al ser una exigencia para participar de este programa.

<sup>10</sup> Es un programa interinstitucional coordinado por MIDES que busca promover el ejercicio de derechos de jóvenes de 14 a 24 años, desvinculados del sistema educativo y del mercado formal de empleo integrantes de hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza, a través de un abordaje integral, territorial y en comunidad. En el Programa participan referentes de la Universidad Tecnológica del Uruguay (UTU), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), MIDES, MTSS, Ministerio de Defensa Nacional (MDN), Ministerio de Turismo y Deporte (MINTUR), Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP).

<sup>11</sup> Es un programa interinstitucional que pretende promover la participación de jóvenes, a través del desarrollo de actividades recreativas, deportivas, artísticas y culturales en los centros educativos los fines de semana, contribuyendo a

posicionarlos como espacio de referencia privilegiado para el ejercicio de la ciudadanía.

<sup>12</sup> En este servicio participan la División Salud de la Intendencia de Montevideo, la Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO), los ministerios de Salud Pública y Desarrollo Social (INMUJERES e INJU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

<sup>13</sup> El programa Nexo realiza la intermediación entre los/as jóvenes y las empresas públicas y privadas, y provee de instancias de capacitación. La diferencia entre Nexo y Objetivo Empleo es que el primero está focalizado exclusivamente en la juventud (se exige como requisito tener entre 18 y 29 años) y no se exige ninguna formación (a diferencia de Objetivo Empleo, donde el candidato/a debe tener hasta 5.º año de liceo o equivalente).

uruguayo, que hasta principios del siglo XXI habían estado signadas por la persecución policial y la violencia institucional (Sempol, 2013).<sup>14</sup>

## Derecho a la salud: marco normativo

A nivel internacional el derecho a la salud es reconocido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y por la Organización de Estados Americanos (OEA) (Protocolo de San Salvador, art. 10).<sup>15</sup> En la Observación General 14 (2000), el Comité Internacional de Derechos Sociales Económicos y Culturales de ONU establece que el derecho a la salud “es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. A su vez en la Observación General 20, el Comité explicó que bajo la denominación de “cualquier otra condición social” que figura en el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) se incluye tanto la orientación sexual como la identidad de género.

Además, la Observación General 14 establece cuatro dimensiones centrales de este derecho: 1) Disponibilidad: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como

de programas. 2) Accesibilidad: no discriminación, accesibilidad física y económica, y accesibilidad a la información. 3) Aceptabilidad: respetuosos de la ética médica y de la diversidad cultural, sensible a las exigencias de género y ciclo de vida, y respetuosos de la confidencialidad. 4) Calidad: personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario aprobados por protocolos científicos y condiciones sanitarias adecuadas.

Estas dimensiones son retomadas en diferentes documentos que abordan en particular la realidad de la población trans, como por ejemplo los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género (2007), varios informes realizados por Naciones Unidas<sup>16</sup>, el Informe *Derechos Humanos e Identidad de Género* de Thomas Hammarberg, comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009), el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) *Por la salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe* (2013), así como el informe *Salud sexual, derechos humanos y legislación* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015).<sup>17</sup>

<sup>14</sup> Por más información véase Rocha, 2013; Calvo, 2013; Sempol y Graña, 2012; Muñoz, 1996.

<sup>15</sup> Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho a la salud. Entre ellos se pueden destacar la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, varios instrumentos regionales de derechos humanos reconoce este derecho como ser la Carta Social Europea y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988).

<sup>16</sup> Los informes por orden cronológico son: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/HRC/14/20 (2010); Informe del alto comisionado de Naciones Unidas sobre Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género A/HRC/19/41 (2011); Informe *Nacidos libres e iguales* del alto comisionado de las Naciones Unidas (2012) y el Informe del relator especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/56/156 (2013).

<sup>17</sup> El documento *Sexual Health, Human Rights and the Law* (OMS, 2015: 26-27) establece que “Human rights standards call for the availability, accessibility, acceptability and quality of health information, including for transgender and gender variant people, and require that all those seeking services should be treated with respect and dignity, free from discrimination (29, 40, 107, 242). Some regional standards specifically call for the consideration of the specific needs of transgender persons in the development of national health plans, including suicide prevention



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) —entre otros— establece en su informe que los servicios de salud deben ofrecer las siguientes prestaciones: atención amigables y reconocimiento de la identidad social de la población trans, programas de hormonización y depilación, atención psicológica si el/la usuario/a lo solicita, y cirugía de reasignación de sexo.

A su vez, tanto los Principios de Yogyakarta como el Informe *Nacidos libres e iguales* de ONU establecen que no debe desarrollarse en el sistema de salud abordajes sobre la población trans que consideren explícita o implícitamente la identidad de género como una enfermedad que debe ser curada, reivindicando así una perspectiva de derechos humanos y despatologizadora de estas identidades.

Por su parte, en Uruguay se instrumentó a partir de 2007 la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que buscó aumentar la cobertura, facilitar el acceso y mejorar la calidad de las prestaciones. El nuevo sistema se montó en base a una serie de normas. La Ley 17.930 (2005) estableció la complementariedad público-privada y el desarrollo del primer nivel de atención. Dos años más tarde se aprobaron tres normas más: la Ley 18.131 (Fondo Nacional de Salud), la Ley 18.161 (descentraliza los servicios de salud del Estado) y por último la Ley 18.211 donde se establece —entre otras cosas— las formas de acceso a la salud y los principios rectores del sistema (respeto de los derechos humanos

de los/as usuarios/as y calidad e integralidad de la atención).

A su vez la Ley 18.335 aprobada en 2008 reconoce explícitamente el derecho de los/as usuarios/as a un trato igualitario y sin discriminación y el Decreto 293/2010 de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva establece que los servicios deben garantizar tanto el acceso universal, como el trato igualitario y la confidencialidad, así como deben incluir las necesidades específicas que surgen de la diversidad de identidades sexuales de la población.

Por último, la Ley de Cambio de Nombre y Sexo Registral (18.620) aprobada en 2009 reconoce en nuestro país el derecho a la identidad y no condiciona el cambio de la documentación identificatoria a la realización de operaciones de reasignación de sexo previas ni a procesos de hormonización de ningún tipo.<sup>18</sup> Esta ley superó así la forma en que el Poder Judicial venía resolviendo las peticiones de cambio de nombre y sexo hasta ese momento en Uruguay, donde se seguía atando el reconocimiento identitario a la existencia previa de una operación de reasignación de sexo. El reconocimiento judicial promovió hasta 2009 una forma de ciudadanía quirúrgica” (Sempol, 2013) en la medida en que sometía el reconocimiento, la integración, así como el acceso a todos los derechos, a la obligación de someterse previamente a una operación de reasignación de sexo. El acceso a la polis no era posible

measures, health surveys, medical curricula, training courses and materials, and when monitoring and evaluating the quality of health services (175). Furthermore, access to, and reimbursement of, gender-affirming surgery has been specifically addressed by international and regional human rights and professional bodies (121, 175, 243, 244). An increasing number of countries have revised or are revising laws and regulations relating to accessing transition-related services. In Argentina, for example, the 2012 Law includes provisions for coverage of all medical costs related to procedures and treatment for transgender people based on their informed decision-making without additional requirements”.

**18** A nivel mundial a partir de los años setenta se vienen sancionando leyes que reconoce el derecho a la identidad de la población trans: Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982), Holanda (1985), Australia (1988 y 1993), Turquía (1988), Nueva Zelanda (1995), Finlandia (2002), Sudáfrica (2003), Reino Unido (2005), España (2007), Bélgica (2007), México D. F. (2008), Portugal (2011), Argentina (2012) e India (2014). Pero muchas veces estas legislación exigen a los/as candidatos/as el diagnóstico de disforia de género y tratamientos hormonales como paso previo al acceso una identidad acorde con la identidad de género. A su vez, algunos países han comenzado a reconocer que la persona puede no identificarse con ningún género, ese es el caso de Australia, Nueva Zelanda y Nepal.

así sin una normalización del cuerpo desobediente dentro de los estrechos márgenes binaristas, que la volvieran decodificable genérica y culturalmente según la norma heteronormativa.

De esta forma, a nivel normativo se produjo un progresivo reconocimiento de las identidades trans a nivel internacional y local y una superación creciente en los últimos años del paradigma de la enfermedad —visión que aún continua siendo hegemónica en el campo de la salud mental—, el que fue sustituido por otro, donde se reconoce a la libre expresión de género de las personas como un derecho humano más.

## La patologización de la población trans

En Uruguay durante la casi totalidad del siglo xx los discursos psiquiátricos y psicoanalíticos patologizaron las sexualidades homoeróticas y las identidades genéricas socialmente no esperadas, si bien fueron cambiando a lo largo de los años su etiología y caracterización. Hasta 1930 la psiquiatría organicista positivista consideró a lo masculino y a lo femenino como dos esferas radicalmente diferentes, lo que implicó en los hechos que una mujer u hombre “sano” no tuvieran a nivel subjetivo o corporal rasgos de ningún tipo del otro sexo/género. Desde esta perspectiva el/la disidente sexual y genérico eran individuos ambiguos, que desafiaban los roles tradicionales de los géneros que el poder médico reforzaba aporoblemáticamente. El origen de estas “fallas”, como el de todas las enfermedades mentales durante esta etapa, se consideraba que era físico (Barrán, 1995: 83), pero a las “monstruosidades físicas” (Barrán, 2002: 181-82) de carácter hereditario que sufrían los “invertidos” se sumó —tímidamente y en tensión con esta perspectiva— valoraciones clínicas que ponían el acento en factores morales o contextuales: la imitación, las “malas compañías”, la sugestión, el “derrumbe moral”, la “entrega sin frenos” a la pasión (Barrán, 1995: 123-24).

A nivel internacional el sistema médico comenzó a diferenciar entre población travesti y homosexualidad a principios del siglo xx, y recién en la década de los cincuenta, gracias al endocrinólogo Harry Benjamin, se difundió el término “transexualismo.”<sup>19</sup> Precisamente, la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin creó en 1979 un protocolo oficial de atención para la transexualidad, que luego se difundiría por Europa y América Latina, estableciéndose unidades especializadas de atención y diagnóstico en los servicios de salud que trabajan con esta perspectiva patologizadora.

A partir de 1980 la transexualidad pasó a estar catalogada como un trastorno mental e ingresó al *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM III) realizado por la Asociación de Psiquiatría Americana, pasando a considerarse como un “trastorno de la identidad de género”, lo que implicó que las personas trans tuvieran que enfrentar en el sistema sanitario en forma obligatoria una evaluación psiquiátrica para acceder a tratamientos hormonales o quirúrgicos. Esta fue la perspectiva aplicada en Uruguay por el servicio que ofreció a la población trans el Hospital de Clínicas durante 1991 y 2012.

Esta patologización no solo tuvo consecuencias en el sistema de salud sino también en el ámbito jurídico. En algunos países se exige como requisito obligatorio el diagnóstico psiquiátrico de “disforia de género” para acceder al cambio de nombre en los documentos identificatorios. Por ejemplo en España es necesaria una certificación de este tipo y además se exige la adecuación a las características físicas consideradas socialmente esperables a la identidad que se desea acreditar, así como la esterilización química previa del/la postulante a través de la hormonización.

<sup>19</sup> Este término fue utilizado por primera vez por el sexólogo David O. Cauldwell en 1949.

En Uruguay la aplicación de la ley de cambio de nombre y sexo registral exige que el/la solicitante antes de iniciar el proceso judicial para lograr el reconocimiento de su identidad, pase por una comisión (compuesta entre otros por técnicos de la salud) en la órbita del Registro Civil que debe expedir un informe técnico favorable sobre la/el postulante. Si bien en la legislación nacional no se exige el diagnóstico de “disforia de género” ni la hormonización previa la persona se ve obligada a exponer su vida y justificar su trayectoria biográfica ante un grupo de especialistas a efectos de acceder a su derecho a la identidad.

Desde el año 2007 se ha llevado adelante una campaña internacional a favor de la despatologización de las identidades trans (*Stop Trans Pathologization*) en el que participan organizaciones trans, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas que buscan modificar —entre otras cosas— las clasificaciones de los manuales de diagnósticos internacionales como la CIE y el DSM.

En ese sentido, durante el 2012 se realizó la revisión del DSM-V, instancia en la que se propuso introducir como cambio la categoría “disforia de género”<sup>20</sup> buscando centralizarse en el sufrimiento (y no en las identidades) que provoca la discordancia entre el género atribuido al nacer y el cotidianamente autopercebido. Pero esta propuesta fue duramente criticada por el movimiento LGTB internacional y los especialistas porque sigue reforzando un ideal regulatorio y una coherencia corporal socialmente legitimada al asociar en forma excluyente las corporalidades cisgénero<sup>21</sup> con el bienestar y la pleni-

tud de las personas. También ha generado críticas importantes el proceso de revisión de la CIE-11, ya que el grupo de trabajo de la OMS especializado en trastornos sexuales y salud sexual definió recomendar en 2014 la sustitución de la categoría de “desórdenes de la identidad de género” por la de “incongruencia de género” en todos los ciclos de vida (infancia, adolescencia y adultez). Una perspectiva patologizadora que refuerza la visión cultural binaria y que desconoce la integralidad de las intervenciones necesarias para generar condiciones de habitabilidad a los/as niños/as con diversidad genérica.

Además, el movimiento de despatologización también busca el reconocimiento dentro del sistema de salud de la población trans como sujetos activos y autónomos, capaces de tomar decisiones informadas sobre sus propios cuerpos. Por ejemplo las recomendaciones elaboradas por la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2012) proponen dos cambios importantes en el paradigma médico hegemónico para lograr volverlos amigables para la población trans.

En primer lugar se sugiere abandonar el modelo de atención sanitaria centrado en la evaluación para pasar a otro centrado en la persona, donde el médico ocupa un lugar de acompañamiento, movimiento que permite reconocer la autonomía del/la usuario/a, y su derecho a gestionar las transformaciones corporales que considere pertinentes. Cambio que implica, se aclara, por un lado no dejar de incluir este tipo de prestaciones en las coberturas del sistema de salud y por otro la obligatoria eliminación de la necesidad de un diagnóstico de enfermedad como requisito para el acceso a ellas.

En segundo lugar, la Red para la Despatologización, recomienda abandonar el paradigma medicalizado,

<sup>20</sup> El término disforia es considerado como opuesto al de euforia, y alude al sufrimiento y al malestar que la persona supuestamente experimenta con el sexo/género asignado al momento de su nacimiento.

<sup>21</sup> Es un término que se utiliza para describir a las personas cuya identidad de género y expresiones de género son socialmente concordantes con lo que se espera a partir del sexo asignado al nacer. Es una forma de nombrar a todas las personas que no son trans. El término fue utilizado en el mundo anglosajón por Green (2006) por primera vez y por

Serano (2007) un año más tarde, difundiéndose a partir de ese momento su uso entre el movimiento de la diversidad sexual y los estudios *queer*.

donde se considera el género de la/el usuario como el problema sobre el que se debe intervenir, lo que confiere a los procedimientos médicos un estatuto de solución que busca restituir —explícita o implícitamente— un supuesto “género verdadero”, donde se marcan tres etapas consecutivas consideradas universales y efectivas: evaluación psiquiátrica, tratamiento hormonal y cirugía de reasignación de sexo. El abandono de esta perspectiva permite la inclusión de la experiencia singular del/la usuario/a y el rechazo de la idea frecuente en el sistema de salud de que el reclamo de estas prestaciones por el/la usuario/a es un indicador claro sobre el grado efectivo de transexualidad de la persona.

Por último, la Red establece que cualquier intento de evaluación del género de un/a usuario/a constituye un ejercicio de poder que establece un trato desigual y discriminatorio. En ese sentido se exige la exclusión en los protocolos de cualquier prueba de “la vida real” a efectos de demostrar efectivamente la identidad que se habita, ya que estas pautas deben estar orientadas exclusivamente a acompañar y potenciar la forma en que las personas trans viven su propio género.

Por todos estos aspectos reseñados históricamente, el sistema de salud ha sido un lugar expulsivo para las personas trans, en la medida en que se les niega una atención acorde con sus necesidades y particularidades, el personal de salud frecuentemente desconoce su identidad de género en el trato cotidiano y al momento de ubicarlas en pabellones (salas) de internación generizados y se las somete a formas de normalización corporales taxativas bajo presupuestos binaristas, patologizadores y epidemiológicos estigmatizadores.

## Perfil sanitario de la población trans

En base a la escasa información disponible (donde nuevamente existe un vacío cuantitativo claro sobre los trans respecto a las trans) se puede señalar un perfil general desde el punto de vista sanitario.

En primer lugar, las trans tienen mayores riesgos de salud —que la población general— al enfrentar una mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual debido al importante porcentaje que ejerce el comercio sexual como estrategia de sobrevivencia y a las transformaciones corporales sin supervisión médica. Según la investigación “Población Trans en Uruguay” (Udelar) el 52 % de las personas entrevistadas contrajo VIH, sífilis o hepatitis. En la investigación exploratoria realizada por Mujer y Sociedad (MYSU, 2012: 16) el 40 % de las entrevistadas tuvo alguna vez una infección de transmisión sexual (ITS), no incluyendo el VIH y un 28,6 % afirmaron ser seropositivas.

En segundo lugar, la amplia mayoría de las trans que se hormonizan lo hacen sin supervisión médica. Según MYSU (2012: 23-24), el 72 % que han utilizado hormonas recurrieron a pastillas anti-conceptivas y del 71,4 % de las que se realizaron cambios en sus cuerpos —ya sea a través del uso de hormonas o de intervenciones quirúrgicas— solo el 15,6 % tuvo algún tipo de control médico, durante o después de las intervenciones. Asimismo, en la investigación realizada por la Udelar, el 60 % de las encuestadas que realizaron cambios en su cuerpo se inyectaron algún tipo de sustancia (la mayor de las veces silicona) para generar transformaciones corporales y el 27 % se hizo cirugías para transformar sus rasgos sexuales secundarios.

La inyección de silicona líquida y muchas veces de aceite industrial (48 % de las encuestadas, MYSU, 2012: 14) para lograr las transformaciones corporales deseadas o impuestas por el mercado del comercio sexual, tienen graves consecuencias de salud en el mediano y largo plazo, ya que esta sustancia se desplaza dentro del cuerpo y puede generar infecciones, complicaciones circulatorias y dificultades extras para la realización de intervenciones quirúrgicas.

Si bien la amplia mayoría cuentan con cobertura médica (la casi totalidad es usuaria del prestador público de salud), la norma es la proliferación de

formas clandestinas de resolución de estas necesidades de transformación corporal debido a una baja percepción de los riesgos asociados, así como por la resistencia o desinformación de los técnicos del sistema de salud sobre este tipo de corporalidades y sus necesidades específicas (tratamientos hormonales), la falta de protocolos y programas de atención capaces de dar respuesta a estas demandas, la consolidación de un circuito informal para obtener modificaciones corporales en lapsos de tiempo más acordes con sus expectativas vitales, y las barreras existentes para el acceso a los servicios debido a exclusión social y al trato discriminatorio.

En tercer lugar, con respecto a las preguntas que revelaban formas de victimización en el sistema de salud, la investigación de la Udelar señala que el 18 % fue discriminada en un centro de salud, ubicándose en primer lugar los médicos como los agentes discriminadores más denunciados<sup>22</sup> y en segundo lugar el personal de enfermería.<sup>23</sup>

Finalmente, sobre los problemas de la confidencialidad el 31,4% señaló que existen problemas de discreción y privacidad en los centros de salud en los que se atienden o atendieron, siendo significativo el número de denuncias (63 %) que se producen entre aquellas que residen en el interior del país (MYSU, 2012: 26). Muchas veces estos problemas, agrega el

informe, están relacionados con discriminación por VIH, problema que enfrentan tanto las que conviven con el virus como las que no.

## Antecedentes de servicios de salud que incluyen a la población trans

### En la región: Argentina

La Ley de Identidad de Género (Ley 26.743) aprobado el 9 de mayo de 2012, además de reconocer el derecho a la identidad como un derecho humano, garantiza el acceso tanto en el sistema público como privado a todas las personas que lo soliciten a las prestaciones de salud reconocidas a través del Plan Médico Obligatorio (PMO), programa que incluye la hormonización y cirugías de modificación corporal. La legislación vuelve el cambio de nombre un mero trámite administrativo, sin la necesidad de diagnóstico o peritaje médico, psicológico o psiquiátrico de ningún tipo, y reconoce a las/os usuarios del servicio de salud como sujetos autónomos, abandonando por completo el paradigma patologizador biomédico.

La norma establece explícitamente que todas las personas mayores de dieciocho años de edad podrán

*... a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.*

La única condición previa es la voluntad expresa, el consentimiento informado de la persona y además se reconoce la posibilidad de que la persona se pueda hormonizar sin necesidad de que aspire a una

22 Existe una diferencia significativa en esta cifra en función de los cohortes generacionales. Mientras que el 17,6 % de la población trans más jóvenes señaló a los médicos como agentes de formas de discriminación, entre la población adulta la cifra baja al 8,7%. Una diferencia de casi 8 puntos que puede obedecer a una mayor naturalización de las formas de discriminación entre las mayores y a una menor percepción del derecho a tener derechos.

23 El número es más abultado en el estudio realizado por MYSU (2012: 19), donde el 40% de las entrevistadas consideró haber sido víctima de una actitud ofensiva por parte del personal de salud. Si bien la pregunta utilizada en esta investigación y la realizada por la Udelar no fueron la misma, esta diferencia tan notoria puede deberse a como MYSU seleccionó la muestra y a la inclusión de población trans del interior en su investigación, ya que el 64% de las encuestadas residentes fuera de Montevideo respondieron afirmativamente esa pregunta.

operación de reasignación de sexo. El sistema consagrado abandona así por completo las regulaciones taxativas que veían una linealidad entre hormonizarse y realizarse intervenciones quirúrgicas, así como vuelve al médico en un acompañante en los procesos voluntarios de transformación corporal del/la usuario/a.

Para las personas menores de 18 años que desean hormonizarse la ley establece la obligatoriedad de contar con la conformidad de sus representantes legales y en caso de no poder obtenerla existe la alternativa por discrepancias entre el/la menor y sus representantes de solicitar intervención a la justicia para que se expida.

El incumplimiento de las prestaciones es susceptible de sanciones legales, es obligatorio el trato digno y el reconocimiento del nombre social, así como la atención en salud debe ser integral, y buscar acompañar el proceso de toma de decisiones en forma libre e informada a efectos de garantizar el ejercicio del derecho al libre desarrollo personal.

En el 2015 se publicó la guía para equipos de salud *Atención de la salud integral de la población Trans*, donde se sintetiza el marco normativo y se ofrece información específica para los equipos médicos a efectos de facilitar un abordaje integral de la población trans. Y en el mes de mayo de este año se realizó la reglamentación del artículo 11 de la Ley de Identidad de Género vía decreto (Decreto 903/2015) especificándose las operaciones que son cubiertas,<sup>24</sup> la necesidad de formar y sensibilizar

<sup>24</sup> El Decreto 903/2015 establece que se “entiende por intervenciones quirúrgicas totales y parciales a las cirugías que ayuden a adecuar el cuerpo a la identidad de género autopercibida. Las mismas comprenden: mastoplastia de aumento, mastectomía, gluteoplastia de aumento, orquiectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia, anexohisterectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia y faloplastia con prótesis peneana, resultando la presente enumeración de carácter meramente enunciativo y no taxativo”. Asimismo, se aclara que se “entiende por tratamientos hormonales integrales a aquellos que tienen por finalidad cambiar los caracteres secundarios

al personal de salud y estableciéndose los fondos de donde proviene la cobertura de todo este tipo de tratamientos. De esta forma, se volvió efectivamente obligatorio para el sistema de salud privado y público las prestaciones y se evita a partir de ahora la judicialización para lograr la prestación, situación que se venía dando desde la aprobación de la norma por el incumplimiento de los servicios sanitarios.

## Antecedentes en Uruguay

Entre 1991 y 2012 el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela realizó quince operaciones de reasignación de sexo en forma gratuita.<sup>25</sup> El servicio trabajaba con la perspectiva de “disforia de género” por lo que se iniciaba el proceso mediante una serie de diagnósticos psiquiátricos, se abordaba luego el tratamiento hormonal, para llegar finalmente a la operación de reasignación de sexo.

En la medida en que el promedio para lograr acceder a la cirugía implicaba ocho años por cada usuario/a, y existía una baja coordinación entre todas las áreas implicadas en el proceso, la sociedad civil en diálogo con la dirección del Hospital de Clínicas promovió la elaboración de un protocolo de atención a la población trans que redujera el plazo a dos años y la creación de una policlínica específica que unificara todos los servicios implicados en la atención de la población transexual. Pero el protocolo nunca se puso en marcha, y a partir del 2012 el servicio universitario dejó de realizar operaciones de reasignación de sexo. La decisión fue tomada, por el actual director del servicio universitario, doctor Víctor Tonto, quien considera que tanto las operaciones de reasignación de sexo como las mastectomías “no son prioridad” (*El*

que responden al sexo gonadal, promoviendo que la imagen se adecue al género autopercibido”.

<sup>25</sup> Ángela fue la primera transexual operada en el hospital universitario el 10 de abril de 1991, luego de años de deambular por diferentes servicios sanitarios nacionales.

*Observador*, 22/5/2013). Debido a las denuncias de varias organizaciones LGTB, Tonto autorizó que se realizaran cuatro operaciones (*El País*, 3/3/2014) pero dejó nuevamente en suspenso —una vez resuelto estos casos pendientes que venía atendiendo el hospital— la futura existencia de este servicio.

Otra experiencia importante en el terreno de la salud es el primer Centro de Salud Libre de Homo Lesbo Transfobia (CENSAL) del país, en el montevideano Centro de Salud Ciudad Vieja, inaugurado el 20 de junio de 2012. La iniciativa busca volver realmente universal la red de atención primaria de salud (y no generar centros exclusivos para la diversidad sexual) mediante la construcción de protocolos y generación de espacios de formación que permitieran tomar en cuenta las realidades y necesidades específicas de salud de la población LGTB desde un enfoque sin discriminación. La capacitación y formación integral del equipo médico, administrativo y de mantenimiento con este nuevo enfoque es el resultado del trabajo conjunto del MSP, RAP/ASSE, Colectivo Ovejas Negras, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (Udelar) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Esta primera experiencia piloto se aplicó a otros centros de salud del país (por ejemplo en el Centro Cívico Salvador Allende de Barros Blancos). Una limitación importante para la captación de usuarios/as trans de estos centros fue que hasta fines de 2015 no ofrecían tratamiento hormonal ni tratamientos que permitan transformar rasgos sexuales secundarios en forma gratuita, dos necesidades claves en el terreno de la

salud para las identidades trans. Según las consultas realizadas con la actual dirección del centro, durante el 2014 y 2015 solo cinco personas trans asistieron al servicio.

También el MSP, receptor principal estatal del Proyecto País del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a través de la Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial (UGPFM) creó cinco Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (EDISA) en diferentes partes del país (Artigas, Colonia, Montevideo, Maldonado, Melo) y dos centros móviles para atender específicamente a la población trans y a los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). La filosofía de los EDISA era exactamente la opuesta a los CENSAL, en la medida en que buscaban crear centros exclusivos para esta población y no reconocer y promover el Primer Nivel de Atención ya existente como puerta de entrada de acceso universal, lo que implicaba en los hechos reestigmatizar a los potenciales usuarios.

Los EDISA comenzaron a funcionar a principios de 2013, pero tuvieron grandes dificultades para captar usuarias trans femeninas, lo que sumado al incumplimiento del UGPFM con las exigencias del convenio, generó que el Fondo Mundial resolviera a fines del 2013 retirarse de Uruguay y se desmantelaran todos los servicios. El fracaso de esta experiencia obedece a la rigidez de los lineamientos impuestos por el Fondo Mundial, a la ausencia de una interacción real entre los operadores de la intervención y la sociedad civil, y a fuertes ineficiencias en la gestión de los recursos.





## 2. La experiencia de atención a personas trans en la Unidad Docente Asistencial Saint Bois

El capítulo analiza la experiencia de atención de personas trans en la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Primer Nivel de Atención (RAP-ASSE), que funciona desde el 2014 en el predio del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, ubicado en la zona Villa Colón del departamento de Montevideo. La primera parte presenta el servicio, describiendo su institucionalidad, recursos disponibles y los principios que lo orientan. La segunda analiza los desafíos enfrentados para la construcción de este ámbito de referencia para la atención de personas trans: a) la formación y sensibilización de los/as profesionales de salud; b) el desarrollo de dispositivos de atención específicos para la atención de personas trans; c) la provisión de hormonoterapia y d) las cirugías.<sup>1</sup> En la tercera parte, se analiza el vínculo con el tercer nivel de atención, describiendo el proceso de intervenciones quirúrgicas a usuarios trans masculinos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR); allí se analizan las características del procedimiento, el contexto institucional de la experiencia, el modelo de atención a los usuarios y el cambio en el discurso médico en la realización de estas intervenciones. Finalmente se plantean algunas claves interpretativas más generales sobre la construcción de la iniciativa y los nudos que plantea para pensar una política integral de salud con enfoque de diversidad genérico-sexual.

---

**1** Debido a que el trabajo de campo de esta investigación se llevó a cabo en el primer semestre de 2015 no se incluye la descripción de las cirugías plásticas, que comenzaron a desarrollarse con posterioridad a que este finalizara.

## Institucionalidad

La experiencia relevada se desarrolla en la UDA que funciona desde 2010 en el predio del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, ubicada en la zona de Villa Colón del departamento de Montevideo. Las UDA son

*ámbitos donde de forma coordinada, los servicios docentes de la Facultad de Medicina se integran al funcionamiento de los Servicios de Salud de los prestadores públicos y privados, cumpliendo funciones de atención a la salud, enseñanza de grado y posgrado, extensión e investigación.*<sup>2</sup>

Esta UDA es claramente del Primer nivel de atención pero tiene la particularidad de tener una triple dependencia por la gran diversidad de sus ámbitos de trabajo. Es así que el primer proyecto de 2010 fue diseñado y llevado a cabo por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y el Hospital Saint Bois. En la evolución se entendió que por su naturaleza era pertinente la dependencia de RAP. Al día de hoy depende formalmente de la Facultad de Medicina (FMed) de la Universidad de la República (Udelar), de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)<sup>3</sup> y del Hospital Saint Bois.

2 Documento “Centro de Salud Saint Bois. Proyecto de creación de Unidad Docente Asistencial. Fortalecimiento del primer nivel de atención desde la interdisciplina y la participación comunitaria” (p. 1), Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina. ([www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/Proyectos/udas/UDA\\_SB.doc](http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/Proyectos/udas/UDA_SB.doc) [24/6/2015]).

3 Entrevista con la exdirectora general del Centro Hospitalario, licenciada Laura Molina. La RAP es la unidad ejecutora de ASSE; desde el año 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y parte de la zona metropolitana ([http://www.asse.com.uy/uc\\_2371\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2371_1.html) [24/6/2015]).

## Las reformas en el sector salud: descripción del contexto habilitante

Para situar el contexto de la experiencia, es importante comenzar por profundizar sobre las importantes reformas en el sector salud que se produjeron en los últimos años: en este marco, tanto el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como la Segunda Reforma Universitaria y su particular anclaje en la Facultad de Medicina de la Udelar, son factores ineludibles a la hora de comprender el entorno que habilitó la experiencia que aquí se analiza.

La reforma de la salud que tuvo lugar en Uruguay entre 2007 y 2008 creó el SNIS, organizándolo por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones.<sup>4</sup> Asimismo, estableció como estrategia la Atención Primaria en Salud (APS), priorizando el primer nivel de atención. El primer nivel de atención es la puerta de entrada y el contacto inicial que tiene el individuo con el sistema sanitario, por lo que las experiencias internacionales señalan que es deseable la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en este ámbito<sup>5</sup>. A su vez, es particularmente relevante en el caso de las personas trans, donde a nivel internacional se ha observado que acceden a los hospitales “cuando ya es muy tarde, cuando están muy enfermas y su salud muy deteriorada”, en parte porque atraviesan diversos tipos de agresión o maltrato en el sistema de salud y quieren evitar esas situaciones (Centurión *et al.*, 2008). Por tanto, comenzar a generar otro vínculo desde el primer

4 En cuanto a los niveles de atención, Vignolo *et al.* (2011) los definen “como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven”. Clásicamente, se distinguen tres niveles de atención, sobre los que se profundizará más adelante en este trabajo.

5 Ver las recomendaciones surgidas del caso de la municipalidad de Rosario (Bertone, s/f: 27).

nivel es clave para que las instituciones sanitarias no sean reproductoras de violencia hacia las personas trans y estas permanezcan en el sistema.

La Ley 18.211 constitutiva del sistema (art. 36) define al primer nivel de atención de la siguiente manera:

*El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.<sup>6</sup>*

A medida que crece la complejidad de las necesidades y los problemas a resolver, los recursos se organizan en los niveles dos y tres. En el segundo nivel de atención “se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría”, mientras que el tercero “refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo *et al.*, 2011). Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta un 95% de problemas de salud de la población, mientras que el tercer nivel

se reserva para la atención de situaciones poco prevalentes.

En cuanto a la Reforma Universitaria, fue en el marco de ese proceso que en diciembre de 2007, la Asamblea del Claustro aprobó un nuevo Plan de Estudios para la carrera de Doctor en Medicina, priorizando entre otros puntos la enseñanza en el ámbito comunitario y la inserción temprana del estudiante en él. En ese nuevo plan de estudios que se aplica desde 2008, el trabajo con la comunidad es vertebrador de la formación en medicina y asimismo se establece como actividad curricular permanente (de hecho, el primer trienio de la carrera apunta a establecer las Bases de la Medicina Comunitaria). En este contexto de cambio y de nueva centralidad del abordaje comunitario, en 2007 el Consejo de la Facultad de Medicina creó el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFyc) “... permitiendo de esta manera el surgimiento de esta disciplina, al contar con un espacio académico propio”.<sup>7</sup>

## Características de la Unidad Docente Asistencial

En su *dimensión asistencial*, el centro concentra actividades de primer nivel de atención en medicina familiar y comunitaria, pediatría y ginecología, psicología, nutrición, salud mental, atención a alteraciones del desarrollo, fonoaudiología, atiende a usuarios/as en el horario de 8 a 17 horas. En febrero de 2014, con la finalidad de mejorar el acceso a la población se implementó un turno vespertino o nocturno (desde las 16 horas en adelante, que a veces funciona hasta las 20-22 horas), el que disminuye las barreras de acceso al servicio para la población trans que vive del comercio sexual durante la noche. Los cambios tuvieron un efecto casi inmediato: aumentó el número de usuarios/as atendidos/as que se identifican con una identidad

<sup>6</sup> [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf) (24/6/2015).

<sup>7</sup> <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/> (15/7/15).

trans. Además, el servicio coordina actividades de práctica docente-asistencial en cuatro policlínicas satélites de la zona.<sup>8</sup> Es de destacar que este turno se planificó tomando en cuenta a Medicina Familiar y Comunitaria como la disciplina responsable en este turno. No se asignaron nuevos recursos para esto, se redistribuyeron los mismos recursos existentes hasta el momento.

Con relación a los recursos humanos con los que cuenta la UDA, es importante marcar que la orientación de la reforma de la salud conllevó un aumento de la cantidad de docentes del área de MFYC y de los/as estudiantes de grado que asisten al centro.<sup>9</sup> La UDA cuenta hoy con los siguientes recursos humanos:

Docentes de Facultad de Medicina: Prof. Agda. MFYC y Pediatría: Profs. adjuntos (grado 3) de MFYC, Ginecología, Psicología, Epidemiología, Fonoaudiología y asistentes (grado 2) de MFYC, Pediatría, Ginecología, Nutrición. Esta UDA tiene una peculiaridad que es la presencia de un equipo interdisciplinario para la atención de alteraciones del desarrollo (Psiquiatría pediátrica, Neuropediatría, Psicología, Fonoaudiología y Sicomotricidad).<sup>10</sup>

En su *dimensión formativa*, la UDA recibe estudiantes de grado de las carreras de Dr. en Medicina, de la Lic. en Nutrición, de la Lic. en Fonoaudiología, estudiantes de posgrado y residentes de Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria Ginecología y estudiantes de Diplomatura en Servicios de Salud en Psicología. Los datos brindados por el servicio indican que durante el primer año de la

implementación del turno vespertino han participado, además de los docentes encargados del servicio: diez estudiantes de formación de pregrado en Medicina; cuatro estudiantes de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; un estudiante de posgrado en Endocrinología; cuatro estudiantes de Psicología; un endocrinólogo; pasantes extranjeros de Brasil, Argentina, España y Perú, así como pasantes de otras UDA que solicitaron formación en la temática (Márquez, 2015b).

La RAP, la UDA y la propia disciplina de la MFYC que predomina en este caso tienen principios orientadores que generaron un entorno habilitante para el surgimiento de la experiencia.

En primer lugar, se incentiva al trabajo conjunto entre profesionales de distintas disciplinas y entre especialidades de la medicina para lograr un abordaje integral (interdisciplinariedad/multidisciplinariedad). La sistematización de la experiencia de atención a personas trans de la Municipalidad de Rosario, Argentina, destaca especialmente este punto como una buena práctica, "... de forma tal de abordar toda la complejidad de la identidad de género en sus aspectos sociales, legales y sanitarios" (Bertone, s/f: 25).

En segundo lugar, se trabaja a partir de una concepción longitudinal, a lo largo de todo el ciclo de la vida de las personas, y que contempla el nivel social en el cual están insertos los usuarios/as, las familias y la comunidad.<sup>11</sup> Esta perspectiva es clave para atender a personas trans, porque permite comprender cómo la discriminación a la que se ven expuestas las afecta en distintas dimensiones de su salud —por ejemplo, cómo la exclusión del mercado laboral formal lleva a que muchas trans se inserten en el comercio sexual, exponiéndose en mayor medida a determinadas enfermedades—.

8 [https://saludintegralsaintbois.wordpress.com/acerca-de/\(24/6/2015\)](https://saludintegralsaintbois.wordpress.com/acerca-de/(24/6/2015)).

9 Información recogida de entrevistas realizadas en la UDA y del Documento *Centro de Salud Saint Bois. Proyecto de creación de Unidad Docente Asistencial. Fortalecimiento del primer nivel de atención desde la interdisciplina y la participación comunitaria*.

10 [https://saludintegralsaintbois.wordpress.com/acerca-de/\(24/6/2015\)](https://saludintegralsaintbois.wordpress.com/acerca-de/(24/6/2015)).

11 Documento de creación de la UDA y [http://www.asse.com.uy/uc\\_2371\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2371_1.html) (24/6/2015).

En tercer lugar, se incentiva al diálogo y la articulación con otros prestadores de salud, otras instituciones gubernamentales y de la sociedad civil.<sup>12</sup> El vínculo con otros prestadores de salud y cátedras de la Facultad de Medicina se visualiza, entre otras articulaciones, en la transferencia de aprendizajes con el Espacio Diversidad que se creó en 2013 en la Policlínica de RAP-ASSE Salto, el diálogo con Infectología para la realización de un Ateneo, y la coordinación para solucionar situaciones que requieren la participación de segundo o tercer nivel de atención, como ocurre en el caso de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en una institución del tercer nivel (el Centro Hospitalario Pereira Rossell) con la Clínica A de Ginecotología (proceso que será detallado más adelante en este capítulo). Un ejemplo de vínculo estrecho con organismos gubernamentales es el del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), en lo que refiere a brindar apoyo en el proceso de cambio de nombre y sexo registral u obtener la TUS Trans.<sup>13</sup> En cuanto a la sociedad civil, será central el diálogo (en instancias formales e informales) con las organizaciones de la diversidad<sup>14</sup> —Trans Boys Uruguay, Unión Trans del Uruguay y el Colectivo Ovejas Negras—. Este encuentro incentivó las acciones de formación

de los equipos de salud y la realización de una evaluación del servicio útil para ajustar los dispositivos de atención creados (Márquez, 2015).

En cuarto lugar, la especialidad predominante en la UDA, tal y como establece la web del Departamento MFYC de la Facultad de Medicina, está alineada a esos principios rectores:

*... tiene una clara perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, teniendo a su cargo la enseñanza, asistencia, extensión e investigación en el primer nivel de atención, del individuo, la familia y la comunidad. Este perfil contribuye a generar un proceso de enseñanza-aprendizaje y de atención a la salud, continua, integral, holística y contextualizada en la realidad social y comunitaria en que el futuro profesional o el especialista se encuentra inserto y donde desarrolla su proceso educativo.*<sup>15</sup>

Como señaló en entrevista la coordinadora de la UDA, Dra. Clara Niz, la disciplina supone que las situaciones que presentan los/as usuarios/as son multidimensionales y por lo tanto no se pueden dar respuestas eficaces desde “un único lugar” sino que se requiere la participación de “múltiples miradas” de forma coordinada. El rol de la figura médico/a de familia es ir “... armando esa red. Es como un director de orquesta, porque tiene una visión integral [...]. Sos el médico de referencia de la persona pero sabés a quién ir a tocar la puerta para que te aporte en tu accionar”. La disciplina está asociada además al compromiso con la comunidad y la preocupación por la inclusión social.

Estas características propenden a acercamientos “ciudadanizantes” a la cuestión, evitando la cristalización de abordajes centrados en la noción de “paciente”, donde la única vinculación con el sistema de salud es la existencia de una condición

<sup>12</sup> La web de la UDA señala que realizan actividades en conjunto con la Licenciatura de Oftalmología en programas de salud ocular; Escuela de Nutrición; Escuela de Parteras en el marco de la planificación del programa de detección precoz y seguimiento de sífilis congénita; Departamento de Bacteriología y Virología en el desarrollo del laboratorio de Bacteriología existente en el Centro de Salud Saint Bois en actividades de investigación y docencia; otros recursos ya existentes en la zona que llevan adelante diversos programas en problemas de salud de considerable magnitud (violencia doméstica, adicciones, salud del niño y el adolescente, adulto mayor) realizando actividades integradas con el centro tanto de extensión, como docentes y de investigación; Facultad de Psicología, etc. <https://saludintegralsaintbois.wordpress.com/acerca-de/> (24/6/2015).

<sup>13</sup> Entrevista al Dr. Márquez en *Observador TV* (25/5/2015), en: <http://elobservadortv.uy/video/214226/asse-aumenta-34acceso34-a-salud-para-personas-trans/> (acceso 28/6/2015).

<sup>14</sup> Debido a que la experiencia desde el punto de vista de los usuarios/as se registra en un capítulo específico, en este capítulo se realizarán únicamente menciones a usuarios/as y organizaciones que las/los nuclea, sin profundizar en ello.

<sup>15</sup> <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/> (24/6/2015).

considerada como “enfermedad”, la existencia de diagnósticos e indicaciones verticales y unilaterales del médico hacia el usuario. Los profesionales vinculados a la iniciativa recurren frecuentemente a la idea de “usuarios/as sanos/as” para referir a la personas trans y las cuestiones vinculadas a su construcción identitaria, lo que estaría hablando de un cambio importante a nivel discursivo y configurando un nuevo ideal regulatorio.

## Surgimiento de la experiencia

El turno vespertino que inauguró la UDA no se creó como un ámbito específico para la atención de personas trans. El proceso por el cual se convirtió en una referencia para muchos individuos que se reconocen con esta identidad de género fue el siguiente:

*A partir de una evaluación del servicio se constató un déficit en la dimensión de accesibilidad, es decir, en su capacidad para que las personas puedan acceder a ser atendidas. Las razones de este problema eran varias, por ejemplo, vinculadas al transporte disponible para llegar al centro y a la incompatibilidad del horario laboral de los/as usuarios/as y los turnos de atención existentes.<sup>16</sup> Una de las soluciones que se encontró fue extender el horario de atención un día a la semana, creándose los martes el turno vespertino al cual ya se aludió (Márquez, 2015).*

El turno fue creado con la autorización de la Dirección General del Centro Hospitalario, que brindó los recursos necesarios para extender la vigilancia del predio durante el nuevo horario, pero no cuenta con los mismos recursos administrativos

que el resto de los turnos. En este sentido, como señalaba la coordinadora de la UDA en entrevista, funciona como una instancia “bastante autogestionada”, que logra mantenerse por la gran cantidad de pasantes, posgrados y residentes que colaboran en las distintas tareas.

Fue en este contexto que se registró la primera atención de una persona trans, a raíz de la cual se comienza a pensar cómo brindar una mejor atención, adecuada a sus necesidades, y de qué manera promover un entorno amigable para su asistencia (Márquez, 2015). Así, la UDA se colocó como una referencia para estas y estos usuarios, difundiendo-se como un ámbito “amigable” para los/as trans y extendiéndose en poco tiempo el número de usuarios/as de este tipo que se acercaron a atenderse.

El acercamiento de estos/as usuarios/as se dio, entonces, por la confluencia de dos factores: a) la presencia de un profesional de la salud sensibilizado que motivó a que se acercaran personas trans y que impulsó cambios en la atención para hacerlo amigable para ellas; y b) el propio horario, que lo hace un servicio más accesible para muchas mujeres trans que se dedican al trabajo sexual, usualmente en el horario de la noche, haciéndose difícil para ellas asistir a actividades que transcurren en el correr de la mañana.

Así, todos los involucrados en la experiencia enfatizan que no se trata de un espacio exclusivo para la atención para personas trans ni quieren convertirlo en tal,<sup>17</sup> pero que en la práctica todas las personas trans asisten casi que de modo exclusivo a ese horario. Es decir, el turno se constituyó como un ámbito de referencia para ellas y ellos, al brindarles respuesta a las demandas y necesidades que tienen, que no estaban siendo satisfechas en el sistema de salud. Esta demanda involucra aspectos específicos

<sup>16</sup> Cabe aclarar, asimismo, que el centro hospitalario donde se ubica la UDA se encuentra en una zona alejada de la ciudad y a la cual el transporte público accede en escasa medida.

<sup>17</sup> Desde la UDA se explicó que se había difundido la idea de que el turno vespertino era una policlínica para personas trans, por lo cual desde ASSE solicitaron un informe al respecto.

de las personas trans, como el acceso y control de las transformaciones corporales inducidas con motivos de adecuación identitaria, pero también la posibilidad de este grupo de ser atendido por cualquier razón —una gripe— de manera respetuosa y no discriminatoria.

Según informan desde el servicio, entre junio 2014 y junio 2015 recibieron un total de 600 consultas de las cuales 192 corresponden a personas que se reconocen en esta identidad de género (Márquez, 2015b). La mayor parte de las consultas son realizadas por chicos trans, quienes presentan además, según señalaron algunos entrevistados, una mayor continuidad en la asistencia.

Por último, no hay que pasar por alto el hecho de que los cambios a nivel de la movilización social, la legislación y el desarrollo de políticas públicas con perspectiva de diversidad sexual que tuvieron lugar en los últimos diez años abrieron una “ventana de oportunidad” para que la experiencia fuera factible y para que haya tenido resonancia en el ámbito de la salud pública más general.

## Los principales desafíos de la construcción de la experiencia

### La formación y sensibilización de los/as profesionales de la salud

La “llegada” de usuarios/as con esta identidad de género interpeló al equipo de profesionales de la salud del centro en sus competencias para la atención específica de sus necesidades y su conocimiento sobre el tema. En palabras de la coordinadora de la UDA, “... ahí nos dimos cuenta de que no sabíamos. O sea, teníamos eso de “no discriminar, de incluir”, pero después, lo que refiere a la atención específica que hace el médico, no lo manejábamos”. Al igual que ocurre en otros ámbitos, la presencia

de un cuerpo y una identidad desafiante de la heteronorma en una institución totalmente estructurada a partir de los cánones hegemónicos provoca un gran desconcierto y una consecuente paralización, esta sensación de “no saber qué hacer” mencionada por la entrevistada.<sup>18</sup>

En este sentido, el primer desafío a sortear fue adquirir las herramientas cognitivas y las habilidades comunicacionales necesarias para brindar una atención integral y no discriminatoria a las personas trans, que no se ofertan en la formación curricular de los/as profesionales de la salud. Los insumos de los que se nutrieron fueron varios.

En primer lugar, se creó en 2013 un curso de atención a la salud en diversidad sexual para graduados del área de la salud, impulsado por la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la organización social de la diversidad Ovejas Negras. La experiencia se ha venido replicando anualmente desde entonces: en 2014 en el Hospital de Clínicas, en 2015 en el marco de la Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP)/Formación para graduados/as en el interior del país realizada en Salto, y en 2015 para funcionariado de ASSE. El curso también puede ser tomado para conseguir créditos optativos en el grado de medicina. Esta instancia sirvió para formar a algunos de los profesionales vinculados a la experiencia de la UDA a la vez que ofició como un ámbito para que se transmitiera el acumulado de este espacio hacia otros.

En segundo lugar, se realizaron ateneos académicos, El primero fue el 2 de setiembre de 2014, bajo el título *Atención a personas trans: otro desafío del Sistema Nacional Integrado de Salud*, organizado en conjunto entre la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria y la Clínica Ginecología A que

<sup>18</sup> Las referentes de MFyc aclararon que en este campo tan amplio la necesidad de formación en distintas áreas es continua.

ha sido central en esta experiencia. En dicha instancia se hizo un relevamiento de bibliografía, se invitó a expertos/as de distintas áreas (participaron la Unidad Académica de Bioética de la FMed, las cátedras de Endocrinología y de Enfermedades Infecciosas, y profesionales de Salud Mental) y a algunos pasantes extranjeros, y se discutieron casos clínicos.<sup>19</sup>

Una tercera instancia formativa fue el curso *Educación sexual y derechos humanos* promovida por el MIDES con el apoyo de especialistas del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) de Cuba, en el marco de un convenio de cooperación sur-sur entre Cuba y Uruguay. La capacitación duró 20 horas y estuvo orientada a educadores/as, psicólogos/as, asistentes sociales, técnicos/as sociales en general y trabajadores/as de la salud.<sup>20</sup>

Finalmente, gracias a la propia lógica de trabajo de la UDA de ser en simultáneo un centro asistencial y de enseñanza-aprendizaje, el turno vespertino instaló una dinámica de trabajo en equipo permanentemente orientada por el doble propósito de concretar la interdisciplinariedad y el abordaje integral y longitudinal de las personas. Este instó a la formación constante y a la revisión de la propia experiencia y el análisis de otras desde una perspectiva crítica que no es común para otras especialidades. La participación de los/as usuarios/as también fue destacada como un mecanismo de formación muy relevante. Como señaló uno de los médicos involucrados en la experiencia durante una de las entrevistas, “construimos todos los días y entre todos”.

La experiencia analizada también generó “externalidades positivas”, promoviendo o facilitando

la capacitación de otros actores. Al tratarse de una unidad docente, el aspecto de la formación es central en la dinámica de funcionamiento del policlínico.

En primer lugar, se generó un efecto multiplicador de la sensibilización y formación, “salpicando” a los/as estudiantes de grado que transitan por allí a lo largo del año. A su vez, la difusión de la experiencia de atención a personas trans aumentó el interés en la formación, atrayendo a pasantes extranjeros (especialmente de Brasil<sup>21</sup> pero también de Argentina y España) y estudiantes de otras UDA,<sup>22</sup> es decir, generó una demanda de formación por parte de profesionales de la salud de distintas áreas, aunque el centro no tiene capacidad para atenderla por sí solo. Cuando los contenidos se visibilizan, la demanda de formación se genera casi automáticamente, porque los profesionales toman nota de que no cuentan con determinadas herramientas que necesitan en el día a día.

En segundo lugar, cabe mencionar la sensibilización realizada por el equipo de la UDA para los/as profesionales médicos y no médicos del CHPR, donde se realizó la primera cirugía a un usuario trans masculino que se atendía en la UDA. En esa instancia, integrantes del equipo de la UDA y pasantes de Brasil acudieron al centro para informar sobre el caso y dar herramientas conceptuales al personal médico y de enfermería, con el fin de generar un entorno contenedor y no discriminatorio hacia el usuario. De hecho, el haber contado con esta sensibilización fue visualizado como clave por los actores entrevistados en el CHPR, proceso que se analiza con más detalle en la sección que aborda el proceso en el tercer nivel de atención.

<sup>19</sup> Información tomada de afiche del ateneo, en: <https://ses-sexuruguay.wordpress.com/2014/08/12/ateneo-conjunto-atencion-a-las-personas-trans/> (28/5/2015). Ver también Márquez (2015) y entrevista con la Dra. Niz.

<sup>20</sup> Información brindada por la responsable de la División de Derechos Humanos, Dirección Nacional de Promoción Sociocultural, MIDES.

<sup>21</sup> Se ha destacado especialmente el aporte de los pasantes brasileros a la experiencia, debido a que provienen de una carrera que brinda una formación multiprofesional, integrando la medicina con otras disciplinas del área social (psicología, antropología, etc.). Agradecemos los informes de los pasantes extranjeros facilitados para esta investigación por el Dr. Márquez.

<sup>22</sup> Entrevista a la Dra. Niz.



En tercer lugar, se destaca la transferencia de aprendizajes o el intercambio de experiencias que se dio entre el equipo de la UDA y la policlínica de RAP-ASSE de Salto, que conformó en 2013 un espacio de atención integral para la población LGTBI (lesbianas, gays, travestis, transexuales, transgénero, bisexuales e intersexuales) denominado “Espacio diversidad” como un esfuerzo conjunto del MSP, la RAP-ASSE, el MIDES, el Banco de Previsión Social (BPS) y el Centro Médico de Salto, junto a los colectivos nucleados de diversidad.<sup>23</sup>

Finalmente, la sensibilización adquirida por el equipo del turno vespertino generó un “derrame” de capacidades en el resto de los turnos de la UDA. No obstante, hasta la fecha no se cuenta con una estrategia específica de sensibilización y formación de todo el funcionariado del centro hospitalario y del propio servicio.

Esta limitante lleva a poner el foco en quiénes tienen la responsabilidad por la formación de los profesionales de la salud médicos y no médicos que trabajan en centros públicos. Claramente, no corresponde a los docentes que impulsaron la iniciativa llevar adelante este proceso, sino que debe ser asumido en un nivel superior, ya sea la RAP, ASSE, el propio MSP o la FMed y la Facultad de Enfermería, curricularizando contenidos y prácticas en salud LGTB en las carreras de salud y en la enseñanza ligada a la práctica en las distintas disciplinas y niveles de atención (Arteta, 2015). Todos los centros de salud, no solo la UDA, deberían estar preparados para atender la diversidad, si efectivamente se trata de un servicio universal, abierto y accesible a toda la ciudadanía. El propio MSP ha reconocido, en el capítulo “Diversidad Sexual” de las *Guías de Salud Sexual y Reproductiva*, 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 (MSP, 2009: 26).*

Se han venido desarrollando algunos recursos formativos que pueden servir como disparadores o instrumentos iniciales al menos para avanzar/concretar esta línea. Un material señalado en varias entrevistas<sup>24</sup> como el más utilizado en los talleres de sensibilización y la formación en habilidades comunicacionales en profesionales de la salud fue el video *¿Cuál es la diferencia?*, que muestra las diferencias sustantivas entre la atención ciega a la diversidad sexual o atenta a esta perspectiva y los efectos que ello tiene en los diagnósticos y la salud de las personas LGTB.<sup>25</sup> El otro es el manual de contenidos que se comenzó a elaborar a raíz de los cursos de diversidad sexual y salud iniciados en 2013.<sup>26</sup>

Por otra parte, otro aspecto que también debe tomarse en cuenta es la sensibilización de las y los funcionarios no directamente vinculados a la asistencia sanitaria, que muchas veces son el primer contacto que se establece entre el sistema de salud y los/las usuarios/as. Durante las entrevistas realizadas para esta investigación, a menudo las situaciones de discriminación referidas en el trato a usuarios/as trans tenían su origen en este primer contacto, o en interacciones administrativas, con

<sup>23</sup> “La RAP de Salto inauguró el espacio de atención integral”, en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_6682\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_6682_1.html) (acceso 1/7/2015).

<sup>24</sup> Entrevista con Dra. Niz y Dr. Rodríguez Almada.

<sup>25</sup> El video se creó en el marco del proyecto “Centros Libres de Homofobia”, organizado por el Colectivo Ovejas Negras, el MSP, RAP, ASSE, la Universidad de la República y UNFPA, en: <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNPxQY> (28/5/2015).

<sup>26</sup> En su elaboración participaron profesionales de psicología, medicina, enfermería y parteras (Arteta, 2015). Participaron la Cátedra de Medicina Familiar y la de Medicina Comunitaria, Ovejas Negras, MSP y UNFPA.

personal de tisanería o limpieza en los centros de salud. Esto se ilustra con claridad al abordar la experiencia del CHPR, pero en este apartado importa consignar el tema, dado que la sensibilización debe comprender dispositivos particulares para integrar a todos los actores de los centros de salud.

## Desarrollo de dispositivos específicos

El otro desafío de la experiencia sistematizada fue desarrollar dispositivos específicos para la atención de las personas trans. A continuación, se enumera y describe cada uno.

### Historia clínica que incorpora la diversidad

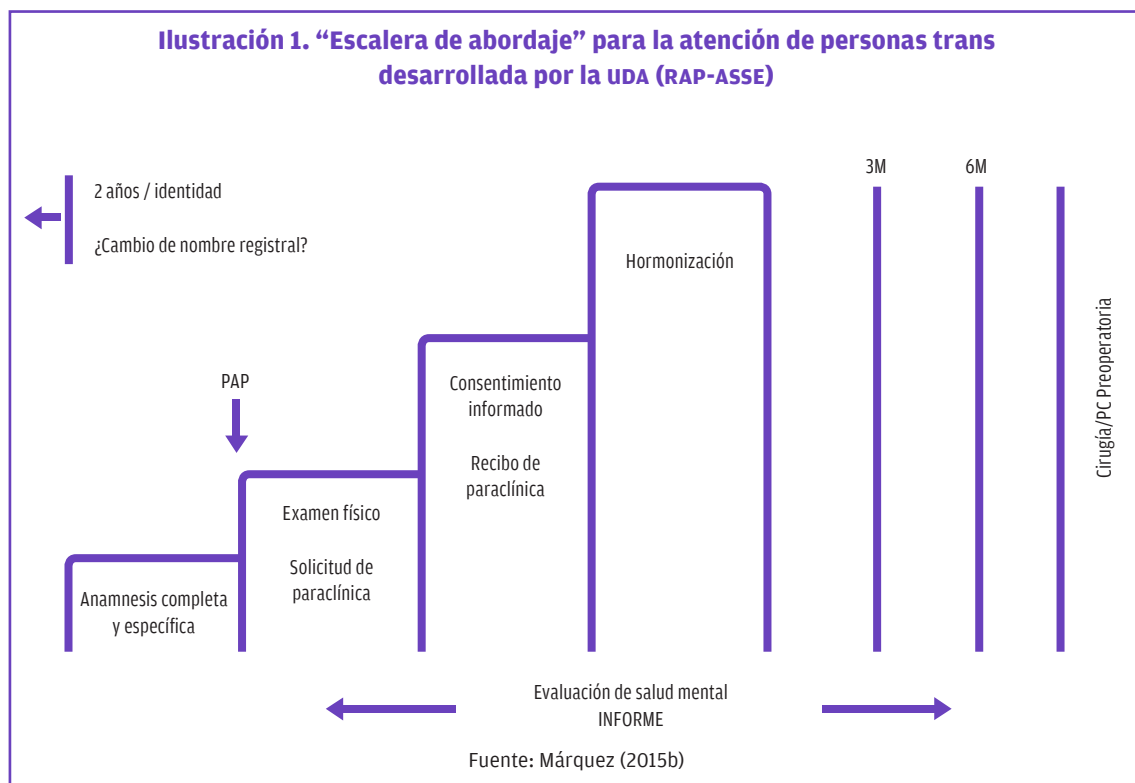
Se diseñó una *historia clínica* atenta a la diversidad genérico-sexual, respetuosa de la identidad de los/as usuarios/as, que permitiera llevar un registro eficaz de su asistencia. Se implementó una modalidad de registro médico que permite identificar por fuera cada historia clínica por el nombre de uso social de la persona —independientemente de haber hecho o no el cambio de nombre y sexo registral— y que incluye contenidos de interés específico para esta población. Para llevar adelante esta modificación, la “debilidad” institucional del turno vespertino ofició como un elemento facilitador, porque permitió a quienes “autogestionan” el ámbito hacer esta modificación sin tener que negociar con otros actores o procedimientos que pueden hacer más rígidos los procesos. No obstante, la contracara es que la transformación permanece recluida en este turno/espacio como una particularidad y todavía no se “exportó” hacia otras esferas. Otra dificultad identificada, que también se asocia a la falta de recursos, refiere a los registros y su gestión. En el caso de los/as usuarios/as trans, resulta difícil identificarlos porque las historias clínicas se colocan en sobres que no están señalizados por persona sino por núcleo familiar. Ello dificulta, además de procesos de organización del trabajo interno cotidiano del turno, la posibilidad de contar con datos sobre

la situación de quienes se asisten para “cruzarlos” con otras informaciones sobre personas trans que se están desarrollando en el Estado uruguayo.

### “Escalera de abordaje”

El instrumento denominado “Escalera de abordaje” concentra una serie de pautas de trabajo acordadas para la atención a personas trans, a partir de la identificación de las necesidades que plantea el usuario o la usuaria (más adelante se presenta una “Escalera de abordaje ampliada” que incluye en detalle el proceso de cirugía que se realiza en vinculación con la Clínica A). Esta herramienta presenta varias fortalezas a destacar. En primer lugar, cumple una función central a la hora de comunicar a las personas sobre su proceso de salud (Márquez, 2015b). En segundo lugar, como se aprecia en la ilustración 1, el dispositivo reconoce la importancia de aspectos no sanitarios como el acceso al derecho de cambio de nombre y sexo registral, acorde a una visión integral del derecho a la salud.

En tercer lugar, incluye la dimensión de acompañamiento psicológico de modo transversal, en lugar de colocarlo como un paso previo, que habilite o no a la persona a “continuar” la secuencia establecida. El equipo de la UDA ha considerado que no todos los/as usuarios/as requieren un proceso terapéutico específico pero que es importante contar con una valoración que permita descartar la presencia de patologías antes de avanzar hacia la administración de hormonas o la cirugía. Asimismo, el equipo de psicología participa acompañando procesos de transición específicos, por ejemplo, a quienes están “descubriendo” la identidad trans y a esta como un lugar “habitabile” o quieren visibilizarse con sus redes sociales más inmediatas, como la familia. Otro punto en el que apoya el equipo es en la “gestión de las ansiedades” sobre el proceso de transformación corporal, explicando que no es un “trámite”, los grandes cambios y los riesgos que conlleva, los tiempos en los cuales se pueden ir consiguiendo, etc. Como desafíos pendientes en



esta dimensión, la psicóloga entrevistada destacó la necesidad de sensibilizar en la sala de espera para la integración y no discriminación de las personas trans y de trabajar con el propio equipo de salud, porque es un tema que “mueve muchas cosas” a un nivel profundo como lo es la propia identidad.<sup>27</sup>

En cuarto lugar, la “Escalera de abordaje” reconoce las cuestiones generales que hacen a la atención a cualquier ciudadano/a y a partir de allí desarrolla dos estrategias: por un lado, transversaliza esas instancias generales típicas de la consulta con la dimensión de la diversidad sexual, y por otro lado reconoce e incluye mecanismos específicos diseñados para la atención de necesidades propias de este sector de la población —como la hormonoterapia

con fines identitarios o la cirugía de reasignación de sexo—.

Sin embargo, la “Escalera” adolece del mismo problema que todos los procedimientos utilizados por las políticas públicas cuando se enfrentan con el desafío de la variabilidad y flexibilidad identitaria: al mismo tiempo que necesitan establecer parámetros y categorías para aportar al reconocimiento de identidades y necesidades invisibilizadas y favorecer los derechos de quienes se ven excluidos por ello, corre el riesgo de fijarlas y estabilizarlas de modos que pueden resultar violentos para los sujetos involucrados. En este caso, lo que precisa ser utilizado con mucho cuidado es la idea de la secuencia, de que un paso debe venir antes o después del otro y que todos son pasos necesarios para cualquier cuerpo/identidad trans que arribe al servicio. Es decir, es fundamental que el instrumento sea manejado por profesionales de la salud sumamente interiorizados con la perspectiva de

<sup>27</sup> Entrevista a integrante del equipo UDA Saint Bois.

derechos humanos y diversidad genérico-sexual; pero también que quienes están formados en la temática sean extremadamente cuidadosos en sus discursos —frente a usuarios/as, otros profesionales, las autoridades, las organizaciones de la diversidad, etc.— para que no se desplacen hacia ese lugar, instando sin quererlo a reproducir y reafirmar perspectivas “normalizadoras” que presuponen implícitamente reforzar el binarismo en forma taxonómica, o la reconstrucción del “verdadero género” de la persona. Expresiones como “qué pasos son necesarios para llegar a la hormonización” o “el proceso que culmina en la cirugía” son ejemplos de este tipo de deslizamientos que clausuran las múltiples posibilidades identificatorias.

### Consentimientos Informados

En el marco de la experiencia sistematizada se generaron y reelaboraron distintos *consentimientos informados* (ver Anexo 1). Por un lado, existe un modelo específico para la terapia hormonal, que se hizo como un esfuerzo de la UDA y RAP-ASSE (Márquez, 2015). Por otro lado, se desarrolló uno para las intervenciones quirúrgicas en usuarios trans masculinos, que será analizado más adelante en este trabajo.<sup>28</sup>

El consentimiento es definido por referentes de la medicina legal en Uruguay como

*... la adhesión libre y racional por parte de una persona a un procedimiento que se origina en el equipo médico o de salud relativo al diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y la experimentación, en cuanto una persona tiene la posibilidad de ser capaz de estar informada y de ser libre* (González González, Rodríguez Almada y Berro Rovira, 2005: 292).

<sup>28</sup> Si bien el proceso de cirugías plásticas no será desarrollado en este trabajo por las razones esgrimidas en el comienzo, debe indicarse que también para estas intervenciones se desarrollaron consentimientos informados.

El instrumento “... se fundamenta en el respeto pleno a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales” (Berro Rovira, 2013: 17), es percibido como un derecho fundamental del usuario/a por el cual ejercer autonomía y como una exigencia ética y legal para el médico. La normativa uruguaya establece que “el otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud”<sup>29</sup> y que abarca todo acto médico, no solo los procedimientos invasivos y actos quirúrgicos como se consideraba anteriormente (Berro Rovira, 2013: 20).<sup>30</sup>

En el caso que aquí preocupa, el consentimiento informado se plantea como un mecanismo para garantizar el respeto por la autonomía del usuario/a y asegura la responsabilidad médica de brindar información exhaustiva sobre las consecuencias reversibles y no reversibles de las intervenciones que se le hacen, además de comunicarse el objetivo del acto, las alternativas y sus beneficios (Márquez, 2015).

Su aplicación para el caso de interés de este apartado da cuenta de una concepción del profesional de medicina como un acompañante del proceso de salud de los/as usuarios/as y a los/as últimos/as como el sujeto con agencia para decidir sobre su

<sup>29</sup> Berro Rovira (2013: 17) destaca como principal normativa nacional al respecto el Decreto reglamentario (MSP-PE, n° 274/2010, 8 setiembre 2010) de la Ley 18.335 (Pacientes y usuarios de los servicios de salud: se establecen sus derechos y obligaciones, 15 de agosto de 2008).

<sup>30</sup> En su artículo 11, la Ley 18.335 establece: “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante —luego de recibir información adecuada, suficiente y continua— y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento”. Es esta misma ley la que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud, señalando que 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” (art. 2).

cuerpo. Las normas internacionales y regionales en la materia justifican el uso del consentimiento informado para la hormonoterapia a personas trans porque es una intervención que puede producir cambios físicos irreversibles.<sup>31</sup> Pero además, desde perspectivas despatologizadoras de la salud trans el consentimiento informado se asocia al fin de “... transformar el modelo de atención sanitaria a las personas trans, sustituyendo el modelo actual de evaluación por un modelo de autonomía”.<sup>32</sup> Como se establece el material *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud* elaborado por el gobierno argentino (2015),<sup>33</sup> la decisión de brindar procedimientos hormonales exclusivamente para quienes lo solicitan de manera explícita busca también no condicionar la libre construcción del propio cuerpo del sujeto.

Un punto tenso en el debate sobre el consentimiento informado es el de quién puede ser sujeto de ese consentimiento, en particular por el tema de la edad. La polémica tiene una dimensión médica y otra ético-legal. El debate internacional médico ronda en torno a la cuestión de cuál es la edad apropiada para comenzar el tratamiento de hormonización y su conveniencia o no en menores de edad. Una actuación temprana podría generar mayores efectos a la hora de detener la aparición de caracteres asociados al sexo biológico antes de

la pubertad (por ejemplo, la constitución de la voz en mujeres trans), pero la polémica se da en torno a qué edad es la adecuada para comenzar la hormonización cruzada debido a otros efectos no reversibles, por ejemplo a nivel reproductivo (dado que el tratamiento produce esterilidad). La otra cuestión remite a la necesidad de consentimiento o no de los adultos/familiares del individuo interesado en la hormonoterapia. En este sentido, para tomar una referencia relevante a nivel internacional, se puede tomar en consideración lo señalado por la OPS, que establece que “... en el caso de menores, todos los tratamientos médicos pueden requerir del consentimiento del padre / madre / tutor y, en ocasiones, tanto del padre como de la madre, de acuerdo al país o región” (2013: 124).

¿Cuáles son los términos de este debate en Uruguay? Según Berro Rovira (2013), en la última década Uruguay asistió a un desplazamiento de la noción del “menor” como “... objeto de protección y control” hacia una mirada del niño/a y especialmente del adolescente como “sujeto de derechos y portador de un interés superior”. En este contexto, ya no se piensa en clave de la existencia de una edad predeterminada para consentir, sino de la valoración de la capacidad “natural” de juicio, de la competencia de una determinada persona a elegir. Este cambio se sustenta normativamente en el artículo 12 de la *Convención sobre Derechos del Niño* que establece que se garantizará “... al niño que esté en condiciones de conformarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente, en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de la edad y madurez del niño” (cita tomada de Berro Rovira, 2013: 26). El Decreto 374/010 (promulgado el 8 de setiembre de 2010) que reglamentó la Ley 18.335 (Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud), estableció en su artículo 18:

*Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en*

<sup>31</sup> La importancia del consentimiento informado justificado de este modo está establecido en las Normas de Atención que aprueba periódicamente la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans (WPATH) (en [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/SOC%20-%20Spanish.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish.pdf)) y en la publicación más reciente de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en la materia: “Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” (2013).

<sup>32</sup> Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2012): *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud*.

<sup>33</sup> Documento disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf> (30/9/2015).

*términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez.*

*Corresponde al profesional de la salud actuante la valoración del grado de madurez y de capacidad natural del niño, niña o adolescente, considerando el tipo de procedimiento de atención a su salud de que se trate. Deberá tenerse en cuenta la competencia del niño, niña o adolescente para comprender la situación planteada, los valores en juego, las posibles opciones y sus consecuencias previsibles.<sup>34</sup>*

De este modo, se instaló la doctrina de la “autonomía progresiva de las personas”<sup>35</sup> —y se utiliza en los discursos de los profesionales de la salud vinculados a la experiencia— al tiempo que se reconoció la importancia del criterio médico para definir esa madurez y capacidad (Rodríguez Almada, 2013).

En muchos países predomina el criterio de cumplir la mayoría de edad para acceder a terapias corporales transformativas por motivos de identidad de género.<sup>36</sup> En el caso uruguayo, el Protocolo de Hormonoterapia Cruzada de ASSE establece que es el médico quien establece el grado de madurez y autonomía progresiva de las personas menores de 18 años, señalando como un requisito de elegibilidad del usuario/a para recibir el tratamiento:

*Tener la capacidad y el grado de madurez necesario para la toma de la decisión en forma válida. En caso de niños/as y adolescentes rigen los mismos criterios que para las demás consultas médicas y en salud sexual y reproductiva. La madurez, en caso de adolescentes es valorada por el equipo de salud, como en otros actos médicos, y en caso de duda puede realizarse interconsulta con especialistas en psicología y psiquiatría infantil y adolescente. Al igual que en otras situaciones, como establece la normativa se propenderá a que las decisiones se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes (Protocolo de Hormonoterapia Cruzada, ASSE, s/f: 2).*

Por lo tanto, el desafío principal en relación con este punto estará en gestionar el margen de discrecionalidad que la normativa otorga al profesional de la salud en cuestión, lo que lleva nuevamente a la necesidad de asegurar la formación en diversidad sexual y la sensibilización generalizada de los profesionales del sistema de salud.

### La “Línea de la vida”<sup>37</sup>

La línea de la vida es un dispositivo que se utiliza en la primera consulta del usuario o de la usuaria trans en el turno vespertino/nocturno de la UDA y que se incorpora en su historia clínica. La aplicación de esta herramienta consta de dos etapas.

La primera es realizada por el usuario/usuaria sobre una hoja, bajo la siguiente consigna: “Marque aquí los hechos que piensas que fueron determinantes en tu vida”. La línea de la vida que se dibuja presenta dos extremos, en uno se coloca el número

<sup>34</sup> <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010> (28/6/2015).

<sup>35</sup> Entrevista con Dr. Rodríguez Almada.

<sup>36</sup> Algunos países europeos como Países Bajos, Bélgica y Alemania, permiten el acceso a algunos tratamientos desde la adolescencia. Ver “Derechos Humanos e Identidad de Género. Informe Temático Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa” (2010), en: [http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg\\_es.pdf](http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_es.pdf) (28/6/2015).

<sup>37</sup> Esta sección se elaboró en base a información brindada por el Dr. Daniel Márquez de la UDA.

cero y en el otro la edad del usuario/a en el presente. El instrumento permite ordenar cronológicamente los eventos significativos percibidos por la persona, analizar el grado de vulnerabilidad que ha padecido o no a lo largo de su trayectoria vital y clarificar su inserción en distintos ámbitos e instituciones, entre otros aspectos.

El segundo paso de la técnica se caracteriza por las preguntas del médico o médica y por las intervenciones que este/a realiza en la línea de vida con otro color sobre los aspectos que el usuario/a indicó anteriormente y sobre aspectos que el usuario/a puede haber omitido y que son de importancia para el proceso de salud (por ejemplo, la edad en la que se empezó a identificar con determinado género, su trayectoria en el sistema educativo, su trayectoria laboral, el inicio de las relaciones sexuales, entre otras).

Para que esta técnica sea efectiva debe darse un diálogo comprometido y atento entre el médico/a y el usuario/a, a fin de lograr una secuencia coherente de datos que permita contar con información extremadamente valiosa al término de la consulta y para pensar los futuros pasos de la intervención. A su vez, los médicos/as que aplican la herramienta señalan que se debe tener precaución con lo que “se moviliza” en ese espacio; es recomendable, señalan, medir hasta dónde se puede avanzar con la técnica y cómo sostener a la persona con los eventos y situaciones que se hacen emerger con la técnica.

Al término de la primera consulta, la línea de vida permite haber recolectado datos sobre: juegos en la primera infancia, la relación con la familia, el momento desde el cual se sintió varón o mujer, anécdotas de socialización en la educación formal (primaria o media), vivencia de los cambios en su cuerpo a causa de los caracteres sexuales secundarios, conductas de riesgo o abuso de sustancias, experiencia laboral y si comenzó un proceso de hormonización en algún momento sin monitoreo de un profesional.

El desarrollo de todos los instrumentos descritos en este apartado es una buena práctica a destacar de la experiencia analizada: favorece su institucionalización y la transferencia de aprendizajes hacia otros servicios; facilita la actuación coordinada entre los distintos profesionales y especialidades; y disminuye los márgenes de arbitrariedad que facilitan el despliegue de la discriminación y la activación de procesos regulatorios desde el déficit de las identidades no heteronormativas.

## Hormonización: “la necesidad primera”

### Debates sobre hormonización como instrumento de transformación de género: el vínculo entre usuarios/as, la hormonoterapia y el rol del sistema de salud

Los/as profesionales de la salud entrevistados/as identifican que la hormonización con fines identitarios es la principal demanda de las personas trans cuando se acercan al servicio. Sin embargo, también reconocen que no todos los individuos tienen la misma percepción, relacionamiento y expectativas con la hormonización como mecanismo de transformación corporal/identitario.

Un estudio realizado por MYSU (2012) encontró que las mujeres trans que fueron entrevistadas no acostumbran recurrir a los servicios de salud para realizarse tratamientos de feminización del cuerpo. A este respecto, resulta interesante consignar la opinión vertida por una profesional de endocrinología en entrevista que le realizáramos para esta investigación. Según la profesional, uno de los motivos de que las mujeres trans no permanecieran en el sistema de salud para la hormonización eran las grandes dificultades existentes para proveer hormonas dentro de este, previo a la decisión de ASSE de brindarlas (sobre este punto se vuelve más adelante en el documento). A ello se agrega el hecho de que los tiempos con que se maneja el

sistema de salud, incluso en las ocasiones en que se aprobaba la compra excepcional de hormonas para tratamiento de personas trans, no respondían a las expectativas de las/los usuarios/as.

En un plano de diversidad de percepciones sobre la modificación del propio cuerpo, la hormonización como medio y el sistema de salud como potencial fuente del mismo justifican que la indicación de hormonoterapia sea por iniciativa del usuario/a y no por parte del equipo médico. Algunos/as entrevistados/as del equipo de la UDA consideran que deben ajustarse a la siguiente pauta: si hay “variabilidad” o “no conformidad de género” —como menciona el Protocolo de Hormonoterapia Cruzada de ASSE— y no hay contraindicaciones que afecten la salud del individuo solicitante, no hay razones para no dar respuesta a su demanda de hormonización (sin necesidad de que la persona continúe con el proceso quirúrgico de reasignación de sexo). Este abordaje se justifica asimismo, desde una perspectiva despatologizadora de las identidades trans, al reconocer la libertad de los individuos para construir su identidad y cuerpo. Así, el enfoque que orienta el accionar de la experiencia de la UDA en sus discursos se aleja de visiones centradas en el concepto de “disforia de género” como una enfermedad a tratar médicamente. Este discurso se identifica en los actores del sistema de salud que intervienen en toda la “cadena” de la experiencia (desde las autoridades de ASSE hasta profesionales del primer y tercer nivel de atención), lo que nuevamente estaría señalando un cambio de paradigma que es identificado por los propios entrevistados/as como una de las claves del proceso.<sup>38</sup>

No obstante, la intervención médica en el proceso de hormonización según la percepción de las/los profesionales entrevistados se justifica por al menos tres razones. Primero, porque antes de indicar

hormonas se debe valorar: a) si las condiciones físicas de la persona son acordes a los criterios de elegibilidad establecidos —por ejemplo, como establece el protocolo de ASSE posteriormente, es importante descartar “sicopatía asociada que pueda ser agravada por el tratamiento hormonal”—, y b) en caso de que sí pueda, cuál es la dosis, periodicidad de consumo y forma farmacéutica adecuada al perfil del usuario/a. Segundo, los/as médicos/as brindan información sobre los efectos de los medicamentos, la forma como se irán dando las transformaciones, así como las contraindicaciones, efectos secundarios y riesgos que tiene su uso. Tercero, realizan los controles periódicos necesarios para evaluar la evolución de la transformación y cuidar que no se estén generando efectos adversos para la salud de los/as involucrados/as. Cabe puntualizar que como en todos los casos debe ser una atención individualizada, centrada en la persona.

A pesar de la deseabilidad de cierta intervención del sistema de salud, tal como se indicó en el primer capítulo, la autoadministración de hormonas es una práctica corriente entre las personas trans, con todos los efectos perversos que tiene. En buena medida, ello se explica en que hasta la aprobación de un protocolo de hormonización (ver Anexo 2) por parte de ASSE (que está en curso), los prestadores de salud no proveían el tratamiento hormonal.<sup>39</sup>

En el caso de las usuarias trans, según refirió en la entrevista realizada para esta investigación una profesional con larga trayectoria de atención a

<sup>38</sup> Sobre este punto se profundizará en la tercera sección, dada la importancia que se le confirió a este enfoque en las distintas entrevistas con el personal médico del tercer nivel.

<sup>39</sup> La justificación de ASSE para implementar su política de hormonoterapia se fundamenta en los riesgos asociados a la autoadministración. Señalaba al respecto la presidenta de ASSE en una entrevista que le realizáramos para esta investigación: “La discontinuidad en la administración de hormonas puede llegar a ser iatrogénica. Yo me acuerdo de un caso en una policlínica hace años en que una mujer trans a la que habían operado en el Hospital de Clínicas y tenía su nueva identidad, tenía grandes dificultades para acceder a las hormonas, y por lo tanto estaba empezando a tener fracturas patológicas, tenía una osteoporosis por la *deprivación* hormonal. El tema de la hormonización es fundamental, es un agente de salud integral”.



mujeres trans en un centro hospitalario del tercer nivel, el problema es que muchas usuarias tomaban altas dosis de anticonceptivos orales (porque tienen pequeñas dosis de estrógenos sintéticos y en este tipo de estrógenos el efecto de feminización es un poco más rápido), lo cual aumenta los efectos trombogénicos asociados a la hormonización. Además los anticonceptivos contienen progestágenos, los cuales ellas no necesitan porque su función es madurar la parte interna del endometrio, que también tienen efectos importantes a nivel metabólico. Por otra parte, un efecto relevante asociado a la hormonización es la pérdida de fertilidad, que puede ser reversible o no. Dado el desarrollo de los métodos de fertilización asistida, el plantear la hormonización dentro del sistema de salud permite a su vez explorar la conservación de gametos, lo cual únicamente puede hacerse al inicio del tratamiento y previo a la atrofia testicular.<sup>40</sup> En el siguiente apartado, se presenta una descripción de la situación en la UDA previa a este cambio en la política sanitaria.

Un nudo existente para proveer la hormonoterapia como parte de las prestaciones del sistema de salud refiere a la cuestión de la inversión de presupuesto público (aunque no sea de una gran magnitud) para la compra de insumos con fines identitarias en “usuarios sanos” versus la compra de medicamentos necesarios para tratar con “enfermedades” y “pacientes”. Otro desafío es la formación de los especialistas en endocrinología en Uruguay y su abordaje del tema. Según se pudo relevar en las entrevistas realizadas para la investigación, la Cátedra de Endocrinología de la FMed no ha abordado con sistematicidad la cuestión trans y de la hormonoterapia con fines identitarios,<sup>41</sup> por lo tanto tampoco se incluye en la formación de los

especialistas.<sup>42</sup> No obstante esta carencia, una de las entrevistadas vinculada a esta área temática destacó que lo que es más importante trabajar es la discriminación frente a la población trans y no reproducir a nivel del sistema de salud situaciones de rechazo que muchas personas trans han atravesado en otros ámbitos de sus vidas, que actúa como principal barrera. En este sentido el “boca a boca” entre usuarios/as parece ser un diferencial, en un contexto en el que ciertos profesionales parecen ser más receptivos que otros frente a sus demandas. Como indicó una de las profesionales entrevistadas, “No se requiere formación específica, son pacientes como cualquier otro. Simplemente están recibiendo una medicación que requiere cierto tipo de cuidados, y lo que tenés que tener es un respeto por el otro ser humano que está delante tuyo”.

### La hormonoterapia en la Unidad Docente Asistencial

La indicación de hormonas en el equipo de la UDA la realiza el equipo multidisciplinario, es decir, los/as médicos de MFYC con el apoyo del equipo de psicología y más recientemente de un endocrinólogo de la RAP-ASSE, que cuenta con autorización de la referente de endocrinología de ese nivel para usar parte de sus horas para asistir a la policlínica cada quince días.<sup>43</sup> Esta forma de operar se justifica en que los/as médicos/as de MFYC están capacitados/as para controlar la evolución de usuarios/as en lo que refiere al crecimiento prostático; también pueden hacer —al igual que un especialista en endocrino-

<sup>40</sup> Entrevista con profesional que atiende mujeres trans. De hecho, la profesional mencionó que ya ha recomendado esta exploración a una usuaria joven que empezó recientemente a consumir hormonas.

<sup>41</sup> No nos fue posible concretar la entrevista con la cátedra ni con la endocrinóloga de RAP Salto.

<sup>42</sup> Solo se reconoce como un antecedente nacional importante en la materia el trabajo realizado por una endocrinóloga de la cátedra en el marco del Hospital de Clínicas, quien recibió formación específica en el exterior, participó de la clínica de identidad de género del Clínicas y llegó a redactar un documento de hormonización para el MSP. Pero la profesional está actualmente desvinculada de la cátedra.

<sup>43</sup> Esta es una medida pasajera para poder contar con un curso de esta especialidad en el Saint Bois y que surgió en buena medida por la propia iniciativa del profesional de colaborar en la experiencia. No obstante, la UDA está en proceso de realizar una contratación de horas docentes para cubrir la vacante de forma fija.

logía— un seguimiento de las alteraciones metabólicas que producen las hormonas, aunque en este último caso se considera deseable tener un vínculo más fluido con un/a experto/a en nutrición porque es un factor más central de la hormonoterapia.<sup>44</sup>

En el caso de la UDA, el impulso que se dio para brindar hormonización a personas trans se vio muchas veces truncado por dificultades con el acceso a las hormonas a través de la farmacia del centro hospitalario. Como explicó el farmacólogo de la institución en entrevista, los medicamentos que se usan en tratamientos hormonales con fines identitarios

*... no están incluidos en el vademécum institucional del hospital, y algunos de ellos tampoco están en el Formulario Terapéutico de Medicamentos, que consiste en una lista de medicamentos que todas las instituciones incluidas en el SNIS están obligadas a brindar a los pacientes.*

Y planteó que si bien algunos de los que necesitaban los/as usuarios/as de la UDA los tienen en farmacia, están en otras presentaciones farmacéuticas o dosis porque están previstos para otros usos o poblaciones.

Debido a que el problema no podía ser solucionado a nivel de la institución sino que requería de permisos de ASSE, de su autorización de vademécum de ese nivel, el Comité de Farmacia y Terapéutica del Centro Hospitalario Saint Bois elaboró un proyecto explicando la necesidad de compra de las hormonas, el tipo de medicamentos necesarios, cuáles estaban disponibles y cuáles no, y el presupuesto que habría que invertir contemplando el número total de personas trans que existen en el país —usaron aproximados del MIDES—. <sup>45</sup>

<sup>44</sup> Entrevista con especialista de endocrinología que colabora en la UDA.

<sup>45</sup> Entrevistas a la exdirectora del centro hospitalario y el farmacólogo de la institución.

Más allá de esta dificultad formal de acceso a medicamentos en las farmacias del prestador público, en la UDA ubicada en Saint Bois, la RAP de Salto y el Hospital Maciel hubo profesionales que igualmente atendieron a personas trans desde una perspectiva de “reducción de daños”, sugiriendo buenas prácticas de uso de hormonas y realizando los controles necesarios para cuidar la salud de los individuos. Tal como se vio en el caso de otros temas de salud vinculados a los derechos sexuales y reproductivos,<sup>46</sup> el camino de la “reducción de daños” se presenta como una estrategia que reduce el conflicto para comenzar a instalar un tema en la órbita del sistema de salud, confiriéndole una legitimidad que luego permite avanzar en la consolidación de derechos. El tema primero se instala a nivel discursivo en los centros de salud, para luego avanzar en el marco de las prestaciones que estos confieren adecuándolas a este nuevo discurso. Asimismo, en casos puntuales se autorizaron algunos tratamientos. En la entrevista que se le realizó para esta investigación, una profesional de endocrinología de un hospital del tercer nivel comentó que previo a la aprobación del protocolo, con los usuarios de ASSE —después de hacerles los controles metabólicos— por lo general se hacía un pedido de compra por excepción de medicación, lo cual era analizado por el comité terapéutico del hospital y este definía si se autorizaba o no. Según refirió la profesional, se autorizaron pocos tratamientos (y de los que fueron autorizados, la mayoría fueron en personas jóvenes).

Este escenario, empero, ya se modificó con el cambio de autoridades de ASSE y la definición de asumir el costo de las hormonas.

### El cambio en la política pública: la decisión de ASSE

El nudo de acceso a las hormonas se destrancó el 19 de mayo de 2015, cuando en una actividad organizada

<sup>46</sup> Ver por ejemplo lo ocurrido en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (Johnson, Rocha y Schenck, 2015).

por el MIDES en el marco del Día Internacional contra la Homolesbotransfobia, la presidenta de ASSE, Dra. Susana Muñiz, anunció públicamente que las personas trans accederían a tratamientos de hormonoterapia en el primer nivel de atención. Muñiz afirmó entonces que se aprobaría un protocolo de atención específico para mejorar la calidad de atención a esta población y que se desarrollarían mecanismos de formación del personal sanitario para realizar intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo.<sup>47</sup> Ello indica que en este momento, se está atravesando un proceso de transformación de la política de salud en la materia.

En la entrevista que le realizáramos para esta investigación, la presidenta de ASSE fundamentó estas medidas en el cambio de orientación que atravesaron las políticas estatales en materia de derechos desde el anterior período de gobierno, señalando que si bien se había avanzado en lo referente a derechos civiles para la población trans, el acceso a la salud de usuarios/as trans era aún un problema de relevancia que debía ser abordado en este período:

*ASSE en realidad como es el prestador estatal se encarga de que todas las poblaciones puedan acceder a todos los servicios de salud con equidad y si había una población que estaba relegada y que no tenía equidad a la hora de acceder a los servicios de salud, (esa) era la población trans.*

En este marco de asegurar nuevos derechos para una población trans relegada, que implicaba incorporar nuevas prestaciones, la hormonización era una de las claves para una salud integral. Como explicó la presidenta de ASSE:

*A esta población veíamos que nadie en el sistema le daba prestaciones. Y en esto de ir ganando en la agenda de derechos pero además de tener un enfoque sobre la salud*

*y no solo la enfermedad, nosotros consideramos que debían estar también en las prestaciones. Y así se fue incorporando primero una prestación integral en el primer nivel de atención, por un equipo inter y transdisciplinario, y donde empezamos a incorporar gradualmente —con el apoyo de UNFPA, sobre todo— el tema de la hormonización. En este momento estamos incorporando, ya hemos hecho algún avance en este sentido, los servicios de segundo y tercer nivel de atención, que pueden llegar a la cirugía. Pero lo importante aquí, lo que hace la diferencia, es fundamentalmente el tema de la hormonización. ASSE ya vino trabajando en el período anterior y aparecieron los centros libres de homofobia, con ayuda del MSP, también de UNFPA y del MIDES, pero lo que se viene incorporando nuevo es esto, es justamente el tema de la hormonización a una escala mayor de lo que se venía haciendo, como una prestación para toda esta población.*

Según explicó Muñiz, una de las facetas más importantes del protocolo de hormonización es que permite la descentralización de la atención y de la medicación, ya que se está trabajando en que sea una compra centralizada, pero con una logística de entregarla en los lugares donde se atiende la población trans en todo el país. Ello no solo es una pieza fundamental a nivel de acceso, sino que también plantea un abordaje sobre la población trans que, si bien contempla sus especificidades, no genera infraestructura específica para usuarios/as trans sino que agrega prestaciones dentro de la ya existente (lo que se diferencia de abordajes como los que fueron promovidos por el Fondo Mundial y sus centros EDISA).

No obstante los avances para asegurar a la hormonización en términos de prestación, la presidencia de ASSE también identificó algunas dificultades, haciendo énfasis particular sobre dos de ellas: el presupuesto y la formación. En cuanto a la primera, indicó que si bien existe la voluntad política

<sup>47</sup> [http://www.asse.com.uy/uc\\_7835\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_7835_1.html) (3/7/2015).

para llevar adelante esta medida, también hay que tener recursos económicos para implementarla. En este sentido, destacó el apoyo que implicó UNFPA para llevar esta política adelante. En lo referente a la segunda, señaló que hay pocos profesionales formados en esta área, por lo cual el protocolo en sí mismo es una medida más de capacitación, que puede ser empleada por las y los profesionales de MFYC que trabajan en el primer nivel de atención.

Más allá del cronograma de pasos a seguir, que en un primer momento implicaría avanzar en las prestaciones en ASSE y en la descentralización de la atención, en el plano de los desafíos, Muñiz señaló que a futuro las líneas a desarrollar se vinculaban con la universalización de la prestación en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud y no solo a nivel del prestador estatal de salud pública, para que “deje de ser un beneficio para unos y no para otros”. Asimismo, identificó como otro de los desafíos el profundo desarrollo de la atención en todos los niveles (primero, segundo y tercero), lo que necesariamente implicaba la formación de recursos humanos en esta área.

También señaló que ASSE quería avanzar en otras prestaciones actualmente no incorporadas por los prestadores integrales, como las prótesis mamarias, presupuestándolas para dos poblaciones: para las mujeres mastectomizadas y para la población trans.

## Las cirugías en usuarios trans masculinos

Un último escalón dentro de la escalera de abordaje refería a la posibilidad de realizar cirugías en usuarios/as trans, lo cual se comenzó a materializar en 2015 con intervenciones en trans masculinos. Ello requirió que la UDA coordinara con el tercer nivel y se viabilizó a través de la Clínica Ginecotológica A.

La ginecotología no es una especialidad exclusivamente quirúrgica y existe una importante

dedicación en el primer nivel de atención.<sup>48</sup> Como se indicó desde la Clínica A, parte de esta atención del primer nivel se realiza en la UDA de interés y en la policlínica de Los Ángeles y es allí donde surgió el contacto con la cátedra de MFYC para el desarrollo de las cirugías en trans masculinos, que contó con un impulso muy importante de las y los resi-

**48** Respecto a la especialidad y su relación con los distintos niveles de atención en salud, en el editorial de la Clínica Ginecotológica A (escrito por su director, el Prof. Dr. Leonel Briozzo), se indica: “La palabra Ginecotología no está registrada en el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española. La Ginecotología como término fue acuñada en nuestro país por los pioneros de la especialidad, siendo el profesor Augusto Tourenne, en un magistral editorial de *Archivos de Ginecotología* del año 1933, quien se extendió en este concepto con claridad y elegancia. Casi ochenta años después, explorar de dónde venimos y lo que nuestros mayores pensaban e hicieron, es trascendente para ubicar dónde estamos y proyectarnos hacia donde queremos ir. La Ginecotología es, en el siglo XXI, la rama de la medicina que se ocupa del estudio de salud integral (bio-psicosocial) de la mujer y de la reproducción en todas las etapas de su vida. Abarca los conocimientos médicos, quirúrgicos, obstétricos y ginecológicos y las habilidades para la prevención, diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de condiciones que afectan la salud de la mujer en general y de la etapa reproductiva en particular. Tiene una perspectiva holística que le permite abordar todas las problemáticas de la salud de la mujer. Así entendido no creemos adecuado romper la integralidad de nuestra especialidad separando la Obstetricia de la Ginecología. Tampoco creemos adecuada la denominación genérica y reduccionista de considerar la Ginecotología como una especialidad quirúrgica. Por el contrario, la Ginecotología es una especialidad integral, en la medida de que abarca diferentes ramas del conocimiento y también es integradora, ya que necesariamente debe articular a muchas especialidades que conforman el equipo de salud, entre las que destacamos la partería, la psicología, las especialidades médicas como la urología y la cirugía general, entre otras, la enfermería, el trabajo social. La capacidad de trabajar de manera multidisciplinaria es particularmente importante en nuestra especialidad. La Ginecotología, a su vez, integra todos los niveles de atención de salud y da continuidad a la atención de las pacientes que transitan por ellos. En el nivel primario, priorizado hoy por todos los sistemas asistenciales modernos, la Ginecotología integra los equipos de referencia. En el nivel de atención secundario integrando las funciones a la de otros especialistas y abordajes y en el nivel terciario fuertemente vinculados a la asistencia obstétrica, tocúrgica y quirúrgica”. Disponible en <http://www.ginea.org/editorial/editorial/>

dentes (los médicos en formación) y de asistentes grado 2 (los médicos de reciente ingreso en la estructura académica de la FMed). Se trataba de profesionales jóvenes, a los que reunía la “apertura a trabajar cosas distintas [...] que tengan que ver con la diversidad”, como expresó una de las residentes entrevistadas. En el siguiente apartado, se describe más en detalle cuáles fueron las características de esta experiencia.

## La vinculación con el tercer nivel: las cirugías en el CHPR

### Contexto institucional de las intervenciones

Las intervenciones quirúrgicas en usuarios trans masculinos se efectuaron en la Clínica Ginecotológica A, situada en el CHPR. El centro tiene un importante rol en la asistencia pero también en la formación de profesionales, ya que la práctica clínica está estrechamente relacionada con la formación de recursos humanos en salud; de hecho dos tercios de los ginecotólogos/as del país y de las y los pregrados en ginecotología se forman en el CHPR.<sup>49</sup> A su vez, de las tres clínicas ginecotológicas de la Udelar, la A presenta ciertas características particulares, que estarían influyendo en propiciar que se desarrolle una experiencia de intervención como la que se describe más adelante. Desde que asumió la conducción de dicha clínica el Prof. Dr. Leonel Briozzo, uno de los exponentes del nuevo discurso médico que se comenzó a elaborar en la primera década del 2000 sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos,<sup>50</sup> se destaca entre los cometidos de su visión el contribuir a proteger y promover la salud integral de las mujeres desde una óptica de defensa y promoción de los derechos

humanos. En este sentido, se subraya que “... cada acción de la clínica Ginecotológica A intentará contribuir al empoderamiento de las mujeres en la gestión participativa de su salud”, lo que redundará “... no solo en el mejoramiento de su salud integral, sino en la mejora de su estatus social, repercutiendo además en la calidad de vida de su hijos e hijas, su familia y toda la comunidad, en dirección a la construcción de una sociedad con más democracia, más libertad y más justicia social”.<sup>51</sup>

Si bien las intervenciones con usuarios trans masculinos representan nuevos desafíos que complejizan esta visión de la ginecotología y la desanclan de un abordaje basado en la atención de las mujeres, el énfasis en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en el rol activo de los/las usuarias en lo referente a su salud marcan que existía en la clínica un entorno habilitante a nivel institucional para comenzar con esta experiencia. Como explicó Briozzo en la ya referida presentación pública de la estrategia de coordinación hacia una política de salud integral para las personas trans, realizada el 19 de mayo de 2015:

*... en el 2010 definimos que la ginecotología era la especialidad que se encargaba de la salud de la mujer integralmente en todas las etapas de su vida y hoy a impulso de este grupo de colaboradores jóvenes que tenemos que están trabajando en esta temática, tenemos realmente que redefinir esa visión que teníamos de la especialidad, porque como vemos no era abarcativa de todos los fenómenos sociales e individuales [...]. Es un privilegio poder participar desde la Clínica Ginecotológica A en esto, que es ni más ni menos que asegurar los derechos humanos, en este caso los derechos sexuales y reproductivos, que son una integralidad indivisible todos ellos y que tienen un denominador común para los médicos, que es*

<sup>49</sup> Disponible en: <http://www.urured.com/ginecz/historia/>

<sup>50</sup> Disponible en: Johnson, Rocha y Schenck (2015).

<sup>51</sup> Disponible en: <http://www.ginea.org/mision-y-vision/>

*siempre respetar y promover las decisiones conscientes de las personas, cuando son libres, responsables e informadas.*<sup>52</sup>

En cuanto a la cirugía ginecológica en trans masculinos, se puede separar en tres grandes grupos (Ben, 2015):

1. la cirugía genital (que comprende la histerectomía con anexectomía);
2. la cirugía sobre los genitales externos (con la formación de neopene);
3. la cirugía mamaria y pectoral (que también comprende otras intervenciones, como las cirugías sobre cuerdas vocales y lipofiling).

Clásicamente la cirugía se realizaba de forma completa en una megaintervención; el planteo actual es realizar la cirugía en etapas, y en este momento se está abordando la primera, es decir, la extracción del útero, los ovarios y las trompas.

### Comienzo de las intervenciones: “el caso O”

La primera intervención quirúrgica que la Clínica A realizó en un usuario trans masculino fue previa a establecer contacto con el equipo de la UDA, ya que se produjo un año antes de comenzar el vínculo con esta. Esta intervención fue muy distinta a nivel clínico de las realizadas actualmente, ya que ocurrió luego de que dicho usuario ingresara al CHPR por un sangrado genital (es decir, el equipo de la Clínica A intervino frente a una patología). A partir de esta experiencia, comenzaron a evidenciarse las dificultades del sistema de salud para tratar con estos usuarios, y los desafíos a la formación que ello representaba. Como explicó una residente de la Clínica A:

*Ya la entrada del paciente al hospital fue complicada porque tenía sexo registral masculino, al principio no entendieron en la puerta. Ese paciente fue estudiado, estaba haciéndose hormonización con testosterona de forma irregular por un tema de acceso, estaba en valoración por un psiquiatra tratante, con un vínculo con el sistema de salud espantoso como tienen la mayoría (de las personas trans), pero con una historia particularmente dura de vida y de vínculo con el sistema de salud. Lo que se le hizo fue una histerectomía convencional por esos sangrados, evolucionó bien, y ahora se está viendo la posibilidad de hacer una mastectomía bilateral por todo el tema de autoestima, porque él se faja, tiene un volumen mamario que es muy difícil disimular. Este paciente fue el primero, a mí me gustaría volver a encausarlo en este plan de seguimiento, de reasignación de sexo o no, porque no todos tienen por qué reasignarse... pero fue como un comienzo.*

El haber contado con esta experiencia allanó el terreno para desarrollar el vínculo con la UDA, ya que a partir de ella comenzaron a generarse instancias de diálogo sobre el tema, que incluso sirvieron como sensibilización para las y los profesionales de la salud. Una de especial relevancia fue el ateneo que se realizó para presentar el caso clínico, para el cual dos residentes que integraban el equipo de la Clínica A investigaron a fondo sobre lo conceptual en relación con las personas trans, la reasignación de sexo, la atención en salud y los antecedentes en Uruguay, particularmente lo ocurrido en el Hospital de Clínicas. Según relató una de las residentes que preparó el ateneo, este contó con una amplia participación, ya que asistió todo el servicio de ginecología de la Clínica A, también profesionales de otras clínicas ginecológicas, profesionales de salud mental (del CHPR, el psiquiatra tratante del paciente, una psicóloga que le había hecho una entrevista los días previos) y una gran cantidad de estudiantes de medicina. Incluso el usuario manifestó que quería ir al ateneo, pero

<sup>52</sup> Intervención de Leonel Briozzo el 19/5/2015. Registro propio.

le aconsejaron que no lo hiciera porque le implicaría demasiada exposición. Se le tomaron fotos para mostrar las características fenotípicas y él autorizó que dichas fotos aparecieran en la presentación. Como explicó una de las residentes que organizó el ateneo,

*Con el caso clínico, allanamos un poco el camino acá y empezamos a hablar de cosas que nunca se hablan, obviamente. Cuando trajimos el caso (la respuesta general que nos dieron fue) “¿Transexual masculino...? ¿Qué es eso?”. La típica tendencia a asociarlo con la homosexualidad, términos despectivos en torno a eso, fue duro.*

Pero más allá de las resistencias iniciales, en las entrevistas surgió que el ateneo tuvo buena recepción y generó una respuesta positiva para tratar estos temas, así como disparó una reflexión sobre el rol del sistema de salud y de sus efectores en la atención de usuarios trans.

## Descripción de la experiencia actual

Las primeras intervenciones quirúrgicas realizadas por la Clínica Ginecotológica A en usuarios trans masculinos que asistían a la policlínica de la UDA Saint Bois tuvieron lugar en el primer semestre de 2015, y está previsto que continúen dado que existe una lista de usuarios que han manifestado su deseo de ser intervenidos. Durante el trabajo de campo de esta investigación se buscó mapear esta experiencia, que en esta sección se presenta desagregada en tres subapartados: en el primero, se describe la coordinación institucional entre la UDA Saint Bois y la Clínica Ginecotológica A, señalando cuál es el procedimiento en relación con la atención de los usuarios. En el segundo, se refieren las particularidades de la técnica quirúrgica que se aplica y en el tercero, el cambio en el discurso médico, que justifica la intervención desde un nuevo paradigma.

## Procedimiento de atención al usuario y coordinación interinstitucional

Como se indicó anteriormente, el primer caso de intervención quirúrgica en un usuario trans masculino llevó a las y los profesionales de la Clínica A a investigar y estudiar sobre el tema, y a raíz de ello surgió el contacto con un referente clave de la UDA. La clínica ya tenía un relacionamiento con la UDA porque una de sus policlínicas satélite se sitúa en el Saint Bois, por lo cual el vínculo entre los servicios venía desde allí (gran parte de los servicios ginecológicos del Saint Bois están cubiertos por la Clínica A). En el contacto que empezó a profundizarse entre la Clínica A y la policlínica que atiende personas trans, surgió la invitación por parte del equipo de MFYC de participar en el abordaje longitudinal de los usuarios y ser parte de este, “como una pieza más”. Según manifestaron en las entrevistas parte de las/los profesionales involucrados, dado que el útero representaba un símbolo de femineidad con el que las personas trans masculinas no se sentían identificadas, parte de la cirugía de reasignación consistía en realizar una histerectomía, por lo cual era necesario incorporar cirujanos cuya especialidad fuera la ginecotología. Además, también se planteaba la extracción de los ovarios, dado que son productores de hormonas que “trabajan en contra” de los tratamientos de hormonización.

Luego de un proceso de reuniones (primero internas del equipo médico de la sala de la Clínica A y luego externas, con la policlínica de la UDA), se comenzó a coordinar la cirugía para aquellos usuarios que tuvieran indicación de histerectomía y anexectomía.

Para avanzar con el procedimiento quirúrgico, se establecieron una serie de requisitos: la valoración del caso por el equipo multidisciplinario (que se realizó en la UDA); que el usuario se hubiera realizado hormonización por un año y que este manifestara deseos de realizarse el procedimiento.

En el preoperatorio, se realiza una entrevista para tener un conocimiento personal con los usuarios, así como se realiza una historia clínica completa, una valoración general (desde el punto de vista anestésico, quirúrgico y también específico, con una ecografía ginecológica trans abdominal, a la vez que se realiza citología cervical para descartar alteraciones a nivel de cuello uterino). Asimismo, se discuten con los usuarios puntos específicos de la cirugía, como posibles complicaciones, así como también se habla de la necesidad de incisiones abdominales y del metabolismo óseo en usuarios jóvenes. Fundamentalmente, el equipo médico destacó la pérdida de la fertilidad asociada a la intervención en el diálogo con los usuarios.

En estos encuentros previos a la intervención, se le da a los usuarios un documento de consentimiento informado, que deben traer leído y firmado en posteriores consultas. Dicho documento está tomado de uno genérico desarrollado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y en él se presenta información sobre el procedimiento quirúrgico, que en un lenguaje sencillo explica para qué sirve la cirugía, cómo se realiza, qué efectos le producirá, en qué le beneficiará, que alternativas existen, los riesgos asociados a esta y posibles imprevistos durante la intervención. Pero dado que el consentimiento está tomado de un modelo genérico presenta algunos problemas a la hora de contemplar la especificidad de este tipo de intervenciones en usuarios trans masculinos. Por ejemplo, se asocia la intervención a patologías que afectan al útero, lo cual no se corresponde con el motivo de las intervenciones quirúrgicas en estos usuarios<sup>53</sup>; además, si bien en su mayoría el documento hace referencia a que esta intervención puede realizarse en pacientes femeninas o masculinos (por ejemplo, cuando

se recaba la firma de las/los usuarios, se hace referencia a “EL/LA paciente”), en la sección “Otras alternativas disponibles en su caso” se mencionan algunas medidas reservadas para “las mujeres en las que está contraindicada la cirugía”. De hecho, toda esta sección está pensada para usuarios/as con un diagnóstico de patología, lo cual difiere sustancialmente de las intervenciones que se realizan en trans masculinos en el CHPR y no se corresponde con el discurso de las y los profesionales de la salud que realizan estos procedimientos quirúrgicos en nuestro medio.

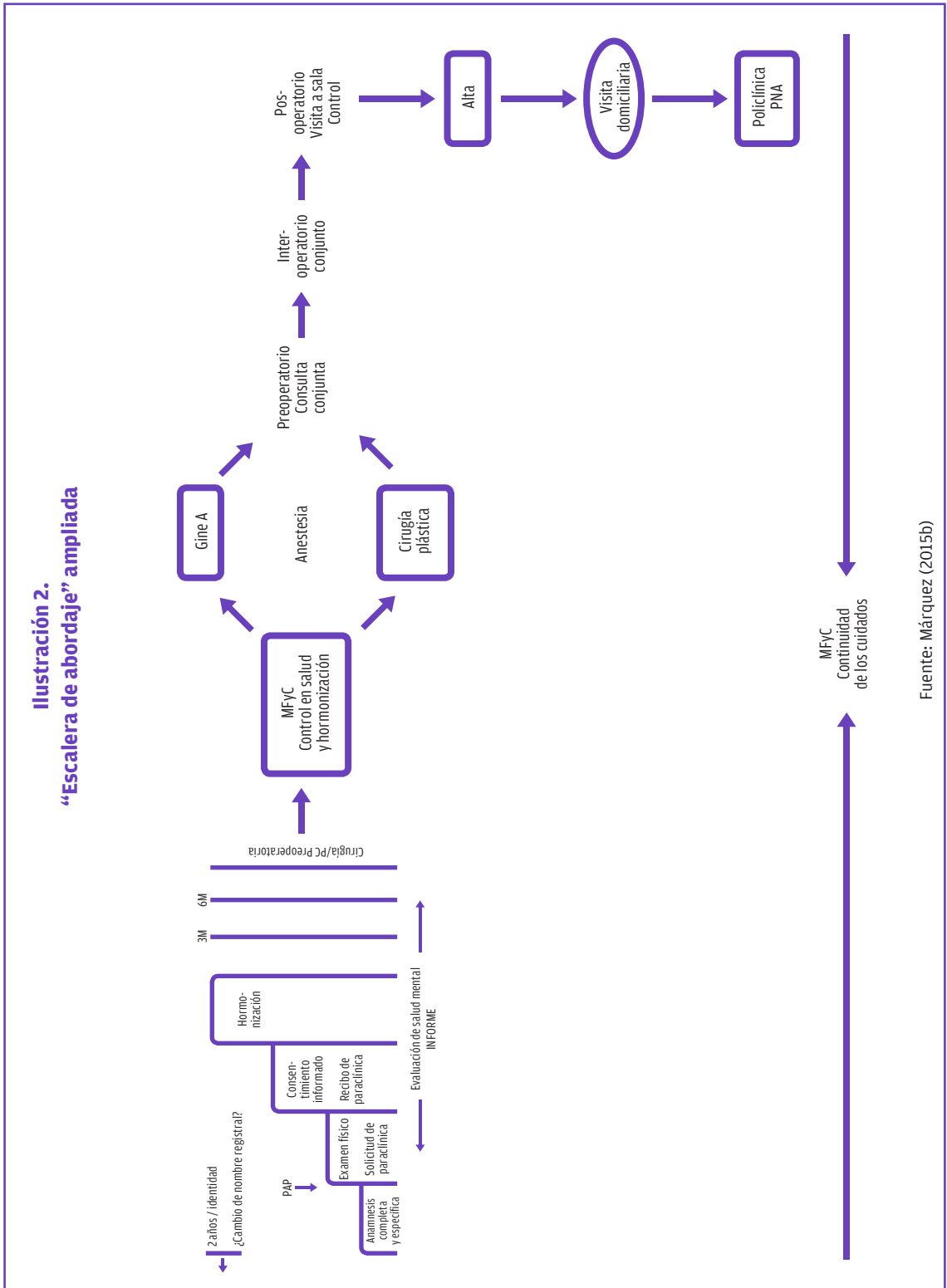
Además del proceso del consentimiento y las conversaciones que se establecen con el usuario, se realiza sensibilización del personal médico y no médico que va a actuar en cada uno de los momentos de la internación y el posoperatorio. Particularmente, previo a la primera cirugía se realizaron instancias de sensibilización con el personal de enfermería, nurse, internos, médicos, y también con el personal de archivo y el de dirección, que estuvieron a cargo de profesionales vinculadas a MFYC de la UDA. Respecto a la sensibilización y los desafíos que usuarios trans representaban para la institución, comentaba uno de los cirujanos:

*Tuvimos que coordinar por ejemplo el ingreso del paciente, porque todos los pacientes que ingresan en la sala son mujeres, con nombre y cédula de mujeres, para eso fue necesario hablar con la dirección, hablar con la gente de admisión... también hablamos con los turnos de enfermería, vino un grupo de sensibilización que ya había hablado con un turno. Es decir, eso fue de la parte de la planificación para que no hubiera problemas al momento de la internación y de la cirugía. Hablamos con el equipo anestésico específico de la UDA que lo valoró previo a la cirugía y que estaba presente en el momento de la cirugía, es decir, cubrimos todos los posibles lugares donde podíamos tener problemas, sobre todo en la atención o en la discriminación sobre el paciente.*

<sup>53</sup> En el consentimiento informado, tanto en la sección “En qué consiste. Para qué sirve” la cirugía como en la sección “En qué le beneficiará”, se hace referencia explícita a que el motivo es atender a una patología y que lo que se pretende mediante la intervención es curarla, procurando la mejora de los síntomas que aquejan a quienes la padecen (ver Anexo 1).



**Ilustración 2.**  
**“Escalera de abordaje” ampliada**



Fuente: Márquez (2015b)

El contar con la sensibilización fue una particularidad que también marcó la diferencia con la experiencia anterior de intervención de un paciente trans en el CPHR, y que apuntó particularmente a generar una experiencia positiva hacia el usuario en el contacto con el centro de salud, considerando que la falta de formación en las y los profesionales médicos y no médicos que lo trataran podía generar situaciones de discriminación. Como explicó una profesional de enfermería:

*Vino una psicóloga (de la UDA) y nos hizo toda una sensibilización y ya sabíamos cómo íbamos a tener que proceder. El desafío mayor era cómo decirle... entonces yo fui la que opté por decir “le vamos a decir el apellido y punto”. Y así fue en todo momento, nunca se le dijo el nombre, como para que no sintiera discriminación el paciente [...] Si no fuera porque ellas vinieron y nos explicaron todo, no tenés en la formación de Facultad de Enfermería este tipo de pacientes.*

El incluir en la etapa de sensibilización a personal médico y no médico fue otra de las claves del proceso, ya que esta sensibilización también se extendió por canales informales hacia otros trabajadores/as del centro de salud que iban a tratar con el usuario. En las entrevistas con personal de enfermería, se hizo referencia a cómo se habían encargado de comunicar la situación al personal de tisanería y limpieza, donde en el “caso o” se habían registrado ciertos problemas: “le dijeron ‘¿Qué hace usted acostado en la cama de la señora?’”. Entonces se trató de avisarle a todo el mundo. En este caso bien de bien”.

Asimismo, desde MFYC se acompañó al paciente durante la internación (incluso durante la cirugía), en el posoperatorio inmediato y en el posoperatorio alejado, con la visita domiciliaria.

En la ilustración 2 se esquematiza el procedimiento a seguir cuando se inscribe este proceso de cirugía

dentro de la “Escalera de abordaje” referida en la ilustración 1.

### Procedimiento quirúrgico: la opción por la laparoscopia

A nivel del abordaje de la cirugía, clásicamente existen dos vías: la convencional o abierta, con grandes incisiones realizadas a bisturí frío; y la cirugía mínimamente invasiva, que según el equipo de la Clínica A cuenta con múltiples ventajas sobre la vía convencional. Con esa valoración, se optó por la cirugía laparoscópica porque entre otras ventajas permite un correcto acceso a los anexos, es decir, a la extracción de trompas y ovarios. Además la cirugía laparoscópica es independiente de la capacidad vaginal y permite una correcta magnificación óptica de la cirugía. De esta forma se permite adaptar la mejor vía de abordaje a cada usuario, y no lo opuesto.

La cirugía laparoscópica consiste en realizar pequeñas incisiones abdominales, una incisión umbilical de 10 milímetros y tres incisiones de 5 mm por debajo del ombligo, dos laterales y una central. De esta manera, las y los profesionales de la salud utilizan una cadena de visión que se ve a través de un monitor. Insuflando el abdomen y utilizando pinza y tijeras, las y los profesionales que realizan el procedimiento pueden ver toda la cirugía. Según explicó el equipo médico, las ventajas de la laparoscopia se resumen en que produce menos complicaciones de pared abdominal; menor dolor posoperatorio; menor necesidad de analgesia; alta temprana; menores adherencias intestinales; menor sangrado y necesidad de transfusión sanguínea; mejor resultado estético; reintegro laboral precoz; y conservación de nervios, arterias y músculos que pueden ser necesarios en próximos pasos para la reasignación de sexo (todo esto tiene un nivel de evidencia 1 A, que es el máximo nivel de evidencia que se puede obtener). La cirugía por vía laparoscópica tiene a su vez ventajas específicas para usuarios trans masculinos, dado que la intervención quirúrgica convencional deja una cicatriz

similar a la de una cesárea, que es frecuente en mujeres pero no en varones. Como explicó uno de los cirujanos de la Clínica. A respecto a la primera intervención:

*La diferencia entre el procedimiento tradicional y la cirugía mínimamente invasiva es que se trabaja a través de pequeñas pinzas, entonces evitamos lo que sería una incisión tradicional que en este caso sería una incisión como si fuera la cesárea. Se realizan pequeñas incisiones. Además en cuanto a la incisión de tipo cesárea, es difícil ver a un hombre con ese tipo de incisión, pero es más ventajosa que la escisión vertical. Ese también fue parte del desafío, que se habló previo a la cirugía con el paciente, quien manifestó que no tendría problema en tener una escisión como si fuera una cesárea en caso de que no se pudiera hacer el procedimiento por vía laparoscópica o se tuviera que ampliar para sacar el útero y los ovarios. Lo otro es que el útero se sacó por vagina, que es el orificio natural para poder sacar y no tener que ampliar el abdomen, y en ese caso había que evaluar el himen, porque puede estar conservado o no y el paciente no tuvo problema en que se sacara por vagina. Eso también se habló en la charla preoperatoria, formó parte de la explicación de todo lo que se iba a hacer.*

No obstante ello, el implementar con asiduidad este tipo de abordaje quirúrgico presenta ciertos desafíos para el CHPR, como el contar con el instrumental adecuado, lo cual implica una inversión en salud a nivel del centro hospitalario y capacitación para que el equipo pueda desarrollar destrezas quirúrgicas con esta técnica. Al respecto, señalaba uno de los cirujanos que operó al primer usuario trans:

*La cirugía laparoscópica depende estrictamente de tener el instrumental adecuado. Y eso muchas veces es complejo y tal vez sea el*

*desafío más grande, a veces quizá no se ven los costos generales de una cirugía que no sea mínimamente invasiva; es decir, se ve el costo del instrumental sin considerar lo que se ahorra en complicaciones, internaciones, analgésicos, y sobre todo lo que implica para la calidad del paciente. Y el instrumental se rompe, hay que reponerlo, o sea, dependemos directamente de tecnología, que no contamos con la mejor. Nosotros conseguimos el instrumental para esta cirugía puntual y lo conseguimos también para otro tipo de cirugías para otras pacientes, pero es importante comprender que para ofrecer esto mínimamente invasivo en estos pacientes, necesitamos instrumental, necesitamos inversión que en definitiva redundará en un menor gasto final, que muchas veces es difícil de verlo.*

Este tipo de dificultades a la hora de introducir innovaciones tecnológicas en el sector salud para intervenciones en el tercer nivel ya han sido señaladas en otros trabajos, donde la centralización a nivel de la toma de decisión sobre la tecnología en ocasiones puede desincentivar las iniciativas de innovación que surgen de los agentes (Bianchi, Bianco, Ardanche y Schenck, 2015). Como se relevó en el campo de esta investigación, para poder realizar este tipo de procedimientos sistemáticamente y con seguridad, es necesario contar con apoyo de la gestión de salud para mejorar los equipos de laparoscopia.

### Intervención en “pacientes sanos”...

#### ¿Un nuevo discurso médico?

Uno de los aspectos más importantes en una cirugía es la indicación quirúrgica, es decir, el motivo que lleva a realizar la intervención. Tradicionalmente, la cirugía en los usuarios trans masculinos se justificaba a raíz de un diagnóstico de patologías biológicas o de salud mental (trastornos o disforias). En cambio en el equipo del CHPR se trata a la cirugía como parte del proceso de reasignación de sexo y

se considera que se está operando a usuarios sanos (desde el punto de vista biológico, psicológico y social). Señalaba al respecto una de las residentes de la Clínica A:

*Yo creo que lo clave acá es que estaríamos operando a pacientes sanos. Eso es lo clave y lo que es distinto respecto a las otras guías mundiales, en las que tenés que tener un diagnóstico psiquiátrico de disforia de género, trastorno de identidad sexual. Nosotros no vamos por ahí, ni siquiera hay psiquiatra en el grupo, sí hay una psicóloga que trabaja en Saint Bois, pero la idea no es que venga con la etiqueta “transexual”: hay que sacarle el útero porque ese es un tratamiento para que sea una persona. Que es medio lo que se viene haciendo, si no me equivoco [...] por lo que estamos estudiando la mayoría entran con el diagnóstico de trastorno, y a partir de ahí entran en ese ciclo de la reasignación: hormonización, cirugía sí, cirugía no... pero siempre el escritorio del psiquiatra es la puerta de entrada a ese proceso. Y esa es un poco la diferencia que estamos teniendo nosotros.*

El que las operaciones se realicen en pacientes “sanos” es un cambio importante en el discurso médico en la materia, que se diferencia de abordajes previos (como el que se realizaba en el Hospital de Clínicas) y también marca una distancia con el primer caso clínico que se atendió en el CHPR, previo a la vinculación con la policlínica de la UDA Saint Bois. Este nuevo discurso establece un punto de inflexión que ya resulta novedoso para la práctica médica en general (se interviene en ausencia de patología), y que es aún más original si se agrega a la población trans como nueva capa de complejidad, ya que se despatologiza la intervención. Como se podía apreciar en el discurso de uno de los cirujanos entrevistados, lejos de pasar inadvertido, este es un efecto buscado en la intervención:

*Este tal vez sea el punto más importante para nosotros: operamos pacientes sanos. No*

*tienen ninguna patología, ni biológica ni psicológica. Ese es el principal cambio, porque nosotros no operamos pacientes sanos, este es el primer paciente sano que operamos, y esto es también la bandera conceptual de que justamente es lo que estamos haciendo.*

El que este discurso se manifestara con tal fuerza “desde la rama más dura de la medicina” fue destacado incluso por las autoridades sanitarias en la ya citada actividad pública que se realizó el 19 de mayo de 2015. En esa oportunidad, luego de la intervención de un cirujano de la Clínica A, la subsecretaria del MSP, Cristina Lustemberg, dijo sentirse “conmovida” por el hecho de que “... un colega de la rama más dura que tenemos en la medicina, que es la parte quirúrgica, ve a este colectivo antes que nada como individuos sanos”.

Y si bien en las entrevistas con el equipo médico de la Clínica A fue donde ese discurso se expresó con mayor énfasis, es interesante retomar lo que ya se veía en otros apartados respecto a la idea de atención en usuarias/os sanos, dado que una característica de este discurso es que se manifiesta en todos los actores que participan de la experiencia llevada a adelante desde la UDA. Ello potencia la coordinación de los espacios, donde no solo se complementan servicios sino que se demuestra una homogeneidad conceptual en todos los niveles de intervención, que genera un modelo integrado de abordaje.

El proceso de medicalización de la sociedad (Foucault, 1991), con su correspondiente trato en términos patológicos de patrones de comportamiento previamente considerados en términos morales (la medicalización de la desviación, en palabras de Easterling), supuso, para autores como Menéndez (1984), la apropiación “ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social” (citado en Ortega, 2011: 94). Siguiendo a Freidson (1978) y Foucault (2004; 2008), si el binomio salud-patología pauta un modelo biopolítico

dicotómico en el ideal regulatorio (en el que la medicina, al configurar a la enfermedad como la desviación a la norma, se erige como una institución moral), el despatologizar la intervención no solo tiene efectos a nivel del plano sanitario sino que estos pueden extenderse a otras esferas de la vida social. Como señala Ortega,

*Aquello que se identifica como normal o patológico en la vida social retoma las mismas significaciones con que originariamente nació en el campo médico-sanitario. La complejidad de dichas significaciones, también es vehiculizada al campo de lo social [...]. Y cuando se profundiza en la consideración de esos fundamentos se puede llegar a reconocer que muchos de los criterios de clasificación*

*son morales, o por lo menos, también son morales (Ortega, 2011: 103).*

Tal como indica Mitjavila (1998), el campo médico-sanitario está en permanente construcción, fruto de la heterogeneidad de prácticas y discursos (generalmente conflictiva) en su interior y a la interacción que establece con el resto del tejido social. En este marco, el abordaje despatologizador sobre la intervención quirúrgica en usuarios/as trans estaría dando indicios de un nuevo discurso médico, que disputa los modelos de representación sobre la salud-enfermedad que regían a la interna del campo pero que también contribuye a la construcción que se hace sobre las personas trans hacia el exterior del mismo, favoreciendo un trato no deficitario de las identidades trans en el ámbito social.



### 3. Perspectiva de los/as usuarios/as

Este capítulo toma como referencia la perspectiva de los usuarios nucleados en torno al colectivo de varones trans, cuya creación no es ajena a la materialización de la experiencia que interesa a este informe. Asimismo, se cuenta con el insumo de dos entrevistas realizadas a un varón trans que concurrió nueve años al servicio del Hospital de Clínicas y actualmente concurre a la UDA Saint Bois y no integra el colectivo de varones, y una mujer trans que concurre al Hospital Maciel desde hace dos años.

Se sistematizan aspectos que refieren a los efectos que una experiencia de estas características tiene en cuerpos concretos desde el análisis del vínculo que establece con sus usuarios/as. Se entiende que el entramado es particular respecto al surgimiento del espacio y su legitimación. Se procura abordar la manera en que ambos aspectos se relacionan con el surgimiento de colectivos de la sociedad civil capaces de hacer eco de un discurso que no necesariamente surge desde allí pero que sirve a sus objetivos.

En este sentido, se discute acerca de las implicancias que tiene la construcción de la demanda desde el espacio donde será resuelta para sus usuarios/as reales o potenciales. Se procura referir por una parte a los procesos de construcción identitaria que sus usuarios/as vinculan al servicio, y a las formas en que el colectivo proyecta a partir del mismo.

La incorporación de una perspectiva capaz de brindar un trato digno a personas que a diario se enfrentan a la discriminación y el maltrato, genera repercusiones que trascienden la atención médica que la experiencia tiene como base. Esta

aparece entonces, no solo como vehículo al acceso al derecho a la salud,<sup>1</sup> sino como espacio de referencia legítimo para el colectivo que surge: como recurso y como “guía”.

Por lo expresado, un servicio de estas características representa un punto de inflexión en las vidas concretas de quienes a él concurren o podrían hacerlo. Constituye además de una obligación del Estado, el surgimiento de una posibilidad que imprime un discurso específico en las personas que con él se vinculan.

### No se nace trans. Llega una/o a serlo: la posibilidad como premisa

“La posibilidad no es un lujo”, responde Butler respecto de la pregunta de cuál sería el propósito de incrementar las posibilidades de género (2006: 51). Se entiende necesaria una distinción respecto a los usos del término “posibilidad”. Por un lado, se lo piensa en términos de la capacidad de conceptualización de un *yo mismo* distinto al impuesto por una norma que excluye en sus propios términos de definición. Por otra parte, se lo entiende en tanto preservación de la vida. Se observa que ambas acepciones encuentran un mismo punto de anclaje que está directamente relacionado con la medicalización de los cuerpos y los discursos que esta situación habilita.

1 Los Principios de Yogyakarta refieren a la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos en relación con la orientación sexual e identidad de género. Establecen recomendaciones a los Estados, al Sistema de Derechos Humanos de la ONU, a las instituciones nacionales de Derechos Humanos, a los medios de comunicación, a las organizaciones no gubernamentales y a las agencias financiadoras, acerca de la aplicación de la normativa vigente en relación con dichas cuestiones. El derecho a la salud se contempla en el Principio 17: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Principios de Yogyakarta, 2007: 23-24), y se especifica aún más en el Principio 18: Protección contra abusos médicos (Principios de Yogyakarta, 2007: 25).

En busca de incorporar el discurso de los usuarios politizados a través del colectivo, este capítulo aborda en primera instancia las implicancias del discurso médico en la posibilidad de pensarse y en segunda la manera en que el mismo discurso media las posibilidades reales de existencia.

### (Me) pienso, luego existo: posibilidad de pensarse

La sociedad heteronormativa establece que los cuerpos serán clasificados de acuerdo a criterios de inteligibilidad, determinada por la coherencia y continuidad entre el sexo, el género, la práctica sexual y el deseo (Butler, 2001: 50) que en un cuerpo se hagan visibles. El momento de nacimiento, o aún las ecografías previas al mismo, constituyen el primer sometimiento a estas normas mediante la “asignación de sexo” (Preciado, 2011: 117, 119). Se nace niño o niña, se tienen genitales masculinos o femeninos, los cuerpos se componen por cromosomas xx o xy. La heteronorma y el sistema heterocentrado que incluye a la ciencia y a la medicina en tanto tal, clasifican a un individuo inteligible en una de las dos posibilidades, no en las dos, no en ninguna.

Devenir trans por tanto, no pasa inadvertido. Evidenciando el carácter performativo<sup>2</sup> de las identidades, el cuerpo trans demuestra en los hechos el reduccionismo de categorías que apelan a la naturalidad de la coherencia mediante la cual se reclama la inteligibilidad de los cuerpos. También evidencia el carácter esencialista en que tal coherencia se basa.

2 La teoría de performatividad interpela la noción de linealidad entre sexo y género y concibe a este último como configurado a partir de la repetición de actos socialmente legitimados. Siendo performativa, la repetición puede consolidar las normas que se encuentran ya en un lugar de privilegio en relación con otras, o subvertirlas transformándolas en algo nuevo (Butler, 2001, 2005).



Desde esta perspectiva se parte de la premisa de que las identidades no se fijan de una vez y para siempre. Sin embargo, la descripción de los procesos de construcción identitaria de quienes fueron entrevistados/as da cuenta de que las concepciones que pretenden despatologizar identidades que no se definen como varón o mujer<sup>3</sup> no se traducen linealmente en las vidas que se imponen a ciertos cuerpos y en las instituciones mediante las que se delinea esa imposición.

Es así que cuando se piensa en términos de posibilidad, la primera condición es la de ser capaz de pensarse posible. A partir de las entrevistas realizadas a los varones trans que concurren al servicio, se extrae que una de las dificultades más grandes que encuentran al momento de pensarse es la de nominarse. En palabras de uno de los entrevistados:

*Yo lo supe desde siempre, el tema es que no sabes qué nombre tiene lo que te pasa a vos. Sabes que no sos una mujer, no te sentís una mujer, no te vas a sentir nunca una mujer pero se habla de que tenés que ser una lesbiana masculina [...] esto de ser transgénero no es lo que salta. Tengo 44 años, podés creer que cuando tenía 20 esto no se escuchaba, ni cuando tenía 30. Yo lo llegué a escuchar en el 2012, por el programa Gran Hermano, y tampoco como transgénero, en ese momento el término que se usaba era disforia de género. Fue ahí el primer contacto que dije “¡ah mira! esto soy”, ahí pude entender qué era, que realmente existía algo, que no era el único en el mundo (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

Asimismo, la situación de desinformación descripta no solo obstaculiza las posibilidades de pensarse sino que trasluce el imperativo de definición de

una sociedad regida por la heteronorma como criterio de clasificación. De acuerdo con otro de los entrevistados:

*Al no saber que también existían los trans masculinos, era siempre conocido como el tortón marimacho, no pasabas por eso o la lesbiana, ¿viste? (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Si bien el espacio en el cual la identidad se encausa dista de ser un sitio de privilegio, presentarse como “lesbiana” permite colocarse en un espacio que ha alcanzado cierto grado de reconocimiento. Permite hablar en términos de quién se es, y no de qué se es y se presenta como un recurso para alcanzar el “acceso a lo humano” (Butler, 2006: 53).

Aun entendiendo que todas las identidades que se definen abyectas<sup>4</sup> a la heteronorma administran de una u otra manera el atributo que les confiere estigma —sea por la posibilidad de su existencia o por su confirmación (Goffman, 1989: 12-13)—, las identidades que no cuestionan en los hechos la materialización de la norma en la asignación de sexo, proyectan a simple vista un nivel de inteligibilidad que se les niega a quienes sí lo hacen. De acuerdo con Butler “el sentido de la posibilidad que me pertenece debe primero ser imaginado desde algún otro lugar antes de que yo pueda empezar a imaginarme a mí misma” (Butler, 2006: 56).

Es así que para quienes fueron entrevistados/as, la posibilidad se encuentra en el descubrirse no únicos y encontrar en las experiencias de otros la legitimidad necesaria para nominarse de una forma que les sienta propia. Así lo expresó uno de los entrevistados:

3 Se destaca que el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) V* continúa incluyendo a las identidades trans bajo el denominativo de *disforia de género*.

4 Con el término *abyecto*, Butler se refiere al lugar periférico que ocupan los “no sujetos”, desde el cual, a su vez, contribuyen a la constitución de aquellos comprendidos dentro de la norma, es decir de los “no abyectos” (2005: 19).

*Yo arranqué primero buscando en internet a ver qué me pasaba porque no sabía que era trans. Entonces busqué en Google, busqué acá, busqué allá y encontré videos de Youtube que explican qué era un trans, entonces dije ta... “esto soy yo” (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

Una vez alcanzada la autonominación, insertos/as en una sociedad que no tiene prevista identidades distintas a mujer o varón, la enunciación desde una identidad distinta ante otros/as, abre o cierra un nuevo campo de posibilidades. Uno de los entrevistados mencionó la reacción que espera de su madre cuando finalmente le comunique que es trans:

*Ahora vamos a ver cómo le cae el cambio [...] Estoy esperando el ok para decirle<sup>5</sup> [...] Sé que va a decir: “¿pero ya no te alcanza? ¿No estás con parejas mujeres? ¿Pa qué más?” (Entrevista n.º 3, trans masculino, integrante de TBU. 23/4/2015).*

Una vez más, es preciso encontrar fuentes de legitimación que hagan justicia frente a la falta de reconocimiento. Como se observa a partir de la entrevista que se acaba de citar, la medicalización de las identidades es en este sentido uno de los caminos. Se presenta por un lado como el aspecto que “autoriza” la manifestación de la identidad a la vez que la legitima. Se hablará más adelante de otros efectos, pero interesa señalar sus implicancias respecto a los matices que imprime en la posibilidad de pensarse. En palabras de uno de los entrevistados:

*Yo necesitaba algo médico o algo que explicara, porque si yo iba y le decía “Mamá, soy un hombre trans”, me llevaban al loquero igual, no sabía cómo iba a reaccionar [...] Yo*

*estaba buscando algo médico que explicara, algo que fuera corto pero que explique, y todo lo que encontraba eran trastornos mentales y no sé qué [...] Buscando en Youtube encontré un video que no hablaba ni de trastornos ni de síndrome ni de nada, hablaba de transexuales y nada más (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

Ante el panorama de desconocimiento, los entrevistados vinculados al colectivo de varones trans señalaron haber recurrido a internet como fuente de información. Así como en la asignación de sexo, el discurso médico aparece en ese espacio como garante de legitimación, sea mediante las experiencias de procesos de hormonización compartidas, así como a través de foros médico sobre el tema:

*Yo en ese momento no conocía ningún otro chico de acá, del Uruguay [...] Todo lo que veía eran los videos de Colombia, de Estados Unidos, de España. Hay muchas páginas que son de otros países, hay foros médicos que te informan qué es lo que hace la testosterona, cuáles son los pro, cuáles son los contra. Y así, leyendo de todo sitio, de todo un poco, fue que opté empezar a inyectarme cada veintiún días. Aparte la pareja que yo tenía en ese momento estaba, por otras razones, atendiéndose con una endocrinóloga [...] y le preguntó en una consulta de ella: “tengo un amigo que tal y tal cosa” (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

*... en este grupo de Facebook había médicos y eso, pero todo de otros países, entonces la gente iba preguntando cosas y yo de ahí iba sacando lo que me servía, lo que no. Me anotaba ahí y chau [...] Empecé a inyectarme yo cada treinta días y veía videos de gurises que dicen: “voy en la primera inyección y me pasó esto, lo otro y así. Entonces iba comparando. Todos somos diferentes entonces no tenemos en los mismos meses, los mismos*

<sup>5</sup> Refiere a cuando le confirman que puede comenzar el proceso de hormonización.

*cambios, entonces... para tener una idea de lo que me iba a pasar* (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).

De esta manera, la noción de posibilidad no solo refiere a la situación de pensarse posible, sino que necesariamente implica a la situación de pensarse con otros/as. Es así que además de la autopercepción, las identidades son sometidas a las percepciones ajenas. La familia, el grupo de amigos/as, los/as compañeros/as de trabajo, los y las integrantes de los espacios de referencia, el poder judicial, etcétera, también operan como unidad de medida que legitima o niega, que habilita o limita. El espacio reservado a “lo médico” para las personas que fueron entrevistadas, viene a significar la materialización de la posibilidad. No como el espacio ante el cual legitimarse, sino el medio por el cual se obtiene la legitimación.<sup>6</sup>

## Ver para creer: mecanismos para la posibilidad de preservar la vida

Una de las situaciones que se asocia a la posibilidad de reconocimiento tiene que ver con que la sociedad conciba a la persona desde el respeto a su autopercepción (ver Rocha, 2014). A partir de lo que se ha recuperado mediante las entrevistas, este parecería estar ligado a la inteligibilidad que un cuerpo presente ante el resto. Así, poco importa si la persona comunica su sentir o busca ejemplos de otras experiencias, si la persona/institución ante la que lo expresa no se siente lo suficientemente convencida.

6 No pretende ello implicar que todas las identidades trans encuentren en la medicalización la vía de legitimación ni que lo pretendan. Se recordará que el informe analiza una política concreta de salud y su efecto en relación con sus usuarios/as. Se entiende que este hecho indudablemente sesga lo que refiera a los procesos de construcción identitaria, no recuperándose todas las situaciones en las que las personas legitiman y materializan su identidad con independencia de los procesos de medicalización (WHO, 2015: 26).

Esto violenta a las personas. Es un aspecto más del maltrato al que son sometidas. Da cuenta del lento proceso que implican las traducciones de un marco jurídico inclusivo al resto de las instituciones.<sup>7</sup> Demuestra que las consecuencias de vivir en una sociedad heteronormativa son bastante más concretas que hablar de que los cuerpos se distinguen de acuerdo con tipos ideales. Evidencia que ante la existencia de ciertas corporalidades, lo que la heteronorma determina son sus condiciones de existencia. La exigencia de pruebas de inteligibilidad repercute en las posibilidades de las personas para estudiar y emplearse, en el uso de los espacios públicos y en sus relaciones. Expresó un entrevistado:

*También yo tuve que faltar mucho al liceo porque recién estaba empezando con las hormonas y los cambios no eran tan notorios [...] Era muy difícil pedirle a alguien que te llamara [por el nombre masculino] cuando veían a una chica vestida de varón [...] Estuve muy encerrado, no salía ni nada, por lo menos para no seguir sufriendo el tema de discriminación y eso. Por más que te hacés una fortaleza hay veces que ya no aguantás más* (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

La lógica del “ver para creer” está instalada en esta sociedad. La heteronorma exige la exhibición de pruebas ante todo lo que la cuestiona. En los casos en que la estadística permite dar cuenta, los niveles de desigualdad son evidentes. Quienes no se ajustan a la norma son discriminados/as, marginados/as, descartados/as, asesinado/as. El 2015 cerró con la cifra de 39 feminicidios y sin embargo todavía se descrea de las mujeres que denuncian violencias silenciosas que no imprimen lesiones. Se exigen pruebas. Que se pruebe que no provocó la violación, que no incitó ella misma la violencia,

7 Butler llamará la atención respecto a la necesidad de una política capaz de conceptualizar las posibilidades de una “vida habitable” y de la organización de su base institucional (2006: 65).

que justifique la actividad que hacía, que convenza de cumplir fehacientemente con el mandato. Que demuestre que el estereotipo le era hecho a medida, que el problema no es ese.

Se ampara en esta lógica la justificación frente a situaciones de discriminación en las cuales se comprenden las dificultades de un otro, que desacomodado a reflexionar acerca de las construcciones identitarias, desconoce el discurso de quien se presenta hablando en primera persona:

*Estoy teniendo mucha paciencia porque entiendo que no es tarea fácil, y además los cambios todavía no son muy visibles. La voz recién está cambiando. Desde la primera inyección estoy teniendo problemas de disfonía [...] pero es solo la voz, físicamente [...] no noto grandes cambios, es muy poco tiempo también para que ellos vean un cambio. De acá a tres-cuatro meses se van a encontrar a un pibe, o a un veterano, no sé, a un hombre. Va a ser imposible que se puedan referir como mujer, la realidad les golpea la cara y listo, lo tienen que asumir (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

Esta cuestión no es propia de las identidades trans. La validación o desaprobación ante la norma es común a todas las identidades. De acuerdo a los objetivos de este informe, el énfasis está puesto en los mecanismos de legitimación concretos que se despliegan a la luz del análisis de una política de salud que constituye un punto de inflexión respecto a los procesos de construcción identitaria.

Se pretende abordar los movimientos que se generan en función de que el Estado reivindica la atención específica de personas trans desde una perspectiva que no patologiza y presenta una manera de construir la identidad de acuerdo a criterios que apuntan a la preservación de cuerpos sanos.

Es así que desde el primer encuentro se establecen acuerdos que implican la presentación del método que el cuerpo médico propone para llegar a la obtención del objetivo que él o la usuario/a desea (ver “Escalera de abordaje” en capítulo 11).

Si se acuerda con que las identidades requieren necesariamente visibilizarse en pos de reconocerse, se entiende a la visibilidad desde dos implicancias distintas: una individual y otra colectiva.

Por una parte, la primera refiere al reconocimiento de la identidad con la que la persona se presenta. En este sentido, la visibilidad está implicada en el reconocimiento del nombre y un trato que no vulnere la identidad de género de la persona —por ejemplo: pronombres utilizados, uso de servicios sanitarios, etc.—. Por otra parte, la visibilidad refiere al reconocimiento de esa identidad como una identidad política, que excede al individuo concreto que la manifiesta. En este sentido, implica la enunciación de un discurso y una agenda desde los cuales dialoga con la sociedad y el Estado. Ambas implicancias están claramente relacionadas. Las posibilidades que una persona tenga de vivir plenamente su identidad repercutirá en sus capacidades de participación en espacios de enunciación colectiva, y a la inversa: los procesos transitados desde una identidad que se sabe política, tendrán consecuencias sobre los procesos de construcción individual. Ejemplo de ello es el relato de uno de los entrevistados respecto a una discusión en la que se vio involucrado:

*Se ve que cuando le hablé mi voz salió más femenina, y ahí se percató y no sabía ni qué decirme, me seguía insultando [...] “¿Vos te diste cuenta de lo que sos?”, me dice, [...] “Sos un mamarracho, mira lo que sos”. Le digo: “¿Vos sabés lo que soy?”, “Sos cualquier cosa”, me encaja. “Sí, es probable que sea cualquier cosa, pero yo soy un trans y tendrías que saber lo que soy” [...]. Claro, yo estaba de bermuda... claro en este momento que como te decía que soy un híbrido [...]*

*o soy una vieja barbuda y peluda o soy un pendejo de 44 [años] porque tengo unos pelos locos. Y estaba desprolijo, no está para andar así. Entonces ya no ando más de bermuda, hasta que no tenga pelos bien* (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).

Se destaca que avanzado en la reflexión del hecho que relata, se le saca responsabilidad a quien lo violeó y es asumida la culpa por “portador de cuerpo”, por no haber presentado pruebas suficientes de ser un cuerpo inteligible de acuerdo a las normas que otros han impuesto.

A efectos de distinguir el análisis y entendiendo que implican a la experiencia que aborda este informe de manera distinta, se reflexiona sobre ambas formas de visualización por separado.

### Visibilización individual

A partir de las entrevistas realizadas es posible identificar que la principal fuente de legitimación individual está estrechamente vinculada al grado de avance en el proceso de hormonización en que la persona se encuentre. La importancia que el efecto visible que la testosterona administrada sugiere tener, podría echar luz acerca del carácter estético de la reasignación de sexo, donde lo que se ve y representa crea a la verdad (Preciado, 2011: 127). Como si no alcanzara la palabra de quien primero se autopercebe, la heteronorma sigue buscando pruebas. De la siguiente manera lo relató uno de los entrevistados refiriendo a su inserción en el centro educativo:

*Este año me inscribí en el liceo porque no conseguía trabajo y ya de entrada, bueno, obviamente al tener los cambios físicos ya era: “no, no te podemos poner así tampoco [refiere al nombre femenino], obviamente tenés razón”, así que me anotaron como*

*[nombre masculino]* (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

En los fragmentos de entrevista incorporados hasta el momento se puede observar que la falta de efectos visibles de la hormona administrada, se relaciona con posicionamientos en los que el reclamo frente a situaciones de discriminación parece ser menos legítimo. Así también lo expresa uno de los entrevistados respecto a su trabajo:

*Seguimos todo el ritmo igual, me siguen diciendo [el nombre femenino], hasta que yo tuviera el ok de que iba a empezar a hormonizarme, mientras tanto no quería alborotar el resto de las cosas. Aparte tengo que hablar con la directiva, pero [para] todo esto estoy esperando el ok, cuando me digan que: “sí, mañana vos te empezás a inyectar”, ahí revoluciono todo. Aparte ya tengo fotocopias de las leyes, de todo lo que me ampare para no tener problema* (Entrevista n.º 3, trans masculino, integrante de TBU. 23/4/2015).

Por otra parte, una vez iniciado un tratamiento hormonal, los varones trans suelen tener lo que se denomina *passing*. Esto es que su construcción identitaria puede pasar fácilmente inadvertida y ser socialmente leídos desde el binomio varón-mujer, como varones (Rocha, 2014: 61). En una sociedad que discrimina, agrede, humilla y mata a quienes no acatan las normas de género, la posibilidad de pasar desapercibidos constituye una estrategia de protección que garantiza una forma de supervivencia —se verá más adelante cómo ello repercute en las posibilidades de legitimación colectiva—. De acuerdo al relato de uno de los entrevistados:

*Sí se ha escuchado, por ejemplo, algunos comentarios cuando hay alguna chica trans que se escuchan y que obviamente es una cuestión de tolerancia. Pero por mi parte, por la parte nuestra nunca tuvimos una respuesta negativa [...] Lo que nos pasó la otra vez fue que salimos para afuera a fumar y en*

*eso salió una señora y había llegado en emergencia una chica trans que le había pasado algo. Entonces [...] la señora empezó a hacer comentarios de “¡Ay, estos putos! Tienen que atenderlos otros días, que hay niños, que esto que lo otro”. Nosotros nos miramos con [nombre del amigo] y calladitos, viste porque... [...] Pasa que con las chicas trans es más complicado, más notorio. Nosotros pasamos desapercibidos, a menos que nos llamen por el nombre (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Si se considera que el avance en el proceso de hormonización incide en las formas de legitimación de las identidades, se hará referencia a las distintas formas de visibilización en función de sus resultados en mujeres y varones trans, respectivamente:

*En algún momento te chocás con la discriminación, y nosotras la sufrimos mucho más, la pasamos mal. Lo poco que conozco es que es mucho más fácil masculinizar un cuerpo que feminizarlo y más cuando con los años todos los cambios se dieron. Volver atrás los cambios que nos pasan a nosotras es muy difícil, tendría que ser el tema desde la adolescencia o en la pubertad [...]. Yo creo que los hombres tienen esa ventaja de que toman hormonas y quedan varones enseguida. Es muy difícil darse cuenta, nosotras no. Ya después que te engrosó la voz o mismo la facciones de la cara, después ya tenés que andar por la vida chocándose con la discriminación (Entrevista n.º 5, trans femenina. 6/5/2015).*

### De tal palo tal astilla: desenlaces de infancias generizadas

Las marcas de la socialización de género no pasan inadvertidas. En una sociedad heteronormativa, la imposición de performatividad identitaria limitada al binomio varón-mujer imprime consecuencias cuya alteración implica al menos cierto nivel

de reflexión. Con esta afirmación, no se pretende fijar las identidades a la forma en que fueron socializadas. Se sostiene por el contrario, que siendo performativas, no están ancladas a una construcción acabada. Sin embargo, los procesos mediante los cuales se configuran nuevas construcciones o nuevos ejercicios identitarios, requiere desnaturalizar formas estereotipadas desde las que se parte y hacia las que se va.

Por este motivo, es importante reconocer que no solo la forma en que la sociedad recibe a identidades trans femeninas y masculinas es distinta, sino que las herramientas de socialización que tuvieron unas y otros las/os prepara de forma diferencial para ello.

La posibilidad de controlar la administración de la hormona desde sus efectos deseados o adversos sugiere en primera instancia que la persona está en condiciones de hacerlo. Las situaciones de exclusión a las que se relegan a las personas trans no pueden considerarse al margen del acceso a la salud. Junto con ello, las posibilidades de tener una calidad de vida que acompañe el buen desempeño de la hormona utilizada implican que esa persona tenga resueltas cuestiones básicas como la alimentación, el trabajo, la vivienda.

Los costos de ejercicio de esos derechos suelen ser diferentes para varones y mujeres trans. Para los primeros, suele significar la negación de su identidad. Quienes no han culminado el trámite judicial de cambio de nombre y sexo en los documentos identificatorios —habilitado desde el año 2009 por la Ley 18.620— encuentran argumentos en el mercado laboral según los cuales el acceso al trabajo está determinado por la no alteración al orden de la dicotomía:

*Era muy difícil levantarte. Era como una actuación. Nosotros vivimos una vida de actores prácticamente porque yo dentro de mi casa era un “carlitos”, e iba al trabajo y tenía que ser lo que ellos me pedían que*

*fuera* (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

Se verá cómo, las posibilidades individuales se tornan decisivas. Quienes pueden pagar un/a abogado/a particular acceden al derecho de un nombre que respete su identidad de género antes que quienes tengan que contar con los servicios de un/a abogado/a de oficio. Respecto a la inserción laboral, manifestó uno de los entrevistados:

*En el tema laboral, para conseguir trabajo: horrible. En una de las entrevistas me dijeron que no me podían tomar porque no querían causar discordia laboral, una respuesta ilógica. También, como me pasó que me dijeron: “Te vamos a tomar pero te vamos a llamar [nombre femenino] y tenés que ponerte uniforme de mujer”* (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

Asimismo, en la experiencia de dos de los entrevistados, las garantías de un trabajo que respete su identidad de género previo al cambio de nombre implican un acuerdo con el superior que puede oficiar como garante de respeto a la privacidad del dato:

*Este trabajo lo conseguí porque una amiga que sabe toda mi situación [...], la madre es amiga de la encargada y le habló de mi situación. La encargada es re tolerante, espectacular, me dijo: “Mirá, en el BPS solo va a aparecer tu cédula, acá va a decir [nombre masculino]” [...] A mí me dieron un uniforme de varón y soy un compañero más* (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

El hecho de que el respeto de las identidades de los varones trans recaiga en la voluntad de algunas personas da cuenta del nivel de vulneración al que se ven expuestos. Desde una identidad que mediante tratamiento hormonal se configura en desacreditable —es decir, propensa a ser desacreditada si

se confirma la presencia de un atributo no deseado en un momento sociohistórico concreto (Goffman, 1989)—, se ven propensos al chantaje, la manipulación y la vulneración de otros derechos ante quien se sabe dueño de un dato cuyo conocimiento podría hacer de la vida un calvario (Kosofsky, 1998).

La lógica del “ver para creer” se manifiesta nuevamente. La ley que garantiza el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en los documentos identificatorios, si bien no establece requisitos vinculados a los procedimientos médicos, sí se basa en un sistema de presentación de documentación probatoria que fundamente la decisión del juez mediante la cual se accede al derecho que la ley prevé o no. En palabras de uno de los entrevistados:

*El tema del cambio de nombre, eso es algo que lo tiene que cambiar ya [refiere al Estado], eso está mal hecho [...] Yo corro el riesgo de que el juez me diga que no hay suficiente prueba y se me niegue el cambio. Yo no puedo estar dependiendo de un tercero, de nadie más que de mí para hacer el cambio. Eso es lo que está mal, eso es lo que sí ya tiene que cambiar* (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).

En una sociedad basada en la dicotomía varón-mujer, identidades que cuestionan la rigidez de esas definiciones son marginadas. Evidenciarse abyecto podría significar la muerte como máxima expresión de la violencia y un abanico de agresiones que ponen en riesgo la integridad física y psicológica de la persona. Así lo expresó una de las personas entrevistadas:

*Para mí ha sido capaz que en algunos aspectos un poco más fácil porque yo no me descubrí al mundo así como le ha pasado a otras personas, que incluso han muerto por identificarse como trans* (Entrevista n.º 6, trans masculino. 13/5/2015).

Para las mujeres trans, el estilo de vida que el proceso de hormonización requiere tiene otros costos. El proceso de hormonización no suele garantizarles la posibilidad de administrar su identidad “discretamente” (Pecheny, 2005) como sucede con los varones y las posibilidades de administración del atributo generador de estigma son ciertamente más limitadas para ellas. Así reflexionó una de las especialistas:

*La contraparte son los trans masculinos, pero es por toda la cuestión de la sociedad de hoy en día que tú ves un paciente trans masculino hormonizado y pasa totalmente desapercibido en la sociedad. En general son pacientes que estudian o trabajan y no tienen dificultades en el relacionamiento con las personas, y no pasa así con las trans femeninas. Se ven obligadas a ejercer la prostitución o a estar por debajo de la línea de pobreza en cuanto a sus ingresos, y encima, con esos pocos ingresos a veces tratan de modificar sus cuerpos de formas inseguras con inyección de silicona industrial o teniendo hormonas de contrabando porque no se las estamos pudiendo asegurar. Con las trans femeninas tenemos una gran deuda que tratamos de avanzar y el sistema muchas veces nos ha frenado (Entrevista, 21/4/2015).*

El momento de acceder a derechos que permitan solventar la vida —como alimentación, trabajo, vivienda— es otra instancia para la exigencia de pruebas de inteligibilidad. A diferencia de las consecuencias que el tratamiento hormonal tiene en los cuerpos de los varones que pueden leerse sin dificultades desde miradas heteronormativas, el proceso hormonal no asegura en las mujeres los beneficios de un cuerpo inteligible de acuerdo a estos parámetros per se. La mujer trans entrevistada, que se encuentra realizando un tratamiento hormonal desde hace quince años, relató al respecto de sus dificultades de insertarse en el mercado laboral formal:

*La vida me dio las guampas... quise hacer todo bien, recibirme y pegué un guampazo y quedé: no tengo nada, ¿qué hago?, ¿qué voy a hacer? Sin pareja, sin nada. Trabajo no tengo, ¿qué hago? Me muero de hambre y ahí tenés que hacer la que hacen todas. Muchas veces me cuestionaba: “fa... pensar que yo pensé la vida distinta, hice un esfuerzo y ahora estoy acá con lo mismo que ellas que no pudieron hacer nada, y sin embargo termino igual ¿Qué será? Yo puse de mi parte, pero bueno, la sociedad no te lo permitía. Ahí te das cuenta hasta dónde llega el peso de la sociedad y la discriminación (Entrevista n.º 5, trans femenina. 6/5/2015).*

Actualmente, se cuenta con un marco legal que pretende proteger y se posiciona acerca del respeto y no discriminación de las personas en función de —entre otros atributos— su orientación sexual e identidad de género. Asimismo, en los últimos años se elaboraron políticas afirmativas que pretenden revertir parte del daño ya generado. Sin embargo, el cuestionamiento latente o manifiesto a la heteronorma continúa siendo uno de los mayores factores de exclusión. De la siguiente manera reflexionó una de las personas entrevistadas:

*... es más fácil ocultarlo que decirlo. Está bueno que hubiera contención cuando alguien se anima y lo dice, pero en el liceo, yo por lo menos la experiencia que tengo no... al contrario, te estás suicidando si de alguna forma salís y decís que sos tal cosa o te animas a ir vestida como sentís al liceo (Entrevista n.º 5, trans femenina. 6/5/2015).*

Esto evidencia la necesidad de articulación y coordinación de las acciones tendientes a la construcción de ciudadanía sin distinción de orientaciones sexuales o identidades de género (Rocha, 2014). También da cuenta de que para generar transformaciones significativas es preciso prever los recursos de manera tal que garanticen un acceso que no admita restricciones según género. Es importante



al respecto, considerar que el género no surge de la identidad que se construye conscientemente, sino que es la categoría que ha estado oficiando de medida clasificatoria desde la asignación de sexo primaria.

Tanto por imposición o proyección, el género ha determinado cuán lejos o cerca se estaba/está respecto a la norma. Determinó las formas de participación, legitimó las agresiones, debilitó la capacidad de reclamo. No es ajeno a la socialización de género que unas reclamen y otros callen. A ellas en su infancia se les enseñó pelear por lo que les correspondía. A ellos, se les enseñó a estar en silencio y agradar al resto.

A efectos del análisis de las repercusiones de esta experiencia en cuerpos concretos, se torna fundamental someter la socialización de género a la crítica en tanto también es condicionante de las formas en que se organiza y se presenta la identidad política: desde el reclamo o la espera, desde el ruido o el silencio, desde la exigencia o la negociación.

### Visibilización colectiva

Como se vio, los procesos de visibilización individual necesariamente implican al colectivo. Así como hacer visible una construcción identitaria no esperada puede exponer a la muerte, la negación de la existencia es otra forma de morir. “El silencio significa muerte” (Cindy Patton citada en Martin, 2002). Desde la vivencia “desacreditable” el silencio paraliza. Por un lado protege del estigma, por el otro, se sostiene en la imposibilidad de crear un discurso desde ese sujeto.

Los intentos de autoeliminación, depresión y asilamiento a los que hacen referencia los entrevistados describen momentos en los que otra construcción identitaria no podía ser siquiera imaginada como un espacio habitable. La falta de acceso a la información es un punto determinante en este sentido.

Su socialización puede en muchos casos ser la diferencia entre la vida y la muerte.

En este sentido es que se imbrica el proceso de legitimación de la identidad colectiva. El “passing” que fuera una forma de protección ante una sociedad que agrede, se concibe también como un problema frente a la invisibilización de la identidad política y frente al nivel de desconocimiento de construcciones identitarias concretas. De la siguiente manera lo planteó uno de los entrevistados:

*Prácticamente nadie sabe de nuestra existencia. Cada vez que se toca el tema en la tele, que sale algún programa [...] siempre que sale el tema trans, transgénero, aparecen chicas. Recién ahora se está entendiendo lo de las chicas trans pero de nosotros ni siquiera se sabe que existimos. Es un gran avance que se esté entendiendo lo que a ellas le pasa, está bueno eso, pero también estaría bueno mostrarnos a nosotros. Cuando pasa un programa de estos, si es que aparece un chico, está en sombras [...] porque el pibe no quiere que se sepa [...]. La idea es que todo el mundo sepa (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

Las formas que el colectivo proyecta la construcción de la identidad trans masculina que pretende visibilizar tiene aparejado un punto que obliga especial atención. El método mediante el que se visibiliza la identidad es el mismo mediante el cual se invisibiliza. Implica por tanto, un ejercicio de enunciación consciente. Una decisión de definición política desde la cual esgrimir un discurso que hable en primera persona. La condición de “desacreditable”, en tanto prohibición implícita, niega incluso la posibilidad de recuperar la prohibición y revertirla (Butler, 2000: 96). Así lo expresa una de las personas entrevistadas:

*Nosotras sufrimos más el tema de la discriminación que los varones trans. Ellos ahora se están visibilizando y diciendo: “soy trans”,*

*ahí sí están tomando una posición. [nombre de amigo] incluso me había dicho una vez: “yo también era medio como homofóbico, como que todo eso era malo”. Él había asumido lo que es la dualidad de la heteronormatividad, estaba puesto de un lado. Para ellos es más fácil ponerse en ese lugar, yo un tiempo también tenía miedo de decir: “soy trans”, es como un lugar cómodo pasar desapercibido (Entrevista n.º 5, trans femenina. 6/5/2015).*

En las páginas que anteceden se reflexionó acerca de una construcción identitaria en tanto usuaria de una experiencia de salud concreta. Se la pensó desde sus posibilidades de concebirse y visibilizarse. En lo que sigue se discutirán las formas en que se condicionan las posibilidades de pensarse políticamente desde una agenda que convive con el discurso médico, y en cierta medida, de él depende.

El colectivo de varones trans que se crea a fines del año 2014, viene a acompañar procesos individuales y a emprender un camino de reconocimiento de la identidad trans masculina. En lo que sigue se expondrán los objetivos que el colectivo plantea desde una lectura atenta a los vínculos con el discurso médico y la agenda que desde allí se genera.

## Colectivo<sup>8</sup>

El colectivo TBU (Trans Boys Uruguay) comienza a nuclearse en función de una especificidad identitaria compartida. Sus integrantes entienden que los reclamos desde allí pronunciados no estaban siendo expuestos desde ningún otro espacio y es en esta

<sup>8</sup> El informe está centrado en el colectivo de varones trans en tanto se entiende que este está estrechamente ligado a la experiencia que importa a este informe. Esto, no solo por el diálogo que el mismo establece con el centro de salud, sino porque la experiencia del Hospital Saint Bois ha sido central para su conformación y constituye parte significativa de sus objetivos.

particularidad que se basan sus objetivos. Se definen como el primer colectivo que trabaja por los derechos de los varones trans en el país (TBU, 2015).

Retomando la perspectiva que implica a la visibilidad como forma de legitimar construcciones identitarias concretas, desde el colectivo que emerge se reivindica en primera instancia la posibilidad de contar con un espacio de referencia que les sea propio y en el cual sean contempladas sus particularidades:

*Queríamos hacer un colectivo de chicos trans. Porque si uno va a Ovejas<sup>9</sup> se sabe que es más para lesbianas y gays [...] y después si íbamos a una reunión de UTRU<sup>10</sup> por ejemplo, son todas chicas trans. Ta te reciben [...], pero no son las mismas necesidades. ¿Y a dónde vamos? No teníamos a dónde ir, entonces nos empezamos a juntar (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

El empezar a juntarse fue punto de origen de lo que luego sería un discurso pronunciado en primera persona. Implicó la configuración de un sujeto capaz de establecer necesidades. En primer lugar, la de visibilizar ese sujeto capaz de pronunciar reclamos y definir una agenda propia:

*... y también salir del anonimato. En programas [de televisión], cuando se habla del tema trans, las chicas van y hablan y se presentan. Los chicos están con sombra negra o con voz en off. [Se precisa] salir del anonimato y encarar el tema, porque obviamente un fantasma no está reclamando los derechos, estamos nosotros y tenemos que pedir (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

<sup>9</sup> Refiere al Colectivo Ovejas Negras.

<sup>10</sup> Refiere al colectivo Unión Trans del Uruguay.

Es posible advertir que para la configuración de este nuevo sujeto político es necesario explicitar las “diferenciaciones y exclusiones” (Butler, 2000: 95) mediante las cuales puede consolidarse la identidad. Es así que reconociendo algunos niveles de cercanía respecto al resto de las identidades LGBTI en lo que atañe a la discriminación a la que todas son sometidas, el discurso está centrado en los aspectos que las diferencian. La primera diferenciación está dada respecto a las identidades cuyo atributo que confiere estigma es la orientación sexual.

Un discurso particularista que podría limitar o erosionar los discursos previos del movimiento de la diversidad sexual. Algo que no tiene por qué ser necesariamente beneficioso para las nuevas agendas, sobre todo si se tiene en cuenta que los últimos logros se han alcanzado sobre la base de la articulación de agendas de derechos (Sempol, 2013). Estos logros incluyen a la Ley de Derecho a la identidad de género, entre otras que también apuntan hacia la construcción de una sociedad más justa e igualitaria: modificación de la Ley 18.590: Código de la niñez y la adolescencia para habilitar adopciones por parte de parejas de personas del mismo género (2009), Ley 18.987: Interrupción voluntaria del embarazo (2012), Ley 19.075: Matrimonio Igualitario (2013).

Asimismo, si bien se reconocen ciertas necesidades que son comunes a las agendas de los colectivos de mujeres y varones trans, se entiende que hay cuestiones que las atraviesan de manera distinta. Respecto a las cuestiones comunes, los entrevistados mencionaron la situación de acceso al derecho a la identidad y el acceso a la salud. Así lo expresaron respectivamente:

*Hay cosas que tenemos en común. Por ejemplo [...] que queremos que el cambio de la cédula sea como en Argentina: un trámite, porque no es lógico que vos tengas que dar una audiencia y que un juez te diga: “sí, podés ser [nombre]”. ¿Qué sabe el juez de tu vida? ¿Por qué un tipo que no te conoce te tiene que dar*

*permiso de ser algo? [...] Hay cantidad que le rechazan a ellas. Y a nosotros hay algunos que nos han dicho que no. Me he enterado de cuatro o cinco que les dicen que no [...]. De ellas también me he enterado pila de veces, o les hacen mal los oficios y los tienen que volver a hacer (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

*El tema de salud, más allá de las diferencias que puede haber [...], lo que es hormonización y operaciones, las necesidades están en ambos. Que sean operaciones distintas, que la de ellas pueda ser más sencilla que la nuestra, estamos de acuerdo, que la hormonización en nosotros pega mucho más que en ellas, también estamos de acuerdo. Pero estamos hablando de hormonización y estamos hablando de operaciones. Estamos hablando de lo mismo (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

Se observa que las cuestiones, donde el colectivo de varones trans identifica las distancias respecto a la situación de las mujeres trans están relacionadas al reconocimiento de la identidad en tanto tal. Reclaman en este sentido, además de una voz que se exprese desde las trayectorias de personas trans, un discurso que sea capaz de dar a conocer y trabajar sobre los aspectos que, desde la perspectiva que exponen, los implican a ellos de forma específica.

Uno de los principales objetivos del colectivo de varones es el de hacer de su identidad un espacio habitable. Se plantea en este sentido que otras construcciones identitarias que han pasado por procesos de mayor visibilidad no se enfrentan con el desconcierto que implica el desconocimiento de la posibilidad de existencia:

*El colectivo en sí es eso: informar [...] y mostrar que nosotros también existimos, porque a nosotros no nos conoce nadie. A no ser que sea gente que está en el tema, si vos preguntás a cualquier persona que va por la calle “¿qué*

*es una travesti?”*, *ta, te pueden decir cualquier disparate, pero por lo menos tienen una idea de más o menos qué es* (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).

Se entiende preciso realizar algunas apreciaciones respecto a los espacios de legitimación identitaria. Entendiendo que el espacio laboral es uno de los espacios más importantes de socialización para las personas, las vinculaciones que con él se establecen suelen ser determinantes de otros aspectos. El trabajo remunerado posibilita el acceso a otros derechos como la alimentación y la vivienda, y además puede constituirse en un espacio de legitimación o negación de las identidades.

La vinculación de las mujeres trans con el ejercicio de trabajo sexual, si bien ha sido históricamente el espacio residual al que se las ha relegado, puede también constituirse en un espacio de legitimación de su identidad (Fernández, 2000). Es asimismo un espacio, donde se configuran relaciones de solidaridad y construcción identitaria colectiva. La identidad trans femenina, por fuera del sistema médico, vio la afirmación de su existencia en los circuitos de prostitución clandestina, en el cuidado recíproco que hacía frente a los arrestos en dictadura y primeros años de la democracia, en el mutuo construir de los cuerpos en casas y pensiones.

Excluidas de sus casas en la adolescencia, marginadas de los centros de estudio y hasta de sus barrios, poco supieron esas mujeres trans de controles periódicos en centros de salud que las recibieran llamándolas por nombres que no las violentaran. Otros fueron los sitios de apropiación de las identidades.

Los varones trans, por otra parte, recién accediendo a las posibilidades de nominarse entrado el siglo XXI, en un contexto de reconocimiento de derechos de las identidades históricamente abyectas, han buscado y encontrado otros sitios de legitimación.

Los métodos de construcción de la identidad masculina generan un tipo de interacción particular con la tecnología productora de subjetividad (Gulino, 2015). El uso de testosterona puede autoadministrarse —a diferencia de las inyecciones de aceite como implante mamamario que realizaban las mujeres trans—. Por otra parte, como se vio antes, el propio efecto de la hormona en el cuerpo hace que sea necesario enunciar la identidad trans para ser reconocido desde ese lugar. Si se cuenta con los medios económicos, eso habilita el acceso a la testosterona haciendo uso del mismo recorrido que haría cualquier varón cis (es decir, no trans) que quisiera adaptarse al estereotipo de masculinidad:

*... se vende sin receta porque muchos lo utilizan por el tema del gimnasio y esas cosas. Entonces vos vas y la pedís y en ningún momento te preguntan para qué. Siempre dan por hecho de que querés aumentar la masa muscular [...] Como es de venta libre no hay ningún problema. Mismo en la farmacia, si hay enfermeras que se encargan de inyectar, te inyectas ahí mismo* (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

Habiendo, en su mayoría, transitado la adolescencia con sus familias, se vieron expuestos a problemas distintos a los de las mujeres trans. Ambos enfrentados al “cortejo con la muerte” por no adaptarse a las normas de género impuestas (Butler, 2006: 58, 59), ellas vivieron el riesgo de la calle y ellos el del encierro.

Dedicados al estudio como estrategia de supervivencia (Rocha, 2014: 62) los varones trans no generaron las redes de contención a las que accedieron las mujeres. Su vinculación con el trabajo, no suele significar la aproximación a espacios de legitimación de su identidad, sino que habitualmente la niega o limita. A diferencia de las mujeres trans que fueron y son tales en los espacios a los que se las relega en busca de sustento económico, desde

lecturas que reducen a las identidades, los varones trans son entendidos como varones.<sup>11</sup>

### Líneas de acción del colectivo de varones

En función de años de invisibilización, la identidad encuentra nombre y objetivos que por el momento pretenden acompañar los avances que se han venido realizando. Informar, encontrarse y coordinar, bien podrían definir la estrategia que resulte en el fin de la postergación a la que se la ha obligado.

El grupo como el medio por el cual se posibilita la concreción y proyección de estas acciones, también constituye un espacio de legitimación en sí mismo. Es un lugar de encuentro, socialización y orientación que se presenta como un espacio preciado para quienes lo integran.

A grandes rasgos, esta estrategia refiere a la presentación de la identidad como espacio legítimo. Implica por tanto, la concreción de herramientas para efectivizar derechos tales como el cambio de nombre en documentos, la posibilidad de contar con contención psicológica y familiar, la denuncia ante situaciones de discriminación, la posibilidad de permanencia en los centros educativos, el acceso a la salud.

Para el desarrollo de estas acciones, el colectivo TBU ha desplegado una red de acompañamiento de sus integrantes en la realización de trámites, ha negociado la disminución del costo del trámite de cambio de nombre y género con una abogada particular, ha gestionado ante un equipo de psicólogos/as la posibilidad de atención individual e instancias grupales para las familias, participa de espacios de coordinación con actores estatales que abordan el tema, como el MIDES y ASSE y con la sociedad civil desde el diálogo con otros colectivos.

<sup>11</sup> Se vio en el apartado anterior que en los espacios laborales suele también vulnerarse la identidad, imponiendo a los varones trans una identidad femenina que constituye una violación de sus derechos.

Desde esos espacios reclaman por la existencia de una base capaz de recuperar datos de las personas trans que informe acerca del estado de situación actual.<sup>12</sup> Asimismo, proyecta la realización de reuniones y charlas en los centros educativos, se propone desarrollar sensibilizaciones en el interior del país junto con el colectivo de mujeres trans bajo el entendido de que “uniendo fuerzas se pueden lograr mayores cosas”.<sup>13</sup>

El acceso a la salud también se ha pensado en articulación con UTRU, siendo que es ese colectivo el que inicialmente los vincula con el servicio. Además de la derivación a la UDA Saint Bois, han logrado generar acumulación acerca de la atención brindada en otros servicios. Procuran con ello que quienes se atiendan en un centro de salud privado puedan concurrir con profesionales que tengan cierto grado de conocimiento de la temática y así disminuir las posibilidades de situaciones vulnerables. De esta forma podría resumirse:

*Estamos abriendo camino y tratando de llegar a todas las personas que están en el interior [...] Recién empezamos y tenemos un largo camino hecho porque hemos encontrado chicos y ya tenemos contacto para derivarlos con la abogada, tenemos lugar para derivar la atención médica [...] Es como empezar de abajo para [ir] al punto que queremos llegar y que sea todo más fácil y después mantenerlo (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

<sup>12</sup> La Tarjeta Uruguay Social Trans (TUS Trans) posibilitó la construcción de una base de datos preliminar. Según lo expresado en entrevistas, se entiende que es preciso afinar el instrumento (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).

<sup>13</sup> Expresión extraída de entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU (15/4/2015).

## La unión hace la fuerza: de cómo dos discursos construyen una agenda

Dicho esto, y como se vio en el apartado anterior, los procesos de construcción identitaria en los varones que integran el colectivo fueron solitarios y tutoriados mediante internet por personas desconocidas. Se torna por este motivo en objetivo primario, generar la posibilidad para que otros se piensen y para el reconocimiento de la identidad. En palabras de uno de los entrevistados:

*El objetivo en común del colectivo era eso. Estar para el que viene atrás, aunque nosotros ya estuvimos solos, pero que no pase lo mismo el de atrás y facilitarle el camino [...] Nuestro objetivo era ese [...] abrir el camino para que se facilite y no haya más acoso, ni discriminación, ni suicidios, ni nada y que no tenga por qué haber siendo que ya se está trabajando en eso (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Por otra parte, los procesos de identificación individual sin más referencia que procesos médicos compartidos mediante la pantalla de la computadora, permearon el posicionamiento de la identidad colectiva que incorpora el discurso médico al discurso reivindicativo. Es así que, cambiándose las referencias distantes de los foros, por profesionales de la salud en un centro de público acceso, la modificación que se introduce en los procesos de construcción identitaria no refiere al qué hacer, sino al cómo. A lo que antes era improvisado, se introduce un acervo de conocimiento científico que reordena las prioridades y protocoliza la forma en que las identidades se hacen visibles. Así lo expresó uno de los entrevistados:

*[El objetivo es] tirarles información y que ellos vean si son o no son [trans] o si se sienten identificados o no. Y si se sienten identificados que vayan a hacerse los controles, que vayan a ver a la psicóloga [...] Obvio que como es solo los martes demora un poco, y*

*en realidad las personas trans somos bastantes ansiosos y ansiosas [...] O sea, hay que esperar. No sos el único. Hay muchos, hay varios [...] No puedes entrar a la consulta y decir: "Yo vengo para ponerme las lolas". El objetivo es controlarte todo. Yo también llegué y: "me quiero operar". No, primero [es] el examen físico, lleva todo un tiempo, hay que ir varias veces (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

La perspectiva de intervención en un cuerpo sano, necesariamente repercute en los procesos de construcción visible de la identidad. Sin pretender cuestionar el abordaje y en acuerdo de que es una forma de trabajar desde el respeto a la identidad de la persona, se entiende que tiene incidencias en la forma en que se materializan las modificaciones corporales deseadas. Teniendo como objeto un cuerpo sano, los objetivos individuales de transformación de los cuerpos<sup>14</sup> son mediados por tiempos protocolares y administrativos orientados a que el cuerpo sano, se mantenga de esa forma:

*Alguien me había dicho que recién está saliendo esto de esta operación [refiere a la histerectomía] y después van a ver cómo arreglan con el tema de la mastectomía, que es lo que más queremos todos, me parece. O sea yo en mis planes, primero era la mastectomía y lo otro, como yo no lo veo y no me molesta para mí... Pero después hablando con ellos que te explican [...] que como vos te hormonizás [...] te estás dando una hormona y los órganos están atrofiados [...] Al atrofiarse eso, puede generar quistes, te puede generar un cáncer a la larga. Los quistes se alimentan de hormonas, si vos te estás dando hormonas arriba de un quiste lo estás agrandando*

<sup>14</sup> Como se planteó en el capítulo II, el objetivo de la UDA trasciende la modificación corporal —hormonal o quirúrgica— de las personas que asisten. Sin embargo, en ese aspecto radica la principal demanda de las personas trans que concurren al servicio (Entrevista a especialista. 21/4/2015).

*[...] Está todo bien con las hormonas, todo divino, pero hay que ver también por dentro cómo están las cosas. Al sacarte eso vos reducís una cantidad de riesgo (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

Las necesidades que urgen y delimitan en algunos casos la diferencia entre la socialización y el aislamiento, o entre el empleo y el hambre, se mantienen respecto a los primeros colectivos que integraban personas trans, pero vienen a ser atendidas desde otros ámbitos. Donde antes hubo inyecciones de silicona industrial —que por cierto significaba un riesgo de vida más para las mujeres trans—, ahora hay acumulación teórica en clave científica que moldea la forma de los cuerpos y lo hace de manera efectiva.

*No hay muchos chicos que estén interesados por la histerectomía, pero a mí me interesa más por el hecho de que, a lo que seguís generando los estrógenos no aprovechás toda la hormona. Entonces para que sean más rápidos y más efectivos los resultados, yo prefiero sacar la parte que no la voy a usar para nada [...] La última vez que hablamos con [médico], parece que sí o sí Salud Pública te tiene que brindar la hormona, pero no sé si es un tema de que no hay cantidad o no sé cómo es el tema, pero para no seguir pagando, a los que ya tienen la histerectomía, sí o sí se la tienen que dar [...] Yo no tenía trabajo [...] estuve dos meses sin dármela y estuve con problemas de salud: dolor en los riñones, sangrado de nariz constante. O sea, si no seguís, el metabolismo cambia y empieza otra vez con los problemas de salud. Para mantener el ritmo sí o sí tenés que pagar y dártela como sea (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Razones médicas mediante, se van modificando las prioridades individuales. Se instruye acerca del mejor aprovechamiento de la tecnología y se

configuran agendas e identidades colectivas desde la espera:

*“Y... ¿cuándo te van a operar?”, “no sé mamá, no depende de mí. Si fuera por mí yo ya estaría recontra operado” [...] Y bueno ta, tengo que esperar, no me queda otra. Ser trans es esperar [...] esperar y tener paciencia. Paciencia y esperar, ahí arriba están. Porque cuando lo decís tenés que tener paciencia a la otra persona que se acostumbre así te trata como te tiene que tratar. Te empezás a hormonizar, tenés que tener paciencia para fumarte todo lo que te pasa y esperar meses para cambiar. Para el hospital lo mismo. Paciencia y esperar. Pa todo igual (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

Por otra parte, la experiencia aparece como recurso frente a una necesidad que no estaba siendo abordada adecuadamente desde otros espacios. Así se aprecia a partir del relato de uno de los entrevistados respecto a su experiencia en otro servicio del prestador público de salud:

*Como para el endocrinólogo tenés que pedir el pase, tenés que primero pasar por medicina general. En medicina general [...] sin verme, sin análisis, sin nada, me mandó directamente al endocrinólogo. Me fui a atender con la endocrinóloga y no se quiso hacer cargo de mi caso. Me derivó al área psiquiátrica de [nombre Hospital], [...] lo único que hizo, como yo ya le dije que yo ya estaba con hormonas, fue hacerme un análisis de sangre y nada más. Después tuve que ir a medicina general porque tenía que hacerme un chequeo porque estaba teniendo problemas de salud y la mujer que me atendió me mandó a leer la Biblia y me dijo que no hiciera ningún tratamiento ni nada, y me mandó para mi casa (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Siendo una experiencia que se construye en diálogo con la población a la que se dirige, la UDA Saint Bois es destacada por los entrevistados en función del respeto a su identidad, con el cual son recibidos:

*Los chicos ahí son divinos, tienen una calidad humana muy grande. En ningún momento te preguntan cómo es tu nombre de la cédula. Vos decís tu nombre y cómo querés que te llamen y desde ahí a la forma en que te examinan, el trato hacia nosotros siempre es muy cálido. Te sentís como entre amigos. No es el clásico “el doctor ahí y vos acá” [...] Siempre te están preguntando si estás cómodo, sobre todo con algunos procedimientos —cuando nos hicieron el PAP y todo eso—, que son procedimientos que no están buenos. No son exámenes lindos para nosotros de realizarse y los exámenes físicos también en ese sentido (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

La integralidad buscada se sostiene en que el abordaje no está únicamente orientado a cuestiones referidas a construcciones genéricas, sino que aparece como un elemento transversal en la atención:

*El abordaje que hacemos es [...] de medicina familiar y comunitaria, es decir, no es un servicio específico para personas trans, entonces lo vemos en lo que es la especialidad [...], en todo lo que es bio-psicosocial y tratamos de que no sea dirigido solo a “soy un paciente trans” y verlo como un problema de salud, sino verlo como algo más, como parte de salud de las personas y que todo lo que se puede hacer de abordaje a personas trans se aborde en simultáneo a la dinámica familiar, etcétera (Entrevista a especialista. 21/4/2015).*

De esta manera, la definición del servicio no se agota en la especificidad de atención a personas trans, sino que más bien se organizan las condiciones

para que ello pueda generarse. Las reuniones con colectivos tales como TBU y UTRU para facilitar la construcción del servicio “con la demanda de los usuarios”<sup>15</sup> es parte fundamental para la materialización del mismo. Este diálogo no sólo oficia como catalizador de difusión del servicio, sino que además permite que desde el centro se tengan en cuenta cuestiones que faciliten el acceso y permanencia de población trans al mismo. Se destaca que la integralidad está pensada desde la disposición de la sala de espera que es única como desde los horarios de atención. Esta forma de ejecución de la experiencia se contraponen a espacios que pudieran tener efectos “segregadores”. Así lo expresó una de las personas entrevistadas:

*Aparte que las “chiquilinas” casi todas trabajan de noche en la calle, el horario para ellas en sí está bueno [...] está bien pensado para que puedan ir todos. Las madres con los gurises no tienen que faltar a la escuela para llevarlos a un control, van después de la escuela y ya está. Ese horario está bueno por eso (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).*

Por otra parte, se considera que junto con la confluencia de múltiples usuarios/as en la sala de espera, es el abordaje interdisciplinario el que materializa la implementación de una perspectiva capaz de concebir a las personas desde su integralidad y generar las condiciones necesarias para traducir el paradigma de atención en cuerpos sanos a los propios cuerpos que consultan:

*Allá en el [Nombre de Hospital] eran solamente psiquiatras [...] creo que hacían las tesis con nosotros, fuimos cambiando [...] Me sentí una estúpida porque te das cuenta que no les importaba lo que te pasaba a vos sino que la persona estaba haciendo la de ella. Cuando cambiabas te dabas cuenta*

-----  
15 Extracto de entrevista a especialista (21/4/2015).



*porque empezabas de vuelta con otra persona, a mí no me gustó* (Entrevista n.º 5, trans femenina. 6/5/2015).

La modalidad integrada no es solo una intencionalidad, sino que también tiene repercusiones en las construcciones identitarias. Se hacen evidentes las variantes en sus efectos de acuerdo al interjuego entre la visibilización y el passing que expone la presencia de la norma. Es así que para unos podría significar la administración de su propia información y para otros podría representar un espacio de discriminación más. Se tomarán como ejemplo dos afirmaciones de uno de los entrevistados que refieren a estas situaciones respectivamente:

*Llegué y está bueno porque en la sala de espera siempre hay de todo. Mujeres, trans, hombres, de todo, niños. Ta y nosotros pasamos desapercibidos, nadie nos queda mirando raro como a las chiquilinas trans* (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).

*Ir a un ginecólogo ni en pedo iba. Ahí ni cuenta se dan, yo estoy esperando. No saben si voy a hacer un PAP o qué. Te hacen todo ahí y eso está bueno porque no tenés que andar de hospital en hospital o sacando número* (Entrevista n.º 1, trans masculino, integrante de TBU. 26/3/2015).

Por otra parte, la implicación del discurso médico y el del colectivo, podría dificultar las capacidades de negociación y construcción de agenda de este último (Fraser, 1991). Desde posturas que identifican la relación con la clínica en clave de amistad no queda tan claro cómo sería la correlación de fuerzas en momentos en que no se incurra en acuerdo, o incluso si el escenario habilitaría la emergencia de conflictos. Las palabras de uno de los entrevistados permiten echar luz sobre el estado de situación actual del vínculo Estado-sociedad civil que median esta experiencia concreta y este colectivo:

*Los objetivos son trabajar directamente con la población trans masculina [y] apoyar todas las gestiones que se puedan apoyar con respecto a salud en el Saint Bois. Ellos saben que cuentan con nosotros. Hemos tenido reuniones específicamente con ellos para decir “bueno, estamos acá. Ustedes necesitan que nosotros vayamos al Ministerio de Salud Pública a golpear puertas, vamos. Ustedes necesitan que nosotros vengamos acá y asesoremos a otros chicos, lo hacemos. Digan qué necesitan de nosotros y nosotros estamos”* (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).

Asimismo, aspectos que están directamente relacionados a la gestión de una política pública de salud, son asumidas como parte de las “tareas” del colectivo, aunque no estén depositadas allí las capacidades de toma de decisión. Es así que cuestiones como la ejecución descentralizada de la política a través de la creación de equipos capaces de absorber la demanda pasan a integrar los objetivos:

*[Queremos] tener reuniones con los directores de las mutualistas para tratar de que ellos armen un equipo interdisciplinario donde hay endocrinólogos, ginecólogos, cirujanos plásticos... Entonces cae un chico o una chica trans, lo mandan para ahí y listo, se terminó el problema* (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).

Desde luego, este objetivo tiene sus bases en las propias trayectorias identitarias. Quienes transitaron por instituciones médicas enfrentando el desconocimiento de los profesionales y la discriminación de sus identidades, entienden que la proyección de equipos capaces de no violentar a los y las usuarios/as, debe ser una de las prioridades.

Es así que las entrevistas realizadas dan cuenta de la forma en que la experiencia en la UDA Saint Bois Saint Bois constituye una excepcionalidad respecto a la atención brindada. El énfasis en el respeto de la

identidad de quien se presenta al servicio permite evitar las situaciones de maltrato intencional o no a las que se enfrentaron las personas entrevistadas. Se verá que no todas las situaciones están marcadas por la voluntad de discriminar del/de la profesional tratante. Es posible distinguir momentos en los que las situaciones de discriminación dependen de la estructura organizativa del centro de salud y otros en los que podrían haber sido evitadas.

A propósito de la discriminación estructural, aparece el aspecto que implica el hecho de que la experiencia del Saint Bois aún no se haya ampliado a otros servicios. Es en el transcurso de la elaboración de este informe que ASSE hace pública su postura y anuncia la universalización de las hormonas en los servicios de salud del Estado. Se asume que tal acontecimiento que explicita un posicionamiento frente al derecho a la salud de todos y todas los/as ciudadanos/as proyecta un nuevo camino hacia el futuro. Sin embargo, sin un marco de referencia claro ni recursos que debieran destinarse a ello, la atención que se ofrecía en otros servicios no siempre era juzgada como de calidad por los/as usuarios/as. Se tomará como ejemplo lo expresado por uno de los entrevistados:

*El de la directiva de [nombre de mutualista] me dijo que podía hacer toda la transición ahí, o sea que podía tratarme ahí, que no había ningún problema, pero no están preparados. Me senté a hablar con un médico y parecía que le estuviera hablando en chino [...] Me dieron fecha para un médico: “andá a este médico que es el que supuestamente va a tratar todos estos temas”. Un mes y medio después, cuando me llegó el día para hablar con él, él estaba de licencia y había un suplente, y ese suplente no entendía nada [...] Me levanté y me fui. Ahí entré a caer en un estado depresivo porque ya vi que venía barranca abajo, y [...] tuve un cese bastante grande hasta que arranqué de vuelta en el Saint Bois (Entrevista N° 3, trans masculino, integrante de TBU. 23/04/2015).*

El extracto de entrevista citado, nuevamente coloca sobre mesa el hecho de que el trato digno a personas cuya identidad cuestiona los límites de inteligibilidad establecidos está sujeto a la existencia de personas concretas. No siendo universal el respeto, tampoco se puede decir que lo sea el acceso a la salud. Depender de las voluntades particulares restringe el ejercicio de derechos y expone a situaciones de discriminación. Lo mismo evidencia la siguiente cita:

*Hay una doctora que me derivó al MIDES que está más informada del tema trans [...] y me explicó que para no sentirme incómodo en la sala de espera podía pedir que me llamaran por el apellido o que en “agregado” pusieran [nombre de varón]. Yo hablé en una de las policlínicas barriales y me dijeron que sí me lo podían cambiar, pero cuando fui al hospital no me lo cambiaron y era también el nombre de cédula adelante de toda la gente. Ese fue otro de los motivos por el cual opté tampoco ir a ese hospital, entonces ta, tengo que viajar y atenderme acá<sup>16</sup> [refiere al Saint Bois] (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Por otra parte, existen situaciones de discriminación que podrían haberse evitado. Su erradicación no necesariamente depende de que se protocolice la hormonización por parte de ASSE, sino que son escenarios contemplados en el marco jurídico que vela por la no discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género.<sup>17</sup> Se trata de situaciones que no deberían suscitarse con independencia de que el centro de salud tenga o no los recursos para hacerse cargo

<sup>16</sup> La persona entrevistada reside en el departamento de Maldonado.

<sup>17</sup> Ver Ley 17.677: Incitación al odio, desprecio o violencia o comisión de estos actos contra determinadas personas, y Ley 17.817: Lucha contra el racismo, la xenofobia y la discriminación, sancionadas en el año 2003 y 2004, respectivamente.

de la atención específica. Refiere al respeto más básico al derecho de las personas a ser reconocidas desde su identidad. Al respecto expresó uno de los entrevistados:

*De hecho, a mi me corresponde por “Disse” la salud privada y hasta donde yo puedo me atiende con ellos [refiere a la clínica del Hospital Saint Bois], es más estoy pensando ahora en hacer el cambio a ASSE, primero por lo que te decía del trato que tienen y después por la rapidez con la que se están manejando. Yo me estoy atendiendo en [nombre de mutualista] y los médicos me tratan por el nombre de la cédula. Para ellos soy una mujer, en ningún momento está esa delicadeza de tratarte por lo menos en neutro, para ellos significa un golpe, que no debería ser. Lo entiendo de mi mamá que me tuvo con un nombre femenino durante 44 años, pero no lo puedo entender de gente que recién me conoce [...] Un médico me dijo que en el Saint Bois están atendiendo: “hay una policlínica, tendrías que atenderte ahí”. Le dije: “sí, yo me atiendo ahí también” [...] La hormonización la empecé en [nombre de mutualista] porque ellos [refiere a Saint Bois] no están hormonizando aún<sup>18</sup> y estoy ahora anclado en el tema de las operaciones. Estoy buscando información a ver si puedo pasarme ahora porque el corralito fue en febrero (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

Quienes a pesar del maltrato no desertan del sistema de salud, se ven forzados/as a aceptar un trato indigno o generar estrategias que faciliten su pasaje por los centros. Así lo indicó uno de los entrevistados:

*Yo tengo que ir con alguien más que sea mujer porque si llaman por el nombre de la cédula [...] que entre esa persona primero y yo después en privado lo pueda explicar (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Por otra parte, la explicitación del vínculo entre el centro de salud y la sociedad civil representada en este colectivo genera ciertas garantías que no podrían identificarse en otro escenario. Siendo el cierre del servicio del Hospital de Clínicas el antecedente más próximo conocido, se torna de importancia la capacidad de establecer vínculos de confianza y cumplir con lo pautado:

*Las ideas que tenían son las ideas que hoy día se están concretando. No es que quedaron en el aire (Entrevista n.º 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/4/2015).*

Al igual que el método de la “Escalera de abordaje”, la expansión de la experiencia que apenas comienza a consolidarse requiere que se visualice desde su complejidad y necesaria gradualidad. Precisa para ello que el colectivo “beneficiario” sea un grupo aliado más que de presión. Los siguientes extractos de entrevista permiten dar cuenta de las mutuas implicancias que se imbrican en el diálogo entre los y las usuarias y el servicio:

*Se trabaja mucho lo que es la ansiedad porque hay muchos pacientes que vienen con procesos largos. Tenemos pacientes que han venido desde lo que era la experiencia del Clínicas, de años de filtros de psiquiatras, psicólogos, atenciones, etcétera hasta que se cerró el servicio [...] Mas allá de que no buscamos que sea un proceso largo —al contrario, estamos tratando de acortar los tiempos— como todo, a veces los tiempos institucionales no son los que uno desearía y lo primero que le aclarás es: “tenemos que cubrir una serie de pasos para llegar a lo que vos querés. Hoy estamos acá [...] ¿Qué planes tenés? ¿Qué expectativas*

<sup>18</sup> En la fecha en que fue realizada la entrevista, los usuarios de la clínica del Hospital Saint Bois que se estaban administrando la hormona habían iniciado el proceso previo a comenzar a concurrir al servicio.

*traés? Y tratar de decir: “hoy estamos así. Pensamos que podemos estar “asá”, pero hoy es esto lo que tenemos para ofertarte. Y a medida que tengamos más demanda también podemos generar más peso a las instituciones de las que dependemos”* (Entrevista a especialista. 21/4/2015).

*Lo que más pasa es que los pacientes sienten eso, que les ofertamos una prestación [refiere a las hormonas] que no... Lo manejamos de entrada igual, les explicamos que es una prestación que no tenemos asegurada aún pero a medida que se genere la demanda también nos da peso para solicitarla [...] ahora vamos a ver si logramos generar que lo incorporen al servicio y podamos asegurar la continuidad del tratamiento a las personas* (Entrevista a especialista. 21/4/2015).

Este es un punto crucial de visibilización de las diferencias entre varones y mujeres trans en un nuevo sentido. Como se dijo, la socialización de género de unos y otras fue diferente, y así también las respuestas de la sociedad ante cada construcción genérica. Las trayectorias individuales y colectivas de las identidades son por ello distintas. Para el colectivo de varones que recién surge, la participación en la construcción de la experiencia es incorporada dentro de los objetivos. Para los colectivos de mujeres trans cuya trayectoria supera dos décadas de historia y reclamos ante un Estado que muy recientemente comenzó a escuchar, las exigencias pueden ser mayores. Así lo expresó una integrante de UTRU al término de reclamar por “más comunicación, más contacto y más colaboración”:

*¿Qué pasa con operaciones para las mujeres trans? ¿podríamos empezar a hablar de readecuación de sexo para las mujeres trans?* (Conferencia de prensa, INCA, 19/5/2015)

## Desafíos

Para las mujeres trans, como se adelantó, existe una dificultad de continuidad del tratamiento que excede ampliamente las voluntades que ellas pudieran tener. Refiere a una situación que implica a las políticas de salud y sus prestaciones básicas y que se espera modificar a partir de garantía de hormonoterapia anunciada en el marco de la actividad *Hacia una política de salud integral en diversidad sexual*.<sup>19</sup>

En este sentido, una profesional de la salud indicó en entrevista que uno de los desafíos refiere a las posibilidades de asegurar la continuidad del tratamiento para las mujeres. Al respecto expresó:

*Generalmente estamos teniendo más capacidad de acceso a las hormonas masculinas que a las femeninas [...], esa es una de las grandes barreras que hemos tenido. No depende de nosotros, depende de la farmacia y de ASSE porque no está incluido en el paquete de prestaciones básicas. Se solicita pedido especial pero no nos aseguran la continuidad del tratamiento y hemos tenido muchos altibajos con eso. Sobre todo con las hormonas femeninas* (Entrevista a especialista. 21/4/2015).

Otros desafíos que se identifican, están relacionados con la gestión del servicio y de la consulta. Se observa que desde un abordaje que aspira a la integralidad como forma de ejecutar una política de salud, se encuentran limitantes que remiten al diálogo que esa práctica pueda tener con el resto del sistema. Repercute en las necesidades de reorganizarse que sintió el servicio de manera de generar instrumentos útiles para el abordaje que se pretende. Ejemplo de ello es la “auditoría de historias”

<sup>19</sup> La actividad fue coorganizada por la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (MIDES), ASSE-MSP, UNFPA, facultades de Medicina y de Psicología (Udelar).

para que estas sean “un buen recurso como médicos de familia, que no falten datos, que lo que nosotros queremos abordar realmente esté plasmado”, y la disposición de una médica en recepción de la consulta para poder administrar las horas dadas y la ansiedad que genera la espera (Entrevista a especialista. 21/4/2015).

El diálogo con el resto del sistema afecta la experiencia de los/as usuarios/as más allá del acceso a las hormonas. Es así que los usuarios entrevistados nucleados en el colectivo de varones coincidieron en que algunos de los aspectos que desearían modificar del servicio son cuestiones que entienden que lo trascienden. Es así que la descentralización, la universalización de la formación de profesionales de la salud capaces de desarrollar prácticas no discriminatorias, la agilidad en la obtención de los resultados de los análisis y el cuidado con su extravío fueron los puntos donde se entiende debe orientarse la mejora en la gestión:

*Y como negativo podría decir que no puede ser que el único punto que haya sea acá [refiere a Montevideo] y encima a otra hora y media de ómnibus porque es allá para afuera prácticamente. Yo considero que tendrían que descentralizar y tener un equipo mucho más grande y más capacitado en la Facultad de Medicina que también incluyan los temas de trans para que esos futuros médicos que salgan también vayan abriendo y se vaya expandiendo, digamos. Porque no puede ser que haya solamente un lugar y que encima, otra cosa: salud pública —que puede ser para un trans o para un niño enfermo, lo que sea— [...] por ejemplo, pierden los análisis. Uno tiene que volver a hacérselos. Los del interior por ejemplo, tenemos que gastar otra vez y no siempre tenemos la ayuda del MIDES porque a veces te dicen “No, los pasajes son limitados, no te podemos dar el pasaje este mes” y tiene que salir de tu bolsillo. Entonces tiene que haber una responsabilidad también por parte de ellos, de ser*

*conscientes de la situación [...] Se llega a haber perdido el PAP y me muero porque pasar por esa situación es horrible. Entonces ta, por ese lado yo, y creo que todos opinamos lo mismo de la descentralización que tiene que haber (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

Estos aspectos asimismo, se relacionan con cuestiones que son más controlables en la dinámica interna del servicio como es la intención de trabajar desde un abordaje integral. Se entiende que si se tratara de un espacio más legitimado desde la academia y la sociedad (como son por ejemplo aquellos donde se trabajan con la maternidad) se podría generar una infraestructura que no solo estuviera preparada para trabajar con población trans, sino que explicitara sus intenciones de hacerlo. Así reflexionó uno de los entrevistados:

*Porque también creo que el Saint Bois debería trabajar un poco más de material informativo, folletería todo eso. Yo cuando voy lo único que veo es un cartel que dice que se trabaja con “área trans” y nada más, pero por ejemplo, hay chicos que no tienen acceso a información y les gustaría saber o les gustaría atenderse y el médico que tienen en su zona no les sabe explicar o no los sabe atender y entonces recurren a internet. Y en internet mirá que podés encontrar miles de bolazos, y no sabés de quién te vas a confiar (Entrevista n.º 4, trans masculino, integrante de TBU. 6/5/2015).*

El surgimiento del colectivo de varones es contemporáneo al de la UDA Saint Bois con estas características. Esto podría contribuir a las razones por las cuales pese a la incomodidad de traslado hasta allí y a las demoras que el horario reducido podría implicar —especialmente a medida que aumenta la población usuaria del servicio—, los integrantes del colectivo continúan considerando que es la mejor opción y que el reciente surgimiento justifica los ajustes que aún deben realizarse. Como espejo

del colectivo que busca la atención a ciertos reclamos, el Saint Bois ha brindado garantías reales de posibilidad.

Se asume que la inclusión de las hormonas en la canasta de prestaciones básicas generará modificaciones respecto a los aspectos anteriores. Sin embargo, se considera que tener asegurada la prestación es imprescindible pero no suficiente. En este sentido, considerando la invisibilidad histórica de estas identidades, el acceso que tengan a los servicios

no puede depender del “boca a boca” como hasta el momento, ni de un colectivo de la sociedad civil. El Estado debe explicitar su posicionamiento respecto al tema de manera que llegue al conocimiento de todas las personas en todos los rincones. Implica por tanto, la articulación con el resto de los programas que se ejecutan. Importa que integre la guía de recursos de cualquier operador/a social en cualquier equipo de cualquier proyecto. Refiere al respeto a derechos básicos como identidad y salud. No debería admitir más demoras.

## 4. Reflexiones finales

La definición de ASSE de implementar un cambio en la política sanitaria que implicará la provisión de tratamientos de hormonización, se inspiró —de acuerdo a su propia página web institucional— en dos experiencias que florecieron en distintos centros de salud públicos; la de la UDA Facultad de Medicina-ASSE (Hospital Saint Bois-RAP) ubicada en el Centro Hospitalario Gustavo Saint Bois, extensamente analizada en este libro, y la del Centro de Salud Libre de Homo-Lesbo-Transfobia de la Ciudad Vieja. Y si bien estas fueron las que lograron más resonancia pública o articulación, se sabe que han florecido dispositivos de atención “humanizada” a personas trans en distintos servicios de salud pública por separado, como en la policlínica de Salto donde se conformó un “Espacio de salud colectivo” amigable a la diversidad sexual o en otro en hospital del tercer nivel, que contó con el compromiso individual de una médica en este sentido. Esto da la pauta de que las propias necesidades de los/as usuarios/as así como de los/as profesionales sanitarios de brindarles una atención adecuada propiciaron y contribuyeron a la creación de una política pública “propia y dicha” en la materia.

Por lo tanto, la iniciativa principal estudiada en este libro no puede ser abordada desde un enfoque analítico *top-down* (de arriba-abajo) para el análisis de política pública, que tome como punto de partida la decisión del gobierno formal y “baje” luego a observar en qué medida los objetivos mandatados por esta han sido alcanzados. Por el contrario, requiere una comprensión *bottom-up* (de “abajo-arriba”), debido a que la ejecución de la política no siguió la elaboración de un diseño previo e independiente de los agentes ejecutores de la política de salud, sino que la política pública fue precedida por las experiencias instituidas y la puesta en agenda de una necesidad poco visualizada hasta el momento. La política estrictamente vino después de la práctica. La política se enunció realizándose sobre el terreno (Sabatier, 1997; Meny y Thoenig, 1992).

Las articulaciones entre actores de base del sistema de salud y externos a este (UDA, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Clínica Ginecológica A, organizaciones de la diversidad, equipos referentes en MIDES, etc.) fueron las configuradoras de una experiencia que ofició de antecedente significativo para comenzar a instalar una política en su nivel más formal. ASSE asumió el liderazgo en este aspecto, tomando la definición de comprar hormonas con fines de uso identitarios para trans es un primer paso en una política más amplia de atención integral de la salud con enfoque de género y diversidad sexual que deberá desarrollar el Estado.

Lo que fue referido en este trabajo como “un nuevo discurso médico”, que despatologiza la intervención en la población trans y la sitúa desde un marco de atención a usuarios/as sanos, es una pieza clave que articula conceptualmente la experiencia en todos los actores participantes de esta, en los distintos niveles de atención y de ejecución de las intervenciones. No obstante, la novedad de la experiencia y su puesta en práctica “desde abajo” en vez de “desde arriba” también hace que circule información dispar entre los distintos actores vinculados a la atención sanitaria de la población trans, ya que en las entrevistas se observó que en ocasiones desconocen algunas de las iniciativas que se están llevando adelante (incluso en su propio centro de salud) o tienen datos incompletos sobre estas. Es posible no obstante que este problema se corrija a medida que avance la institucionalización de la experiencia.

Otro elemento analíticamente clave para entender la emergencia de la experiencia y su posterior institucionalización —ambos momentos del proceso de construcción de la política deben ser distinguidos para entender el caso en su cabalidad— es la dialéctica entre informalidad y formalidad en el funcionamiento de los niveles más concretos donde actúan las políticas, es decir, que gobiernan las actividades cotidianas de sus efectores. En el caso de la UDA Saint Bois, la existencia de zonas grises

brindó márgenes de maniobra que fueron aprovechados por puntos focales para comenzar a darle forma a la iniciativa.

Pero la empresa encuentra sus límites si no se logra su debida “formalización”. El nudo de acceso a los medicamentos requeridos para la hormonoterapia en el propio prestador público de salud en nombre de adecuarse a los procedimientos y regulaciones existentes —que posiblemente haya sido activada por “actores de veto” de la iniciativa— sirvió luego como un catalizador o trampolín para pasar a una fase de reconocimiento expreso de la experiencia e institucionalización en un nivel superior del sistema de salud. Solo de este modo se puede lograr, además, su ampliación hacia otros centros. Dar este paso fue clave, la asunción de las nuevas autoridades de ASSE en 2015, cuando asumió el nuevo gobierno del Frente Amplio, y la presencia de aliados en lugares estratégicos en esta institución.

En lo referente a la concreción del derecho a la salud de las personas trans, se observaron dos estrategias distintas en el campo de esta investigación: por una parte, la estrategia de reducción de riesgos y daños, aplicada frente a la virtual ausencia de medicación destinada a la hormonización desde las prestaciones públicas. Allí, profesionales de endocrinología del sistema público desde su práctica clínica cotidiana fueron legitimando el accionar del sistema sanitario en este tema, por lo cual se abonó el terreno para generar el cambio en la política de prestaciones. Esta estrategia ya se había aplicado en el marco de otros derechos asociados a la salud sexual y reproductiva, como ocurrió en el caso de la intervención voluntaria del embarazo.

Por otra parte, la creciente atención de usuarios/as trans en el primer nivel de atención y la complejidad de los problemas de salud a abordar demandaron la introducción de procedimientos del tercer nivel en la atención. De esta manera se comenzó a generar una práctica donde la legitimidad de la intervención se daba una vez realizada, precisamente por el hecho de haberse llevado a cabo en forma



exitosa. Así, la práctica antecedía al discurso, y de hecho lo que se observa es que se protocoliza en base a la experiencia (por ejemplo, el CPRH está en pleno proceso de protocolización). También en el primer nivel de atención la práctica surgió en respuesta a la demanda y la protocolización fue precedida por la práctica y surgió de la necesidad de optimizar la práctica.

Tanto una como otra estrategia fueron efectivas a la hora de avanzar por un camino de baja resistencia dentro del sistema de salud, lo cual no quiere decir que la experiencia esté completamente institucionalizada ni haya limado todas las posibles detecciones, pero sí implica que se anticipó a estas.

Un desafío importante que queda por delante refiere a la formación y sensibilización del personal médico, no médico e incluso del funcionariado de los centros de salud no directamente vinculado con la atención sanitaria, que como se vio muchas veces es la primera referencia de usuarios/as trans dentro del sistema de salud. En este sentido si bien se mencionaron instancias puntuales de sensibilización, es necesario pensarlas desde un cronograma que permita su sistematicidad e institucionalización. A nivel del personal médico, tanto el marco general del Nuevo Plan de Estudios de la FMed, como los cursos en diversidad y los propios protocolos son señales alentadoras en este sentido; resta profundizarlas y desarrollar propuestas específicas para todos los actores de los centros de salud, para que de esta forma no sean expulsores a través de la reproducción de situaciones discriminatorias sino garantes efectivos de derechos.

## Recomendaciones

- 1) Extender las prestaciones y capacidades que se están desarrollando para ASSE al resto del SNIS (ASSE y otros prestadores Montevideo e interior).
- 2) La experiencia analizada ofrece evidencia que apoya la deseabilidad de desarrollar políticas que refuercen el carácter universal e integral y no focalizado de la asistencia a personas trans. Es preciso transformar el sistema de salud y las instituciones para que sean abiertas inclusivas y amigables a todas las personas en lugar de generar espacios que refuercen la estigmatización de esta población.
- 3) Propiciar la oferta de hormonas de calidad y con disponibilidad continua en el tiempo y en todos los servicios para evitar discontinuidades y riesgos en el tratamiento. Es importante trabajar en la sensibilización y formación del personal que trabaja en las farmacias de ASSE —que brindará estos medicamentos— para que ofrezca una atención respetuosa de los/as usuarios/as.
- 4) Promover una indicación médica de hormonas atenta al perfil específico de cada individuo, reconociendo y respetando la pluralidad de cuerpos e identidades.
- 5) Contemplar alternativas frente a la posible pérdida de fertilidad asociada a la hormonización. Dado el desarrollo de los métodos de fertilización asistida, el plantear la hormonización dentro del sistema de salud permite a su vez explorar la conservación de gametos. A su vez, debe contemplarse la sensibilización de las y los profesionales sanitarios asociados a los tratamientos de hormonización, para que la posibilidad de tener hijos/as biológicos se plantee efectivamente como un derecho para las y los usuarios trans, lo cual implica la deconstrucción del modelo hegemónico heteronormativo de familia.
- 6) Reforzar el concepto de autonomía de las/los usuarios en la intervención del sistema de salud a través de mecanismos que habiliten la gestión individual sobre el propio cuerpo. Avanzar en la despatologización de las identidades trans

requiere quebrar el paradigma vertical de médico evaluador del problema, generando un nuevo rol de las y los profesionales de salud asociado al acompañamiento.

- 7) Ampliar prestaciones asociadas a las necesidades expresadas por las personas trans en todos los niveles de atención (primero, segundo y tercero). Obtener insumos y formar capacidades en las y los profesionales asociados al SNIS para generar cambios demandados por las/los usuarios. A modo de ejemplo, en esta ampliación de la provisión de servicios deben considerarse: servicios de foniatría que acompañen el tratamiento hormonal y la depilación definitiva en mujeres trans.
- 8) Promover procesos ágiles a nivel del sistema de salud, acordes con las necesidades reales de las/los usuarios, para que el sistema clandestino deje de ser una opción a la que recurren para provocar cambios en sus cuerpos. El sistema clandestino hoy compete con el sistema público no por brindar mejores soluciones, sino por actuar en áreas en que el Estado no actúa o con mayor rapidez que este. En la medida en que el sistema de salud se adapte a las/los usuarios y no demande que estos se adapten a sus acciones, podrá efectivamente proveer una respuesta que sea interpretada en términos de solución por la población trans.
- 9) Adaptar los documentos de consentimiento informado asociados a las intervenciones. Estos deben estar redactados en un lenguaje accesible y en un discurso acorde al paradigma de “usuarios/as sanos/as” que guía toda la experiencia.
- 10) Se entiende necesario garantizar un espacio libre de discriminación para las mujeres trans a través de la implantación de folletería y cartelera inclusiva. El respeto que los usuarios masculinos experimentan está más ligado a la

invisibilidad de sus construcciones identitarias que a la infraestructura.

- 11) Se estima pertinente descentralizar la experiencia a otros centros de salud como forma de garantizar las posibilidades de acceso a los servicios y la transversalidad de la perspectiva de abordaje, así como su descentralización en el interior del país. Es necesario que esto se acompañe con una difusión apropiada del servicio que democratice las posibilidades de su conocimiento.
- 12) Una estrategia de transversalización del enfoque en el primer nivel de atención es la capacitación y sensibilización en diversidad sexual y género de funcionariado médico así como de otros profesionales de la salud y personal no médico de las instituciones (personal administrativo, recursos humanos de servicios generales, etc.). Si bien estos últimos ofician muchas veces como la “cara visible” de las instituciones y pueden ser inclusive el primer contacto de los/as usuarios/as, no suelen ser considerados como población objetivo de este tipo de actividades.
- 13) La sensibilización de todas las personas de los servicios de salud que transversalicen esta mirada es importante asimismo para evitar la estigmatización de los/as profesionales que son amigables y que trabajan directamente con la población objetivo. Se requiere establecer mecanismos de formación permanente (por ejemplo, profundizando en la curricularización de contenidos de diversidad sexual en las carreras de profesionales de la salud) que aseguren cierta continuidad en el cambio y la conformación de una masa crítica de profesionales (y no solo una minoría) sensibilizados con la temática.
- 14) De modo complementario a la formación y sensibilización, se recomienda desarrollar protocolos de atención respetuosos de la

diversidad sexual que rijan para los distintos centros de salud. De este modo, se asegura que frente a casos de rotación de personal sensible y nuevos ingresos de funcionarios/as no se vuelva a comenzar desde “cero” y quedan instaladas ciertas capacidades institucionales para mantener un ambiente amigable.

- 15) La experiencia sistematizada adolece de importantes debilidades en términos de recursos de todo tipo (materiales, de gestión de la información, humanos, etc.). Para asegurar su sostenibilidad e institucionalización, esta no puede depender de la voluntad personal de individuos comprometidos; es determinante fortalecerla en todas estas dimensiones.
- 16) Propiciar diálogos y articulaciones entre la experiencia de la UDA, los Centros de Salud Libres de Homo-Lesbo-Transfobia y otras experiencias complementarias como los Centros de Referencia Amigables (CRAM) del MIDES y la Facultad de Psicología para brindar apoyo en procesos referidos a la diversidad sexual, para potenciar las buenas prácticas desarrolladas en estos espacios y facilitar la transferencia de aprendizajes hacia otros servicios. Aceitar la coordinación entre todas las iniciativas puntuales que se han llevado a cabo para potenciar

su impacto. El MSP como organismo rector de las políticas de salud tiene una responsabilidad central en este sentido.

- 17) Se considera necesario construir una base de datos que pueda contribuir a mejorar la experiencia en función de las necesidades de los/as usuarias y para continuar desarrollando políticas de salud basadas en evidencia. Es fundamental, también, poder contar con estadísticas específicas sobre la salud de las personas trans para elaborar políticas basadas en evidencia; ello contribuye tanto a su legitimación como efectividad y eficacia en la concreción de los resultados esperados. El “cruce” de estadísticas con el MIDES y otros organismos públicos es determinante para poder continuar profundizando en la temática desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca la integralidad del derecho a la salud.
- 18) La participación de usuarios/as en el proceso de construcción de la experiencia analizada se identificó como una buena práctica a replicar en otros servicios y que merece ser institucionalizada, generando canales específicos para la participación de los colectivos de la diversidad sexual en el *policymakingprocess* del sector salud.



# Bibliografía

- ARTETA, ZAIDA (2015): Presentación “Cursos de atención a la salud en diversidad sexual”, realizada en el encuentro *Hacia una política de salud integral en diversidad sexual*, organizada por el MIDES, Montevideo, 19 de mayo.
- BEN, SEBASTIÁN (2015): Presentación “Abordaje de Ginecología: Cirugía laparoscópica en usuarios trans masculinos”, realizada en el encuentro *Hacia una política de salud integral en diversidad sexual*, organizada por el MIDES, Montevideo, 19 de mayo.
- BERRO ROVIRA, GUIDO (2013): “Consentimiento informado”, *Revista Uruguaya de Cardiología*, vol. 28, pp. 17-31.
- BERTONE, CLAUDIO (s/f): “Dispositivo de atención integral de salud de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales e intersexuales. Centro de Salud Martín”, en *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011*, Rosario: Municipalidad de Rosario y Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, pp. 24-48. Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia> (acceso: 9/7/2015).
- BIANCHI, CARLOS; MARIELA BIANCO; MELISSA ARDANCHE y MARCELA SCHENCK (2015): “Inclusive innovation and policy mismatch in Health Care. A Uruguayan local experience”, en CASSIOLATO, J. y SOARES, M. *Health Innovation Systems, Equity and Development*, Río de Janeiro: UFRJ.
- CENTURIÓN, MARTHA *et al.* (2008): *Salud, VIH-Sida y sexualidad trans*, Buenos Aires: OPS-Ministerio de Salud de Argentina. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06\\_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf) (acceso 9/7/2015).

- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, DANIEL; HUGO RODRÍGUEZ ALMADA y GUIDO BERRO ROVIRA (2005): “Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico”, *Revista Médica del Uruguay*, vol. 31, pp. 291-297.
- EASTERLING, CALVIN HENRY (2000): “The social cost of treatment programs”, *Journal of Religion and Health*, vol. 39, n.º 1 (primavera), pp. 43-49.
- FOUCAULT, MICHEL (1991): *La política de la salud en el siglo XVIII*. Saber y verdad. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- (2004): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2008): *Los anormales*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- HAMMARBERG, THOMAS (2010): “Derechos humanos e identidad de género. Informe temático Thomas Hammarberg, comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa”. Documento en línea, disponible en: [http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg\\_es.pdf](http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_es.pdf) (acceso 28/6/2015).
- MÁRQUEZ, DANIEL (2015): Presentación “Abordaje de las personas Trans desde el Primer Nivel de Atención” realizada en el encuentro *Hacia una política de salud integral en diversidad sexual*, organizado por el MIDES, Montevideo, 19 de mayo.
- (2015b). Presentación “Atención Integral a las Personas Trans”. Adjunto a la Presidencia de ASSE”, realizada en el *Desayuno de Trabajo Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI*, organizada por UNFPA, Montevideo, 8 de setiembre.
- MENY, IVES y JEAN-CLAUDE THOENIG (1992). *Las políticas públicas*, Madrid: Ariel.
- MITJAVILA, MYRIAM (1998): “El saber médico y la medicalización del espacio social”. Documento de Trabajo n.º 33, Montevideo: DS, FCS, Universidad de la República.
- MSP [MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA] (2009): *Guías en salud sexual y reproductiva*. Capítulo: Diversidad Sexual, Montevideo: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Dirección General de la Salud, MSP. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/gu%C3%ADas-de-salud-sexual-y-reproductiva> (acceso 1/7/2015).

MYSU [MUJER Y SOCIEDAD EN URUGUAY] (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. Montevideo: MYSU.

OPS/OMS [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL 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 Latinoamérica y el Caribe*. Documento en línea, disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf?ua=1> (acceso 1/7/2015).

ORTEGA, ELIZABETH (2011): *Medicina, religión y gestión de lo social*, Montevideo: CSIC, Universidad de la República.

MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA (2015): *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud*, Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL (2012): “Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud”. Documento en línea, disponible en: <https://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf> (acceso 1/7/2015).

RODRÍGUEZ ALMADA, HUGO (2013): “Aportes de Gabriel Adriasola al Derecho Médico desde la Revista Médica del Uruguay”, *Revista Médica Uruguaya*, vol. 29, n.º 2. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000200001&script=sci_arttext) (acceso 1/7/2015).

SABATIER, PAUL (1997): “Top-down and bottom-up approaches to implementation research”, en HILL, MICHAEL (ed.) *The policy process: a reader*, Hemel Hempstead: Prentice Hall, pp. 272-295.

SEMPOL, DIEGO (2012): *Políticas públicas y diversidad sexual*, Serie Hablando de DESC+A Charlas de Formación en Derechos Humanos n.º 7, Montevideo: MIDES.

— (2014): “Jóvenes y trans: posibles líneas de acción para el Plan Nacional de Juventud (2015-2025)”. *Plan Nacional de Juventud (2015-2025)*, Montevideo: INJU-MIDES.

SUÁREZ, MICHELLE (2012): *Hacia una igualdad sustantiva: Realidades y perspectivas de la normativa vigente para la inclusión social de la diversidad sexual*, Montevideo: MYSU.

VIGNOLO, JULIO; MARIELA VACAREZZA, CECILIA ÁLVAREZ y ALICIA SOSA (2011):  
“Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”,  
*Archivos de Medicina Interna*, vol. 33, n.º 1, pp. 7-11.

## Documentos consultados

- Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Ley 18.335 de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.
- Ley 18.620 de Derecho a la Identidad de Género y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios.
- Decreto 374/010 (promulgado el 8 de setiembre de 2010), Reglamentación Ley 18.335 de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.
- Documento “Centro de Salud Saint Bois. Proyecto de creación de Unidad Docente Asistencial. Fortalecimiento del primer nivel de atención desde la interdisciplina y la participación comunitaria”, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina. Documento en línea, disponible en: [http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/Proyectos/udas/UDA\\_SB.doc](http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/Proyectos/udas/UDA_SB.doc) (acceso 24/6/2015).

## Sitios web consultados

- [www.asse.com.uy](http://www.asse.com.uy)
- [www.ginea.org](http://www.ginea.org)
- [www.medfamco.fmed.edu.uy](http://www.medfamco.fmed.edu.uy)
- [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)
- [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)
- [saludintegralsaintbois.wordpress.com](http://saludintegralsaintbois.wordpress.com)



- [www.urured.com/ginec2/historia/](http://www.urured.com/ginec2/historia/)
- [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

## Entrevistas realizadas

- JORGE MOREALE, farmacólogo, Centro Hospitalario Saint Bois.
- MARCELA CARRASCO, psicóloga, colaboradora del turno vespertino de la UDA (7/5/2015).
- PAOLA BLANCO, nurse de la Clínica Ginecotocológica A (15/5/2015).
- ZAIDA ARTETA, profesora adjunta de la Facultad de Medicina, integrante de la Cátedra de Infectología, Universidad de la República (29/5/2015).
- SEBASTIÁN BEN, asistente de la Clínica Ginecotocológica A (15/5/2015).
- MAURICIO GUTIÉRREZ, endocrinólogo de RAP-ASSE, colaborador del turno vespertino de la UDA (16/6/2015).
- ELIZABETH IBARRA, endocrinóloga del Hospital Maciel (16/5/2015).
- LUCIANA MACHÍN, médico residente, colaboradora del turno vespertino de la UDA (21/04/2015).
- DANIEL MÁRQUEZ, profesor asistente de Medicina Familiar y Comunitaria, integrante de la UDA (1/11/2014).
- LAURA MOLINA, exdirectora general del Centro Hospitalario Saint Bois (28/5/2015).
- SUSANA MUÑOZ, presidenta de ASSE (8/5/2015).
- CLARA NIZ, profesora agregada de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de la República, responsable de la UDA (21/4/2015).
- MÓNICA OLINISKY, profesora adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de la República, integrante de la UDA (9/6/2015).
- GABRIELA RAMOS, residente de la Clínica Ginecotocológica A (4/2015).
- HUGO RODRÍGUEZ ALMADA, profesor agregado de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Universidad de la República (12/5/2015).
- FACUNDO SANTOS, estudiante de medicina, integrante de la UDA Saint Bois (4/2015).
- ROSINA SILVA LEDESMA, residente de la Clínica Ginecotocológica A (4/2015).
- VÍCTOR TONTO, director del Hospital de Clínicas (6/2015).



| Anexos



## ANEXO I

# Tratamiento hormonal para la reasignación de sexo

## Consentimiento informado

## Revocación del consentimiento informado

ASSE Salud, noviembre de 2015

### **Hoja informativa: Tratamiento de feminización hormonal**

Los efectos del tratamiento aparecen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción suele empezar a notarse después de 2-4 meses de tratamiento, siendo algunos de sus efectos irreversibles después de 6-12 meses.

Los estrógenos, utilizados para desarrollar las características femeninas, no se deben utilizar a dosis altas, pues sus resultados a medio y largo plazo son similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los antiandrógenos se usan para impedir la acción de los andrógenos y hacer retroceder las características masculinas. Los resultados obtenidos pueden ser menos evidentes si no se han extirpado los testículos. Los efectos que se van a observar son:

- En relación con la actividad sexual, la capacidad de erección disminuye hasta desaparecer totalmente. Los orgasmos eyaculatorios son menos intensos al disminuir la producción de semen. La satisfacción sexual es variable y subjetiva, y va a depender de cada persona.
- Los testículos y la próstata se atrofian.

- La fertilidad disminuye al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento, pero puede ocurrir esterilidad permanente tras 6 meses del uso de estrógenos.
- El aumento de las glándulas mamarias es variable en cada persona, no predecible y no es siempre simétrico. El tamaño logrado no es proporcional a la dosis hormonal recibida, es decir que por recibir mayor dosis hormonal no se va a obtener un volumen mamario mayor. Tampoco dosis mayores logran los efectos en menos tiempo.
- La grasa se redistribuye aumentando en la zona de las caderas y muslos, hombros y brazos, y cara.
- El vello corporal (el que depende de los andrógenos) disminuye. El facial no siempre desaparece del todo, aunque se hace menos denso y oscuro.
- La voz sufre pocos cambios, ya que la laringe adulta es poco sensible a estas hormonas.
- Hay un cambio del carácter con incremento de la emotividad, que depende principalmente de las características psicológicas previas de cada persona.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables, depresión, retención de líquidos, alteraciones digestivas, alteración de la función hepática, cálculos en la vesícula.

Existe riesgo muy elevado de desarrollar alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o tromboembolismo pulmonar (éste último muy excepcional, pero puede ser una situación grave que ponga en riesgo la vida).

Existe riesgo de moderado a alto de: Hiperprolactinemia (aumento de la hormona prolactina); enfermedad hepática grave (con elevación importante de enzimas hepáticas, situación grave de salud; desarrollo de cardiopatía isquémica (infartos al corazón); desarrollo de enfermedad cerebrovascular (infartos o trombosis al cerebro, hemiplejías, parálisis) y aparición de migraña (dolor de cabeza) intensa.

En todos los casos el tabaquismo multiplica el riesgo de desarrollar estas enfermedades.

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal.

En este Servicio recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

## Hoja informativa: Tratamiento de masculinización hormonal

Los efectos del tratamiento se producen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción se puede empezar a notar a partir de las primeras dosis de andrógenos y sus efectos pueden ser irreversibles casi desde el principio. Los andrógenos, que se emplean para desarrollar las características masculinas, no deben utilizarse en dosis altas, ya que sus resultados a medio y largo plazo van a ser similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los efectos que se van a observar son:

- La actividad sexual aumenta. El clítoris aumenta su tamaño varios centímetros, a veces con dolor.
- La fertilidad disminuye y desaparecen los ciclos menstruales.
- Aumento del vello facial y corporal, de distribución masculina, haciéndose más grueso y oscuro.
- Pueden aparecer acné y alopecia.
- La masa muscular aumenta y la grasa adopta una distribución masculina.
- La voz puede hacerse más grave, aunque no siempre llega al tono masculino clásico.
- Hay un cambio del carácter, con un aumento de la agresividad, que depende mayormente de las características psicológicas previas de cada persona.
- El tamaño de las glándulas mamarias apenas disminuye, aunque pueden ablandarse.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables, retención de líquidos, dolor de cabeza, alteraciones de la función hepática, aumento de las cifras de la tensión arterial, elevación de la glucosa y del colesterol en la sangre.

Los tres últimos aumentan el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (infarto de corazón o cerebral, trombosis cerebral, etc.).

Existe riesgo muy elevado de: Eritrocitosis (aumento de la cantidad de glóbulos rojos).

Existe riesgo moderado a alto de: Hepatopatía grave (enfermedad hepática por alteración de las enzimas del hígado, situación de salud grave).

En todos los casos el tabaquismo multiplica el riesgo de desarrollar estas enfermedades.

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal.

En este Servicio recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

## Consentimiento informado

Fecha:

Centro de salud/hospital/policlínica:

Nombre y apellido del/la paciente:

Cédula de identidad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Nombre del médico que me proporcionó información:

En caso de personas menores de 18 años, valoración del grado de madurez y autonomía progresiva fue realizada por médico ....., psicólogo ....., psiquiatra infantil .....

Se concluye que la persona tiene un grado de madurez y capacidad de comprender la información brindada y tomar decisiones en relación al tratamiento

Sí ..... No .....

DECLARO:

1. Decidir libre y voluntariamente sobre mi identidad de género.
2. A pesar de mi apariencia externa y caracteres sexuales y genitales de ....., desde hace largo tiempo me he considerado un/a .....



3. Conocer que mi condición de trans necesita de un tratamiento hormonal que contribuya a mejorar mi calidad de vida, ayudándome a resolver la discrepancia que existe entre mi sexo psíquico de ..... y el genético de ....., que considero no me pertenece.
4. Que he leído atentamente este informe y el documento sobre los efectos beneficiosos e indeseables del tratamiento hormonal y que el médico responsable ha aclarado todas mis dudas de forma satisfactoria sobre las hormonas y otros fármacos a utilizarse para realizar el cambio de mis caracteres sexuales.
5. He podido preguntar en relación a .....
6. Aceptar de forma libre y voluntaria recibir el tratamiento hormonal necesario para modificar mis caracteres sexuales, así como acudir a los controles médicos que sean necesarios, tanto previos como posteriores al inicio del mismo.
7. Que si cambio de opinión y decido no realizar el cambio de mis caracteres sexuales, podré revocar este consentimiento en cuanto lo desee, informando de dicho cambio de opinión al médico/equipo médico que me atiende.
8. Conocer la recomendación de tener un médico de referencia.
9. Conocer que la adherencia a los tratamientos y a las recomendaciones de este médico dadas en forma oportuna contribuyen a optimizar (mejoran) los resultados esperados y a minimizar (disminuyen) los efectos no deseados.
10. Y para que así conste, tras haber sido debidamente informado y haber leído y comprendido todo el contenido de este escrito.

DECIDO:

Dar mi consentimiento para que se me prescriba el tratamiento hormonal para realizar el cambio de mis características sexuales actuales por las del sexo al que me siento pertenecer, asumiendo los plazos de tiempo y comprendiendo el riesgo de posibles consecuencias desfavorables que fueron informadas.

Firmo el presente, dos ejemplares, en ....., a los ..... de ..... de .....

Firma del médico que proporciona la información

Firma del paciente

## Revocación del Consentimiento Informado

Sr/a..... de..... años de edad y C.I.....

con domicilio en .....

DECLARO:

Que de forma libre y voluntaria, y a partir de la fecha, retiro el consentimiento otorgado previamente para recibir el tratamiento hormonal que iba a producir el cambio de mis caracteres sexuales.

Firmo el presente en ....., a los ..... de ..... de .....

## ANEXO II

# Protocolo de hormonoterapia cruzada

ASSE Salud - RAP Metropolitana  
Medicina Familiar y Comunitaria,  
Facultad de Medicina, Udelar

Endocrinología	Medicina Familiar y Comunitaria
Dr. Mauricio Gutiérrez, endocrinólogo, RAP-ASSE Metropolitana. Dra. Lilia Martin, referente Endocrinología y Diabetes, Equipo Técnico Asesor RAP-ASSE Metropolitana. Dra. Elizabeth Ibarra Facal, endocrinóloga. Hospital Maciel, ASSE.	Dra. Mónica Olinisky, prof. adj. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Dra. Clara Niz, prof. agda. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Prof. Dr. Julio Vignolo, Departamento Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

### Coordinador

Dr. Daniel Márquez, adjunto a la Presidencia de ASSE y asistente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

### Agradecimientos

A la Dra. Fernanda Lozano, médica legista de ASSE, por la revisión del documento.  
A la Dra. Cristina Alonso, endocrinóloga, por su trabajo realizado en el MSP sobre la temática.  
Al Dr. Diego Sempol, docente investigador de la Facultad de Ciencias Sociales y miembro de Ovejas Negras.  
A la Dra. Mónica Gorgoroso, coordinadora del Programa Salud, Mujer y Género, ASSE.

## Introducción

Se define como variabilidad de género, al grado en el que la identidad de género difiere de las normas culturales para personas de un sexo concreto. Desde hace algunos años, múltiples sociedades civiles y científicas han instado a la despatologización de la variabilidad de género. En ese sentido, la Asociación Profesional

Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) en 2010 señala que “la expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo” (Coleman *et al.*, 2012).

La hormonización cruzada permite, mediante la administración de agentes endocrinos, la atenuación de los caracteres sexuales secundarios propios y la inducción de los caracteres del sexo con el que se identifica (Alonso, 2014).

Los cambios buscados por el usuario varían desde rasgos corporales ambiguos (andrógino), hasta un grado máximo de masculinización o feminización cruzada.

Esta intervención es plausible de aplicar a personas con variabilidad de género independiente de la presencia de discomfort con el sexo biológico.

Podrá prescribirse a la persona que lo solicite y cumpla los criterios de tratamiento, independientemente de si se somete o no a cirugía de reasignación de sexo.

## Objetivos del tratamiento<sup>1</sup>

1. Reducir los niveles de hormonas sexuales predominantes para el sexo biológico.
2. Administración de las hormonas sexuales predominantes para el género con el que se vive, siguiendo las mismas pautas que para el paciente con hipogonadismo.

## Criterios del tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento hormonal hay que comprobar que el paciente cumple los criterios de elegibilidad. Si no se cumplen estos criterios no se puede iniciarse ningún tratamiento.

---

<sup>1</sup> Gobierno de Canarias (2009).

**Tabla 1. Criterios de elegibilidad para el tratamiento hormonal**

Tener la capacidad y el grado de madurez necesario para la toma de la decisión en forma válida. En caso de niños/as y adolescentes rigen los mismos criterios que para las demás consultas médicas y en salud sexual y reproductiva. La madurez, en caso de adolescentes es valorada por el equipo de salud, como en otros actos médicos, y en caso de duda puede realizarse interconsulta con especialistas en psicología y psiquiatría infantil y adolescente. Al igual que en otras situaciones, como establece la normativa se propenderá a que las decisiones se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

Conocimiento de riesgos y beneficio de la hormonoterapia.

Se recomienda un año de experiencia de vida con la identidad de género (la expresión de las características de género asociadas con el sexo elegido y no el asignado al nacer).

Descartar sicopatía asociada que pueda ser agravada por el tratamiento hormonal. El médico valorará la necesidad y oportunidad de realizar interconsulta con salud mental.

## Efectos del tratamiento hormonal

Los cambios corporales de la hormonoterapia se producen gradualmente y presentan una variabilidad individual. El resumen de los cambios, tiempo de inicio y de efecto máximo se puede apreciarse en la tabla 2 (Hembree *et al.*, 2009).

Los principales cambios de la hormonoterapia de feminización incluyen: mayor emotividad al inicio del tratamiento, redistribución de la grasa corporal por un patrón de tipo ginoide (aumentada en caderas), disminución de masas musculares, desarrollo mamario (en las fases iniciales puede ser dolorosa), disminución del vello corporal (normalmente no hay respuesta completa), detención de la calvicie de patrón masculino, disminución de la libido, y de la fertilidad (atrofia testicular). Si bien la mayoría de los cambios son reversibles al suspender el tratamiento, no es posible predecir su comportamiento en todos los pacientes. Si la hormonoterapia se produce luego de la pubertad no ocurren cambios en el tono de la voz, dado que ya se ha desarrollado la laringe adulta (Alonso, 2014; Hembree *et al.*, 2009).

Los cambios de la hormonoterapia de masculinización son más fáciles de conseguir: aumento del vello facial y corporal, aumento de masas musculares, aumento de libido, desarrollo de calvicie de patrón masculino y amenorrea. Se produce una voz más grave sin llegar al tono masculino y no se producen cambios en el desarrollo mamario.

Antes de iniciar el tratamiento es necesario explicar en forma individualizada los riesgos y beneficios, aclarando que los tiempos en los cambios informados son promedios estadísticos, que dependen de fenómenos individuales. Es necesario

no generar falsas expectativas, manejando adecuadamente la ansiedad de los usuarios/as.

Debemos asegurarnos que el paciente comprende toda la información brindada. Antes de iniciar el tratamiento hormonal el paciente debe firmar el Consentimiento Informado.

**Tabla 2. Resumen de los cambios esperados, tiempos para su inicio y tiempo de lograr los máximos efectos**

Tabla 2a. Efectos y tiempo esperado de las hormonas masculinizantes		
Efecto	Inicio	Máximo efecto
Oleosidad piel / acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento del vello facial / corporal	3-6 meses	3-5 años
Alopecia androgénica	> 12 meses	Variable
Aumento de la masa muscular / fuerza	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-6 años
Cese de las menstruaciones	2-6 meses	n/a
Aumento del clítoris	3-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Profundización de la voz	6-12 meses	1-2 años

Tabla 2b. Efectos y Tiempo esperado de las hormonas feminizantes		
Efecto	Inicio	Máximo efecto
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-5 años
Disminución de la masa muscular / fuerza	3-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel / disminución de la oleosidad	3-6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1-3 meses	1-2 años
Disminución de las erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-3 años
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	2-3 años
Disminución de producción de esperma	Variable	Variable
Perdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6-12 meses	> 3 años
Calvicie de patrón masculino	Sin rebrote	1-2 años
Cambios en la voz	No	n/a

## Contraindicaciones de la hormonoterapia

### Hormonoterapia de feminización:

- Enfermedad tromboembólica
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular
- Hipertensión no controlada
- Hiperprolactinemia o Prolactinoma
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad)
- Cáncer de mama
- Migraña intensa
- Falla renal
- Hipertrigliceridemia severa
- Obesidad mórbida
- Diabetes mal controlada
- Historia familiar de cáncer de mama
- Psicosis activa

### Hormonoterapia de masculinización:

- Eritrocitosis (hematocrito > 55%)
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad)
- Cáncer de mama o útero
- Falla renal
- Hipertrigliceridemia severa
- Obesidad mórbida
- Diabetes mal controlada
- Psicosis activa
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión no controlada

En ambas situaciones el tabaquismo multiplica los riesgos.

## Riesgos de hormonoterapia

El tratamiento hormonal tiene consecuencias a nivel metabólico, produciendo modificaciones en la distribución de la composición de tejido graso y muscular, que inducen aumentos de peso corporal y de la presión arterial (PA). Estas variables deben ser valoradas previo al inicio del tratamiento y en los controles sucesivos.

El tratamiento con andrógenos produce un aumento de la resistencia a la insulina, modificación del perfil lipídico y puede producir alteración de las enzimas hepáticas.

El tratamiento hormonal presenta riesgos a vigilar, aparte de enfermedades mentales, determinadas situaciones y cuadros orgánicos contraindican el tratamiento con hormonas sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que beneficio.

Los principales riesgos de la hormonoterapia se describen en las tablas 3 y 4.

**Tabla 3. Riesgos a vigilar mediante la valoración clínica y eventualmente paraclínica**

<b>Hormonoterapia de feminización:</b>
Riesgo muy elevado de efectos adversos:
- Enfermedad tromboembólica
Riesgo de moderado a alto de efectos adversos:
- Hiperprolactinemia
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad)
- Cáncer de mama
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular
- Migraña intensa
<b>Hormonoterapia de masculinización:</b>
Riesgo muy elevado de efectos adversos:
- Eritrocitosis (hematocrito > 55)
Riesgo de moderado a alto de efectos adversos:
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad)
Riesgo de moderado a bajo de efectos adversos:
- Cáncer de mama o útero

En ambos THM y TMH el tabaquismo multiplica el riesgo



**Tabla 4: Resumen de la mayoría de los riesgos de la hormonoterapia**

Nivel de riesgo	Feminizantes	Masculinizantes
Probable riesgo aumentado	Enfermedad tromboembólica venosa*	Policitemia
	Cálculos biliares	Aumento de peso
	Aumento enzimas hepáticas	Acné
	Aumento de peso	Alopecia androgénica
	Hipertrigliceridemia	Apnea del sueño
Probable aumento de riesgo si hay factores de riesgo adicionales**	Enfermedad Cardiovascular	
Posible aumento de riesgo	Hipertensión	Aumento enzimas hepáticas
	Hiperprolactnemia o prolactinoma	Hiperlipidemia
Posiblemente aumento de riesgo en presencia factores de riesgo adicionales	Diabetes tipo 2	Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos***
		Enfermedad cardiovascular
		Hipertensión
		Diabetes tipo 2
Sin evidencia concluyente o documentada de aumento de riesgo	Cáncer de mama	Pérdida de densidad ósea
		Cáncer de mama
		Cáncer cervical
		Cáncer de ovario
		Cáncer uterino

(\*) El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos.

(\*\*) Otros factores incluyen la edad.

(\*\*\*) Incluye trastorno bipolar, esquizoafectivo y otros que pueden presentar síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones suprafisiológicas de testosterona en sangre.

Dada la disminución de la fertilidad de estos pacientes, se informará sobre las opciones de preservación de gametos, así como de las técnicas de reproducción asistida.

## Evaluación clínica inicial

Es importante puntualizar que la atención debe ser centrada en la persona igual que en la población general. La evaluación de las personas trans antes de iniciar el tratamiento hormonal requiere anamnesis, examen físico y valoración paraclínica.

La anamnesis debe ser detallada. Es prioritario evaluar capacidad intelectual, consignar máximo nivel de instrucción. Es importante indagar sobre la presencia de los factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar (TEP), trombofilia, insuficiencia venosa crónica, cardiopatía isquémica, hepatopatía, patología psiquiátrica que pueda agravarse, ataque cerebrovascular (ACV), problemas uro-andrológicos o ginecológicos, tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos y antecedentes personales o familiares de cáncer hormono-dependiente.

Indagar aspectos de la familia, de pareja, existencia de otros vínculos y apoyos, indagar trabajo, conformidad con el mismo, posibles amenazas o factores de riesgo.

Es pertinente la evaluación de los valores culturales y religiosos.

Es fundamental relevar presencia de factores protectores en lo personal, familiar y en su entorno inmediato.

Examen físico. Además de lo recomendable según edad y sexo, se debe recoger: PA, hábito externo, presencia de vello, una exploración genital y mamaria así como la presencia de plastias.

**Tabla 5. Paraclínica inicial**

Básica	Extendida según clínica y antecedentes
Glucemia	Coagulación
Creatinina	17-OH-Progesterona
Ionograma	DEAHS
Hemograma	Androstenediona
Perfil lipídico	Cortisol basal
Enzimograma hepático	Serología hepatitis B, C, HIV y VDRL
FSH	Cariotipo
LH	Ecografía ginecológica
Estradiol	Mamografía
Testosterona Total	ECG
PRL	Colpocitología
TSH	

## Tratamiento hormonal feminizante

La feminización se consigue mediante el uso de diferentes estrógenos (Coleman *et al.*, 2012; Moreno-Pérez y Esteva de Antonio, 2012; Royal College of Psychiatrists, 2013):

17 $\beta$ -estradiol: Es el estrógeno de elección y dado que es menos trombogénico que el etinilestradiol. Puede administrarse por vía oral o transdérmica. La vía transdérmica se prefiere en mayores de cuarenta años porque produce menos efectos secundarios.

Si se realiza orquiectomía deben reducirse las dosis al mínimo de manera que no se produzcan síntomas de deficiencia y que al mismo tiempo se proteja de la osteoporosis.

Para monitorizar el tratamiento estrogénico deben medirse los niveles de estradiol y testosterona en sangre. El nivel de estradiol debe mantenerse en el valor medio diario de las mujeres premenopáusicas (< 200 pg/ml) y el nivel de testosterona debe estar en el rango femenino (< 55 ng/dl).

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

Fármacos que bloquean los receptores androgénicos: Acetato de ciproterona y espironolactona.

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Valerato de Estradiol	2.0 mg/día	6.0 mg/día
17 $\beta$ estradiol gel	2.0 mg/día	6.0 mg/día
Acetato de Ciproterona	50 mg/día	100 mg/día
Espironolactona	100 mg/día	200 mg/día

El seguimiento se realizará cada 2-3 meses en el primer año y luego semestral o anualmente:

- Cambios caracteres sexuales
- Búsqueda de efectos adversos
- Presión arterial
- Hemograma
- Creatininemia
- Ionograma (Especialmente control del potasio si recibe espironolactona)
- Función hepática
- Glucemia

- Perfil lipídico
- Testosterona Total (< 55 ng/dl).
- Estradiol (< 200 pg/ml)
- PRL (< 25 ng/ml)
- Cribado de cáncer de mama como en el caso de la mujer biológica

## Tratamiento hormonal masculinizante

Se emplea testosterona por vía intramuscular o transdérmica (presentación en gel). El tratamiento debe continuar tras la ooforectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y sobre todo la osteoporosis. Si persisten las menstruaciones podrían utilizarse progestágenos, la ablación endometrial o la histerectomía y doble ooforectomía.

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Enantato de Testosterona i/m	100 mg/15 días	250 mg/15-21 días
Dihidrotestosterona gel 1	50 mg/día	100 mg/día

El seguimiento se realizara cada 2-3 meses en el primer año y luego semestral o anualmente:

- Cambios caracteres sexuales
- Búsqueda de efectos adversos
- Presión Arterial
- Hemograma: Hb y Hematocrito (terapia se interrumpirá o disminuirá la frecuencia con Hematocrito > a 55% o Hemoglobina > a 17 mg/dl)
- Creatininemia
- Función hepática
- Glucemia, y HbA1c si es diabético
- Perfil lipídico
- Testosterona (Punto medio entre dosis). Entre 300 ng/dl y 700 ng/dl
- Estradiol (< 50 pg/ml)
- PRL (<25ng/ml)
- Considerar Densitometría ósea basal si hay riesgo de fractura osteoporotica

Medir los niveles de estradiol durante los primeros 6 meses o hasta que se detengan las menstruaciones. Deben mantenerse por debajo de 50 pg/ml.

Si hay tejido cervical presente se realizara colpocitologia con técnica de PAP según recomendaciones para la población general. Si no se realizó mastectomía y si no tiene factores de riesgo para cáncer de mama realizar mamografía según las recomendaciones para población de riesgo intermedio.

## Sugerencias a los equipos de salud

El seguimiento debe estar signado por un abordaje integral de las personas considerando las repercusiones en el plano individual, en el ámbito de la pareja, familiar, social, laboral. Es importante monitorizar el grado de cumplimiento de las expectativas y la existencia de frustraciones.

Conocer estos aspectos es de relevancia ya que muchas veces es ahí donde radica la explicación al abandono de tratamientos o a prácticas no recomendadas auto-administradas o administradas por personas no autorizadas.

Se debe tener presente el concepto de prevención definido por la Organización Mundial de la Salud como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. Estrategia de Atención Primaria que hace efectiva la atención integral de los individuos.

Es fundamental que estas personas igual que la población general tengan un médico de referencia que pueda contribuir sustancialmente al cuidado de su salud y a la resolución de sus problemas de salud.

Antes del inicio de la hormonoterapia en ambos sexos:

- Recomendar cese de hábito tabáquico
- Estimular el ejercicio físico regular
- Fomentar alimentación adecuada, saludable, con bajo contenido en sodio, grasas y azúcares simples, rica en frutas y verduras, escasamente procesada
- Orientar para evitar el consumo abusivo de alcohol
- Pesquisar la presencia de violencia, particularmente violencia sexual comercial y no comercial
- Indagar apoyo familiar y soporte social

## Bibliografía

ALONSO, CRISTINA (2014): *Tratamiento hormonal cruzado. Hormonización de personas trans*, Montevideo: MSP.

COPPOLILLO, FERNANDO (2013): “Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la Atención Primaria y la Medicina Familiar”. *Archivos de Medicina Familiar y General*, vol. 10 (1), pp. 45-50, mayo. Disponible en <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/download/117/107> (acceso 22/8/2016).

- COLEMAN, ELI *et al.* (2012): *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH).
- ESCUREDO, B. y E. LIMON (2011): “Enfoque personal y familiar en APS”, en: MARTIN ZURRO, A. y G. JODAR, *Atención familiar y salud comunitaria*. Barcelona: Elsevier, pp. 19-33.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2013): *Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria*.
- HEMBREE, W. C. *et al.* (2009): “Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline”. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, n.º 94: pp. 3132-3154.
- MORENO-PÉREZ, O. y ESTEVA DE ANTONIO, I. (2012): “Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)”. *Endocrinol. Nutr.* DOI: 10.1016/j.endonu.2012.02.001.
- GOBIERNO DE CANARIAS (2009): *Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales*, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales.
- ROA, R. y SIEDE, J. (2001): “Proceso clínico centrado en el paciente”, en: RUBINSTEIN, A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*, Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, pp. 53-57.
- SAEZ, M. (2008): “Modelo clínico centrado en el paciente”. *Archivos de Medicina Familiar*. vol. 5, n.º 1. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/64/63> (acceso 22/8/2016).

## Sobre los/as autores/as

MAIA CALVO es licenciada en Trabajo Social, egresada de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (Udelar). Se diplomó en Género y Políticas Públicas por la Universidad de la República y cursa la Maestría en Políticas Públicas y Género por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Integrante del Área Académica Queer desde el año 2009, sus investigaciones se han centrado en los límites en el acceso al ejercicio pleno de derechos de personas LGTBI.

CECILIA ROCHA CARPIUC es magíster en Políticas Públicas y Género por FLACSO (Uruguay-México), diplomada en Género y Políticas Públicas por la Udelar y licenciada en Ciencia Política por la misma institución. Desde el 2008 trabaja como docente del Área de Género, Política y Diversidad del Instituto de Ciencia Política (FCS, Udelar). Integra el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) como candidata a investigador. Es becaria de la Organización de Estados Americanos (OEA) para la realización de estudios de Doctorado en Ciencia Política en la Universidad Nacional de San Martín (Argentina).

MARCELA SCHENCK es licenciada en Ciencia Política, con formación de posgrado en investigación social (CLAEH), género y políticas públicas (FCS, Udelar) y ciencia política (FCS, Udelar). Es docente e investigadora en la Universidad de la República, en las facultades de Derecho, Medicina y Ciencias Sociales. Integra el Área de Política, Género y Diversidad del Departamento de Ciencia Política (FCS, Udelar).

DIEGO SEMPOL es egresado del Instituto de Profesores Artigas (IPA) en la especialidad de Historia, realizó un posgrado en Historia Contemporánea en el Instituto Universitario del CLAEH y es doctor en Ciencias Sociales en la

---

Universidad Nacional General Sarmiento IDES (Argentina). Es docente e investigador del ICP, FCS, forma parte del Área de Género, Política y Diversidad del ICP, FCS, es integrante del SNI como investigador Nivel 1, coordinador del Área Académica Queer Montevideo e integrante de la Junta Editorial para América Latina de la *Revista Sexualidades* (Nueva York) y la *Revista Contemporánea* (Uruguay).



# Presentación de la División de Derechos Humanos

## Ministerio de Desarrollo Social

La Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) del MIDES tiene entre sus objetivos transversalizar las perspectivas de derechos humanos, igualdad y no discriminación, desde las dimensiones de género, generaciones y etnia-raza en las políticas sociales —por un lado— y —por otro— la promoción y protección del derecho a la educación de calidad y a los aprendizajes para todos y todas a lo largo de toda la vida. Para lograr ambos objetivos —cada uno enmarcado en sus dos divisiones—, coordina y articula instancias de diálogo y consulta con la sociedad civil organizada y se propone crear lineamientos para la formación de funcionarios del Estado en temas de derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales, así como en lo relativo a aspectos de igualdad y no discriminación. Además, se propone contribuir al desarrollo de ciudadanos protagonistas en la creación de cultura, promoviendo la democratización de los lenguajes artísticos y facilitando la participación efectiva en la creación de bienes y contenidos culturales así como en su difusión.

La División de Derechos Humanos (DDH) de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) tiene como objetivo transversalizar la perspectiva de derechos humanos, igualdad y no discriminación, así como las dimensiones de género, generaciones y etnia-raza, en las políticas sociales, con énfasis en los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESC+A), apuntando a la generación de indicadores de progreso y promoviendo la participación de la sociedad civil en el diseño de políticas en todo el territorio nacional”.

Las líneas de acción desarrolladas son las siguientes:

- Coordinación general de las actividades enfocadas en DESC+A de la DNPSC particularmente en las líneas de afrodescendencia, diversidad sexual y migraciones.
- Producción de documentos y debates sobre la temática derechos humanos y DESC+A aplicados a las políticas sociales en constante coordinación con las organizaciones de la sociedad civil organizada.
- Creación de lineamientos para la formación interna del personal del MIDES en temas de derechos humanos, DESC+A e igualdad y no discriminación.
- Elaboración de insumos sobre derechos humanos y DESC+A para el diseño de las políticas sociales.

- Coordinación y articulación con otros organismos de gobierno en temas de derechos humanos y DESC+A particularmente en las líneas de afrodescendencia, diversidad sexual y migraciones.
- Generación de espacios de intercambios con las organizaciones de la sociedad civil organizada.
- Diseño, evaluación y rediseño de la aplicación de políticas sociales con perspectiva de derechos humanos.

La DDH se organiza en cuatro departamentos:

- El Departamento de Promoción y Participación coordina y articula instancias de diálogo y consulta con la sociedad civil, elabora documentos y promueve debates sobre la temática de derechos humanos y DESC+A, y trabaja en diversos talleres y espacios de sensibilización y capacitación a funcionarios/as del Estado uruguayo. Asimismo, orienta a otros organismos en la temática, resuelve casos concretos y desarrolla el abordaje territorial.
- El Departamento de Análisis Aplicado trabaja en investigación y elaboración de documentos e insumos con el fin de avanzar en la medición transversal de los indicadores sociales, midiendo el acceso a derechos económicos, sociales y culturales ratificados en el PIDESC; y realiza diversos relevamientos que aportan a la comprensión de la realidad y a la generación de propuestas para mejorar la calidad de las políticas sociales y por tanto de la efectivización de los derechos de las personas que habitan en Uruguay.
- El Departamento de Descentralización y Territorialización tiene como cometido garantizar el acceso efectivo a las políticas de acción afirmativa promovidas por el Ministerio en los tres niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal) así como promover el empoderamiento de los distintos colectivos a través de la divulgación de los programas existentes enmarcados en el trabajo de la División.
- El Departamento de Identidad tiene como objetivo promover el cumplimiento del derecho a la identidad en todas sus dimensiones, a través de la atención integral a la ciudadanía, que comprende el asesoramiento y la gestión de trámites para la regularización de documentación (con prioridad en las personas sin documentación, inmigrantes, retornados, personas solicitantes de refugio y personas trans que soliciten el cambio de nombre o sexo registral), y la sensibilización y capacitación en el derecho a la identidad desde una perspectiva étnico-racial, con atención en la identidad de género y la valorización de la diversidad cultural de las personas. En este mismo sentido, trabaja para una adecuada derivación de las denuncias de discriminación hacia las instituciones competentes en la materia.



