



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

Universitat
de Girona



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

Doctorat Interuniversitari en Estudis de Gènere: Cultures, Societats i Polítiques
Institut Interuniversitari d'Estudis de Dones i Gènere

La reconfiguración del modelo de atención hacia las personas trans: análisis de la política sanitaria en Uruguay (2014-2021)

Un estudio de caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

Marcela Schenck

Tesis Doctoral 2022

Dirigida por:

Dr. Gerard Coll-Planas

Departament de Comunicació Universitat de Vic-Universitat
Central de Catalunya

Contenido

Glosario de siglas empleadas	4
Agradecimientos	6
Capítulo 1. Introducción	10
1. Puntos de partida: a modo de fundamentación	10
La situación de las personas trans en Uruguay	12
Breve presentación de la problematización y objetivos de esta tesis	18
2. Estructura de la tesis	23
3. Lenguaje y terminología de la tesis	26
Capítulo 2. Políticas públicas y (derecho a la) salud	37
1. Introducción	37
2. Aproximación a las políticas públicas: “lo público” en debate	40
3. Universalizar efectivamente el derecho a la salud: transversalización de la perspectiva de diversidad sexual y de género	45
4. El rol de las ideas de los actores en las políticas públicas sanitarias	51
Capítulo 3. Gestión biomédica de las identidades trans	63
1. Introducción	63
2. Orígenes de la gestión biomédica de las identidades trans	66
3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	71
4. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)	74
5. Normas de Atención (SOC)	80
6. Críticas al modelo de patologización	86
Capítulo 4. Diseño de investigación y estrategia metodológica	92
1. Introducción	92
2. Características del diseño	93
3. Objetivos de investigación y dimensiones de análisis	97
4. Fuentes de información y técnicas de relevamiento	101
Capítulo 5. Surgimiento del problema: definición y marco interpretativo	110
1. Introducción	110
2. Ventanas de oportunidad: incorporación de la perspectiva de diversidad sexual y de género en las políticas públicas y cambios en la política de salud	112
2.1. Creciente politización de la sexualidad no heteronormativa en relación con los derechos ciudadanos en Uruguay	112
2.2. Reforma que buscó garantizar cobertura, acceso, equidad e integralidad de la atención en salud en Uruguay	117
2.3. Reforma del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UDELAR	120
2.4. La creación de las UDA	121
3. La realidad “objetiva” del problema: vulneración de derechos y situación sanitaria de la población trans en Uruguay	124
4. La atención en salud de las personas trans: explicar el cambio en la formulación del problema a través de la sustitución de marcos interpretativos	128
4.1. El abordaje patologizador	129

4.2. El abordaje focalizado en el riesgo	137
5. La experiencia de la UDA	139
5.1. Antecedentes en el paradigma de derechos	139
5.2. La experiencia de la UDA: surgimiento y características principales	143
5.3. Integralidad de la atención en salud	150
5.4. Las claves del abordaje despatologizador	158
Capítulo 6. De abajo hacia arriba: la incorporación del marco de la UDA en la agenda política	178
1. Introducción	178
2. Incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda sectorial	182
2.1. Normativa sectorial que institucionaliza la mirada de la UDA	182
2.2. Existencia de prácticas descentralizadas	192
3. Incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda amplia de derechos	197
3.1. Incorporación de la mirada de la UDA en el Plan Nacional de Diversidad Sexual	198
3.2. Incorporación de la mirada de la UDA en la Ley integral para personas trans	199
Capítulo 7. ¿Y ahora? Desafíos para la continuidad de la implementación del modelo	258
1. Introducción	258
2. Normativa	260
2.1. Existencia de protocolos, guías y de la Ley integral para personas trans	260
3. Obstáculos	267
3.1. Situación de la atención después de la COVID-19	267
3.2. Cambio de gobierno, ¿cierre de ventana de oportunidad?	272
3.3. Algunas líneas sobre el futuro	274
Capítulo 8. Conclusiones	278
Reflexiones... ¿finales? A modo de epílogo	283
Referencias bibliográficas	286
Anexo	311
1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología (Universidad de la República)	312
2. Hoja de información	313
3. Consentimiento informado	315
4. Pauta de entrevista	317
5. Cuadro 1. Hitos de políticas públicas en materia de diversidad sexual y de género en Uruguay (2003 - 2019)	318

Glosario de siglas empleadas

APA_ Asociación Psiquiátrica Estadounidense (sigla en inglés)

ASSE_ Administración de los Servicios de Salud del Estado

ATRU_ Asociación Trans del Uruguay

CIDH_ Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIE_ Clasificación Internacional de Enfermedades

CNDS_ Consejo Nacional de Diversidad Sexual

DMFyC_ Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

DSM_ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (sigla en inglés)

ETS_ Enfermedades de Transmisión Sexual

FA_ Frente Amplio

FMed_ Facultad de Medicina de la Universidad de la República

FONASA_ Fondo Nacional de Salud

GIDNOS_ Trastorno de identidad de género no especificado (sigla en inglés)

HBGDA_ Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (sigla en inglés)

ITS_ Infecciones de Transmisión Sexual

LGTBIQ+_ Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersex, Queer y +

MFyC_ Medicina Familiar y Comunitaria

MIDES_ Ministerio de Desarrollo Social

MSP_ Ministerio de Salud Pública

OMS_ Organización Mundial de la Salud

OPS_ Organización Panamericana de la Salud

OSN_ Objetivos Sanitarios Nacionales

RAP_ Red de Atención Primaria

SMU_ Sindicato Médico del Uruguay

SNIS_ Sistema Nacional Integrado de Salud

SOC_ Normas de Atención (sigla en inglés)

TBU_ Trans Boys Uruguay

TIG_ Trastorno de identidad de género

UDA_ Unidad Docente Asistencial

UDELAR_ Universidad de la República

UNFPA_ Fondo de Población de las Naciones Unidas

VDRL_ Venereal Disease Research Laboratory (prueba serológica para la sífilis)

VIH_ Virus de Inmunodeficiencia Humana

Agradecimientos

Escribir una tesis doctoral es casi una paradoja: es una actividad que se siente extremadamente solitaria y, a la vez, a la hora de sentarme a escribir estos agradecimientos, esa aparente soledad se llena de nombres, de voces, de acompañamiento.

En primer lugar, quiero agradecer a todas las personas que me brindaron su tiempo y sus palabras para esta investigación, a quienes día a día construyen este campo. Parte de la paradoja de la escritura es que no pueda agradecerles por su nombre, cuando son lxs imprescindibles: esta tesis simplemente no existiría sin ustedes.

Asimismo, reconocer a todas las personas que hicieron posible ampliar la perspectiva de derechos en Uruguay, un trayecto que en parte aspiro a reflejar en esta tesis.

Quiero agradecer también, muy especialmente, los apoyos que he recibido por parte de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación, que me otorgó una beca que me permitió finalizar esta tesis. También al Programa MIA de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (UDELAR), que apoyó parte de la estancia en Barcelona.

Quiero, asimismo, agradecer a las instituciones académicas de las que formo parte: la Facultad de Psicología y la Facultad de Derecho de la UDELAR.

En la Facultad de Psicología, quiero reconocer especialmente a lxs compañerxs del Programa *Género, Sexualidad y Salud Reproductiva* dentro del Instituto de Psicología de la Salud, por integrarme en su potente generación de conocimiento en esta área, y por ser quienes más cercanamente han vivido todo este proceso. Muchas gracias a Alejandra López Gómez, Pablo López Gómez, Nicolás Brunet, Soledad Ramos, Fernando Rodríguez, Giuliana Tortora, Gonzalo Gelpi, Lía de Rosa, Carolina Farías, Sabrina Rossi, Raquel Galeotti, Anabel Beniscelli, Kyria Querves, Néstor Rodríguez, Diego Gervasini, Manuela Costa, Martín Couto y Natalia Silvera, por el apoyo y los intercambios.

En la Facultad de Derecho, un especial agradecimiento a quienes integran el Grupo Docente en Ciencia Política, y en particular a José Miguel Busquets, Andrea Delbono, Ana Gastelumendi, Goodfred Schwendenwein, Fabián Piñeiro, Camila Mettetieri,

Luciana San Martín, Yoana Cabrera, Alexandra Lizbona, Julián González, Guillermo Maciel, Gloria Canclini y Fabricio Carneiro. Y a Luis Delio, a quien le seguiré agradecida, aunque ya no esté con nosotrxs.

Y también agradezco a lxs estudiantes de la Universidad de la República cuyos procesos de investigación me ha tocado acompañar o guiar, porque en ese acompañamiento he aprendido constantemente.

A lxs compañerxs del Grupo sexo-género disidente del Programa de Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas (Bart, Elena, Eva, Julia, Anna, Isa, Lorena, Julia, Mart) y, en especial, a Noemi Parra Abaúnza. De las mejores experiencias que me llevo de este proceso es haberlo compartido juntas. Gracias por permitirme aprender siempre.

A todas las personas con quienes he mantenido intercambios de los temas que aborda esta tesis durante los últimos años, y que me han ayudado a complejizar el abordaje: a Josefina González, Juan José Meré, Andrés Scagliola, Sergio Miranda, Delfina Martínez, Marcela Pini, Niki Johnson, Marina Freitez, Eu Corbella, Cristina Garaizabal, Maia Calvo, Fernanda Ramos, Nicolás Bruno, Santiago Conde, Lucía Álvarez, Valeria Ramos, Alicia Alemán, Gustavo Robaina, Franco González, Marcia Barbero, Víctor Ribero, Wilson Benia, Ima León, Gabriel Barrero, Rina Piana, Mariana Corrales, Andrés Peri, Rosario Rodríguez, Cecilia Rocha, Verónica Pérez, Ana Laura Di Giorgi, Andrew Soren, Diego Forteza, Laura Gioscia, Pablo Anzalone, Natalia Uval, Santiago Soto, Bruno Fonseca, René Ramírez, Juan Scuro, Mgdalena Milsev, Agustina Huertas, Victoria Sotelo, Stefanie Kreher... Gracias. Y un especial reconocimiento a Diego Sempol, no solo por ser una referencia teórica, sino por ser la persona de quien aprendí a incorporar en la investigación la mirada que hoy tiene para mí un punto culminante en esta tesis. Gracias, Diego, por haberlo hecho posible.

A Nataly Buslón y Pierre Salomon, por ser hogar, a miles de kilómetros del mío. Y muy especialmente a Naty, que, con su rigurosidad y su generosidad permanente, representa lo mejor de la academia.

A Maschenka Schenck y Conrado Wasilewsky, por ser calor y familia. Un pedacito de Uruguay latiendo fuerte en Catalunya.

A Miquel Missé, por las charlas que compartimos, por permitirme habitar su espacio, por ese respiro tan necesario que fueron los paseos con Nuit. Por ser de las personas que sacuden las bases del pensamiento y lo hacen germinar.

A Paulo Ravecca, gracias por el impulso permanente a pensar lo que nos daña desde la complejidad, sin caer en la tentación de los atajos. Por estar siempre, por su generosidad, por su profunda mirada crítica, que hace crecer.

A Rocío Severino, Alejandro Vignolo, Mariana Fleitas, Nicolás Iglesias, Emiliano Brugman, Diego Puntigiliano, Ana Laura Rodríguez, Elena Morandi, Dominique Rumeau, Elisa Borba, Alejandra Varela, Tania Biramontes, Andrea Macari, Gimena Castelao, Magdalena Martínez, Magdalena Montero, Santiago Cardozo, Daniel Avedian, Luciana Noya: por estar, por escuchar, por el afecto, por la paciencia para soportar todas las ausencias que generan estos procesos. A Obdulio, Lola, Marti, Juan Bautista, Amanda, Manu, Guada, Eva, Olivia, Alfo, Mica, Mati, Astor y Lihuén, por ser.

A Núria Llavina, por darle a este texto el empujón fundamental que le faltaba para convertirse en lo que es.

A quienes integran la línea de Estudios sobre diversidad sexual y de género de la Universitat de Vic y, en especial, a mi director, Gerard Coll-Planas. Conocí a Gerard por sus valiosos aportes para abordar este tema, pero la experiencia del Doctorado me permitió conocerlo mucho más allá. Además de ser una referencia teórica para mí y de haber realizado aportes sustantivos durante todo el proceso, sin los cuales esta tesis no se podría haber desarrollado, fue un apoyo constante de una calidez que ojalá fuera más habitual en la academia. Las palabras siempre faltarán para agradecerle a Gerard por lo que ha sido su acompañamiento durante estos años. De todas formas, quiero dejar expresado aquí ese “gracias”, por haberme permitido aprender de esta manera. Y también gracias a Ramon y a Amina, por ser parte del aprendizaje desde esa calidez.

A mi familia y, en especial, a Júver, Lilián, Jorge, Matilde, Negro y Claudia. Y, en particular, a mi madre, Claudia, por inculcarme el valor de reflexionar, de pensar y de

pensarnos. Por habilitar las condiciones para poder hacer esa reflexión con profundidad y darle un lenguaje. Por darme las herramientas para incluso transformar el dolor en motivación para buscar la belleza.

A Fernando, por la lectura aguda, por el apoyo, por la inspiración, por el amor. Por ser la familia que elijo.

Capítulo 1. Introducción

1. Puntos de partida: a modo de fundamentación

Escribo esta introducción desde Barcelona. Una ciudad que crece, bulliciosa y apretada, entre la montaña y el mar. Una ciudad en la que soy extranjera y donde nadie parece pertenecer completamente. O quizá sí por un tiempo, quizá el error está en pensar que la pertenencia y la estabilidad van de la mano.

“Para no perderte, recuerda que para donde baja está el mar y para donde sube, la montaña”, dijo mi director mientras caminábamos por las calles de la ciudad. Poco antes habíamos visitado la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, y todavía tenía en la retina el haber recorrido un largo pasillo, que desembocaba en una señalización sanitaria que, con su tradicional binarismo, naturalizaba una vez más la construcción hegemónica del género. El contraste entre el pasillo oscurecido y la señalización sanitaria brillando allá lejos al finalizarlo, nos había hecho bromear sobre lo metafórico de aquella imagen iluminada, detrás de la cual ya no había camino. Ahora, ya fuera del recinto universitario y con toda esa ciudad bajo nuestros pies, mi director seguía explicando: “si no bajas ni subes, es porque estás en una calle lateral entre medio”.

Recuerdo esa caminata y la ciudad se me representa en parte como la identidad de género: una construcción con constreñimientos que la estructuran, pero que va más allá de esas limitaciones. Una construcción en la que hay intersticios, posibilidades, caminos alternativos que la agujerean, y que no van hacia un destino u otro de los que enseña el mapa.

Reflexionar sobre el género me hace pensar en la situación de extranjería, que puede significar ser visitante, pero también, migrante, rechazada, juzgada por quienes patrullan las fronteras de lo estable. Como estudiante de doctorado, reconozco mi propia situación de privilegio en ese sentido, que es necesariamente relacional. Pero

también las vulnerabilidades que enfrento, que me ponen al mismo tiempo en situaciones desfavorables frente a otros.

Pienso en este cruce entre ciudadanías (la sexual y la que concebimos desde el esquema tradicional, que la asocia de una forma más lineal al territorio) y recuerdo aquella anécdota familiar que me relataron de niña, sobre el antepasado que me dio el apellido que tengo junto a mi nombre, que llegó a Uruguay en el siglo XIX, “vestido de mujer”, junto con su hermana. También recuerdo a mi abuelo, actor y director de teatro, maquillándose en su camerino mientras conversábamos antes de que saliera a escena. Tengo el recuerdo de verle pasar cuidadosamente un lápiz de color carmín sobre sus labios gruesos, tan gruesos como su voz profunda, mientras conversaba conmigo a través de la imagen que le devolvía el espejo. También me acuerdo de los ojos sorprendidos de mis compañeros de clase, en la escuela, al contar que mi abuelo se maquillaba, y más tarde las risas adolescentes de la clase de inglés del Liceo cuando me tocó relatar la historia de mi origen familiar, del antepasado europeo y de las condiciones de su venida al país.

Parfraseando a Arendt (2019), podría decir que nuestra historia está llena de historias; es, en cierto modo, un recuerdo organizado. Esos recuerdos me confrontaron con la patrulla del género, con los vínculos que van tejiendo la tangibilidad de sus fronteras. Pero, como dice Halberstam (2018), la diversidad de género abre camino a un conjunto cambiante de condiciones y posibilidades. El género, como la ciudad, tiene una dimensión de materialidad, es atrapado/contenido por la carne, pero tiene más contenido que esa retención. Es también el flujo de sentido que transita el cuerpo, al mismo tiempo que es una ficción que produce performativamente, y que genera tránsitos esperados (y márgenes). En este entramado, lo trans alude a una construcción provisional, donde la corporalidad puede ser entendida como un “proyecto arquitectónico más fluido”, con altos en el camino donde el cuerpo “(...) es vivido como un archivo en vez de como un hogar” (Halberstam, 2018, p. 45).

La situación de las personas trans en Uruguay

En este cruce de caminos de posibilidad y restricción, Uruguay presentaba una marcada ruta hacia la exclusión de las personas trans, que comenzó a visibilizarse tímidamente a partir de la recuperación democrática iniciada en 1985 tras la última dictadura cívico-militar y, en particular, en los últimos años de la primera década del siglo XXI.

Las situaciones de vulnerabilidad extrema asociadas a estas identidades que son habituales en mi país me llevaron a participar en diversas investigaciones, con el fin de generar evidencia para las políticas públicas, y es en el marco de esa reflexión sistemática que se inscribe esta tesis.

En 2012, el Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay realizó un convenio con el Departamento de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR, que tuvo dos componentes: uno de investigación y otro de sensibilización/formación. De esta forma, se realizaron diversas investigaciones que buscaron interpelar a las políticas públicas desde una óptica que visibilizaba la diversidad sexual y de género: *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones* (2013); *De silencios y otras violencias: políticas públicas, regulaciones discriminatorias y diversidad sexual* (2014); *Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Saint Bois* (2016); *Personas trans e inclusión laboral en Uruguay. Un análisis de la aplicación de cuotas en programas públicos de inserción laboral* (2017). Estas investigaciones fueron coordinadas por el Dr. Diego Sempol, y en todas ellas participé como investigadora. Más adelante, continué con esta línea de investigación desde la Facultad de Psicología de la UDELAR, con un foco más específico en las políticas de salud desde el Programa *Género, Sexualidad y Salud Reproductiva* del Instituto de Psicología de la Salud de la UDELAR.

Las primeras investigaciones, de corte cualitativo, generaron, a su vez, insumos para la realización de un censo que en 2016 buscó visibilizar a las personas que se

autoidentificaban como trans en Uruguay, así como caracterizar sus experiencias. Dicho censo es de particular relevancia para identificar las exclusiones sistemáticas que afectan a las personas trans en Uruguay (y hasta la fecha, representa el volumen más importante de información cuantitativa de carácter oficial con el que contamos en el país), por lo cual será retomado en esta introducción. Si bien el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) de Uruguay estuvo a cargo de la realización tanto del instrumento como de la recolección y análisis de datos, desde el Departamento de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR participamos en la discusión del diseño del instrumento de recolección de datos y en las estrategias de captación y posterior análisis de los datos obtenidos.

Según este instrumento, denominado *Censo Nacional de Personas Trans*¹ (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2017c), 933 personas en el país se identificaron como trans (818 mujeres y 115 varones). Aunque los datos agregados notificados oficialmente reproducen el binarismo, la forma de consultar por identidad en el censo no lo hacía (incluía categorías como queer, trans, travesti y, además, preveía una opción abierta).

Por otra parte, el censo tenía un sesgo a la captación de situaciones de mayor vulnerabilidad, dado que la forma de contactar a las personas estuvo muy direccionada hacia quienes recibían un apoyo económico del Ministerio de Desarrollo Social, si bien la forma de captación fue más amplia. También debe indicarse que en este instrumento existe un subregistro de las personas menores a la edad legal en Uruguay (18 años)², lo cual vuelve a circunscribir al tema a la órbita del mundo adulto. No obstante, este estudio (que tuvo elementos cuantitativos y cualitativos) dio un panorama extenso sobre la realidad de muchas de las personas trans en Uruguay.

La población censada en 2016 era más joven que la población relevada en el último censo poblacional de 2011 (que no permitía distinguir a las personas trans), y el porcentaje era muy bajo en el tramo de edad de 65 años y más (2,4%, lo que contrasta

¹ El censo fue llevado a cabo por la División de Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) y la División de Evaluación de la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

² Esto se debe a que se tomó la definición de entrevistar solo a las personas menores que estuvieran acompañadas por sus padres o con algún tipo de supervisión.

con el 14,1% en 2011 para la población general). Ello daba un primer indicador de la situación de vulnerabilidad, y de la dificultad para trazar una biografía en los mismos términos que lo hacen las personas cis género: la categoría habitual de “vejez” marcaba una exclusión sobre las personas trans, que cronológicamente no tenían la misma posibilidad de construir un proyecto vital a largo plazo (MIDES, 2017d).

La caracterización de la población que respondió el censo también revelaba otras situaciones distintas a los datos del censo poblacional de 2011, por ejemplo, en términos étnico-raciales. Mientras que más de 9 de cada 10 de las personas censadas en 2011 se autopercebían como “blancas” (Cabella et al., 2013), en el censo de 2016, menos de 6 de cada 10 personas trans lo hicieron (MIDES, 2017d). En particular, la proporción de personas que dijeron tener ascendencia afro o negra fue bastante alta; en Uruguay, esta situación también correlaciona con más probabilidades de estar en situación de pobreza.

Por otra parte, solo tres de cada diez personas que contestaron el censo de 2016 dijeron residir en sus hogares de origen. Entre los motivos para haber abandonado sus hogares, el mayor porcentaje se vinculaba con problemas con su familia de origen (44,8%); los problemas debido a la identidad de género fueron los más frecuentemente reportados (39,9%). A su vez, el 58% de las personas censadas declaró haber sido discriminada por algún familiar. La familia de origen representaba, para la mayoría de las personas entrevistadas en el censo, un punto más en la trama de vulnerabilidad. Uno muy particular, además, si tenemos en cuenta que se concibe tradicionalmente como un espacio de apoyo y refugio. Como señaló una de las mujeres trans censadas:

Mi padre me decía: “sos puto, hay que cagarlos a palos con alambre de púa”. Imagínate, yo le tenía terror. Me acuerdo que tenía terror. Tuve que dejar de estudiar. A mí me gustaba el inglés, la música. (MIDES, 2017d, p. 26)

Como ilustra la cita, el haberse emancipado tempranamente del hogar está relacionado con la desvinculación del sistema educativo, y con haber alcanzado un menor nivel

educativo formal: solo el 4,5% de las personas entrevistadas dijo haber ingresado en la universidad, con diferencias muy importantes entre varones y mujeres en detrimento de estas últimas (MIDES, 2017a). La expulsión del hogar estaba particularmente presente en el relato de las mujeres trans. Y esta situación repercutía en que el comercio sexual fuera prácticamente la única opción para muchas de las mujeres entrevistadas.

Los relatos de discriminación son una constante en las experiencias de las personas trans relevadas en el censo. Prácticamente la mitad de las personas censadas (47,5%) declaró haber sido discriminada en la escuela y un 37,5% dijo haberlo sido en educación media (MIDES, 2017a), lo cual también representaba un obstáculo muy tangible para la continuidad de sus trayectorias educativas.

En lo que respecta a la salud, el censo arrojó un primer dato importante relacionado con el acceso al sistema sanitario: el 96% de las personas censadas indicó atenderse en algún centro de salud (MIDES, 2017b). A su vez, se observa que la gran mayoría (87%) lo hacía en centros de salud públicos.

No obstante, al observar las distintas dimensiones asociadas al ejercicio efectivo del derecho a la salud, se empiezan a evidenciar problemas: el 28,5% de las personas que contestaron el censo confirmó haber sufrido alguna situación de discriminación en los centros de salud. La mayoría de las personas trans señaló que quien las había discriminado había sido un médicx (50,4%), mientras que el 42,5% afirmó que se trataba de un enfermerx y el 28,9%, de un recepcionista.

A su vez, un 30% de las personas censadas declaró que, frente a una situación de enfermedad, prefirió no consultar a un médicx. De estas personas, un 18,2% dijo que no había consultado para evitar una situación de discriminación. Una de las personas censadas señaló al respecto:

(...) acá las trans, en las policlínicas, en el hospital, en los sanatorios, son muy discriminadas, son muy de hacer la cara de asco, es muy «yo a vos no te atiendo», se les niega la atención y es bastante feo. (MIDES, 2017b, p. 8)

Al observar los distintos padecimientos que declararon las personas censadas, los porcentajes son significativos. Cerca de un 30% de las personas censadas (29,7%) expuso tener o haber tenido enfermedades de transmisión sexual (ETS), porcentaje que aumentaba progresivamente de acuerdo con la edad. Dentro de las ETS, las más frecuentes fueron la sífilis y el VIH. Por otra parte, el 41,3% declaró haber tenido o tener problemas de salud mental, asociados a sus trayectorias subscritas por las múltiples vulneraciones que enfrentan. Más de la mitad (55,5%) de las personas declaró consumir sustancias como alcohol (53,3%), cocaína (10,1%) y pasta base (2,6%) al momento de realizar el censo.

Parte de la distancia con el sistema de salud se refleja en las trayectorias corporales, en particular de las mujeres trans. Prácticamente una de cada cuatro personas censadas (24%) dijo haberse inyectado por su cuenta sustancias para cambiar su apariencia física, como silicona líquida o aceite de motor. Por otra parte, el 15% indicó haberse realizado cirugías de modificación corporal, mientras que el 38% dijo que no lo hizo, pero que le gustaría hacerlo.

A su vez, si bien el 21,7% de las personas que respondieron el censo confirmaron estar hormonadas³, poco más de la mitad lo hacía con supervisión médica (53%): el resto lo hacía por su cuenta o con el acompañamiento de un amigx, lo que no les da los elementos básicos para evitar riesgos potenciales sobre su salud. El hecho de tomar hormonas sin supervisión médica era mayor entre quienes notificaron menores niveles de educación formal, y era mucho más alto en mujeres (54,9%) que en varones (11,1%).

Como se indica en el informe del MIDES:

Las personas trans se enfrentan a problemas de salud específicos, vinculados a las modificaciones corporales a que se someten a lo largo de su vida. Los altos porcentajes de procedimientos, hormonizaciones o cirugías que suelen hacerse en la clandestinidad,

³ En Uruguay, el término que se emplea para este procedimiento es “hormonización”, por lo que será el que se utilice cuando se realicen citas textuales.

o en condiciones deficitarias, agravan la situación. En el derecho a la salud queda claramente plasmado el peso de la edad en la situación de vulnerabilidad; son las mujeres en los tramos etarios más altos quienes presentan mayores dificultades. (MIDES, 2017b, p. 15)

Entre quienes se hormonaban con monitorización de profesionales de la salud, era ampliamente mayoritario recurrir al sector público: el 85% lo hacía en centros públicos de salud. Allí, el Hospital Gustavo Saint Bois destaca entre todos los prestadores, dado que era la opción mayoritaria entre todas las personas mayores de 25 años.

El Centro de Salud de Saint Bois destaca también por otros motivos: un 7% de las personas trans censadas declararon atenderse exclusivamente allí, lo cual es un porcentaje relativamente alto (y es posible, además, que exista un subregistro, como se aclara más adelante en este trabajo). A su vez, un alto porcentaje de las personas censadas notificó ir al centro al menos una vez al mes (un 65%, porcentaje que bajaba al 36% en otros centros públicos). El centro destacaba también por las valoraciones sobre la calidad de la atención: el 73,3% de las personas censadas indicó que la atención recibida allí era “muy buena” y un 22,2% la calificó como “buena”. Ninguna persona consideró que la atención recibida hubiera sido “mala” o “muy mala”.

De esta forma, la Unidad Docente Asistencial (UDA) de Saint Bois fue el centro de salud que recibió la mejor valoración de todos los centros de salud del país por parte de las personas censadas:

En la actualidad, el centro hospitalario Saint Bois, y específicamente la Unidad Docente Asistencial, es uno de los pocos -sino el único- servicios con una línea clara libre de homofobia y con espacios específicos para personas LGBTI. Urge la proliferación de este tipo de dispositivos y la sensibilización en temas de diversidad sexual en la comunidad médica para lograr el acceso real de las personas trans al sistema de salud. (MIDES, 2017b, p. 27)

Pero, ¿en qué reside la singularidad de este centro de salud y su destaque con respecto a otros? Esta investigación está en parte movilizada por esta pregunta.

Breve presentación de la problematización y objetivos de esta tesis

El apartado anterior ilustra la extrema situación de vulnerabilidad que experimentaba gran parte de la población trans en Uruguay, que había estado casi completamente invisibilizada en el discurso público hasta hace muy pocos años atrás, y donde las políticas habían estado ausentes. Esta situación fue una poderosa motivación para elegir este tema, y para profundizar esta mirada en mi tesis doctoral, lo que también se entrelazaba con mi propia historia como investigadora académica. Dado que, como señala Grau Muñoz, “(...) hacer uso de lo *trans* como categoría política exige un ejercicio de posicionamiento” (2018, p. 47), en esta breve presentación de la problematización quiero explicitar algunos de los puntos que sitúan esta producción de conocimiento.

El momento en el que empecé mi trayectoria como investigadora estuvo marcado por varias situaciones: por un lado, una potente movilización social, que tras un duro período de crisis económica y social ponía en agenda un programa ambicioso de reformas políticas, que abarcaba áreas inexploradas como la ciudadanía sexual, hasta entonces ignorada públicamente. Un influyente movimiento que replicaba estrategias como la experiencia de la lucha por los derechos humanos tras el período dictatorial, que, en lugar de encapsular el tema en actores específicos, buscó problematizarlo y expandir el reclamo por las violaciones a los derechos humanos a toda la sociedad. Se trataba de un movimiento que planteaba sus reivindicaciones en términos amplios mediante la generación de alianzas con actores diversos.

En Uruguay, los movimientos sociales plantearon una estrategia en conjunto para avanzar sobre áreas clave de lo que se denominó la “agenda de derechos”, durante los gobiernos del partido de izquierda/centro izquierda Frente Amplio (2005-2020), que presentaba una “ventana de oportunidad” política (Kingdon, 1995) para sus demandas.

En vez de reclamar una agenda específica circunscrita a un colectivo en particular, los movimientos plantearon sus demandas conjuntamente, de tal modo que pudiera avanzarse en los puntos centrales de lo que cada uno consideraba prioritario: así, la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, el matrimonio igualitario y la legalización del cannabis para uso recreativo fueron piezas que comenzaron a materializar esa agenda en común, que se procesó como una agenda en clave ciudadana (Abracinkas y López Gómez, 2006; Arocena y Aguiar, 2017).

Era un período de gran efervescencia, en el que diversos actores aportaban desde sus distintos lugares a la problematización de universales excluyentes construidos y mantenidos desde las políticas públicas, lo que marcaba un déficit democrático en los abordajes tradicionales (Sempol, 2011). Las investigaciones que condujimos desde la UDELAR fueron parte de ese proceso. Aunque era el principal centro de formación y de investigación del país, estas líneas de producción de información eran minoritarias y marginales en la UDELAR; empezar a investigar sobre estos temas también fue un desafío en ese sentido, e implicó romper ciertas barreras en lo que se consideraba como temas prioritarios y secundarios a la hora de pensar lo político y la política.

Esas investigaciones tuvieron un diálogo directo con el diseño y con la implementación de las políticas públicas, por lo que en muy poco tiempo, la situación que analizábamos comenzó a cambiar: mientras que nuestras primeras investigaciones abordaban la invisibilización de la dimensión de diversidad sexual y de género en políticas clave pensadas en base universalista, que reproducían así acríticamente una forma institucionalizada de discriminación, en las siguientes pasamos a estudiar de qué forma se implementaba la problematización sobre estas dimensiones a través de acciones concretas de política.

En este sentido, uno de los primeros estudios que realizamos fue sobre la UDA del Hospital Saint Bois, que había partido de una iniciativa de docentes de nuestra propia universidad (cabe aclarar, no obstante, que la UDELAR es una universidad de gran

magnitud, con estructuras descentralizadas en todo el territorio del país, por lo que cada una de sus facultades y grupos docentes es en sí misma una institución⁴).

Con este y otros trabajos, fui definiendo además mi perfil académico hacia el estudio de las políticas en salud, con hincapié en el género y en la diversidad sexual y de género dentro de las mismas.

En paralelo al desarrollo de mi trayectoria académica, el campo político en torno a la diversidad sexual y de género también fue variando. El planteamiento inicial de alianzas se fue resquebrajando y fueron visibilizándose formas más identitarias de habitarlo. Así, desde algunos actores se pasó a considerar que este campo debía dividirse y separar las vivencias en torno a la orientación sexual no heteronormativa de las identidades de género trans.

Las complejidades de las formas de inclusión/exclusión con las que se construye a los sujetos políticos, que ya habían generado discusiones como la que se había dado en el plano de los derechos humanos (denunciando como excluyente a la categoría de víctima que se había construido tras la dictadura, que había dejado por fuera a las disidencias que también habían sido perseguidas por habitar identidades u orientaciones estigmatizadas), ahora evidenciaban un conflicto a nivel del movimiento en términos de quiénes eran lxs sujetos legítimos para tener voz. En este marco, se cuestionó de forma importante el rol protagonista de los varones homosexuales dentro del movimiento de la diversidad⁵ (Los hombres gay discriminan a las trans, 2015, julio 22) y de las personas cis que hablaban sobre temas trans. Esto no es una singularidad de Uruguay, pero sí tiene tintes locales que particularizan esta disputa: en esta clave, este quiebre a nivel del movimiento se empezó a visibilizar con más claridad en el marco de la discusión sobre la *Ley integral para personas trans* (Ley n.º 19.684, 2018, octubre 26), y se profundizó después de aprobarse.

⁴ La UDELAR es la principal institución dedicada a la investigación en el país. Un dato que permite dar cuenta de su magnitud es la cantidad de docentes que la integran: en el año 2019, 10.256 docentes formaban parte de esta institución (UDELAR, 2019).

⁵ En una entrevista realizada en 2015 por un medio periodístico, Alejandra Collette Spinetti, activista y directora del Colectivo Trans del Uruguay, dijo que la comunidad trans era discriminada por los varones homosexuales y que había que luchar contra su hegemonía, y comparó esta lucha con la de los feminismos hacia el machismo: "Luchamos contra la hegemonía de los hombres gay. Ellos pretenden dominar a las mujeres trans" (Los hombres gay discriminan a las trans, 2015, julio 22).

Todas estas discusiones, movilizaciones y cambios se dieron a la par que realizaba la investigación, por lo que en distintas oportunidades he pensado y repensado el lugar desde el que me posiciono como investigadora. En una primera lectura de este borrador, mi director me devolvió el siguiente comentario: “¿qué pasa que te invisibilizas al hablar de temas trans?”. Y tanto la pregunta como la respuesta tienen que ver, por un lado, con sentir la incomodidad del privilegio propio desde el que construyo conocimiento sobre el tema (dado que no habito una identidad trans), pero también con pensar en los problemas políticos de fragmentar una demanda social. Y de esencializarla.

Todo ello teniendo, además, el trasfondo de una reconfiguración discursiva del ámbito opositor a esta agenda que ha tenido importantes conquistas en la región apelando al discurso ultraconservador de la “ideología de género” (Ravecca et al., 2022a, 2022b; Schenck, 2022; Ravecca, 2022), y que parecería ser una de las claves en las que se articula el cierre de la ventana de oportunidad que presentaba un contexto más favorable al avance en derechos.

Así, mientras ahora escribo las palabras vuelven a recorrer las líneas del mapa, que, aunque lo intenta, no logra reflejar la complejidad de lo que quiere representar: pero que presenta una cierta interpretación que busca dar certidumbres, siempre incompletas, que responden a la necesidad de ubicarnos en lo que queremos comprender.

En esta encrucijada, mi voz, con sus limitaciones, no aspira a representar a un otrx que no quiere ser representado por alguien con mi privilegio. Esta es (o terminó siendo) una tesis sobre políticas públicas en salud, con un esquema bastante convencional, sobre un tema prácticamente inexplorado para esta literatura, ya que suele abordar otras áreas como prioritarias. Aspiro a hacer un aporte sobre el campo de las políticas públicas que se enfoca en un tema con cuyo avance siento compromiso, porque implica el reconocimiento y la ampliación de derechos a partir de la institucionalidad, pero que también refleja (a través de un caso en un área específica) cómo se construye una política desde la práctica concreta. Para ello, este trabajo describe y analiza todas las facetas de lo que implica generar algo novedoso en el ámbito de las políticas

públicas en salud, que se generó desde un área también poco explorada en Uruguay: la de los operadores directos de una política como generadores del diseño de esta, y no como únicamente sus ejecutores.

El trabajo se plantea abordar la reconfiguración del modelo de atención en salud hacia las personas trans en Uruguay, a través del estudio del caso de la UDA del Centro Hospitalario público Gustavo Saint Bois. Este es un caso innovador para la promoción de derechos en salud de la población trans, tanto en el contexto nacional en el que se inscribe como en el contexto regional.

Esta experiencia tiene lugar en un servicio de salud público en Montevideo, capital de Uruguay, y es cogestionada entre la UDELAR y ASSE. En esta, desarrollada a partir del año 2014, se promueve un abordaje alternativo sobre la atención en salud hacia las personas trans desde el discurso de la integralidad, que busca incorporar el enfoque despatologizador desde el primer nivel de atención.

Esta investigación se enmarca en el paradigma cualitativo, y se plantea como *objetivo general* analizar el modelo de atención hacia las personas trans que busca instaurar la experiencia de la UDA de Saint Bois en Uruguay, mediante el análisis de cómo se planteó su incorporación en las políticas públicas entre los años 2014 y 2021.

Como *objetivos específicos*, se buscó:

1. Analizar el surgimiento del problema al que buscó responder la experiencia de la UDA de Saint Bois desde su marco interpretativo y estudiar las principales características de dicha experiencia.
2. Analizar la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la UDA.
3. Analizar los desafíos para la implementación de la política en salud hacia las personas trans promovida desde la UDA de Saint Bois.

2. Estructura de la tesis

Para cumplir con los objetivos descritos anteriormente, esta tesis se estructura en ocho capítulos, que abordan distintas dimensiones comprendidas en el planteamiento del problema.

El marco teórico se aborda en los capítulos 2 y 3. El capítulo 2 abarca lo referente a las políticas públicas y su ciclo, y se hace foco en las políticas sanitarias y sus dimensiones principales (así como se profundiza sobre el rol de lxs profesionales de la salud y sus marcos interpretativos de los problemas públicos). El capítulo 3 se centra en la gestión biomédica de las identidades trans, trazando su origen, hitos principales y críticas.

En el capítulo que sigue (capítulo 4), se amplía sobre la problematización y el abordaje metodológico del trabajo. Allí se explicita la estrategia a seguir y se expone sobre lo que implica el estudio de caso.

En los capítulos 5, 6 y 7 se presenta el análisis de la tesis, y para ello se toma como referencia la estructura del ciclo de las políticas públicas y los objetivos específicos de esta investigación. Así, cada capítulo se corresponde con el análisis de las dimensiones, subdimensiones y unidades de observación identificadas en cada objetivo (ver tabla 1 en cap. 4). De esta forma, cada uno de los capítulos corresponde a cada uno de los objetivos específicos: el capítulo 5 al OE 1, el 6 al OE 2, y el 7 al OE 3.

En el capítulo 5 se analiza el surgimiento del problema al que buscó responder la experiencia de la UDA de Saint Bois. Para ello, se analiza lo que implica la construcción del problema como público, desde el marco interpretativo de los actores de la UDA. En este sentido, se identifican las “ventanas de oportunidad” para incorporarlo, se describe su realidad objetiva y se analizan los marcos interpretativos rivales que la experiencia de la UDA sustituyó. Desde un marco de derechos, se analiza el marco interpretativo que busca instalar la experiencia de la UDA a través de dos dimensiones clave: la integralidad de la atención en salud y la despatologización.

En el capítulo 6 se analiza la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la UDA, es decir, el escalamiento de la experiencia. Para ello se

estudia la incorporación en la agenda sectorial y en la agenda amplia de derechos hacia la población trans. En particular, se hace foco en lo que refiere a la adopción de protocolos nacionales de hormonación y a la gestación y aprobación de la *Ley integral para personas trans* (Ley n.º 19.684, 2018, octubre 26) y su decreto reglamentario (Decreto n.º 104-2019, 2019, abril 29). En este capítulo también se explora el escalamiento de la experiencia en vinculación a otros efectores del sistema público de salud, así como se analiza la importancia de la experiencia de la UDA en el primer *Plan Nacional sobre Diversidad Sexual de Uruguay*.

Por su parte, en el capítulo 7 se abordan los desafíos para la implementación del modelo de la UDA en el contexto actual, suscrita por la crisis sanitaria ocasionada por la situación de COVID-19 y por el cambio de orientación en el Gobierno nacional, que tras 15 años de gobiernos de un partido de izquierda y centro izquierda (Frente Amplio) hoy es encabezado por una coalición de la que participan partidos de derecha, con posturas que abarcan desde el centro hasta extremos más conservadores (Partido Nacional, Partido Colorado, Cabildo Abierto, Partido Independiente, Partido de la Gente).

Finalmente, en el capítulo 8 se presentan las conclusiones del trabajo.

Esta tesis se centra en el derecho a la salud de las personas trans en Uruguay, pero lo hace a través de un abordaje que pone foco en la política sanitaria y en los efectores del sistema de salud. Ello responde tanto a un recorte teórico-metodológico como a una decisión ético-política.

El objeto de estudio en este caso son los actores por lo general menos observados al analizar el tema, los directamente vinculados con el diseño e implementación de la política. Si bien en otras áreas de política sectorial es habitual hacer este foco, al observar la política sanitaria y su cruce con las dimensiones de diversidad genérico sexual, con frecuencia se reproduce una mirada biomédica que centra la atención en las personas usuarias o reproduce la visión médica sobre el tema.

Aquí se busca tratar de generar otro acercamiento. En esta conversación en la que la tesis se inserta, las personas trans participan fundamentalmente como referentes teóricxs que guían y orientan el análisis, como se verá en los capítulos siguientes.

Como señala la activista travesti Marlene Wayar, en los acercamientos tradicionales existe una exclusión que las deja por fuera de la conversación: “Nosotras sufrimos violencia epistémica y hermenéutica, en esa conjunción entre la medicina y las ciencias jurídicas en donde nuestra palabra está invalidada para hablar sobre nosotras mismas, para interpretar nuestros procesos vitales” (Wayar, 2021, p. 62).

Tomar esta decisión también implica reconocer académicamente discursos que circulan en ámbitos no estrictamente académicos, por parte de actores que (especialmente en el caso de América Latina) presentan saberes que provienen de un ámbito más vivencial. Retomando nuevamente el problema que plantea Wayar, “todo el mundo ha hecho categorías, nuevos ejes de pensamiento, nuevo locus de pensamiento desde el pensamiento travesti trans, y no están reconocidas ahí las compañeras que se expresan de manera oral” (Wayar, 2021, p. 178).

Es una decisión de quien escribe esta tesis trabajar sobre ese conocimiento, entendiendo que emitir discursos desde el ámbito académico en América Latina hoy día genera una barrera para las personas trans (que, en el caso de Uruguay, tienen una incipiente inserción universitaria). Incluir sus voces dentro de esta tesis aspira a ser una forma de no reproducir esta exclusión, reconociendo debidamente sus aportes conceptuales de un modo que no represente un extractivismo académico (Wayar, 2021; Suess, 2020b). Así, pretendo que este trabajo aporte a un diálogo en el que la bibliografía académica interactúe con la producción generada en contextos activistas (Grau Muñoz, 2018), en el que la producción de conocimiento no reproduzca (o no sea en sí misma) una forma de violencia.

3. Lenguaje y terminología de la tesis

“Porque todo lo que definieron, a nosotras no nos alcanza”

Camila Sosa Villalda (Wayar, 2021, p.12)

En este trabajo se hará referencia a distintas formas de vivir la identidad de género, que se encuentran por fuera de la construcción que valida la hetero(cis)normatividad. Y, aunque parezca algo muy simple de aclarar, es importante para mí comenzar señalando que la vida de las personas no puede sintetizarse en las representaciones que realizamos en categorías, y que las que aquí presento no escapan a ello.

En este texto se emplean una serie de términos que han variado considerablemente y que siguen variando, a medida que escribo estas líneas. Esta tesis forma parte un proceso de construcción de conocimiento cuyo campo está en permanente redefinición, como sucede con otros campos, pero que se distingue por hacerlo a una velocidad mucho mayor. Por lo tanto, debo reconocer que es una pieza necesariamente provisional en esa construcción de conocimiento en la que se inserta, que construye una imagen en movimiento: en este punto, el campo académico refleja en cierto sentido al sujeto que lo protagoniza y a sus devenires en conflictiva pluralidad.

Por todo lo anterior, se hace necesario delinear algunos conceptos clave para seguir el recorrido de esta tesis, como una aproximación provisional que, como dice Villalda, alcanza apenas en parte a reflejar la situación que se quiere abordar. Una construcción declaradamente incompleta. Apenas una brújula.

Entiendo “identidad de género” como la vivencia subjetiva del género, que tiene una dimensión individual y una colectiva, en cuanto a que enmarca en las formas que una cultura y un momento determinados tienen en la construcción del género (Wood y Eagly, 2015). Hasta poco tiempo atrás, por lo general se interpretaba la identidad de género como la vivencia interna del guion de género binario. Sin embargo, actualmente se considera que se trata de la vivencia subjetiva de ser una mujer, un varón, ambos, ninguno, o de situarse en cualquier punto en torno al continuo de género,

entendiéndolo como un espectro, más que como una construcción de opuestos complementarios (*Gender identity and gender expression (brochure)*, s. f.). Esta identidad puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer.

En el caso de la expresión de género, puede definirse como la forma en que una persona expresa o presenta públicamente su género ante otrxs. Esto puede vincularse con elementos como la vestimenta, el lenguaje corporal y la voz, así como con el nombre y el pronombre que se emplea (*Gender identity and gender expression (brochure)*, s. f.).

La terminología que hace referencia a las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo que les fue asignado al nacer es profusa y varía ampliamente en función de sus distintos contextos de enunciación. En este trabajo, se empleará el término "trans" como un concepto paraguas que comprende diversas formas e identidades de personas que no se identifican con el sexo que les fue asignado al nacer (Platero, 2014; Galofre y Missé, 2017; Halberstam, 2018). En términos sintetizados, por trans se entiende aquí "(...) a toda aquella persona que vive en un género distinto al que le ha sido asignado al nacer con base en su sexo (...)" (Missé y Coll-Planas, 2010b, p. 45). Esta definición está en línea con el concepto de identidad de género proporcionado por los Principios de Yogyakarta, que hace referencia a la vivencia interna e individual del género sentido, lo que incluye la vivencia personal de la expresión de género y las modificaciones corporales siempre que se realicen libremente, con independencia del sexo asignado al nacer (Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007, 2017).

Como señala Platero (2014), en castellano se emplea ampliamente el término "trans" como concepto paraguas. De forma incipiente, se ha comenzado a utilizar el término "trans*" para marcar que, si bien existen puntos en común, hay una gran heterogeneidad en las concepciones del cuerpo, la identidad y las vivencias que van más allá del modelo hegemónico de concebir el género; por tanto, este término destaca la pluralidad de las experiencias trans, a la vez que dialoga con la necesidad permanente de nombrarse "más allá de las convenciones médicas y de los marcos más conservadores" (Platero, 2014, p. 23). De esta forma, este término supone "(...)

alejarse de la normalización que asimila a todas las personas con las mismas necesidades y las mismas narrativas” (Platero, 2014, p.99).

En el caso de que una persona manifieste una correspondencia⁶ entre el sexo asignado al nacer y su identidad de género, se empleará el término “cis”. Puede indicarse, siguiendo a Platero, que: “Los prefijos trans y cis quieren decir respectivamente en frente de, ir más allá, o bien, estar al lado de, junto a” (2014, p. 29).

El empleo de este término también se ha visto como un problema, y se ha señalado su origen patologizador asociado a la psiquiatría y sexología, así como su lejanía con los contextos de enunciación latinoamericanos; se han propuesto, en cambio, términos como “adgénero” (que intenta dar cuenta de “proximidad”, sin “abrir grietas” entre las identidades) (Wayar, 2021). No obstante, se emplea aquí el término cis, más que por una cuestión conceptual, por una operativa: es el término más difundido en el contexto que estudio. Esto no agota la discusión ni el problema, pero plantea una ruta práctica a la hora de generar una interacción dialógica con los actores que están actuando localmente en este campo.

“Cis” y “trans” tienden a construirse como antónimos, aunque la conceptualización que trae el término “trans*” tiende incluso a cuestionar ese nuevo binarismo.

En palabras de Halberstam:

Mi uso del asterisco (...) valora la especificidad del término “trans” y la utiliza para abrir el término a un conjunto cambiante de condiciones y de posibilidades, en vez de vincularlo solo a las historias de vida de un grupo específico de personas. Podríamos decir que la diversidad de género es tanto la historia de la diferencia como la historia de cómo se ha desarrollado la diferencia en un compromiso con el *statu quo*. (2018, p. 78)

⁶ Como plantean Ramos Pérez, Fernández Batalla y Monsalvo San Macario, “(...) en el sistema binario hay una correspondencia entre las proyecciones marcadas como ideales por parte de la sociedad y el cumplimiento de las expectativas por parte de cada persona sexual” (2018, p. 9).

Como apunta Stryker, uno de los puntos centrales que ha puesto de manifiesto el activismo de las personas trans ha sido el cuestionar que:

(...) el cuerpo del sexo (independientemente de cómo entendamos cuerpo y sexo) no alberga ninguna relación necesaria o predeterminada con la categoría social en que ese cuerpo vive o con la identidad y la percepción propia subjetiva de la persona que vive en el mundo a través de dicho cuerpo. Esta afirmación, extraída de la observación de la variabilidad social, psicológica y biológica del ser humano, es política precisamente porque contradice la creencia habitual de que el hecho de que una persona sea un hombre o una mujer en el sentido social viene fundamentalmente determinado por el sexo corporal, que es evidente y puede percibirse de forma clara e inequívoca. Es política igualmente en el sentido de que el modo en que la sociedad organiza a sus miembros en categorías basadas en sus diferencias físicas no elegidas no ha sido jamás un acto políticamente neutral. (Stryker, 2017, p. 45)

Siguiendo a Platero, puede indicarse que este concepto (así como el de “trans*” y “transgénero”) tiene la particularidad de ser un constructo autorreferencial, “(...) frente a aquellos que provienen del ámbito médico y que señalan una patología” (Platero, 2014, p. 16). Esto no implica que todas las personas que no se autoperciban (ni son percibidas) dentro del modelo identitario cis se autoidentifiquen de la misma forma, ni que tengan la misma trayectoria vital a la hora de habitar el género y/o el cuerpo. Este concepto puede incluir a personas que manifiesten un rol de género distinto al asignado (o que no se sientan comprendidas dentro del binarismo de género), de forma permanente o temporal, y que modifiquen o no su cuerpo. Así, más que definir a las personas que toman una trayectoria común, el concepto “trans*” alude a una heterogeneidad de respuestas que adoptan las personas que tienden a alejarse de un punto de partida no elegido y socialmente impuesto en lo referente a la vivencia de su identidad (Platero, 2014; Galofre y Missé, 2017; Stryker, 2017; Halberstam, 2018).

En Uruguay, tanto desde el movimiento social como desde las políticas públicas y la academia, en los últimos años se ha empleado por lo general el término “trans”. No obstante, esto ha ido cambiando recientemente en el activismo, donde se utilizan combinaciones como “trava-trans” y, de forma aún más reciente, existe una crítica desde las personas no binarias por entender que el término no les comprende. Halberstam (2018), Parra Abaúnza (2021) y Platero (2014) emplean el término “trans*” de un modo que comparto teóricamente. Sin embargo, debido a que esta discusión aún no se plantea en estos términos en Uruguay, en esta tesis emplearé el término “trans” sin asterisco, a modo de dialogar con la literatura y el activismo existente.

Como concepto paraguas, el término comprende (pero no se reduce) a personas que se identifican como transgénero, transexuales y travestis, por mencionar a tres de los términos más empleados al referir a las personas trans. No obstante, los términos varían y se actualizan, incluyendo nuevos desarrollos autorreferenciales de las comunidades que conforman una determinada subcultura, o desarrollos que provienen de élites culturales, medios masivos de información, o de campos académicos, especialmente aquellos vinculados con la medicina (Stryker, 2017). Es de destacar que en el caso de las infancias que no se adscriben a los modelos hegemónicos de experimentar el género, se ha desarrollado terminología específica que intenta imprimir un énfasis positivo, frente a la tradicional patologización o conceptualización de que se trata de un problema: es el caso de términos como “variante de género”, “personas que no cumplen o no conforman los mandatos de género”, “creatividad de género”, “infancia con género independiente”, etc. (Platero, 2014).

"Transexual" es un término que se ha empleado hacia las personas que conciben que la no correspondencia entre su sexo asignado al nacer y su género requiere de transformaciones corporales, independientemente de que las hayan podido concretar⁷ (Coll-Planas, 2010a). Estos cambios no son unívocos ni marcan una secuencialidad en las personas que deciden atravesarlos. Este término comenzó a emplearse en la década de 1950, con un significado similar al que tendría el término “transgénero” en la actualidad (se empleaba para definir a las personas que vivían una identidad de género

⁷ Pueden no haber concretado estas modificaciones por distintos motivos (restricciones económicas, de salud, por ser menor de edad, etc.), pero lo característico es considerar necesario realizar transformaciones en el cuerpo (Coll-Planas, 2010a).

distinta a su sexo asignado al nacer, independientemente de que hubieran iniciado cambios corporales). Si bien lo referente a la gestión biomédica de las identidades trans será el foco del capítulo 3, cabe introducir aquí que la mirada productora de sentido del discurso médico-psiquiátrico ha pautado un vínculo tenso con la gestión del género que no se adscribe a los límites del binarismo impuesto. Inicialmente, desde el discurso médico-psiquiátrico se catalogó a las identidades trans como un problema a resolver, y se desarrollaron términos y explicaciones que buscaron estandarizar y singularizar “el fenómeno”.

El término transgénero ha tenido y tiene muchas definiciones. En parte de estas se hace referencia a las personas que "(...) cuestionan la necesidad de escoger entre los roles masculino y femenino y que no consideran necesario establecer una correspondencia entre sexo y género mediante la transformación corporal" (Coll-Planas, 2010a, p. 26). Este cambio del género social es de carácter permanente, aunque, como ya se indicó, ello no tiene por qué implicar una modificación corporal. Como señala Stryker (2017), este término se difundió a comienzos de la década de 1990, aunque su historia es anterior y ha tenido múltiples significados (incluso contradictorios) en distintos momentos. De hecho, actualmente la autora lo emplea como un sinónimo del término "trans" recuperando el sentido que se le otorgaba en la década de 1990. No obstante, como se indicó previamente, en este trabajo se toma a dicho término como una representación más amplia que la que implica el de "transgénero"⁸. La definición que aporta Stryker es también un reflejo del tránsito que ha experimentado el significado de este término, así como el de otros que están comprendidos dentro de la amplitud de lo trans:

Durante la década de los sesenta y ochenta, [transgénero] hacía referencia preferente a la persona que no deseaba únicamente cambiar su ropa de forma temporal (como un travesti) o cambiar sus genitales de forma permanente (como un transexual) sino cambiar su género social de forma regular mediante un cambio de *habitus* y de

⁸ Tal como indicaba Platero (2014) y también señalan Galofre y Missé (2017), para la academia estadounidense, el término “transgénero” (*transgender*) se emplea con el mismo sentido que en castellano se utiliza el término “trans”, es decir, como un concepto paraguas, no con el sentido concreto con el que se lo interpreta por lo general en castellano (que es el que se toma en este trabajo).

expresión de género, que podía incluir el uso de hormonas, pero por lo general no la cirugía. Cuando el término saltó a la palestra a comienzos de los noventa, sin embargo, se empleaba para abarcar todos y cada uno de los tipos de variación de las normas y expectativas de género, de forma parecida a lo que significan en la actualidad los términos género queer, de género no conforme y no binario. En los últimos años, algunas personas han comenzado a emplear el término "transgénero" para hacer únicamente referencia a aquellas personas que se identifican con el género binario distinto al que se les asignó al nacer -que es el significado que "transexual" solía tener-y a usar otras palabras para personas que rehúyen del género que se les asignó al nacer sin necesidad de identificarse con otro género o que pretenden crear una cierta práctica de género nueva. (Stryker, 2017, pp. 69-70)

El término "travesti", por su parte, fue desarrollado originalmente por el sexólogo alemán Magnus Hirschfeld, quien lo popularizó a comienzos del siglo XX para describir lo que entendía como una motivación erótica para vestir y comportarse de una forma atípica de acuerdo con el sexo asignado al nacer. Si bien es un término longevo que ha experimentado diversos cambios en su significado a lo largo del tiempo, la conceptualización vinculada a la vestimenta y a otras características asociadas a la expresión de género (aunque sin involucrar la motivación erótica) parece perdurar. De todas formas, se observa que por lo general se emplea de modo peyorativo desde personas cis género hacia personas trans.

Cabe destacar, no obstante, que en ciertos países de América Latina se reivindica el término desde un marco autorreferencial. En Brasil, por ejemplo, se trata de un término en disputa; por ello, se hace referencia a "trans y travesti" en diversos ámbitos. Argentina, por otra parte, es quizá el caso más emblemático, donde desde parte del activismo trans más visible se rechaza este término y se adopta los de "travesti " o "trava", en parte como una forma de apropiarse (y de sentir orgullo) de aquellas palabras que se emplean como insulto.

Así, la activista Susy Shock escribe:

Tenía ganas de conversar con la maestra de la escuela, porque mi sobrino Uriel no quiere ir más a clase, y resulta que la seño me explica que los compañeritos y las compañeritas lo cargan con su tía que es... y no podía decirlo... 'Travesti', le completo yo. Y ella, que es muy amorosa, se asusta porque me nombré así, y yo la miré y sonriendo le dije: '¿Vos no te nombrás mujer? ¿Y eso te insulta? ¿Cómo nos va a asustar lo que somos y tanto dolor y alegría nos ha costado ser?'. Y quedamos en esto: 'cuando me veas venir a buscarlo, no dudes en decirlo: y si tenés un megáfono, por favor, ¡usálo!: 'Ahí viene la tía travesti de Uriel', que a mí me encanta cómo suena... orgullo es ese nombre, orgullo gigante y bien maricón. (Shock, 2018, s/n)

Y, por otra parte, "travesti" expresa un reclamo interseccional de la identidad, profundamente atravesado por la clase social y el origen étnico (de un modo análogo, también colectivos de varones cis no heterosexuales rechazaban el término "gay", por considerarlo de una clase no popular, y reivindicaban llamarse "putos").

Así, Lohana Berkins, activista y referente travesti en Argentina, popularizó la frase "Furia Travesti Siempre" para hacer referencia a las luchas del colectivo, y definió de esta forma lo que implicaba su identidad: "Yo no siento que por estar maquillada y tener modismos de lo femenino, soy una mujer. Tampoco por tener cierta genitalidad soy un varón. Yo soy yo misma: soy salteña, negra, gorda, periférica, de origen boliviano. No es solo el travestismo lo que me da mi identidad" (Un año sin Lohana Berkins, comandanta de las mariposas, 2017, febrero 5).

En palabras de Di Pietro (2020b), por lo general los enfoques que buscan explicar las disidencias de género se dividen en tres corrientes, según la base material que destacan: la acción performativa, la elección personal y la inclinación natural. Pero Berkins habitaba su cuerpo como un producto relacional, donde "tenía la astucia de presumir con las tres mientras activaba una crítica específicamente travesti" (Di Pietro, 2020b, pp. 274-275).

Di Pietro (2020a, 2020b) también apunta sobre el eurocentrismo y los mecanismos coloniales que operan en una lectura terminológica como la que acabo de hacer en este apartado, que está profundamente influida por una mirada occidental sobre lo

trans. Asimismo, la referente travesti Marlene Wayar indica que los términos deben ponerse en duda y critica su construcción reproductora del binarismo, y redefine la identidad que habita desde lo que implica transitar la vulnerabilidad y la violencia en relación a esta en nuestras latitudes:

¿Quieren saber qué es ser travesti? Desde los 8 años que estamos lejos de casa, en la calle. Y hemos sobrevivido, mínimo, hasta los 35 años. Nos empiezan a perseguir a los 18 mucho más sistemáticamente, de forma explícita. Nos matan. (Wayar, 2021, p. 15)

Esta es apenas una de las múltiples definiciones que presenta la activista en su diccionario, que busca dar un autolenguaje para definir colectivamente a la identidad travesti. En su recorrido, señala también una lectura alternativa sobre los términos que aquí se han reseñado:

En nuestra época se usaba solo travesti. De pronto, aparecieron las que se autodenominaban “trans”. Y bueno, vengan también las transexuales (...) Y estaba yo, que me autodenominé “transgénero”, porque en principio me obnubiló ese término más académico. Después reconocí el sesgo de clase en nuestras identidades y volví a “travesti”, pero queriendo complejizar. (Wayar, 2021, p. 69)

Lo anterior da cuenta del campo de disputa respecto a cómo nombrar (y a cómo habitar) políticamente la disidencia, y a los marcos interpretativos que generan conflicto incluso a la interna de los activismos. En este punto, los actores biomédicos son centrales en esa construcción, con todo lo que ello conlleva en cuanto a la mirada “extranjera” pero, a la vez, considerada calificada, aunque también esta legitimidad esté siendo cuestionada en la actualidad.

Dado que, como señala Butler, el campo de la terminología es uno en el que se escenifican espacios de lucha donde el poder social efectivo, “está estrechamente

ligado al léxico establecido con el objetivo de diagnosticar y evaluar los casos médicos y psicológicos” de las personas trans (Butler, 2010, p. 10), en el capítulo 3 se hará referencia al vínculo entre la gestión biomédica y la definición de estas identidades.

No obstante, y para finalizar esta introducción, corresponde señalar aquí que en este trabajo se empleará el término “trans”, siempre y cuando no represente una imposición sobre otros marcos de sentido que construyen los propios actores a los que se hace referencia. También se empleará la “x” en vez de los marcadores binarios de género, a no ser que esto implique una imposición, como se indicaba en torno al término “trans” (por ejemplo, no se utiliza si se transcriben discursos de entrevistadxs que emplean marcadores de género, o si se cita textualmente literatura que los emplea). En este sentido, y en línea con planteamientos como el de Maruzza (2021), se busca emplear el lenguaje inclusivo como una estrategia que visibilice la gramática y que problematice su construcción tradicional de la identidad.

Por último, si bien el término trans nace como una propuesta del movimiento social para salir del modelo biomédico de comprensión de la identidad de género (Missé y Coll-Planas, 2010a, 2010b), como señalaba previamente, en la actualidad está en cuestionamiento desde los propios movimientos sociales.

Concretamente en Uruguay, desde ciertas vertientes del activismo trans se ha cuestionado el término por considerar que se trata de una imposición: “la palabra trans ni siquiera proviene de nosotras” (Pini, 2019), es “una colonización académica, europea, blanca” (Spinetti, 2021). Como alternativa, se propone el término “identidades disidentes de género” (Spinetti, 2021). No obstante, es debido a que no hay consenso respecto a esta discusión y que en la práctica existe un uso extendido del término “trans” tanto en los actores del movimiento social, como de la academia y de las políticas públicas, que se opta por mantenerlo en esta tesis.

Asimismo, se emplea el mismo como categoría que se aplica a la lectura de momentos históricos diversos (en los que el término “trans” puede resultar ajeno si nos regimos por sus parámetros). Esta lectura se hace desde la acepción de lo trans que aquí se reseñó, dado que lo que se busca es la interlocución con quienes están reflexionando

sobre la identidad de género en el presente y fundamentalmente, en el contexto que estudio.

Capítulo 2. Políticas públicas y (derecho a la) salud

1. Introducción

La política pública puede definirse como aquel conjunto de acciones (o inacciones) gubernamentales que se vinculan con problemas públicos (Kraft y Furlong, 2006; Subirats et al., 2008). Dado el foco de este trabajo, dentro del campo de las políticas públicas, me centraré aquí en el área sectorial específica de la política pública sanitaria. Dentro de esta área sectorial, abordaré los principales elementos conceptuales que se emplearán, desde el ámbito de las políticas públicas, para comprender el caso⁹.

Este capítulo comprende cuatro secciones, además de esta introducción. En la primera se aborda el concepto de política pública. Allí se definen sus elementos constitutivos y se delinear algunas características conceptuales que serán desarrolladas en las secciones posteriores: la política se plantea como una respuesta a un problema que se define como público, que afecta a determinado grupo objetivo y que comprende una serie de medidas desarrolladas mediante la decisión de las autoridades públicas. Con base en esta perspectiva, los problemas públicos son construcciones que parten de los problemas sociales. Y en esa problematización de qué es un problema público, entendiendo lo público en un sentido amplio, los temas vinculados a la diversidad sexual y de género fueron definidos como íntimos, privados y no políticos durante gran parte del siglo XX. Con su problematización pública, también se discutieron las nociones de ciudadanía y de políticas públicas, ya que incluso en sus abordajes más universales y garantistas de derechos, al dejar por fuera estas dimensiones, estaban invisibilizando (e institucionalizando) exclusiones.

En el apartado siguiente se aborda qué implica pensar las políticas de salud desde un marco que efectivamente se plantee como universal y garantista de derechos, lo que comprende transversalizar la perspectiva de diversidad sexual y de género en la política sanitaria. Allí, se plantea que, además de las consideraciones tradicionales en torno a

⁹ En este sentido, este capítulo toma la acumulación conceptual que vengo desarrollando desde mi tesis de maestría (Schenck, 2017), la amplía y la profundiza.

cobertura, acceso, equidad e integralidad de los sistemas de salud, debe transversalizarse la mirada sobre diversidad genérico sexual en la política de salud para que esta no genere mecanismos de discriminación, expulsión y revulnerabilización de la población no comprendida en la heteronormatividad. En este sentido, se retoman instrumentos como los "Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos en relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género" y se los considera una guía para entender el enfoque de derechos en salud hacia las personas trans. En particular, se retoman cuatro aspectos centrales contenidos en los Principios 17 y 18: i. la no discriminación en la atención en salud; ii. el basar la atención en el consentimiento informado; iii. el generar mecanismos de educación para profesionales de la salud; y iv. el no basar la atención en diagnósticos que consideren a la identidad como trastorno.

A continuación, el cuarto apartado aborda el rol de las ideas y representaciones de los actores de las políticas sanitarias, como un factor relevante que explica el cambio en la política. Allí se explicita que se parte de un enfoque cognitivista, por lo que el énfasis está en las representaciones de los problemas que dan origen a una política y en los discursos que legitiman decisiones. Es decir, se considera que los problemas sociales que dan origen a una política no solo son una descripción, sino una construcción mediada por los actores que la significan. En este sentido, se entiende al equipo de salud de la UDA como a un actor colectivo unitario.

A través de nociones como "marco interpretativo", desde este enfoque se destaca la construcción de marcos de sentido a través de los cuales se define un problema y sus posibles soluciones. Asimismo, se destaca el rol de las ideas entre quienes teóricamente son operadores de una política y cuyo rol está separado de su diseño o formulación en los modelos más tradicionales de entender estos procesos. Sin embargo, se adopta la perspectiva de un proceso "de abajo hacia arriba", que pone el foco en el nivel de ejecución de la política de salud como potencial productor de diseño de la política.

Por último, se aborda el modelo analítico del ciclo de las políticas públicas. En este modelo, se plantean fases analíticas que pasan por: la identificación de un problema

como público; su incorporación en la agenda; la formulación (diseño) de la política; su implementación; y la monitorización y evaluación de sus resultados, idealmente retroalimentando a su ejecución.

La utilidad de este modelo de análisis es que permite analizar el proceso de generación de la política, por más que no se cumpla de forma mecánica en la realidad; así, será tomado como un marco que permita estructurar el análisis del proceso, y se tomarán las precauciones que conciernen a no caer en considerarlo un modelo secuencial.

2. Aproximación a las políticas públicas: “lo público” en debate

Como señalan Subirats et al. (2008), la expresión “política pública” es reciente, ya que se introdujo en el lenguaje de las ciencias políticas y administrativas europeas en la década de 1970 como traducción literal del término anglosajón *public policy*. Con este término se buscaba hacer foco en la utilización del poder político para resolver los problemas colectivos.

Como se indicó en la introducción de este capítulo, el concepto de política pública hace referencia tanto a las acciones como a las inacciones gubernamentales que se vinculan con un problema al que se define como público (Lemieux, 1995; Dye, 1972; Thoenig, 1985; Mény y Thoenig, 1989, como se citó en Subirats et al., 2008). Estas no se originan de forma inmediata en las autoridades estatales, sino que son resultado de un proceso, de “[...] una serie compleja de decisiones, en la que se entremezclan las iniciativas de las organizaciones sociales y las de las instancias gubernamentales” (Aguilar Villanueva, 1993, p. 10).

Son elementos constitutivos de las políticas públicas una serie de características, que deben darse conjuntamente y que se resumen de la siguiente forma: a) la política pública pretende ser la solución de un problema público; b) ese problema público es causado o sufrido (le afecta) singularmente por un grupo-objetivo (grupo social) que es claramente identificable; c) la política pública se compone de una serie de medidas coherentes que la forman de manera conjunta, al menos intencionalmente; d) se adoptan diversas decisiones y actividades como consecuencia de la formulación y aplicación de la política pública; e) esas decisiones y actividades están coordinadas y articuladas de tal forma que se puede hablar con propiedad de un “programa” de intervenciones; f) en todo ello existe un papel clave de los actores públicos (Parlamentos, Gobiernos, Administraciones Públicas); g) esos actores públicos dentro de sus competencias adoptan una serie de actos formales (formalizados jurídicamente); y h) las decisiones y actividades adoptadas tienen una naturaleza más o menos obligatoria (Subirats et al., 2008).

No pertenecen al ámbito de las políticas públicas las decisiones aisladas incoherentes con otras, las decisiones o acciones emprendidas únicamente por actores privados ni las decisiones que no pasan de un estado puramente legislativo, sin actos formales de implementación (Embidi y Martín, 2018).

Puede indicarse así que las políticas públicas responden a un problema público que refleja un cambiante problema social, el cual se estructura a través de mediadores (como, por ejemplo, medios de comunicación, nuevos movimientos sociales, partidos políticos y/o grupos de interés) para debatirse posteriormente en el proceso democrático de toma de decisiones. Desde este marco, el problema social es una construcción social y política (Subirats et al., 2008).

En cuanto a qué problemas sociales forman parte de la esfera de lo público, hay que señalar que, hasta entrado el siglo XX, en occidente los temas vinculados a la diversidad sexual y de género fueron definidos como íntimos y privados (Fish, 2007; Schenck, 2018a). Ello los situaba en el campo de lo no político, al igual que ocurrió con los temas que problematizarían (y politizarían) los feminismos y la perspectiva de género.

Sin embargo, especialmente a partir de las últimas décadas de la segunda mitad del siglo XX, cobraron visibilidad las luchas a favor del reconocimiento de la diferencia (Honneth, 1997). Estas situaron el eje de la acción colectiva en torno a reclamos identitarios (entendiendo a la identidad foucaultianamente como una cristalización de determinada configuración de poder en una sociedad), lo que dotó de sentido político a temas hasta entonces invisibilizados en la arena pública (Foucault, 1995).

Así, durante las décadas de 1970 y 1980, las luchas sobre el “reconocimiento de la diferencia” que agruparon reclamos en torno a la sexualidad, el género y otras arenas de lo que se entendía como reclamos identitarios, no solo “aspiraban a afirmar identidades hasta el momento negadas”, sino a incorporar “una dimensión lateral más rica a las batallas en torno a la redistribución de la riqueza y del poder”, que se volvió aún más central con el cambio de siglo (Fraser, 2000, p. 55).

La emergencia de esta arena de conflicto está en estrecha relación con la fijación de agenda, y con el cambio de paradigma respecto a qué es considerado un asunto de interés público (Schenck, 2018a). Si bien profundizaré sobre esto más avanzado el capítulo, cabe señalar aquí sintéticamente que por “agenda” me refiero a los asuntos que están presentes en la discusión pública, política o gubernamental en un momento dado (Elder y Cobb, 1993; Kingdon, 1995). Por “formación de agenda” aludo al proceso por el que los actores sociales definen cuáles son los temas prioritarios y cómo captan la atención de los actores del sistema político administrativo, lo que puede generar una política pública para dar solución a un problema (idem).

El nuevo marco interpretativo que introducían estos actores problematizaba ámbitos que eran considerados ajenos a la política pública, en una distinción tajante entre “lo público” y “lo privado” heredera del pensamiento clásico, que hasta entonces dejaba por fuera de la problematización política a este último. Asimismo, señalaba un déficit democrático en el abordaje tradicional sobre la ciudadanía (Plummer, 1995; Weeks, 1998), que denunciaba el carácter excluyente de las políticas del bienestar, más allá de su pretendida universalidad.

En este contexto, las definiciones de "ciudadanía íntima" (Plummer, 1995) y "ciudadanía sexual" (Weeks, 1998) interpelaron a las fases desarrolladas por la teoría de la ciudadanía (Marshall y Bottomore, 1998), con énfasis en que en torno a la sexualidad existía un nuevo eje de inclusión y exclusión. Considerando el carácter performativo de las categorías identitarias, que las crea a través de un efecto de restricción/producción de subjetividades (Butler, 2007), se da la situación de que pertenecer a la sociedad implica tratar de reconocer(se) en sus categorías. Así, se da una dualidad de habilitación y opresión a través de las normas sociales en donde el género termina definiendo la comprensión de lo humano (Coll-Planas y Missé, 2015).

Una forma de expresión institucional que hace que determinadas identidades sean vividas como tragedia:

La tragedia travesti es que no existe cómo escapar de esta sociedad, dónde construir algo más, una forma de existir y coexistir en la que estas cosas no estén presentes:

nacemos en una familia heterosexual, no hay escapatoria. Y ese es el éxito de esto que se viene conformando y va a terminar de cristalizarse en la Modernidad con los Estados-nación: un Estado genocida, unificador, simplificador, que no puede pensar de manera compleja, que no puede respetar la complejidad porque quiere una identidad dicotómica, hombres y mujeres, en la que los hombres son privilegiados, las mujeres subalternas, y todo lo demás son delincuentes, enfermos, criminales, pecaminosos. (Wayar, 2021, pp. 30-31)

La construcción tradicional de la ciudadanía y de las políticas públicas universalizaba con base en supuestos heteronormativos, donde desde un lugar de enunciación supuestamente neutro, todo lo que no estaba comprendido en el marco de la cisheterosexualidad era considerado una desviación. En el caso de las políticas del bienestar, que se sustentan en la legitimidad de la universalidad, conceptos como el de privacidad fueron funcionales a la exclusión de las personas LGBTIQ+, a la vez que normalizaron la invisibilización de esta discriminación (Fish, 2007). Problematizar y desnaturalizar esta forma institucionalizada de discriminación ponía al descubierto una "ideología de la heterosexualidad" reproducida desde las propias políticas, a través de una invisibilización que "(...) parece incluir a todxs, pero que, de hecho, excluye las vidas diversas genérica y sexualmente (...)" (Mulé et al., 2009, s/p)¹⁰.

Así, visibilizar la dimensión política de la sexualidad agujerea la tajante barrera que se construye sobre la distinción público/privado, lo que combate estas arraigadas formas de exclusión "(...) al mismo tiempo que critica los discursos tradicionales de ciudadanía" (Sempol, 2013a, p. 11). Esto hace emerger una nueva agenda política, que visibiliza mecanismos naturalizados de dominación social, lo que fuerza a desnaturalizarlos y hace visibles los puntos de fricción que genera la desigualdad.

También visibiliza las exclusiones que se naturalizan en las construcciones clásicas de las políticas de bienestar, incluso de aquellas que se plantean actuar desde un marco de garantía universal de derechos. Por ello, se ha señalado que estas políticas, cuando no contemplan específicamente la transversalización de problematizaciones como las

¹⁰ Esta cita y todas las que no están escritas originalmente en castellano, fueron traducidas por mí.

que se plantean desde la perspectiva de diversidad sexual y de género, construyen una “universalidad excluyente” (Schenck, 2018a).

3. Universalizar efectivamente el derecho a la salud: transversalización de la perspectiva de diversidad sexual y de género

Desde una perspectiva de derechos en salud, un objetivo potencial de los sistemas sanitarios es lograr acceso y cobertura universal. En los sistemas que se basan en el acceso universal asociado a las políticas de bienestar, la salud se considera un derecho humano. Por lo tanto, el Estado tiene responsabilidad para garantizarlo a la población.

Hay cuatro conceptos clave que aborda la política para garantizar el derecho a la salud: i. cobertura; ii. acceso; iii. equidad; e iv. integralidad (Schenck, 2018a).

La cobertura se refiere a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014), en lo que respecta a recursos humanos, infraestructura, financiamiento y tecnología.

En cuanto al concepto de acceso, si este es concebido de forma universal, implica que no existan barreras para acceder al sistema de salud (ya sea geográficas, económicas, sociales, organizativas, de género, etc.).

La OPS define a la equidad en salud como "la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables" (OPS, 2014, p. 6). Así, el concepto de equidad introduce la noción de justicia social asociada al acceso (Gulliford et al., 2003).

La atención integral se refiere a la capacidad de atender la salud y resolver sus problemas, e implica acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación. Siguiendo a Giovanella et al. (2012) puede indicarse que la noción de integralidad está orientada a que los servicios de salud "conciban el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad", tomando a la persona como un ser biopsicosocial y considerando "su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí, la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa y no separada [...] (Giovanella et al., 2012, pp. 200-201).

Al analizar críticamente la literatura tradicional que aborda los sistemas de salud y la política sanitaria, se observa que la conceptualización de nociones como acceso, cobertura y equidad desde un paradigma universalista reproduce una idea abstracta de usuario del sistema, aún si se enmarca en una perspectiva de derechos sociales. Incluso en la literatura que plantea una mirada sobre la justicia asociada a los sistemas sanitarios, las inequidades resultantes de la interpretación desvalorizada de las diferencias sociales se relacionan con diversidades que por lo general no incluyen la perspectiva de la diversidad sexual y de género (Schenck, 2018a).

Los usuarios que no están comprendidos en lo que la heteronorma prevé pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario, que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida. Por ello, es relevante incorporar la perspectiva de diversidad sexual y de género desde el primer nivel de atención (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, s.f.; Sempol et al., 2016), es decir, el nivel de menos especialización en que se organizan los sistemas de salud. Se busca así que las instituciones sanitarias sean verdaderamente receptivas y no un ámbito que, al reproducir la violencia, genere mecanismos de expulsión y revulnerabilización.

En el ámbito internacional, la integralidad en salud desde una perspectiva de derechos ha incorporado crecientemente la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género en los sistemas sanitarios (Schenck, 2017; Suess, 2020b). En este marco, en lo que refiere a identidad de género, es ineludible la referencia a los "Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos en relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género" (Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007). A través de una serie de principios, este instrumento establece pautas para que el sistema internacional y los Estados avancen hacia garantizar el alcance universal de las protecciones a los derechos humanos, con base en estas dimensiones.

Allí se establecen, entre otras, consideraciones en torno al derecho a la igualdad y la no discriminación (Principio 2) y al derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica (Principio 3). Se incorporan, asimismo, derechos asociados a modificaciones corporales

vinculadas a la identidad de género en los Principios 9 (derecho de toda persona privada de libertad a ser tratada humanamente), 13 (derecho a la seguridad y protección sociales) y, de forma específica, se establece el derecho al disfrute de la salud en el Principio 17 y a la protección contra abusos médicos, en el Principio 18.

Estos dos últimos principios establecen recomendaciones orientadoras hacia los Estados para pensar en un abordaje de derechos en materia de salud e identidad de género. En particular, interesa retomar cuatro aspectos centrales: i. la no discriminación en la atención en salud; ii. el basar la atención en el consentimiento informado; iii. el generar mecanismos de educación para profesionales de la salud; y iv. el no basar la atención en diagnósticos que consideren a la identidad como trastorno. Los tres primeros se desarrollan fundamentalmente en el Principio 17, mientras que el último se desarrolla en el Principio 18.

En cuanto al primero, la no discriminación, se indica que deben adoptarse todas las medidas necesarias para asegurar el acceso sin discriminación por orientación sexual o identidad de género, a la vez que se deben diseñar intervenciones en salud que mejoren el estado de salud de todas las personas sin discriminación, respondiendo a sus necesidades y singularidades. Para ello, se sugiere el desarrollo e implementación de programas y políticas que busquen hacer frente a la discriminación, así como facilitar el acceso a tratamiento, atención y apoyo no discriminatorios a las personas que busquen transitar modificaciones en su cuerpo relacionadas con su identidad de género.

Sobre el punto dos, el consentimiento informado¹¹, se indica que debe garantizarse a todas las personas el estar informadas y se recomienda promover su autonomía para que puedan tomar “sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención médica con base en un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género” (Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007, p. 24).

¹¹ Opto por mantener la formulación de “consentimiento informado” durante esta tesis debido a que es un concepto de amplia circulación. No obstante, comparto con Suess (2020b) que puede no dar cuenta cabalmente de un proceso de información y asesoramiento continuo, como sí aspira a hacerlo la figura de “enfoque de decisión informada”.

En lo referente al tercer punto, generar mecanismos de educación para profesionales de la salud, se recomienda que se adopten las medidas educativas y de capacitación necesarias para que quienes trabajan en la salud puedan brindar a todas las personas el nivel más alto de atención, con pleno respeto a su orientación sexual e identidad de género.

El cuarto punto, no basar la atención en diagnósticos que consideren a la identidad como trastorno, insta a los Estados a garantizar “que ningún tratamiento o consejería de índole médica o psicológica considere, explícita o implícitamente, la orientación sexual y la identidad de género como trastornos de la salud que han de ser tratados, curados o suprimidos” (Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007, p. 25, 2017).

En los Principios de Yogyakarta +10 se añaden otras consideraciones que hacen a las obligaciones de los Estados y al fortalecimiento de la respuesta pública en salud atendiendo a nuevos desafíos, a la vez que se indica que el derecho al reconocimiento legal no debe tener como prerrequisito la intervención médica o psicológica (Principio 31, literal C, tercer punto).

A nivel de la región, en 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (OPS, 2013), señalando que el acceso universal requiere abordar los obstáculos políticos, socioculturales e históricos a la atención en salud de quienes integran grupos poblacionales estigmatizados. En ese sentido, se insta a los Estados miembro de la OPS a:

(...) otorgar prioridad a promover el acceso igualitario a los servicios de salud en las políticas, los planes y la legislación, y considerar la posibilidad de elaborar y fortalecer políticas integrales universales de protección social, incluida la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención de salud, y de promover la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar y el acceso a ellos,

teniendo en cuenta el estigma, la discriminación y la persecución que experimentan los integrantes de la comunidad LGBT. (OPS, 2013, p. 77)

Los sistemas de salud se han organizado tradicionalmente de una forma heteronormativa, cisnormativa y endonormativa. Si bien el primero de estos conceptos ha sido referido en páginas anteriores, a modo de ofrecer una explicación sintética, siguiendo a Gasch-Gallén et al. (2021) diré que se entiende por heteronormatividad la suposición de que todas las personas siguen prácticas heterosexuales, mientras que por cisnormatividad se entiende que viven con una expresión o identidad de género que coincide con el sexo asignado al nacer. Por último, se entiende por endonormatividad que las personas tienen características sexuales que se ajustan al modelo binario del cuerpo; todo ello no solo se supone, sino que se impone por considerarse deseable.

Estos modos invisibilizan y niegan las necesidades y experiencias de la población LGTBIQ+ (Colpitts y Gahagan, 2016), por lo que se les ha borrado de las políticas de salud sin reconocer la discriminación estructural que enfrentan. De hecho, existen importantes carencias en la inclusión de la diversidad afectivo-sexual, corporal y de género en la formación en ciencias de la salud de profesionales de distintas disciplinas y niveles de atención (Gasch-Gallén et al., 2021), lo que es una dimensión más de esta exclusión naturalizada que trata a la diversidad como problema.

Los efectos de esta discriminación comprometen directamente el bienestar de quienes son excluídxs. Mulé et al. (2009) afirman que existen pautas de salud y enfermedad específicas para las personas LGTBIQ+, y que algunas de ellas pueden ser resultado de la marginación y discriminación que atraviesan. En el caso de las personas trans, sistematizan dificultades de acceso a cirugías de readecuación corporal, ciertos cánceres relacionados con las terapias hormonales, complicaciones asociadas al uso de esteroides, complicaciones por intervenciones quirúrgicas, y el experimentar rechazo cuando asisten al sistema para atenderse por problemas de salud de baja complejidad (Mulé et al., 2009).

También indican que, debido al temor y a la falta de confianza que ocasiona la discriminación, la población LGTBQ+ tiene un acceso reducido a la atención de calidad en salud y que no utiliza los servicios todo lo que sería necesario.

Por lo anterior, es necesario un análisis crítico de la política sanitaria desde una perspectiva que contemple la diversidad sexual y de género, que permita deconstruir los supuestos que sostienen estructuras de dominación que pueden permanecer inadvertidas como mecanismos de exclusión (Daley y MacDonnell, 2011).

Debido a ello, transversalizar la diversidad sexual y de género en las políticas de salud de corte universalista se vuelve necesario si efectivamente se quiere alcanzar esa universalidad (Schenck, 2018a). Para esto, es necesario incorporar esta mirada y esta problematización en la corriente central de las políticas de salud, especialmente si se proyectan desde un marco de derechos.

4. El rol de las ideas de los actores en las políticas públicas sanitarias

Un elemento de análisis en la literatura sobre políticas públicas relevante para esta tesis es por qué se produce un cambio que lleva a modificar o crear una política, y cómo explicarlo.

En este sentido, siguiendo la propuesta de Fontaine (2015), podemos señalar que la literatura especializada se agrupa en tres líneas principales. Si bien no son excluyentes, estos tres enfoques dan distintas miradas sobre las causas y modalidades del cambio en la política pública, que pueden sintetizarse en: a) los enfoques cognitivistas, que ponen énfasis en las representaciones de los problemas que dan origen a una política y en los discursos que legitiman decisiones; b) los racionalistas, cuyo énfasis está en el proceso de toma de decisión y la racionalidad de los actores; y c) los institucionalistas, que privilegian el rol de las instituciones en los procesos de cambio.

En esta tesis se profundizará sobre el primero de estos enfoques, con el entendimiento de que los problemas sociales que dan origen a una política no solo son una descripción, sino una construcción mediada por los actores que la significan. Teóricamente, por “actor” se entiende tanto a un individuo como a varios, así como a personas jurídicas, grupos sociales, etc.

(...) todo individuo o grupo social implicado en el problema colectivo que origina la política pública se considera un actor potencial que podría formar parte del “espacio” de la mencionada política. En efecto, el comportamiento más o menos activo de un actor influirá la manera en la que acabe siendo concebida y puesta en práctica la intervención pública en cuestión. (Subirats et al., 2008, p. 50)

Aquí se hará énfasis en la dimensión colectiva del término, entendiendo al equipo de salud de la UDA como un actor unitario. Siguiendo a Subirats et al., puede indicarse que un conjunto de individuos constituye un actor unitario cuando “en lo que

concierno a la política pública que se analiza, se presente y actúe con homogeneidad interna respecto a los valores e intereses que defiende y los objetivos que persigue” (2008, pp. 49-50).

Así, según estos autores, el enfoque cognitivo:

(...) subraya el papel de las ideas y de las representaciones (o “frames”) en la formación (y sobre todo en la definición) de los problemas que acaban siendo objeto de la acción pública y que explican el cambio en las políticas públicas. El rasgo distintivo de esta corriente de pensamiento es que pone el acento en los principios generales, la argumentación y los valores que definen “una visión del mundo” que acaba reflejándose y/o produciendo la política pública (Subirats et al., 2008, p. 22).

Fontaine señala que el centro de este enfoque está en comprender los marcos mediante los cuales se interpreta el entorno y se procesa información por parte de los actores, destacándose subenfoques analíticos como el de las coaliciones promotoras y el de los referenciales globales-sectoriales para estudiar el cambio en las políticas públicas. El marco de coaliciones promotoras es el más adecuado para comprender el proceso que se analiza en este trabajo, dado que para estas políticas públicas “se elaboran y se llevan a cabo por grupos de individuos que comparten creencias comunes y aprenden del mundo y de la intervención de los Gobiernos para lograr sus objetivos” (Fontaine, 2015, p. 18). El aprendizaje es tanto técnico (se aprende de experiencias anteriores) como político, donde ciertos actores logran experticia que les permite tener una ventaja. Este aprendizaje varía además en función de distintos factores, como el nivel de conflicto, la capacidad de dar seguimiento a un tema y la existencia de foros especializados. En estas coaliciones, ciertos actores tienen un papel específico y relevante en función por ejemplo de su formación profesional, en relación a los temas en los que se busque influir. En este sentido, el rol de los médicos en temas vinculados a la salud cobra especial relevancia. Como señala Fontaine, “(...) ciertas profesiones y ciertos medios profesionales están más predispuestos que otros a

generar líderes de coaliciones (...) Ello podría explicar por qué el marco analítico de las coaliciones promotoras explica mejor el cambio de políticas en ciertas áreas que en otras (...)” (2015, p. 19).

Desde el enfoque cognitivo, cobran importancia nociones como la de “marco interpretativo” de la política, dado que permite analizar especialmente los discursos que le dan formato al problema. Por “marco interpretativo” (Verloo, 2016; Johnson et al., 2015) se refiere al principio de organización que transforma información fragmentada en un problema político “estructurado y significativo”, planteando una solución al mismo. Estos marcos operan como sistemas de creencias que se sustentan en la cognición y experiencia de los sujetos, lo que da sentido al problema (Baeza Cabezas, 2014).

Así, desde el enfoque cognitivo, se destaca la construcción de marcos de sentido a través de los cuales se define un problema y sus posibles soluciones:

Desde esta perspectiva, destaca la influencia que tienen las ideas, prejuicios, representaciones y funcionamiento de la sociedad en general. Cobran así especial relevancia los elementos simbólicos, retóricos y argumentativos presentes en la determinación de las políticas públicas. (Baeza Cabezas, 2014, p. 34)

En este contexto, es de particular interés analizar el discurso de los actores que median en los marcos por los que se interpreta un problema público, entendiendo a un discurso desde un punto de vista que va más allá de una expresión instrumental de un interés estratégico, y que se constituye como un proceso interactivo de transmisión de ideas en el que se reafirma una postura a la vez que se persuade a otros actores de determinado curso de acción (Schmidt, 2008; Baeza Cabezas, 2014).

Para este trabajo, como ya se explicitó, se tomará a las políticas públicas dentro del marco sectorial específico de la salud. Como señalan Béland y Ridde (2016), en este ámbito la ciencia política ha mostrado su relevancia al explorar el rol de las ideas (como

por ejemplo creencias y percepciones de los actores) en el proceso de generación de las políticas. Este enfoque "(...) ha realizado una contribución directa a la ciencia política y al análisis de la política, mostrando cómo las ideas y los supuestos de los actores, junto con las instituciones e intereses, pueden dar forma a los resultados de las políticas" (Béland y Ridde, 2016, p. 10). Como indican estos autores, esta literatura señala que los intereses de los actores importan, y que sus metas y preferencias son construcciones históricas y políticas.

Por "ideas", se hace referencia a:

(...) creencias, percepciones y supuestos políticos de los actores, ya que son diferentes de las instituciones y los intereses. Por un lado, las ideas son distintas de las instituciones en parte porque muchas de ellas nunca están institucionalizadas. Esto significa que las ideas no son, en sí mismas, las reglas formales e informales que llamamos instituciones. Las ideas y las instituciones están estrechamente relacionadas en el mundo empírico, pero es posible y necesario trazar una línea analítica entre ellas. Por otra parte, para demostrar que las ideas desempeñan un papel distinto en la implementación de políticas, los académicos deben demostrar que las ideas hacen más que reflejar simplemente la posición material y los intereses de los actores, que no son puramente objetivos. (Béland y Ridde, 2016, p. 17)

Este enfoque, que podría resumirse en la premisa de que "las ideas importan" a la hora de considerar una política, es compatible con el de que las ideas pueden interactuar con otros factores para producir resultados concretos de política.

No obstante, como se verá en el apartado siguiente, tradicionalmente la literatura sobre la implementación ha prestado poca atención al rol de las ideas de los ejecutores, lo que refuerza la noción general del enfoque "de arriba hacia abajo" (*top-down*) en la construcción de las políticas.

Nuevamente retomando a Béland y Ridde (2016), puede afirmarse que existen buenas razones para considerar que las ideas y percepciones de los actores pueden dar forma a

la implementación de las políticas. Genieys y Smyrl (2008) forman parte de los autores que aluden a la importancia de tomar el rol de las ideas en la implementación y señalan que una política puede fracasar si existe una incompatibilidad entre su diseño y la cultura ideacional en la que se inserta. A ello Béland y Ridde añaden que esta incompatibilidad entre las ideas y las etapas de formulación e implementación pueden darse al transferir una política desde otro contexto (otro país, por ejemplo) o darse a la interna de un mismo país, cuando profesionales y operadores (*street level bureaucrats*) encargados de la implementación de una política tienen ideas distintas a las que dominaron la etapa de su diseño. Lxs profesionales y operadores de una política, en palabras de Lipsky (1980), son hacedores de política (*policymakers*), ya que sus acciones, que están influidas por sus ideas y percepciones, son instrumentales para el éxito o fracaso de la implementación. Por ello, Béland y Ridde sugieren que se reconozca la centralidad de lxs trabajadores de la salud y de sus ideas en la implementación de políticas sanitarias, resaltando tres aspectos: que las ideas sobre los problemas de la política y las soluciones de los actores involucrados en la implementación repercuten en el éxito o fracaso del proceso; que los problemas de implementación repercuten negativamente en la implementación de la política por parte de lxs operadores; y que cuanto más se agrande la brecha entre la solución de política en cuestión y los supuestos de estos operadores, más probable será que la implementación se enfrente a oposición de su parte.

5. Ciclo de las políticas públicas como modelo de análisis

Dentro de los modelos de análisis de las políticas públicas, el del ciclo de las políticas públicas (Subirats et al., 2008) parte justamente de identificar a un problema como público. En la fase de surgimiento de los problemas, se visibiliza una necesidad colectiva que expresa una diferencia entre la situación actual y la situación deseable, y se exige una solución pública para ello.

Como señalan Elder y Cobb:

Definir un problema es seleccionar y destacar ciertas realidades y hacer valoraciones sobre ellas [...] los hechos que se consideran relevantes dependen necesariamente del marco de referencia y de las teorías implícitas de las personas que evalúan la situación [...]. (1993, p. 91)

Esto no quiere decir que se caiga en un relativismo en el que la realidad depende completamente de la percepción que se tenga sobre la misma, y que no existen datos objetivos sobre un problema: lo que se marca es que estas situaciones objetivas son solo uno de los aspectos que constituyen un problema social. Por ello, Subirats et al. (2008) indican que el análisis de las políticas públicas debe “identificar los procesos, los actores y los argumentos que se usan para que tales situaciones objetivas se perciban y definan como problemáticas y merecedoras de una intervención pública” (Subirats et al., 2008, p. 126).

Como se verá más adelante en este trabajo, es claro que existió un diagnóstico de vulnerabilidad asociado a la forma de transitar una identidad de género trans en Uruguay, que afectó diversas áreas, la salud entre estas. Sin embargo, la forma de construir el problema desde el marco de referencia de los actores del sistema sanitario varió, y uno de los cambios más significativos fue abordar el problema desde un plano

integral de garantía de derechos a las personas trans, abandonando el paradigma patologizador.

No toda visibilización de un problema público lo convierte en objeto de una política. La segunda fase del modelo analítico es la de incorporación a la agenda, y hace referencia a que los actores del sistema político lo incorporen en su marco de toma de decisiones. En un momento determinado, existen diversos problemas que compiten entre sí para ser incorporados en agenda. En este punto, influyen dimensiones como la intensidad del problema (que puede variar entre diferentes actores y períodos), su audiencia (es decir, el perímetro de alcance del problema), su novedad (dado que es más factible lograr movilización social con problemas que se perciben como “nuevos” que aquellos que son considerados crónicos), y su urgencia (en referencia a si se trata de un problema crítico coyuntural). También influyen otras dimensiones, como la complejidad del problema o su interdependencia o multicausalidad, entre otras.

Elder y Cobb señalan que la formación de agenda refiere al proceso por el cual ciertos problemas llaman la atención “seria y activa” del Gobierno como posibles asuntos de política pública. Las capacidades de los Gobiernos son limitadas, por lo que no todos los problemas pueden abordarse a través de una política pública. En este punto, debe tomarse en cuenta que, como señalaba en el apartado anterior, los problemas son resultado de definiciones, y que estas no solo dependen de los hechos sino de las creencias, los valores y las interpretaciones, y que su incorporación en agenda depende en gran parte de la capacidad de agencia de los actores para hacer valer su perspectiva.

Los problemas de política son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad. Y como siempre es posible que haya una multiplicidad de definiciones acerca de un problema, lo que está en juego en el proceso de formación de la agenda no es solo la selección de los problemas sino también su definición. Las definiciones sirven, a la vez, para encuadrar las elecciones políticas posteriores y para afirmar una concepción particular de la realidad. Por lo tanto, las decisiones que se adopten durante el proceso de formación de la agenda tienen consecuencias muy profundas, en el sentido de que pueden afectar la vida de las personas e influir en su interpretación de la realidad social. (Elder y Cobb, 1993, pp. 77-78)

Como señalan Subirats et al. (2008), el paso de un problema social a un problema público responde a una definición que es esencialmente política, porque la definición de lo público implica su inclusión en la agenda política. De esta forma, “los actores públicos (por ejemplo, la Administración, el Gobierno, el Parlamento) reconocen la necesidad de considerar una eventual solución pública en relación con cómo se ha «formateado» o tematizado el problema o la situación problemática” (Subirats et al., 2008, p. 129). En este reconocimiento, sin duda los recursos de poder con los que cuentan los actores para hacer oír su voz deben ser considerados, ya que la definición de un problema no está exenta de conflicto y distintas formas de interpretarlo pueden estar en competencia para ser tomadas desde la agenda gubernamental. En síntesis, no solo los problemas compiten entre sí para ser incorporados en agenda; también las distintas interpretaciones sobre un problema determinado están en competencia.

Siguiendo a Stone (1989, como se citó en Subirats et al., 2008), puede indicarse que la definición de un problema es un proceso de construcción de imaginarios, en el que los actores construyen narraciones que los describen y reivindican el derecho a exigir que las autoridades públicas intervengan para darles solución. En el proceso de incorporación de temas en la agenda, pueden existir diferentes actores y estrategias que se ponen en juego, y que han dado lugar a generar distintos modelos, que pueden combinarse en la práctica: el de la “mediatización”, que alude al rol que tienen fundamentalmente la prensa escrita, radio, televisión e internet y los institutos de encuestas sobre la formación de temas en la opinión pública; el modelo de la oferta política, que da a los partidos políticos un rol de formateo y de iniciativa de las demandas sociales, no solo de su representación; el modelo que alude a la capacidad de movilización por parte de grupos de presión y/o de los movimientos sociales para atraer a la opinión pública y la de los actores gubernamentales hacia el problema sobre el que buscan intervenir; el modelo de la acción corporativista silenciosa, que pone foco en el rol más discreto que tienen algunos grupos de interés en la agenda política a la hora de defender sus intereses particulares; y el modelo de “anticipación interna” (Garraud, 1990, como se citó en Subirats et al., 2008), que ilumina el rol de los actores que están encargados de la implementación de la política, y que por ello pueden

identificar sus desajustes en vinculación con la no resolución del problema que esta busca abordar.

Como señalan Johnson et al. (2015), para comprender cómo se instala públicamente la problematización de un tema específico y qué temas pasan este filtro y se incorporan en la agenda gubernamental, es necesario tomar el concepto de “ventana de oportunidad” (Kingdon, 1995). Estas ventanas se configuran como escenarios proclives a que los actores que tienen una determinada visión de un problema público puedan permear esta visión en el resto de la sociedad y/o lograr tener eco en las autoridades con capacidad de definición política. Bajo este concepto, se comprende un entorno habilitante que contempla tanto una serie de hechos concretos (como la orientación del Gobierno, por ejemplo) como factores subjetivos, es decir, la percepción en los actores de que existe una coyuntura favorable a sus planteamientos. Estas ventanas también pueden ocurrir como eventos focales que catalizan la atención de un tema, y no solo como un entorno habilitante de modo general.

Volviendo a las fases del ciclo de las políticas públicas, una tercera etapa está dada por la formulación (diseño) de la política, con la que se seleccionan los objetivos, instrumentos y procesos que deberán mobilizarse para resolver el problema.

Subirats et al. (2008) indican que, en esta fase, se define un programa de actuación político-administrativo mediante el cual se establecen los objetivos a alcanzar a la hora de afrontar un problema público, es decir, la meta de una política. Esta meta está estrechamente vinculada con la definición del problema, y allí se establece lo que se pretende alcanzar con la solución que se adopte. Así, los objetivos de una política se vinculan con la transformación que se quiere lograr de la realidad.

En esta fase también se incluyen elementos evaluativos y operativos, así como se definen los derechos y obligaciones que se generan para los grupos a los cuales se destina una intervención. En este punto se encuentran leyes, decretos, reglamentos, protocolos y acuerdos administrativos, entre otros documentos, que definen formalmente la intervención de la política, en sus distintos niveles.

La cuarta fase del ciclo viene dada por la implementación de la política, en la cual, idealmente, se adapta el programa de la política a las situaciones concretas a las que deberá enfrentarse.

Según Mazmanian y Sabatier (1983), la implementación consiste en llevar adelante una decisión de política, en la que idealmente se identifica el problema al que busca responder, se ponen en práctica los objetivos que se persiguen y se definen las etapas del proceso.

Varias de las definiciones sobre implementación dan cuenta de las expectativas que se ponen en juego en esta etapa, y sugieren que, cuanto más clara sea la directiva política, más claro será el mandato y, por tanto, más valiosa será la indicación de qué hacer para quienes implementen la política. En distintos estudios se ha analizado que puede haber un conflicto entre quienes diseñan la política y quienes la ejecutan, puesto que distintas subjetividades en juego podrían apartar la implementación de su diseño original (P. deLeon y L. deLeon, 2002). De hecho, muchos de los estudios de caso que se centran en la implementación de las políticas intentan explicar por qué los diseños fallan. Se trata de un tema tan extendido en la literatura de la ciencia política que, parafraseando a Lin (1996), podría llegar a considerarse que, mientras que la implementación exitosa de una política es un hecho muchas veces accidental, los fallos en la ejecución son resultado de su diseño (Lin, 1996).

Como se observa en estas definiciones, en los modelos más tradicionales de análisis se parte de una perspectiva “de arriba hacia abajo” en la producción de las políticas, en la que existe un grupo de actores gubernamentales que diseñan la política, que está separado de quienes se encuentran en su nivel de ejecución.

Por otra parte, como se vio en el apartado anterior de este capítulo, las perspectivas de “abajo hacia arriba” ponen énfasis en el rol de quienes implementan no únicamente como ejecutores, sino también como partícipes en el diseño de la política. Estas perspectivas colocan la libertad de decisión de quienes ejecutan una política en el centro de lo que implica la implementación, lo que establece que se trata de hacedores de hecho de una política: sus acciones permiten, además, adaptar una política frente a circunstancias específicas (Thomann et al., 2018; Imperial, 2021).

En este sentido, también la política tendría menos barreras de implementación que desde la visión tradicional, dado que su origen está en el terreno de aplicación. De hecho, el que lxs trabajadores públicos sientan que pueden influir sobre la política es un factor motivante para que participen más activamente en su ejecución, de la misma forma que lo es el sentir que están participando en algo que es significativo para la sociedad y para la población destinataria de la política (Thomann et al., 2018).

Se argumenta que este enfoque tiende a ser más realista y práctico que el tradicional, y que, idealmente, se trata de un modelo menos jerárquico y más democrático, al estar más en contacto directo con las necesidades ciudadanas. En este sentido, pueden concebirse incluso formas de coproducción, en las que funcionarixs públicxs (*street-level bureaucrats*) y ciudadanxs participen conjuntamente desde el micronivel de la política (P. deLeon y L. deLeon, 2002). En este modelo, se define como central el que lxs funcionarixs estén en contacto directo con las necesidades y opiniones de la población con la que trabajan, estableciéndose que la confianza en esa relación es vital. Por ello, se indica que el enfoque “de abajo hacia arriba”, está más en línea con un abordaje participativo de la democracia que el enfoque tradicional.

La última etapa del ciclo de la política consiste en la monitorización y la evaluación de sus resultados, idealmente mediante retroalimentación a su ejecución.

Aunque se trata conceptualmente de una etapa distinta a la de implementación, en la práctica están muy vinculadas, dado que suceden idealmente de forma interactiva (particularmente si se piensa en una monitorización periódica, no así si se trata de una evaluación de impacto). Así, la monitorización y evaluación permiten saber el grado de realización de los objetivos de la política y conocer si esta modifica la realidad sobre la que pretende influir, así como identificar sus puntos problemáticos para poder ajustar la intervención.

Este modelo actúa más como un marco de referencia que como un esquema que se produce en la realidad de forma secuencial y mecánica. Su utilidad radica en que nos permite dar sentido a una serie de decisiones y procedimientos (Muller, 1990, como se citó en Subirats et al., 2008) y habilita el analizar las intervenciones públicas como procesos (Subirats et al., 2008). Asimismo, permite considerar la retroalimentación que

se produce durante todo el proceso e identificar a los actores implicados en cada etapa.

No obstante, este modelo tiene ciertas limitaciones que han sido reconocidas por sus propios promotores, como que puede inducir al error en el análisis al considerar que se trata de etapas secuenciales en la práctica y no analíticas, o incluso que lleve a considerar que se trata de un modelo causal, en el que la coherencia es imputada externamente. También existe un riesgo que es particularmente importante en el marco de esta investigación, y que implica una priorización de la perspectiva “de arriba hacia abajo” en el análisis de la acción pública. Como se verá en el análisis de esta tesis, en el caso estudiado es en el micronivel de ejecución (tradicionalmente asociado a la fase de implementación, no de diseño) desde el que surge originalmente la formulación de la política.

Teniendo en cuenta estas consideraciones/precauciones, este modelo tiene gran utilidad para analizar el caso de estudio. Es el que estructura la secuencia de objetivos específicos que fue introducida al comienzo del trabajo, y que ordena el análisis de los datos en los capítulos 5, 6 y 7.

Capítulo 3. Gestión biomédica de las identidades trans

1. Introducción

En el capítulo anterior, hice foco en las políticas públicas en general (y en las de salud en particular) desde un corpus conceptual que dialoga con esa literatura “en sus propios términos”, y al que se interpela en función de lo que implica transversalizar una mirada que contemple la diversidad sexual y de género.

En este capítulo se profundiza sobre conceptos que son necesarios para entender el caso de estudio y los marcos cognitivos que cobran sentido a la hora de analizar el problema en concreto, con énfasis en aquellos que han encarnado los actores biomédicos desde su lugar de autoridad epistémica, con la consecuente patologización de las identidades trans, “desacopladas” de la decodificación hegemónica. Aquí se entiende por patologización “(...) la conceptualización de características corporales, identidades, prácticas, hábitos, gestos, personas o grupos de personas como enfermas o anómalas” (Suess, 2020b, p. 55), lo cual puede abarcar tanto la orientación sexual como las características sexuales y la diversidad corporal, entre otras.

En este sentido, se pretende comprender a la corporalización de la identidad en la definición que se le da desde las instituciones, pero también desde la capacidad de agencia, que subvierte, resiste y desestabiliza estas trayectorias marcadas problemáticamente desde la externalidad (Grau Muñoz y Gómez Nicolau, 2022).

Previo a ello, cabe realizar algunas consideraciones. El concepto de género abre la posibilidad de análisis de los roles, orientaciones, identidades y expresiones que las relaciones sociales dominantes buscan configurar sobre lxs sujetos en un determinado contexto temporal y geográfico. Así, se establece como un marcador de situaciones de opresión y privilegio, donde el modelo binario del género se proyecta como un dispositivo que tiende a limitar el potencial subversivo del cuerpo como acontecimiento (Ramírez Tovar y García Rodríguez, 2018).

Los cuerpos están en tensión entre la autonomía y los mandatos bioculturales, que restringen/moldean proyectos individuales y colectivos (Di Pietro, 2020a). Así, “las lógicas de prohibición y permiso supeditan lo corporal a marcos institucionales, pero, a la vez, proveen las condiciones desde las cuales se despliegan fugas, escapes, devenires, y otros recorridos carnales heterónomos” (Di Pietro, 2020a, s/n).

En este plano, la discusión sobre la identidad asociada a género(s) y sexualidades también presenta tensiones entre la aceptación y el reconocimiento de la diferencia, donde resalta el carácter opresivo de las construcciones institucionales tradicionales (como la familia, el Estado o el mercado). Las diversidades sexuales y de género responden a procesos de segregación y silenciamiento en una trama de dispositivos de saber/poder, que edifica el binarismo como destino y traza un camino unívoco hacia la heterosexualidad.

Por lo general, la forma en la que se interpreta este recorrido en nuestras academias es mediante una lectura de lo occidental. Sin embargo, otras voces han trazado recorridos analíticos que permiten estudiar otras construcciones, como el sistema colonial racializado de género en América Latina a partir del siglo XV (Di Pietro, 2020a). Allí, en el marco de la colonización el binarismo predominante estaba dado por el género de lo humano frente a lo no humano, más que por el binarismo masculino/femenino.

Como afirma Di Pietro (2020b), en el paradigma occidentalista el género no solo es biológicamente binario, sino precisamente un rasgo que distingue a lo humano. Este paradigma “(...) encubre la colonialidad de la movilidad *trans* al concebir el género como un territorio del rango humano que se haya altamente organizado como legible, impermeable, individualizante, heterosexualista, cis-normativo, binario y jerárquico” (2020b, p. 264).

Desde este punto, fugarse del paradigma de la despatologización implica reterritorializar lo trans en la inscripción de lo humano: “Reclamar nuestra despatologización implica, aunque sea parcialmente, una negociación con el ámbito de lo humano” (2020b, p. 262). Sin embargo, aún desde este enfoque, lo trans puede entenderse de un modo que anule las realidades de cuerpos que se configuran desde el patrón de la colonialidad.

Si bien reconozco que esta crítica apela a los sesgos coloniales del eurocentrismo a la hora de analizar lo trans, para el caso de estudio de esta tesis, como se verá, es fundamental partir de estas categorías para comprender cómo se configuran los marcos cognitivos de los actores que intervienen en el planteamiento del problema al que la política busca responder. En este sentido, en particular en el ámbito de lo biomédico en Uruguay (pero también en el activismo, donde es muy reciente la introducción de otras perspectivas), las categorías más influyentes han sido las occidentales. Y es sobre estas visiones que pretendo reflexionar, desde un lugar que habilite el diálogo.

Por ello, en este capítulo se profundiza sobre la gestión biomédica del tema, y se intenta estudiar cómo se produce sentido desde los saberes hegemónicos, con el supuesto de que estos tienen la capacidad de producir lo que categorizan (Butler, 2002, 2010; Hacking, 1999).

Como señala Mas Grau (2017), se considera que las categorías empleadas desde el ámbito médico-psiquiátrico constituyen tecnologías discursivas, por lo que se erigen como dispositivos que contribuyen a la configuración de identidades.

Para entender cómo se produce esta realidad que se nombra, se estudian los orígenes de la gestión biomédica de las identidades trans, y se analizan los discursos predominantes en cada contexto de enunciación destacando tres instrumentos que cristalizaron el consenso clínico de la época (y que siguen vigentes, por lo que se hace foco en su formulación actual): la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA) y las *Normas de Atención* (SOC) de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH). Dado que fueron una referencia para el abordaje de lo trans desde los servicios y actores del sistema de salud, también en el contexto uruguayo es importante, para esta tesis, comprender cuáles son las características de estos modelos de clasificación diagnóstica.

Por último, se presentan algunas de las críticas que se consideran claves sobre el modelo patologizador de las identidades trans.

2. Orígenes de la gestión biomédica de las identidades trans

Siguiendo a Suess (2020b), puede afirmarse que, en occidente, en el siglo XX la medicalización y psicopatologización desplazan a la criminalización y a la condena religiosa con las que se habían abordado los procesos de tránsito de género. Sin embargo, el vínculo entre la medicalización y la corporalización de las identidades disidentes de género es anterior a su afianzamiento como narrativa hegemónica.

En el contexto occidental, Stryker (2017) sitúa el comienzo de las consultas médicas para solicitar la alteración quirúrgica de las partes del cuerpo significantes del género en las décadas centrales del siglo XIX, con el desarrollo de la cirugía y la consecuente obtención de resultados exitosos que no implicaban la pérdida de la vida de quien se sometía a una intervención. Desde sus orígenes, esta relación entre “el cuerpo médico” y el “cuerpo trans” se manifestó en términos de conflicto. En palabras de la autora:

(...) la ciencia médica siempre ha sido un arma de doble filo- la voluntad de intervenir de sus representantes ha ido de la mano con su poder para definir y juzgar. Mucho más a menudo de lo deseable, el acceso a los servicios médicos para la gente transgénero ha dependido de la interpretación del fenómeno transgénero como síntoma de una enfermedad mental o afección física, en parte porque la “enfermedad” es la condición que tradicionalmente legitima la intervención médica. (Stryker, 2017, p. 88)

La autora identifica que, entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, la literatura médica comenzó a acuñar diversos términos para definir lo trans, lo que evidenció que se entendía como un problema médico. Así, en 1886, el mayor referente científico en sexualidad de la época, Richard von Krafft-Ebing, introdujo términos como “emasculación” y “desfeminización” (el primero para describir lo que entendía como cambios de carácter por los que sentimientos e inclinaciones de un varón se convierten en los de una mujer, y el segundo, viceversa), y “metamorfosis sexual paranoica” (con el que definía un delirio psicótico de que el propio cuerpo se está transformando en

otro sexo). También desde la literatura psiquiátrica de fines del siglo XIX y principios del siglo XX se hizo referencia al “sentimiento sexual contrario” (en palabras de uno de los primeros psiquiatras, Albert Moll, en 1891) y a la “pulsión por la transformación sexual”, según definió el psiquiatra Max Marcuse en 1913. En el mismo año, el psicólogo Havelock Ellis se refirió a lo que entendió como el deseo de asimilarse al sexo contrario como “inversión sexo-estética”, que luego definiría como “eonismo” en 1928.

De los desarrollos terminológicos de este período, en la actualidad solo se mantiene el término “travestido”, acuñado por Hirschfeld y desarrollado con extensión de libro en 1910 y por primera vez en la historia. Como apunta Stryker (2017), la contribución de este autor al campo del género y la sexualidad es de gran relevancia, por ejemplo a través de aportes como el del concepto de “sexualidades intermedias” (con el que buscaba caracterizar a las personas que no se identificaban con el binarismo tradicional), así como por su labor pionera en la defensa de las personas que no se ajustaban a la heteronorma. En Berlín, en 1919 fundó el Instituto para la Ciencia Sexual, y en 1931 organizó la primera operación documentada de transformación genital “de macho a hembra” a Dorchen Richter. El auge del nazismo puso un final abrupto a su trabajo: siendo judío, socialista y homosexual, Adolf Hitler acusó a Hirschfeld de ser “el judío más peligroso de Alemania” (Stryker, 2017). Su instituto fue saqueado y los documentos sobre diversidad sexual que había recopilado durante años fueron quemados, por lo que debió exiliarse para poder sobrevivir (aunque murió poco tiempo después de un ataque cardíaco). No obstante, fue quien sentó las bases de los desarrollos del tema que se verían tras la Segunda Guerra Mundial en occidente:

Hirschfeld era el eje y su instituto el núcleo de la red internacional de personas transgénero y de los expertos médicos progresistas que allanaron el terreno al movimiento transgénero posterior a la Segunda Guerra Mundial. Entre sus colegas figuraban Eugen Steinach, el endocrinólogo austriaco que descubrió los efectos en los cambios morfológicos de las denominadas “hormonas sexuales”, testosterona y estrógenos, en la década de 1910, y un joven Harry Benjamin, el doctor nacido en Alemania que se trasladó a los EE.UU. en 1913 y se convirtió en la autoridad médica de

referencia en el ámbito de la transexualidad en la década de los cincuenta. (Stryker, 2017, p. 93)

Si previamente se identificó al término “travestido” con Hirschfeld, puede vincularse la popularización del término “transexual” con el trabajo de Benjamin, quien comenzó a utilizarlo para diferenciar a quienes buscaban transformaciones corporales permanentes respecto a quienes no lo hacían.

Benjamin, quien se había especializado en endocrinología, marcó un nuevo paradigma médico en relación con la atención sanitaria de las personas trans en Estados Unidos¹², que luego se difundió a otras latitudes. A mediados de la década de 1960, Benjamin publicó “The Transsexual Phenomenon”, que resumía el trabajo de investigación que había realizado con personas trans durante cerca de dos décadas: allí señalaba que la identidad de género era un dato inmutable y que el rol de la medicina era colaborar para que las personas trans pudieran vivir de acuerdo con su identidad. Benjamin estaba influenciado por el trabajo de Hirschfeld y también por el del médico neozelandés John Money, quien en la década de 1950 había desarrollado protocolos con el fin de determinar “el sexo verdadero” asociado a la identidad de género, y que propuso intervenciones quirúrgicas para adaptar el cuerpo a dicha identidad (Farji Neer, 2017).

El nuevo paradigma de intervención que planteaba Benjamin pretendía alinear el cuerpo con la identidad mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos. El diagnóstico que proponía debía descartar la presencia de trastornos mentales como la esquizofrenia o la psicosis, e identificar la existencia de tres fenómenos: que la persona sintiera que pertenecía a un género distinto al de su sexo asignado al nacer, que tuviera expresiones de género acordes a dicha identidad sin un sentido erótico y que sintiera desprecio hacia la orientación homosexual. Según señala Farji Neer:

¹² Stryker señala, no obstante, que en Europa la atención vinculada a la administración de hormonas y la realización de cirugías a personas trans que lo solicitaban se realizaba décadas antes de este cambio de paradigma en Estados Unidos (Stryker, 2017).

A fin de constituirse como candidatos aptos para el ingreso al tratamiento, las personas se veían obligadas a adaptarse en términos gestuales y corporales a los estereotipos de femineidad y masculinidad, exponer un relato biográfico coherente y lineal e inducir sentimientos de compasión en los profesionales de la salud. (Farji Neer, 2017, p. 128)

No obstante, siguiendo a Stryker (2017) puede indicarse que este nuevo paradigma estuvo relacionado con el fortalecimiento y visibilidad que adquirió el movimiento trans estadounidense (y particularmente el de San Francisco) a mediados de la década de 1960, al dotarlo de un nuevo marco de legitimidad. De hecho, la autora documenta que el trabajo de Benjamin contó con financiamiento del filántropo trans Reed Erickson, quien fue, además, su paciente.

El paradigma de Benjamin fue sumamente influyente en el medio académico estadounidense, y desde su perspectiva se iniciaron programas médicos sobre la transexualidad en universidades como John Hopkins, Stanford, la Universidad de Minnesota y la UCLA, entre otras, en lo que Stryker (explicando esta tradición desde una lectura externa y marcando su ajenidad) denomina “el período de la ‘megaciencia’ en la historia del transgénero” (2017, p. 161). Este período se extendió desde la publicación de *The Transsexual Phenomenon* hasta finales de la década de 1970. Como señala la autora, estos programas estaban más preocupados por volver a estabilizar el sistema de género a partir de la intervención académica que a contribuir a la revolución cultural que estaba cuestionando las bases del sistema: de esta forma, singularizaban el “problema” en un grupo delimitado de personas, en vez de cuestionar la imposición que representaba la asignación de género con base en el binarismo. Según Stryker, esta gestión biomédica de las identidades trans tuvo consecuencias en los movimientos sociales estadounidenses, dado que hasta el momento los conceptos de homosexualidad y transgénero habían estado entrelazados, así como también existía una alianza entre el movimiento trans, el activismo gay y el feminismo. Sin

embargo, esta alianza se quebró a inicios de la década de 1970¹³, y no comenzó a repararse hasta varias décadas después.

Durante la década de 1960 y 1970, en la medicina se empleó el término “transexual real” para definir a las personas trans a las que el tratamiento podía brindar una mejor calidad de vida, a través de la intervención corporal y, particularmente, la cirugía genital. Posteriormente se empleó el término “síndrome de disforia de género”, para designar la presencia de “un problema con el género en cualquiera de los sexos” (Levine et al., 1999, p. 12), hasta que se desarrolló la nomenclatura psiquiátrica oficial a principios de la década de 1980.

También en esta época, el médico inglés Norman Fisk desarrolló el concepto de “disforia de género” en 1974, para referirse al malestar resultante del conflicto entre la identidad de género y el “sexo biológico”, que alcanzaba su máxima expresión en la transexualidad. Este concepto fue muy influyente en el ámbito clínico de su época, y décadas después fue adoptado por la APA en el DSM (Mas Grau, 2017).

¹³ Esta fue una década con importantes conquistas para el activismo del movimiento de liberación gay y para el movimiento feminista en Estados Unidos: 1973 fue un año bisagra para ambos movimientos, dado que se la homosexualidad se retiró del listado de patologías que figuraban en el DSM y, por otra parte, el fallo *Roe vs Wade* en la Suprema Corte garantizó el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, a pesar de que el reclamo que subyacía a estas conquistas era similar al que se planteaba desde el activismo trans, Stryker señala que no pudo construirse una plataforma común ni plantearse las necesidades de salud de las personas trans desde los paradigmas que llevaron a las victorias de 1973 (debido en gran parte a la hostilidad que empezó a manifestarse hacia las reivindicaciones del movimiento trans).

3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

El diagnóstico de transexualismo apareció por primera vez en una clasificación internacional en la 9.ª versión de la CIE de la OMS, adoptada por la Conferencia Internacional en 1975¹⁴.

En dicha versión se ubicó en el apartado de desviaciones y trastornos sexuales, al mismo nivel que las parafilias y las disfunciones sexuales.

En su 10.ª versión, adoptada en 1990, la CIE estableció cinco diagnósticos definidos como “trastornos de la identidad sexual”, considerados todos como trastornos mentales: transexualidad, travestismo no fetichista, trastorno de la identidad sexual en la infancia, otros trastornos de la identidad sexual y trastornos de la identidad sexual sin especificación.

La transexualidad se definía por tres criterios: el deseo de vivir y de ser aceptadx como un miembro “del sexo opuesto”, lo que “usualmente” estaba acompañado por el deseo de modificar el cuerpo para que fuera “congruente”; persistencia de al menos dos años de la identidad transexual; no ser un síntoma de otro trastorno mental o acompañar a cualquier “anomalía” intersex, genética o de los cromosomas sexuales.

El travestismo no fetichista se definía como llevar vestimenta “del sexo opuesto” con el fin de experimentarlo de forma transitoria, y se distinguía del travestismo fetichista (es decir, el que provoca una excitación sexual, que era clasificado dentro de los “trastornos de la inclinación sexual”, junto con el fetichismo, el exhibicionismo, la escoptofilia, la paidofilia o el sadomasoquismo).

En cuanto al trastorno de la identidad sexual en la infancia, se definía como aquellos trastornos habitualmente manifestados por primera vez durante la primera infancia que se caracterizaban por un malestar intenso y persistente “frente al propio sexo”, junto al deseo “de pertenecer al sexo opuesto”. Se indicaba que este trastorno no debía confundirse con la falta de conformidad con el rol de género tradicional, que se

¹⁴ Siguiendo a Suess (2020b), se opta por hacer referencia al año de la Conferencia Internacional como indicativo de los cambios, aunque su publicación y entrada en vigencia es posterior.

consideraba frecuente, frente a lo excepcional de este trastorno. En las pautas para el diagnóstico se comenzaba por indicar que la disidencia de género era un problema:

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente del *enfermo*¹⁵ de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Se manifiesta por primera vez durante los años preescolares. Para poder ser diagnosticado debe haber aparecido antes de la pubertad. En ambos sexos puede existir, aunque es muy raro el rechazo de las estructuras anatómicas del propio sexo. Lo más típico es que los niños con un trastorno de la identidad sexual nieguen sentirse afectados por él, aunque pueden sentir malestar debido al conflicto generado por las expectativas de su familia o compañeros y por las burlas o rechazo al cual pueden estar sometidos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992, s/n)

También se observa cómo se caracteriza el binarismo del sistema sexo genérico hegemónico como la normalidad que se transgrede debido a una patología (se caracteriza al niño como “un enfermo”), y se refuerza la idea del binarismo biológico (“el otro sexo”) y la noción de roles estereotipados asociados al sexo asignado (como se observa en la descripción de los juegos típicos de niños y niñas):

Tanto en chicas como en el caso de los chicos, existe a menudo un interés temprano hacia formas de conducta características del sexo opuesto. Las chicas con este trastorno suelen tener compañeros de juego masculinos y demuestran un ávido interés en deportes y juegos rudos. En cambio no demuestran interés en muñecas o por representar papeles femeninos en juegos tales como “papás y mamás” o “las casitas”. Las chicas con un trastorno de la identidad sexual tienden a no padecer el mismo grado de ostracismo social que los chicos, aunque pueden padecer burlas en la infancia tardía y la adolescencia. La mayoría abandonan su insistencia exagerada por actividades y atuendos masculinos a medida que se acercan a la adolescencia pero mantienen una

¹⁵ Énfasis propio, no presente en el original.

identificación masculina y continúan presentando una orientación homosexual en la vida adulta. (OMS, 1992, s/n)

En cuanto a las otras dos categorías, “otros trastornos de la identidad sexual” y “trastornos de la identidad sexual sin especificación”, la CIE no ofrecía mayores explicaciones, dando la idea de que se trataba de categorías residuales dentro de la clasificación. Según indican Levine et al. (1999), ambas categorías diagnósticas podían emplearse con personas intersex.

En la CIE 11, que entró en vigor el 1 de enero de 2022 (pero cuyo contenido se hizo público en 2018 y fue adoptado en 2019), se indica que la transexualidad deja de ser catalogada como una enfermedad mental.

El nuevo término adoptado en esta versión de la CIE es “discordancia de género” (aunque en 2018 había anunciado que se denominaría “incongruencia” de género), y se ubica dentro de un apartado denominado “Condiciones relacionadas con la salud sexual”. La “discordancia de género” se caracteriza por “una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado por una persona y el sexo que le fue asignado” (*CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*, s.f.). Esta versión de la CIE considera intervenciones en menores de edad, y destaca la temporalidad de dos años como indicador de estabilidad del deseo de iniciar la transición (Missé y Parra, 2022).

4. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

La patologización psiquiátrica asociada a la identidad trans se oficializa con la 3.ª versión del DSM, en 1980. Como señala Mas Grau (2017), esto se debió en gran parte a la presión ejercida por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (a la que se hará referencia en el apartado siguiente), que, a través de la creación de un diagnóstico específico en el DSM, buscaba abrir nuevas posibilidades para las personas trans en Estados Unidos (se ha empleado, por ejemplo, como fundamento para que no tengan que hacerse cargo individualmente de los costos de los tratamientos de modificación corporal, que se han canalizado a través de aseguradoras privadas y de sistemas sanitarios públicos, en un sistema sanitario que no está estructurado con base en asegurar la salud como derecho).

En el DSM-III (American Psychiatric Association [APA] et al., 1983), el término “transexualidad” es empleado como diagnóstico para aquellas personas que demostraran un malestar con su sexo asignado al nacer y al menos dos años continuos de interés en transformar sus cuerpos y roles de género para “adaptarlos” a su identidad. Se consideraba un trastorno psicosexual, aunque el término era más amplio y no cubría solo estos casos, sino también las disfunciones sexuales y las parafilias (como la pedofilia o el fetichismo). La transexualidad se consideraba un tipo de trastorno de la identidad sexual, concepto que además de a la transexualidad, incluía el trastorno sexual en la infancia. Posteriormente, en 1987, en el DSM-III-R (APA y Pichot, 1990) los trastornos de la identidad sexual se incluyeron en el apartado de trastornos que suelen aparecer en la niñez, infancia o adolescencia, y se añadió la categoría de trastorno de identidad sexual en la adolescencia o la edad adulta, de tipo no transexual (GIDNOS, por su sigla en inglés)¹⁶.

En la siguiente versión del DSM (APA, 2002) de 1994, se reemplazó el diagnóstico de transexualidad con el de trastorno de identidad de género (TIG), en parte por las críticas que recibió la APA por haber patologizado las identidades trans. El TIG era un término empleado para marcar una identificación fuerte y persistente “con el otro

¹⁶ Adulthood Nontranssexual Type of Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified (GIDNOS).

sexo”, un “malestar persistente con el propio sexo” o una sensación de que el rol de género asociado con ese sexo era inapropiado. Además, se indicaba que la alteración “no debía coexistir con una enfermedad intersexual”, y que debía provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o en otras áreas importantes” para la vida de la persona (APA, 2002, pp. 245-246). Como señala Más Grau, si bien el DSM-IV plantea la novedad de que elimina el trastorno específico para las personas que no muestran un deseo persistente de modificar sus caracteres sexuales, los criterios para el TIG siguen asociando a la transexualidad estrechamente con “el malestar corporal y el deseo de pasar por el quirófano” (Mas Grau, 2017, s/n). Además, para el autor los criterios señalados para el diagnóstico del TIG (identificación fuerte y persistente con “el otro sexo”, “malestar persistente con el propio sexo” o una sensación de que el rol de género asociado con ese sexo era inapropiado) solo tienen sentido bajo el supuesto de que la normalidad está dada por la correspondencia sexo-genérica, por lo que no respetar esta máxima estaría indicando un trastorno:

La APA afirma que se limita a ofrecer “la mejor descripción que existe sobre cómo se presentan los trastornos mentales y cómo pueden los clínicos reconocerlos” (...) El enfoque eminentemente descriptivo del DSM parece obedecer a una voluntad científica desapasionada, neutral, alejada de prejuicios. No obstante, esta “asepsia” epistemológica no parece tal cuando observamos los criterios diagnósticos del TIG, en los que lo normativo también tiene cabida. El sistema clasificatorio del DSM se basa tanto en datos científicos como en valores sociales, ya que la concepción de normalidad que se sostiene en este manual se basa en buena medida en nociones de conformidad social (...) Además, sostener que estas personas se identifican “con el otro sexo” supone una simplificación de una realidad que es plural y diversa. Esta lógica dicotómica ignora que existen personas cuyos cuerpos y subjetividades no se ajustan al binomio hombre/mujer y que cuestionan las categorías identitarias que conforman nuestro universo sexo-genérico. (Mas Grau, 2017, s/n)

En el DSM-IV, se diferenciaba entre TIG que podía presentarse en la niñez, la adolescencia o la adultez, y para las personas que no cumplían con el criterio

establecido se mantuvo la categoría GIDNOS. En esta categoría entraban aquellas personas que no seguían el camino normativo esperado: por ejemplo, personas que se realizaban una vaginoplastia sin querer realizarse una cirugía de mamas, pero también las personas intersex, quienes manifestaban “ambivalencia” respecto a los roles de género o quienes manifestaban estrés vinculado al travestismo (Levine et al., 1999). Además, a las personas diagnosticadas con TIG o GIDNOS se las subclasificaba en función de su orientación sexual, aunque se argumentaba que esta clasificación no se vinculaba a las decisiones sobre el tratamiento.

Esta versión del DSM incluye el TIG y el GIDNOS en la sección sobre “trastornos sexuales y de la identidad sexual”, que también comprende las “disfunciones sexuales” y las “parafilias”.

El DSM-IV y su versión revisada del año 2000 despertaron diversas críticas, tanto desde el activismo trans como desde un marco más amplio de actores sociales, políticos y académicos. Estas críticas impulsaron una nueva ola de revisiones y, en 2010, un primer borrador de la APA cambiaba la categoría del TIG por “incongruencia de género”, término que definía la incongruencia entre la identidad experimentada o expresada y el género asignado. La APA señaló que así se atendía al planteamiento que indicaba que hablar de “trastorno” reforzaba la estigmatización, pero las críticas no cesaron debido a que también el nuevo término empleado se consideraba estigmatizante (Mas Grau, 2017). Asimismo, tal como apunta Mas Grau, es importante destacar que, si bien la APA reconocía que la clasificación en el DSM podía tener el efecto estigmatizante que se le imputaba, consideraba que facilitaba el acceso al sistema de salud, por lo que era preferible para no poner en riesgo el acceso al tratamiento. En ello parece estar por detrás una concepción de sistema de salud restrictivo no basado en derechos, como es el caso del sistema estadounidense.

Finalmente, en la versión actual del DSM (DSM-V, publicado originalmente en 2013)¹⁷ se ha empleado el término “disforia de género”, que no es novedoso, puesto que ya se empleaba desde hacía varios años en la sexología clínica (de hecho, este fue uno de los motivos para adoptarlo) y que, a juicio de la APA, no presenta las ambigüedades del

¹⁷ Se publicó una versión revisada en 2022, con base en la actualización de códigos de la CIE (ver apartado 3 en este capítulo).

término “incongruencia de género” (que, por otra parte, podía aplicarse de modo erróneo a “personas con conductas de género atípicas” que no presentaban “ningún problema de identidad de género”). Así, el diagnóstico pasa a problematizar “el malestar que puede acompañar a la incongruencia”, no a la “incongruencia” en sí misma. Además, se ha modificado la ubicación del término dentro del manual, así como se han modificado los criterios diagnósticos y los especificadores: ya no se encuentran junto a las “disfunciones sexuales” y las “parafilias”, sino que forman una nueva clase diagnóstica. También se trata separadamente la disforia por ciclo de vida, de modo que se distingue la disforia infantil de la que ocurre durante la adolescencia y juventud. En el caso de esta última, se definen dos criterios centrales y varias características asociadas al primero. La disforia tendría lugar cuando se da:

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en los adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (APA, 2014, pp. 452-453)

Como señala Mas Grau, en la versión original del DSM se emplea “género” de una forma más extendida cuando se habla de deseo o experiencia del sujeto, mientras que en la versión en castellano se utiliza “sexo” como si se tratara de un sinónimo. Para el autor, esto puede estar relacionado con el hecho de que quienes tradujeron el DSM estuvieron alineados a las críticas que se le realizaron a la APA por este empleo del término “género”¹⁸.

Asimismo, el autor indica que esta versión del DSM muestra tener cierta receptividad frente a los debates impulsados desde las ciencias sociales y el activismo, dado que en la introducción del diagnóstico se emplea el término “transgénero” desde una visión amplia que recuerda a la definición “paraguas” con la que se emplea este concepto en habla inglesa (“se refiere al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifica con un género diferente de su género natal”) (APA, 2014, p. 451). Otro de los cambios que se observan es que tres de los seis subcriterios del criterio A reconocen géneros alternativos y se apartan del espectro binario, a la vez que se flexibiliza el diagnóstico, dado que ya no implica necesariamente el manifestar un deseo de operarse los genitales.

También se eliminan como subtipos la edad y la orientación sexual. Se añade, por otra parte, la necesidad de establecer si el diagnóstico coexiste con un “trastorno del desarrollo sexual” y la “postransición”, que apunta a determinar si una persona ya vive su identidad de género no cis a tiempo completo y ha iniciado terapias que apunten a su modificación corporal. A su vez, esta versión del DSM permite diagnosticar “disforia de género” a personas intersex (que estaban explícitamente excluidas en la versión anterior), en caso de que su identidad de género no coincida con la que les fue impuesta al nacer. Ello implica en los hechos un reforzamiento de la medicalización sobre las personas intersex, cuya asignación de sexo bajo el modelo binario es aún una

¹⁸ La edición española presenta una traducción que sustituye “género” por “sexo”.

práctica corriente en ciertas latitudes (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2015), siendo a su vez su identidad de género patologizada de no adscribirse a esa imposición.

Por otra parte, nuevamente siguiendo a Mas Grau (2017), puede indicarse que, si bien en esta versión del DSM se incluye un apartado que intenta mencionar cómo influye la cultura sobre los aspectos diagnósticos, este acercamiento resulta (al menos) insuficiente en términos del autor, no solo por lo escaso de su desarrollo, sino porque combina cierta cautela con “(...) la habitual confianza en la aplicabilidad transcultural del diagnóstico” (Mas Grau, 2017, s/n).

5. Normas de Atención (SOC)

En cuanto al paradigma médico emergente (que rápidamente se transformaba en predominante), un hito tuvo lugar en 1979, cuando se publicó el protocolo *Normas de Atención (Standards of Care, SOC)*¹⁹. El protocolo SOC establecía una serie de criterios que permitían diagnosticar lo que luego se denominaría como “trastorno de identidad de género”, con lo que se creó una nueva categoría dentro de las psicopatologías (que se terminó de oficializar con su inclusión en el DSM, como se vio en el apartado anterior).

Estos protocolos clínicos, editados por la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBGDA, que fue fundada por profesionales cercanos a Benjamin), tenían como principal objetivo “(...) articular el consenso profesional de esta organización internacional sobre el manejo psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico de los trastornos de identidad de género (...)” (Levine et al., 1999, p. 2). Asimismo, se pretendía que lxs profesionales utilizaran el protocolo SOC como una guía “(...) para comprender los parámetros dentro de los cuales pueden ofrecer asistencia a las personas con estos problemas (...)”, así como se indicaba que “(...) las personas con trastornos de identidad de género, sus familias e instituciones sociales (...)” podían usar el protocolo SOC “(...) como un medio para comprender el pensamiento actual de los profesionales” (ídem).

En lo referente a la intervención de lxs profesionales de la salud, el principal objetivo consistía en proporcionar terapias (ya fuera psicoterapéuticas, endocrinológicas o quirúrgicas) para que las personas trans se sintieran a gusto con su identidad, es decir, para maximizar su bienestar. Si bien en las ediciones siguientes de los protocolos SOC se intentó presentar una mayor flexibilidad, en la 1.ª edición se establecía un camino estandarizado y progresivo una vez finalizado el proceso diagnóstico, en el que la persona trans debía pasar en primer lugar por intervenciones psicoterapéuticas (lo que incluyó con posterioridad la prueba de “experiencia de la vida real”), luego hormonales y en último lugar, quirúrgicas. En este enfoque clínico, la principal tarea consistía en

¹⁹ La traducción al castellano es Normas de Atención (NDA). Se opta, no obstante, por mantener la sigla original en inglés debido a la mayor difusión que ha adquirido.

diferenciar qué persona era candidata para realizar transformaciones corporales a fin de “adecuar” su cuerpo a su identidad, lo que reforzaba la idea de que las personas trans “habían nacido en un cuerpo equivocado”.

Esta propuesta clínica despertó diversas críticas. Desde el activismo trans se denunció el carácter estigmatizante de esta concepción, derivado de la patologización de las identidades que trascendían las fronteras del binarismo de género. Parte de estas críticas fueron reflejadas en el proceso de elaboración del SOC, que fue modificándose con el paso de los años.

En la actualidad, el protocolo SOC va por su 8.ª versión, editada en 2022 (las revisiones anteriores fueron en los años 1980, 1981, 1990, 1998, 2005 y 2012) por la ahora Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, ex HBGDA).

WPATH se autodefine como una “(...) asociación profesional internacional, multidisciplinaria, cuya misión es promover la atención, la educación, la investigación, las políticas públicas y el respeto basados en la evidencia en la salud de las personas transgénero (...)” (Coleman et al., 2022, p. 55). Una de sus funciones principales es la elaboración del protocolo SOC, con el que buscan promover “los más altos estándares de atención en salud” para “las personas transgénero y de género diverso” (ídem).

El objetivo general del protocolo SOC-8 es brindar orientación clínica a profesionales de la salud para que las personas “transgénero y de género diverso” puedan acceder a:

(...) servicios seguros y caminos efectivos para lograr una comodidad personal duradera con sus identidades de género con el objetivo de optimizar su salud física general, bienestar psicológico y autorrealización. Esta asistencia puede incluir, entre otros, tratamientos hormonales y quirúrgicos, terapia de voz y comunicación, atención primaria, depilación, salud sexual y reproductiva y atención de salud mental. (Coleman et al., 2022, p. 55)

Como indica su nombre, WPATH se fue distanciando de la terminología que priorizó inicialmente (“disforia de género”, “trastorno de la identidad de género”) y adoptó, en

sus versiones más actuales, términos como “transgénero”, “variabilidad de género” (con el que se hacía referencia al grado en que la identidad, expresión o rol vinculado al género difiere de las normas culturales prescritas según el sexo asignado al nacer) y “trans”, aunque el término “disforia de género” no desapareció.

En esta sección se tomará como referencia la 7.ª versión del protocolo SOC y no la más reciente, debido a que esta última se publicó con posterioridad al trabajo de campo de mi investigación y, por lo tanto, no forma parte de las configuraciones de los actores comprendidos en el análisis.

La 7.ª versión del protocolo SOC fue presentada por sus autores como un cambio significativo respecto a las versiones anteriores. Buscaba abordar la relatividad cultural y reconocer la visión occidental con la que se había manejado en la recopilación de evidencia en versiones anteriores. Aunque en el documento se indica que la guía está diseñada para utilizarse en todo el mundo, se reconoce que la evidencia empleada como base fue registrada en Norteamérica y Europa occidental, aunque también se indica que progresivamente se empezaron a incorporar datos de América Latina (sin especificar de qué países, lo que da una cierta idea de homogeneidad latinoamericana que, como indiqué con anterioridad, no es tal).

También se afirma aquí que la salud de las personas trans y con variabilidad de género no solo dependía de una atención clínica de calidad, sino de un ambiente social y político que asegure la tolerancia, igualdad de derechos y plena ciudadanía, por lo cual la WPATH se planteó la incidencia en políticas públicas y reformas legales que impulsaran cambios en este sentido. Como objetivo general, el protocolo SOC se dirigía principalmente a lxs profesionales de la salud, y pretendía configurarse como una guía para poder:

(...) ayudar a las personas trans y con variabilidad de género a transitar por rutas seguras y eficaces para el logro de un confort personal duradero con sus identidades de género, permitiéndoles maximizar su salud general, su bienestar psicológico y su realización personal. (Asociación Mundial para la Salud Transgénero [WPATH], 2012, p.

1)

Sin salir del marco de pautar un estándar clínico, el protocolo SOC se planteaba a sí mismo como una guía flexible para satisfacer las necesidades de salud de las personas trans y con variabilidad de género (lo que indicaba que, de por sí, ello no implicaba una patología) y para guiar el tratamiento de personas “que experimentaban disforia de género”. En esta versión del protocolo SOC se definía la “disforia de género” como “(...) incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)” (WPATH, 2012, p. 5), y se señalaba que solo algunas personas trans y con variabilidad de género podían experimentarla, así como se reconocía que existía una diversidad de tratamientos para abordarla (o “aliviarla”, en términos del protocolo SOC) que dependían de las trayectorias individuales de las personas. También se indicaba que la angustia provocada por la disforia de género era una condición que podría ser diagnosticable formalmente como trastorno mental, en sintonía con los códigos DSM y CIE.

En el tratamiento de la “disforia de género”, el protocolo SOC establecía una diferencia en el ciclo de vida de las personas, por lo que se separaban directrices específicas en el abordaje en niñas, niños y adolescentes con respecto a las personas adultas. Esta distinción por ciclo de vida en el enfoque también se mantiene en el protocolo al abordar lo referente a las identidades trans: allí se habla de transiciones en la niñez temprana, cuando algunxs niñxs “(...) manifiestan el deseo de hacer una transición social hacia un rol de género diferente mucho antes de la pubertad” (WPATH, 2012, p. 19). En la infancia no se mencionan intervenciones físicas, opción que sí se cubre en la adolescencia: se indica, no obstante, que antes de abordar este tipo de intervenciones debe realizarse “(...) una extensa exploración de cuestiones psicológicas, familiares y sociales (...)”, tras lo cual se plantean intervenciones en etapas que se recomienda aplicar gradualmente: una primera que implica intervenciones “totalmente reversibles”, a través del uso de bloqueadores hormonales para retrasar los cambios físicos asociados a la pubertad; una segunda de intervenciones “parcialmente reversibles”, que incluyen terapia hormonal para “masculinizar” o “feminizar” el cuerpo; y una tercera de intervenciones irreversibles, a través de procedimientos

quirúrgicos (en este último caso, se indica que la cirugía genital no debe realizarse en quienes no alcanzaron la mayoría de edad establecida por la ley de su país para otorgar su consentimiento, y se establece a su vez que las personas deben haber vivido al menos un año en un rol “congruente con su identidad de género”). Cabe señalar que este enfoque sobre la reversibilidad de los procedimientos parte de una lectura biologicista, que no considera otros rastros que puedan tener estas intervenciones sobre la subjetividades de las personas.

En cuanto a la no patologización de las identidades trans, el protocolo SOC seguía la directriz publicada en mayo de 2010 por el Directorio de la WPATH, en la que se enunciaba 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” (WPATH, 2012, pp. 4-5). En sintonía con las críticas que los actores sociales realizaron al modelo patologizador, esta versión del protocolo SOC reconocía que las situaciones de estrés y malestar provocadas por la discriminación hacia las personas trans eran síntomas “socialmente inducidos”, y no debían considerarse inherentes a esta identidad. A su vez, esta versión “reconocía y validaba” diversas expresiones de género que pueden “(...) no requerir tratamientos psicológicos, hormonales o quirúrgicos” (WPATH, 2012, p. 2). De todas formas, lxs profesionales de la salud mental continúan siendo visualizadxs como la puerta de entrada “deseable” para acceder a otras intervenciones médicas (ya sea a través del diagnóstico o de la orientación). La intervención de estxs profesionales es indispensable en la cirugía asociada al tratamiento de la “disforia de género”, para la que se requiere la derivación a un profesional de salud mental calificadx para la cirugía de mamas; para la cirugía genital, se requieren dos remisiones a profesionales de salud mental para que evalúen de forma independiente a la persona usuaria de servicios. A su vez, es importante señalar que, en este último tipo de cirugía, se requiere un año de terapia hormonal continua previa, así como vivir en el rol de género acorde a su identidad.

Por último, cabe señalar que en esta versión del protocolo SOC se hace una breve referencia a las personas intersex, a las que se denomina personas con variaciones

biológicas del sexo (VBS). En referencia a estas personas, se señala que, si bien pueden manifestar “disforia de género”, es poco probable que la desarrollen.

6. Críticas al modelo de patologización

“Mamá, ¿qué pasará si no soy un hombre ni una mujer?” ella no tenía respuestas. Por eso, como ella dice, no se puso delante, sino que se colocó a mi lado para atravesar la tiniebla. (...) Fueron l*s profesionales médicos los que se pusieron delante y nos iluminaron con la verdad en forma de diagnóstico. Ell*s también podrían haberse puesto al lado, pero no lo hicieron, y a la vez quizás tampoco sabían hacer otra cosa (Missé, 2018, p. 27)

Como se vio en los apartados anteriores, no existe una única forma de patologizar a las identidades trans. Las diferentes definiciones desde el campo médico y médico-psiquiátrico han ido variando, e incorporaron parte de las críticas recibidas en una tensión constante sobre de qué modo se aborda la identidad. Quizá la mejor figura para representar lo que sucede con la patologización sea entenderla como un proceso (Missé, 2018).

En este sentido, en ocasiones se observa que los impulsos hacia la patologización también han sido acompañados por los propios actores sociales y colectivos de la diversidad genérico-sexual, lo cual ha estado relacionado con las políticas públicas y las instituciones del Estado.

En el caso de los países occidentales más industrializados, y en particular en casos como el estadounidense, donde el sistema sanitario no está organizado sobre la base de garantizar el derecho a la salud, la patologización implicó el acceso a prestaciones que no habrían sido accesibles en un contexto despatologizador.

En países de América Latina, con otros desarrollos y mayor penetración de los sistemas públicos, la patologización fue un elemento que permitió a las personas trans cambiar el estatus de la violencia que experimentaban por parte de las instituciones: “El avance que logra la comunidad trans en primera instancia poniéndose dentro de ese arco de la patologización es que quien opere sea la psiquiatría, las ciencias médicas, y no el punitivismo a partir de la policía, de la moral pública (...)” (Wayar, 2021, p. 102). En este esquema, no se elimina la violencia, pero se la transforma en un tipo “más

tolerable”, en el marco de una situación de precariedad en la que lo público era parte del problema.

En su lectura crítica sobre la construcción en torno al concepto de trastorno de identidad de género y de disforia, Wayar (2021) problematiza lo que acabo de desarrollar en los apartados anteriores y le imputa una lectura de lo trans colonizada, eurocéntrica y occidental, con la que las identidades trans tuvieron que dialogar en los términos que imponía y que les negaba un espacio para la autodefinición.

Wayar (2021) define de una forma sintética y aguda la tensión con el modelo de patologización:

(...) estas personas están diciendo “estamos dentro de otras posibilidades” y la ciencia, en lugar de hacer un trabajo científico de interpretación y de guía, o de interpelar los conceptos existentes, patologiza lo que se está diciendo. En realidad, el problema es que no hay lenguaje. La batalla es en el lenguaje. (2021, p. 101)

Así, la patologización se cernía como un dispositivo que reproducía y normalizaba la lectura hegemónica binaria del género, y que no permitía otras posibilidades por fuera de ese binomio: de allí la idea de cuerpo equivocado, que de plano no reconoce su alteridad. Una idea que se sostiene desde hace décadas y que presiona también en la actualidad, “robándole” a las personas trans la posibilidad de ser fuera del modelo, como indica Missé:

Cuando inicié mi transición no me hablaron de otras posibilidades más allá del tratamiento médico para modificar aquel cuerpo equivocado, por eso siento que me robaron algo de mi cuerpo, que me arrebataron la posibilidad de vivirlo de otro modo (...) es una sensación que yo personalmente he sentido, pero no pretendo que sea una certeza para todas las personas trans. Es simplemente algo que yo siento y que me hace daño. (2018, pp. 12-13)

Sempol (2018) y Maruzza (2021) afirman que los modelos de patologización son muy problemáticos porque refuerzan el estigma y la exclusión, con lo que se legitima el recorte en los derechos de las personas trans. En este sentido, indican que la patologización naturaliza y justifica la discriminación y, con ello, recorta el ámbito de agencia de las personas trans al despolitizar el orden social que regula su subalternidad. Al mismo tiempo, este proceso invisibiliza los factores que construyen formas deficitarias de otredad al provenir de un ámbito (el biomédico) cuya intervención se considera como “neutral”. Por todo lo anterior, Maruzza (2021) señala que se trata de una forma legitimada de transfobia (término también problemático, dado que patologiza un modo de ejercer actitudes de odio).

Por su parte, Sempol (2018) indica que el DSM opera como “(...) una herramienta de control social que funciona como una especie de policía de género (...)”, que normaliza la relación entre los géneros hasta cierto punto, después del cual considera que existe patología. Por ello, lo define como “un aparato de control social” que “parece negar el cambio y la transformación”.

Las identidades trans lo que nos están planteando claramente es que la lógica heteronormativa binaria es un artificio regulatorio cultural y que existen muchos caminos posibles de identificación, muchos caminos alternativos al simple y binario que quiere hacernos creer la heteronorma. Y que todos estos caminos serían fácilmente transitables si existiera una sociedad que permitiera el despliegue de este tipo de trayectorias. (...) Discutir todas las cuestiones que tienen que ver con la despatologización también implica básicamente reconocer la alteridad de caminos que pueden existir de estas identidades dentro del trayecto médico. (Sempol, 2018, mayo 7)

Siguiendo a Cabral y Suess (2016), Maruzza define la patologización como un tipo de ejercicio de violencia en el que se identifican “(...) experiencias, rasgos físicos o mentales, hábitos, prácticas, modos de vida, personas, poblaciones o conjuntos numerosos de personas, como “enfermos”, al mismo tiempo que a otros grupos se los identifica como “sanos” (Maruzza, 2021, s/n). Para Suess (2020a; 2020b), la patologización implica una violación a los derechos humanos.

Autores trans y aliados observan una interrelación entre estas violaciones de derechos humanos y el modelo médico occidental contemporáneo de transexualidad, que psicopatologiza las expresiones e identidades de género que difieren de las expectativas sociales relacionadas con el sexo asignado al nacer. Este modelo médico, planteado en el siglo XX, reemplaza parcialmente y coexiste con conceptualizaciones previas de la transición de género como un pecado o delito y es cuestionado por una conceptualización más reciente de la libre expresión e identidad de género como un derecho humano. (Suess, 2020a, sección de contexto [background], párrafo 1)

En este sentido, se construye un binomio normalidad/patología en el que las personas cis tienen el privilegio de la normalidad, mientras se patologiza a las identidades trans.

La masificación de la crítica a la patologización de las identidades trans es reciente, y puede situarse a nivel internacional a fines de la primera década de este siglo, con su problematización por parte de movimientos sociales. Esta crítica trasciende el ámbito de la atención en salud, y reafirma el reconocimiento y la protección de la expresión e identidad de género como derechos humanos, lo cual se respalda en diversos instrumentos de protección de derechos en el plano internacional (Suess, 2018; 2020a; 2020b).

En 2010, a través de su manifiesto, la Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans denunció públicamente lo que describió como “(...) la psiquiatrización de nuestras identidades y las graves consecuencias del llamado trastorno de identidad sexual o de género”. Este discurso ya había estado precedido por acciones y manifestaciones previas, particularmente visibles a partir de 2007 en el contexto europeo (Suess, 2018).

Posteriormente, otras voces en diferentes contextos geográficos y de distintos ámbitos han reclamado que se ponga fin a la patologización.

Las demandas más relevantes para el activismo de despatologización trans incluyen la eliminación de la clasificación diagnóstica de los procesos de transición de género como un trastorno mental del DSM y CIE, la cobertura pública de la atención de la

salud trans, así como un cambio en el modelo de atención de la salud trans, de un proceso de evaluación psiquiátrica hacia un enfoque de toma de decisiones informado. Además, el activismo de despatologización trans reclama el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, de estado civil, de edad o de nacionalidad, la despatologización de la diversidad de género en la infancia, la protección contra la discriminación y la violencia transfóbica, y la despatologización de las prácticas de investigación. Durante la última década, la demanda de eliminar la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental ha recibido el apoyo de asociaciones profesionales, así como de organismos europeos de derechos humanos. (Suess, 2020a, s/n)

Como señalan Coll-Planas y Missé (2010b), cuando se defiende la despatologización no se persigue únicamente la desclasificación del trastorno de los manuales diagnósticos, sino que:

(...) se trata sobre todo de reivindicar que las personas trans, en los tratamientos médicos que puedan requerir, sean reconocidos como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismos. Se trata de reivindicar la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios cuerpos, de tomar la palabra para hablar de sus propias vidas, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente los médicos. (Coll-Planas y Missé, 2010b, p. 46)

En Uruguay, este reclamo es muy reciente, dado que el discurso despatologizador en torno a la identidad de género en el ámbito del sector salud se articuló por primera vez a través de la experiencia de la UDA de Saint Bois y, tiempo después, se visibilizó mediante el activismo trans en el marco de la discusión sobre la *Ley integral para personas trans*.

Como expresó una de las activistas vinculadas a esta demanda, Marcela Pini (2019), quien además es la primera mujer trans que recibió el título de psicóloga en Uruguay, la despatologización es una necesidad si se quiere pensar una práctica clínica que “no sancione *a priori* la disidencia sexogenérica”. Esta implica reconocer que la construcción de lo normal y de lo patológico está históricamente situada y es desigual

en términos de poder. En este sentido, la patologización también tiene un aspecto más amplio desde el punto de vista cultural, que relega lo trans al lugar de lo subalterno:

Quienes nos sucedan necesitan conocer la historia, tener identificaciones. Quienes nos sucedan como personas trans. ¿Qué le van a decir a vuestros hijos cuando empiecen a transitar la disidencia sexogenérica, en caso de que pase? ¿Qué les van a contar de la cultura? ¿De qué cultura les van a hablar si no habilitan ser colonizados por lo trans? ¿Qué representaciones tiene lo hegemónico de lo trans? Salir del lugar asignado es todo un desafío. (Pini, 2019, julio 16)

Retomando nuevamente a Wayar (2021), existe otro problema asociado a la lectura desde la patologización, y es su carácter individualizador de un problema social. Así, se carga sobre las personas trans la responsabilidad de tener cierta coherencia que las vuelva inteligibles, en parámetros que no las comprenden.

Capítulo 4. Diseño de investigación y estrategia metodológica

1. Introducción

El presente capítulo aborda el diseño que se adoptó para esta investigación, así como la estrategia metodológica. Para ello, se subdivide en tres secciones: en la primera, se describen las características del diseño escogido con base en la pregunta que guía la investigación, y se explica por qué se trata de un estudio de caso que se enmarca en un abordaje cualitativo. Así, se describen las características de los diseños cualitativos de investigación y de su modo de producir conocimiento. En la segunda sección se presentan el objetivo general (OG) y los objetivos específicos (OE) de la investigación.

Como ya se indicó, en esta investigación se analiza el modelo de atención hacia las personas trans que busca instaurar la experiencia de la UDA de Saint Bois en Uruguay, mediante el análisis de cómo se planteó su incorporación en las políticas públicas entre los años 2014 y 2021. Aquí se describen los objetivos específicos que se trazan para dar cuenta de este objetivo general, y se identifican las dimensiones y subdimensiones de análisis correspondientes a cada objetivo específico, así como también se describen las unidades de observación de cada subdimensión. Todo este planteamiento está orientado teóricamente por los conceptos que se enunciaron en los capítulos 2 y 3, de tal modo que en la tabla 1 se operacionalizan para el caso concreto.

Por último, en la tercera sección se describen las fuentes de información que se emplean para el análisis, su estrategia de relevamiento y los criterios éticos que siguió para la investigación.

2. Características del diseño

Esta tesis pretende responder la siguiente pregunta de investigación: *¿cuáles son las características del modelo de atención sanitaria hacia las personas trans que buscó instaurar la experiencia de la UDA de Saint Bois en Uruguay y cómo se planteó su incorporación en las políticas públicas?*

Busco una respuesta analítica densa y profunda a la pregunta de investigación, que contemple la mirada de los actores involucrados con el diseño e implementación de la estrategia (así como con su potencial articulación), por lo que considero que el paradigma más adecuado para abordarla es el cualitativo.

Este paradigma de investigación se plantea construir conocimiento mediante una forma interpretativa e inductiva, que se caracteriza por diseños flexibles que permiten acercarse a un fenómeno de forma reflexiva a través de una variedad de métodos (Vasilachis, 2006). Esta forma de investigar prioriza la profundidad en la construcción del conocimiento (Whittemore et al., 2001), y busca recoger los datos desde el contexto en el cual el fenómeno que busca analizarse ocurre naturalmente (Shaw, 1999), privilegiando la perspectiva de los actores vinculados con el mismo.

Dentro de este paradigma, la estrategia metodológica escogida para esta investigación es el estudio de caso. Con este tipo de estudio pueden emplearse una variedad de fuentes para abordar el análisis de un tema (Yin, 1989), lo que permite ir más allá de la descripción, aunque se trate de un tema poco estudiado. En mi experiencia particular (Schenck, 2017; 2018b), este tipo de diseño es de mucha utilidad a la hora de contrastar teoría y de generar nuevas miradas que incorporen lo que ocurre en contextos locales, dado que muchas de las elaboraciones teóricas que empleamos como base para nuestra reflexión fueron pensadas desde otras latitudes.

Siguiendo a Neiman y Quaranta (2006), cabe señalar que, a diferencia de otros diseños y tradiciones de la investigación cualitativa, el estudio de caso puede partir de la utilización de categorías conceptuales para el desarrollo de la investigación y de la teoría (lo cual lo diferencia de la teoría fundamentada), a la vez que realiza recortes

específicos de la realidad social sin que necesariamente se establezcan instancias de reflexividad respecto a la participación de la investigadora (lo que diferencia al estudio de caso de la etnografía).

El caso puede estar constituido por:

(...) un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación.

Los estudios de casos tienden a focalizar, dadas sus características, en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y contextual. (Neiman y Quaranta, 2006, p. 218)

En función del número de casos que se pretenda estudiar, los estudios de caso pueden ser simples o múltiples. El que más se adapta a lo que pretende esta investigación es el denominado "de caso único" (Yin, 1989, p. 28), en el que la identificación del caso coincide con la unidad de análisis. Así, la unidad de análisis de este trabajo está definida como la experiencia de atención en salud a las personas trans que se desarrolla en la UDA Saint Bois.

Dentro de los estudios de caso, en los que priorizan el caso único la validez y calidad viene dada por la efectividad de la particularización, por la profundidad con la que se aborda el caso de estudio. Así, lo que se prioriza es la elección del objeto, y es en función de ello que se determina el abordaje metodológico:

(...) la elección del caso busca maximizar las posibilidades y la capacidad que las condiciones y características del caso presentan para desarrollar conocimiento a partir de su estudio. La muestra es intencionada en función de los intereses temáticos y conceptuales, y los casos se pueden seleccionar según diversos criterios, por ejemplo, a partir de determinadas condiciones que transforman al caso en un fenómeno único o lo

constituyen en una expresión paradigmática de un problema social. El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad. Una vez elegido el caso se deben seleccionar, por ejemplo, escenarios y/o participantes para su observación o entrevistas. (Neiman y Quaranta, 2006, pp. 219-220)

El eje conceptual que guía al estudio de caso es la pregunta de investigación, que puede estar referida a un determinado tipo de problema o a un tema de características más empíricas. Por ello, las preguntas se formulan con flexibilidad y se van precisando a medida que se desarrolla el diseño, no obstante lo cual guían la recolección de la información. Esta información puede provenir de distintas fuentes, como entrevistas y análisis de documentos, entre otras. Este acercamiento múltiple pretende reflejar tanto la complejidad del objeto de estudio como las visiones de los actores involucrados. De hecho, combinar distintas técnicas para poder abarcar el fenómeno a estudiar desde diferentes perspectivas es un potencial de la investigación cualitativa en general, así como de la de caso en particular.

En cuanto al análisis de los datos con los que se trabaja, puede darse directamente a través de la interpretación o mediante la construcción de categorías que permitan agregar información. En este tipo de abordaje, la generalización se denomina como “naturalística” (Neiman y Quaranta, 2006), y viene dada por la descripción profunda del caso y su contexto.

La calidad de la investigación está muy relacionada con la capacidad de responder a los interrogantes y objetivos planteados. La validez interna de la investigación está determinada por la confiabilidad de la sistematización efectuada, mientras que la validez externa se determina por la posibilidad de generalizar los resultados del proceso desde el punto de vista analítico (Meyer, 2001).

En cuanto a la vinculación con la teoría, también existe flexibilidad y múltiples acercamientos dentro de los estudios de caso: esta variabilidad incluye tanto la aplicación de un marco teórico establecido como la creación de conceptos, así como modelos híbridos que, en parte, contrastan teoría y, en parte, la crean. La generación

de nueva teoría es una de las características que más destacan de los estudios de caso, que permiten forjarla en contacto directo con la «empiría» y con las distintas voces que allí se reflejan (Eisenhardt, 1989). Así, este diseño brinda la posibilidad de desarrollar teoría vinculada a un caso concreto.

3. Objetivos de investigación y dimensiones de análisis

Como ya se adelantaba en la introducción, el *objetivo general* (OG) de esta investigación fue analizar el modelo de atención hacia las personas trans que busca instaurar la experiencia de la UDA de Saint Bois en Uruguay, mediante el análisis de cómo se planteó su incorporación en las políticas públicas entre los años 2014 y 2021.

Como *objetivos específicos* (OE), se buscó:

1. Analizar el surgimiento del problema al que buscó responder la experiencia de la UDA de Saint Bois desde su marco interpretativo y estudiar las características principales de dicha experiencia.
2. Analizar la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la UDA.
3. Analizar los desafíos para la implementación de la política en salud hacia las personas trans promovida desde la UDA de Saint Bois.

Cada uno de estos objetivos se vincula con el modelo analítico presentado en el marco teórico para abordar el análisis de políticas públicas, y hace foco en lo que considero como sus componentes centrales: el surgimiento del problema como público y el marco interpretativo para abordarlo (OE1); la incorporación en la agenda política (OE2); y la implementación y sus desafíos (OE3).

Estos objetivos están sujetos a una cronología. El OE1 se ubica en el momento del surgimiento de la experiencia de la UDA; el OE2, en el del escalamiento de esta y su ampliación hacia el debate público. Finalmente, el OE3 se enmarca en lo que ocurrió tras la discusión generalizada ocasionada por la *Ley integral para personas trans*. Si bien la implementación de la experiencia estuvo presente en todo este período, el OE3 se circunscribe a lo que ocurre con posterioridad a la aprobación de la ley y de los

protocolos, debido a que se busca hacer foco en los desafíos actuales para la política de salud.

De esta forma, para cada uno de los OE se definieron dimensiones que, con base en el marco teórico anteriormente explicitado, buscaron identificar los elementos clave que den cuenta de cada uno y que, por lo tanto, estructuran el análisis. Estas dimensiones se derivan de las consideraciones teóricas explicitadas en los capítulos anteriores.

Para cada una de estas dimensiones, se definieron a su vez subdimensiones aplicadas al caso que se estudian a partir de una serie de unidades de observación que permiten recoger y sistematizar la información empírica. Dado que se trata de un diseño cualitativo y que, precisamente, una de sus cualidades es la flexibilidad a nivel metodológico, si bien el diseño de la investigación fue previo al análisis, este se terminó de configurar con el análisis de los datos.

En la tabla 1 se resumen los objetivos específicos de esta tesis, así como se identifican cada una de las dimensiones, subdimensiones y unidades de observación que se toman para dar respuesta a los mismos.

Tabla 1. Objetivos específicos (OE), dimensiones, subdimensiones e indicadores

OE	Dimensiones	Subdimensiones	Unidades de observación
1. Analizar el surgimiento del problema al que buscó responder la experiencia de la UDA de Saint Bois desde su marco interpretativo y estudiar las características principales de dicha experiencia	1. Identificación de "ventanas de oportunidad"	Creciente politización de la sexualidad en relación con los derechos ciudadanos en Uruguay	Políticas públicas que abordan específicamente a la diversidad sexual y de género en Uruguay
		Política sanitaria que buscaba garantizar el derecho a la salud de forma universal	Reforma que buscó garantizar cobertura, acceso, equidad e integralidad de la atención en salud para toda la población
		Institucionalización de la medicina familiar y comunitaria en la formación pública en medicina	Reforma del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UDELAR
		Creación de las Unidades Docentes Asistenciales (UDA)	Articulación de la UDELAR con la prestación pública de asistencia a través del programa UDA
		2. Caracterización de la realidad objetiva del	Vulneración de derechos de la población trans

	problema		de la población trans	
		Situación de salud de la población trans	Investigaciones sobre situación de salud de la población trans	
	3. Marcos interpretativos rivales al modelo de la UDA	Patologización de la población trans	Modelo de atención en salud hacia la población trans en la UDELAR previo a la experiencia de la UDA	
		Focalización (enfoque centrado en riesgo)	Abordaje focalizado de los problemas de salud de la población trans en el sector público previo a la experiencia de la UDA	
	4. Marco interpretativo de los actores vinculados a la UDA de Saint Bois	Antecedentes	Experiencias en salud hacia personas trans desde un marco de derechos	
		Integralidad de la atención en salud	Abordaje de la atención en salud desde la perspectiva de la medicina familiar y comunitaria	
		Abordaje despatologizador	Atención no discriminatoria	
			Existencia de consentimiento informado y desarrollo de dispositivos centrados en la experiencia de la persona usuaria	
			Existencia de mecanismos de formación y capacitación	
			Tomar a la identidad trans como una expresión más de la identidad de género (no se considera un trastorno)	
2. Analizar la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la UDA	1. Incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda sectorial	Normativa sectorial que institucionaliza la mirada de la UDA	Existencia de protocolos a nivel de la política sanitaria	
		Existencia de prácticas descentralizadas	Existencia de otros centros o profesionales fuera de la UDA que replican modelo de atención	
	2. Incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda amplia de derechos	Plan Nacional de Diversidad Sexual incorpora mirada de la UDA	Disposiciones sobre salud en el plan destacan experiencia de la UDA	
		<i>Ley integral para personas trans</i> incorpora la mirada de la UDA	Participación de equipo de salud UDA Saint Bois en discusión parlamentaria	
			Rol de equipo de salud en discusión pública del tema	
			Texto de la ley incorpora salud con perspectiva UDA	

3. Analizar los desafíos para la implementación de la política en salud hacia las personas trans promovida desde la UDA de Saint Bois	1. Elementos facilitadores	Normativa	Existencia de protocolos y guías
			Existencia de <i>Ley integral para personas trans</i>
	2. Obstáculos	Políticos (cierre de "ventana de oportunidad")	Efectos del cambio en la orientación del Gobierno nacional
			Sanitarios

Fuente: Elaboración propia (2022)

4. Fuentes de información y técnicas de relevamiento

En cuanto a la recolección de datos, para los estudios de caso Yin (1989) recomienda utilizar múltiples fuentes e instrumentos, con el objetivo de cumplir con el principio de triangulación que garantice la validez interna de la investigación.

Con base en estos preceptos, en esta investigación se trabajó con fuentes primarias y secundarias para así contemplar un doble cometido: por un lado, describir en profundidad la experiencia seleccionada y, por el otro, analizar las percepciones/ideas sobre la misma que tenían sus propixos impulsores. De esta forma, logra abordarse la complejidad asociada a los marcos interpretativos de la experiencia, su entrada en agenda, su diseño, la implementación de esta y sus desafíos.

Se trabajó en la recopilación, sistematización y análisis de una variedad de fuentes: documentos e información institucional de la Facultad de Medicina; normativa, protocolos y guías nacionales; sistematizaciones previas sobre experiencias nacionales; presentaciones en eventos y ateneos; noticias y material audiovisual publicado en la prensa; notas, y material audiovisual publicado por asociaciones, colectivos o activistas. Todas las alusiones específicas que se hacen a estas fuentes están debidamente referenciadas.

A su vez, para estudiar cómo se incorporó el tema en la agenda pública y política, se realizó una sistematización exhaustiva en relación con la temática de dos medios de prensa escrita, *La diaria* y *El Observador*, durante los años de interés de esta tesis (2014 a 2021). Esto implicó sistematizar todas las noticias de prensa que incluyeran referencias a lo trans en Uruguay en ambos medios. Se tomaron estos dos medios de prensa por un criterio teórico, debido a que uno se asocia con una visión más conservadora (*El Observador*), mientras que el otro tiene una postura más progresista y de interés explícito en dar cobertura a temáticas asociadas a género y diversidad genérico sexual (*La diaria*). En total, se analizaron 705 artículos de prensa directamente vinculados con el tema, de un total inicial de 1709 que arrojó la primera selección con base en el criterio de búsqueda. El criterio de inclusión para analizar a un artículo fue que se refiriera al tema trans en Uruguay.

Tabla 2. Noticias de prensa incluidas en el análisis (2014 - 2021)

	Resultados iniciales ("trans" "Uruguay")	Criterio temporal de inclusión	Artículos incluidos en el análisis
<i>El Observador</i>	734	2014 a 2021	137*
<i>La diaria</i>	975	2014 a 2021	568**

Fuente: Elaboración propia, 2022

*Se incluyen 3 artículos de 2013, referenciados en noticias posteriores

**No incluye sección de humor ni sección "Apuntes de campaña" (dado que repite noticias anteriores)

Por otra parte, durante el período de estudio se incluyeron 92 registros de material audiovisual, consistente en producción televisiva/audiovisual relacionada con el tema. Aquí se hizo énfasis sobre todo en la cobertura televisiva, puesto que logra llegar a un público más amplio (dado que entre las subdimensiones y unidades de observación estaba precisamente la incidencia en la discusión pública), si bien se incluyeron también producciones oficiales de distintos organismos y elaboraciones propias de colectivos a favor y en contra de la agenda de derechos.

Tabla 3. Registros audiovisuales incluidos en el análisis (2014 - 2021)

Categoría	Piezas incluidas	Criterio temporal de inclusión
Medios masivos de información nacionales*	56	2014 a 2021
Medios masivos de información internacionales**	6	2014 a 2021
Actores sociales con perspectiva de derechos	14	2014 a 2021
Actores sociales en contra del avance de la agenda de derechos	8	2014 a 2021
Gobierno nacional	4	2014 a 2021
Gobierno departamental	1	2014 a 2021
Parlamento	1	2014 a 2021
Universidad de la República	1	2014 a 2021
Organismos internacionales	1	2014 a 2021

Fuente: Elaboración propia (2022)

*Se considera a los canales oficiales (nacional y municipal) dentro de los medios masivos.

**Solo se consideran piezas internacionales que incluyan declaraciones de actores locales.

En la sistematización realizada se incorporó la discusión parlamentaria de la *Ley integral para personas trans*. Al respecto, se estudiaron las actas parlamentarias de la discusión en plenario de la Cámara de Senadores y de la Cámara de Representantes correspondientes al debate sobre el proyecto de *Ley integral para personas trans*, con el objetivo de identificar referencias a la salud de las personas trans o a los equipos vinculados con la experiencia de la UDA.

También se relevaron y analizaron las actas taquigráficas de las discusiones que se dieron en el ámbito de la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, dado que en ese ámbito se reciben actores de ámbitos distintos al parlamentario y, en particular, se invitó a actores que tenían relación con la atención en salud para pedirles su testimonio sobre la ley en calidad de expertxs.

Tabla 4. Versiones taquigráficas analizadas de las discusiones en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado (2017 - 2018)

Documento	Descripción
2145/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 2018, octubre 10.
2064/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 1 de octubre de 2018.
2026/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 13 de agosto de 2018.
2011/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 6 de agosto de 2018.
1986/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 16 de julio 2018. Concurren: por la Asociación Familia y Vida, el señor Néstor Martínez. Por la Asociación Civil Siembra, la doctora Edivia Rodríguez y el escribano Federico Baranzano; por la Asociación Hacemos un Trato Uruguay, las señoras Azul Martorell y Pilar Rodríguez.
1957/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 2 de julio 2018. Concurren: por la Cátedra de Psiquiatría, la Directora de la Clínica Psiquiátrica, la profesora Sandra Romano; la Directora de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, la profesora Gabriela Garrido, y la Asistente de la Clínica de Psiquiatría, señora Alejandra Moreira. Por la Facultad de Psicología, la profesora Irene Barros. Por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, la licenciada Marcela Pini. Y por el Departamento de Medicina Legal de la UDELAR, el doctor Hugo Rodríguez.
1924/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 11 de junio 2018. Concurren: por la Sociedad Uruguaya de Pediatría, la Presidenta de la entidad, la doctora Alicia Fernández, así como la doctora Graciela Varín y el doctor Carlos Zunino; por la Cátedra de Endocrinología, la encargada de la Cátedra, la Prof. Agda. doctora Beatriz Mendoza; y, en representación de la Sociedad Uruguaya de

	Endocrinología y Metabolismo, la doctora Cristina Alonso.
1877/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 14 de mayo 2018. Concurren: por la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud, el doctor Jorge Patpatían, la escribana María Gianella Aloise. Por la UDA, el doctor Daniel Márquez y la psicóloga Mónica Reina.
1856/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 7 de mayo 2018. Concurren: la señora Elizabeth Paulino y la Presidenta de la Asociación de Dominicanos Juana Saltitopa, la señora Aura Mercado; por Ovejas Negras, las señoras Sofía Santa Cruz, Patricia Gambetta, Paula Moreno y Delfina Martínez y los señores Nicolás Mauri y Rodrigo Falcón; por Todos por los Niños, los señores Lucas Rivero y Eduardo Palermo; por la Asociación Trans del Uruguay (ATRU), la Presidenta, la señora Karina Pankievich, y las señoras Antonella Fialho, Analía Beltrán, Patricia Apud y Fany Molina.
1777/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 22 de marzo de 2018. Concurren: el Profesor doctor Paul Hruz, las profesoras doctoras Cristina Belzarena, Rosa Lang y Graciela Beriao y la doctora Patricia Bozzo. Traductores: señora Inés Trabal y señor Julián Barquín.
1631/0	Versión Taquigráfica de la sesión del día 27 de noviembre de 2017.
1578/0	Versión taquigráfica de la sesión del día 6 de noviembre de 2017. Concurren: por el Ministerio de Desarrollo Social, la Ministra maestra Marina Arismendi; el Director Nacional de Promoción Sociocultural, el señor Federico Graña; la señora Patricia Gainza, Directora de la División Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural; el señor Gonzalo Gutiérrez, Jefe del Departamento de Promoción y Participación de Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural; y la señora Joana Techera, Jefa del Departamento Análisis Aplicado de Derechos Humanos.
<u>1297/0</u>	Mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo. Disposiciones citadas.

Fuente: Parlamento del Uruguay (2022)

A su vez, esta sistematización y análisis se complementó con otras fuentes de producción de información, en las que se empleó como técnica la entrevista semiestructurada, que se efectuó a profesionales de la salud.

Esta técnica se utilizó fundamentalmente para relevar las percepciones/ideas/concepciones de lxs actores de la UDA, aunque también se empleó para obtener información de profesionales que articulaban con la UDA (desde un sistema de referencia y contrarreferencia y con la consideración de que la atención que se articula a través de la UDA trasciende el primer nivel). También se empleó para relevar percepciones de médicxs que no se vinculaban directamente por la UDA, pero cuya opinión era clave para comprender el proceso, tanto en lo que implicaba a su modelo de atención como a su escalamiento. En este sentido, en la fase inicial se realizaron entrevistas con una autoridad médica vinculada con el modelo de patologización previo a la UDA (entrevistadx 6 de la etapa inicial, ver tabla 5), y con una autoridad vinculada con el sistema público de salud que fue habilitante para la expansión del modelo de la UDA (entrevistadx 5 de la etapa inicial, ver tabla 5).

Debido a que, como explicaba en la introducción, he estudiado el tema en distintas investigaciones a lo largo del tiempo, he realizado entrevistas a profesionales de la salud en vinculación a la experiencia desde el surgimiento de esta hasta la actualidad.

De hecho, si lo considero como un continuo, puedo distinguir claramente tres momentos en este proceso de investigación: uno inicial, en el que se pretendió caracterizar el origen de la experiencia en el momento en que surgía; otro a mitad de camino, cuando la experiencia estaba consolidada, pero aún quedaba margen para que siguiera escalando en el sistema de salud; y el actual, caracterizado por haber alcanzado su pleno desarrollo y por las limitaciones para su continuidad.

El trabajo de campo del primer momento antes referido se llevó adelante en el primer semestre del año 2015 y fue publicado en el año 2016 (Sempol et al., 2016). De dicha etapa se trabajará con el material de seis entrevistas.

En cuanto al trabajo de campo del segundo momento, fue realizado entre agosto y diciembre de 2016 y publicado en 2017 y 2018 (Schenck, 2017; 2018b). De ese momento se trabajará con el material de una entrevista.

En caso de que el material de estas entrevistas hubiera sido publicado previamente, se cita a la publicación. En caso de que el material sea inédito, se referencia a la entrevista y su año de realización.

Por último, entre julio y agosto de 2021, añadí otras tres entrevistas semiestructuradas, realizadas exclusivamente para esta tesis.

La referencia a los perfiles de las personas entrevistadas figura en la siguiente tabla.

Tabla 5. Perfiles de personas entrevistadas en cada etapa del desarrollo de la UDA

Etapa	Año de realización entrevistas	Cantidad de entrevistas	Perfiles de personas entrevistadas
Inicial	2015	6	Entrevistadx 1. Médicx de familia con vinculación con la UDA
			Entrevistadx 2. Médicx de familia con vinculación con la UDA
			Entrevistadx 3. Ginecólogx con vinculación con la UDA
			Entrevistadx 4. Ginecólogx con vinculación con la UDA
			Entrevistadox 5. Médicx, autoridad del sistema público de salud
			Entrevistadx 6. Médicx no vinculado con la UDA
En consolidación	2016	1	Entrevistadx. Médicx de familia con vinculación con la UDA
Consolidada	2021	3	Entrevistadx 1. Médicx de familia con vinculación con la UDA
			Entrevistadx 2. Médicx de familia con vinculación con la UDA
			Entrevistadx 3. Profesional de la salud mental con vinculación con la UDA

Fuente: Elaboración propia (2022)

Debido a que mi inserción institucional varió en esta última etapa (dejé de ser investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales y pasé a integrar la Facultad de Psicología de la Universidad de la República), para realizar el trabajo de campo se me requirió cumplir con lo establecido por el Comité de Ética de dicha Facultad. También debo aclarar que, en las entrevistas realizadas en las etapas previas, en caso de que incluyera en el análisis de esta tesis fragmentos que no hubieran sido previamente publicados, solicité autorización para trabajar con el material (dicha autorización fue solicitada al Coordinador académico de la investigación de la primera etapa; en el caso de la segunda, ya bajo mi coordinación, se lo solicité directamente a la persona con cuya entrevista trabajé mediante correo electrónico).

La realización de las nuevas entrevistas fue presentada ante el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología, que dio su aprobación para efectuarlas (ver resolución en anexo).

De esta forma, el Comité validó que la realización de entrevistas cumple con los criterios establecidos en el Decreto 379/008 sobre Investigación con seres humanos, del 4/8/2008: capítulo II, "Aspectos éticos de la investigación que involucra seres humanos"; capítulo III, "Consentimiento libre e informado"; y capítulo V, "Protocolo de investigación".

De acuerdo con la normativa vigente, el Comité de Ética establece que los proyectos que soliciten su revisión deben contemplar los siguientes aspectos:

- Apartado de consideraciones éticas
- Valoración de riesgos y beneficios
- Hoja de Información para participantes
- Hoja de Consentimiento Informado para participantes
- Hoja de Asentimiento Informado (solo para menores de edad, por lo que no fue utilizada en esta investigación).

Para esta investigación, se contactó a cada persona por correo electrónico con una introducción inicial sobre la propuesta de investigación, tras lo cual se le enviaba por la misma vía una hoja de información y un consentimiento informado. Debido a la

situación de pandemia ocasionada por la COVID-19, las entrevistas fueron realizadas de forma virtual a través de la plataforma *Zoom*. El Comité de Ética aceptó, asimismo, que la firma del consentimiento se realizara de forma electrónica y con aceptación oral al comienzo de la grabación de audio de la entrevista.

Las pautas empleadas en las entrevistas buscaron relevar las distintas dimensiones relevantes para esta investigación y presentan variaciones mínimas entre sí que responden al perfil de los diferentes actores. La pauta de entrevista básica puede consultarse en el anexo.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, posteriormente se transcribieron y se introdujeron en el programa *Atlas Ti* (versión 7) para su análisis. La técnica utilizada para el análisis de estas entrevistas fue el análisis de contenido, que puede definirse como:

[...] un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada. [...] O, dicho de otro modo, ha de concebirse como un procedimiento destinado a desestabilizar la inteligibilidad inmediata de la superficie textual, mostrando sus aspectos no directamente intuibles y, sin embargo, presentes. (Díaz y Navarro, 1998, como se citó en Fernández Chaves, 2002, p. 37).

La estrategia de obtención y análisis de datos se estructuró con base en los objetivos específicos y dimensiones reseñadas en la tabla 1.

Por último, algunas consideraciones sobre el manejo de los nombres propios en esta investigación. Gran parte del volumen de información con el que trabajo es público y se hace referencia a quién enuncia la información, o corresponde a instancias públicas que fueron grabadas y reproducidas. En esos casos, en que los discursos están enunciados por personas que se identifican públicamente con ellos, reproduzco el nombre asociado al mismo.

En caso de que la información haya sido relevada a través de las entrevistas, de acuerdo con el modelo de consentimiento informado se protege el anonimato de la persona entrevistada.

Capítulo 5. Surgimiento del problema: definición y marco interpretativo

1. Introducción

En el modelo de análisis de las políticas públicas, reseñado en el capítulo 2 del marco teórico, se aludió a que el primer paso para generar una política pública es identificar un problema como público. En esta definición de los problemas, intervienen distintos actores con diferentes marcos cognitivos para interpretarlos, por lo que su rol de incidencia no solo se resume en la capacidad de colocar un problema para ser incorporado en la agenda política, gubernamental y/o decisional, sino también en la forma en la que la política dialoga con esos marcos a la hora de pensar el problema y la solución a este.

La política pública no solo dialoga con un problema que existe: también lo hace con la forma en que este problema es interpretado. Y, para ello, el marco cognitivo de los actores es clave para la mediación que se establece entre el problema y su solución.

En este capítulo se analizan todas las dimensiones que comprenden el surgimiento del problema. Para ello, en primera instancia, se analizan las “ventanas de oportunidad” que habilitaron el surgimiento de la experiencia.

Una segunda dimensión que se analiza se vincula con la caracterización “objetiva” del problema. Aquí se toman elementos que permiten describir la vulneración de derechos de la población trans y la situación específica en relación con la salud de esta población.

Dado que se considera que el problema se compone de una realidad objetiva mediada por un marco interpretativo (ver cap. 2), la tercera dimensión aborda los marcos rivales a los de la experiencia de la UDA Saint Bois.

Por último, la cuarta dimensión analiza el marco interpretativo de los actores vinculados a la UDA.

Como se detalla en el capítulo 4, para la elaboración de este capítulo realicé una recopilación y sistematización documental, que abarca leyes nacionales, documentos institucionales elaborados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), ASSE y UDELAR, así como consulté fuentes de prensa institucionales y los sitios web de estos organismos. También se incluyen contenidos publicados en la prensa escrita y en televisión, y se sistematizan intervenciones de diversos actores en seminarios, jornadas y conferencias. A partir de estas fuentes, se generaron datos primarios mediante la técnica de análisis de contenido.

Este capítulo también se nutre de investigaciones anteriores y, en particular, de trabajos de investigación en los que participé directamente. No obstante, el análisis de esa información responde al marco teórico expuesto en esta tesis, por lo que se trata de un producto nuevo.

En caso de que la información primaria sobre la que trabajé ya hubiera sido publicada, se cita la publicación. Si se trata de entrevistas que no fueron publicadas, se referencian directamente de forma anónima. Finalmente, también se incorporan nuevas entrevistas. Toda la información de las entrevistas fue analizada a través de la técnica de análisis de contenido.

2. Ventanas de oportunidad: incorporación de la perspectiva de diversidad sexual y de género en las políticas públicas y cambios en la política de salud

A nivel macro, existen cuatro aspectos que pueden configurarse como “ventanas de oportunidad” y que abrieron margen para el surgimiento del modelo de la experiencia de la UDA de Saint Bois: i. la creciente politización de la sexualidad en relación con los derechos ciudadanos en Uruguay, que se observa a través de una batería amplia de políticas públicas que entre 2003 y 2019 buscaron abordar específicamente a la diversidad sexual y de género en el país; ii. la gestación e implementación de una reforma estructural del sistema de salud a partir de 2007, que buscaba garantizar el derecho a la salud de forma universal (cobertura, acceso, equidad e integralidad de la atención en salud para toda la población), así como también redimensionó el rol de la persona usuaria dentro del sistema; iii. la institucionalización de la medicina familiar y comunitaria en la formación pública en medicina, a través de una reforma de su plan de estudios en el año 2008, dada la centralidad del enfoque de esta disciplina para la experiencia analizada; y iv. la creación de las Unidades Docentes Asistenciales (UDA) como parte de los procesos delineados en los puntos ii y iii, dado que permitieron articular a la academia pública con la prestación de asistencia pública en el primer nivel de atención.

Así, estos cuatro procesos pueden entenderse como facilitadores de esta experiencia, pues habilitaron su posibilidad para surgir y también para proyectarse posteriormente más allá del caso concreto. A continuación, se describen en detalle.

2.1. Creciente politización de la sexualidad no heteronormativa en relación con los derechos ciudadanos en Uruguay

Desde fines de la década de 1990, en el ámbito nacional Uruguay ha experimentado un proceso en que la diversidad sexual y de género han comenzado a entrar en el terreno de las políticas, que se asocia en gran medida al fortalecimiento del movimiento por la

diversidad sexual y a su capacidad para incidir en la problematización pública de las desigualdades asociadas a este eje.

Este proceso estuvo precedido por la conformación de grupos desde la sociedad civil que reclamaban derechos asociados a la diversidad sexual y de género, que comenzaron a hacerse visibles ya en la década de 1980, tras la recuperación formal de la democracia al finalizar la última dictadura cívico militar en el país (Sempol, 2013b) (la última dictadura en Uruguay comenzó en 1973 y formalmente se alargó hasta 1985, aunque hubo una normalización de los ribetes autoritarios criminalizadores de la sexualidad no heteronormativa hasta entrada la década de 1990) (Sempol, 2013b; 2019)²⁰.

En cuanto a la movilización pública, son hitos en este proceso marchas como la del “Orgullo Gay”, que se realizó por primera vez a principios de la década de 1990, y, particularmente, la “Marcha de la Diversidad”, que se realizó por primera vez en el año 2005 y que con el paso de los años se ha vuelto uno de los acontecimientos de mayor convocatoria en la capital del país, Montevideo. De hecho, se replica en otros puntos del territorio (Sempol, 2013b; Intendencia de Montevideo (IM), 2016; Schenck, 2020). En este trayecto, las primeras organizaciones travesti surgen en 1991 (Mesa Coordinadora de Travestis y, posteriormente, Asociación de Travestis del Uruguay), en aquel momento centrando sus demandas en torno al VIH-sida y la exclusión social (Sempol, 2019).

Esta creciente politización de la diversidad sexual y de género se fue imprimiendo en la aprobación de una serie de leyes, políticas, acciones y mecanismos que buscaron contemplar específicamente estas dimensiones o transversalizarlas en disposiciones ya existentes (Consejo Nacional de Diversidad Sexual (CNDS) y MIDES, 2018; Presidencia de la República y Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], 2018). La mayoría de estos avances se dieron a partir de 2005, año en que el partido de izquierda/centroizquierda, Frente Amplio, llegó por primera vez al Gobierno nacional, y

²⁰ Sempol hace un recorrido sobre la violencia estatal que en este período experimentó la población trans, y afirma: “En los ochenta y noventa no había ninguna normativa que protegiera a la población travesti, y el temor a no ser tomadas en serio en sus denuncias fue importante. A su vez, en ese momento seguían siendo hegemónicas las visiones que patologizaban sus identidades, lo que desacreditaba sus potenciales denuncias” (2019, p. 9).

estuvo en la Presidencia de la República hasta el año 2020 (a partir de entonces, el Gobierno volvió a estar representado por fuerzas políticas de derecha, esta vez por una coalición de partidos que encabeza el Partido Nacional).

Estos cambios a nivel de la esfera de los partidos en el Gobierno a partir de 2005, que también pueden considerarse como una ventana de oportunidad para la incorporación de estos temas en agenda por la vinculación de la izquierda político partidaria con los movimientos sociales en Uruguay, se acompañaron con cambios en el propio movimiento de la diversidad sexual y de género. En este período surgieron actores colectivos con nuevas estrategias de incidencia, como el caso de Ovejas Negras (Sempol, 2013b; Amado, 2019). Este colectivo, que se creó en el año 2004, planteó la agenda de diversidad de un modo interseccional, en el marco de coordinaciones más amplias de los movimientos para impulsar avances en la agenda de derechos (Sempol, 2013b; Johnson et al., 2015). Como expresó una de sus integrantes, Daniela Buquet, en el marco de la Marcha de la Diversidad realizada en 2018 bajo la consigna “Ley Trans Ya. Nuestro Derecho a Ser es Urgente”:

Estamos orgullosos y orgullosas de estar marchando y de ser quienes somos, pero queremos también entender que toda la sociedad es diversa, tenemos un montón de identidades y tenemos que sentirnos orgullosos de eso mismo. Por eso ampliamos y estas organizaciones [convocantes a la marcha] no son solo de diversidad sexual, sino que también luchamos contra el racismo, somos feministas, somos de izquierda, luchamos por las personas con discapacidad y un montón de otras cosas. (France 24 Español, 2018, septiembre 30)

Otro elemento a tener en cuenta es que, como también sucedía en el feminismo (Johnson et al., 2015), había integrantes de colectivos por la diversidad que tenían doble militancia, es decir, dentro del movimiento social, pero también en el sistema de partidos (Amado, 2019). Muchxs de estxs militantes tenían inserción en sectores del Frente Amplio y, posteriormente, ocuparon incluso cargos de gobierno. Ello también era un elemento más que incidía dentro de la ventana de oportunidad para el

planteamiento de demandas, y que permitía un vínculo más fluido entre los colectivos y el partido político en el Gobierno.

Especialmente a partir de 2005 se observa una proliferación de políticas en el ámbito nacional que incorporan la problematización sobre la diversidad sexual y de género en diversos aspectos. Estas abarcarán tanto la dimensión de la visibilización y del reconocimiento como la de la redistribución. De esta forma, se generaron condiciones para el ejercicio igualitario en materia de derechos universales idealmente consagrados para la población en general, así como también se elaboraron instrumentos específicos para atacar las vulnerabilidades asociadas a las trayectorias de las personas trans, para lo que el MIDES tuvo un rol significativo, que también incluyó la promoción de investigación para generar políticas basadas en evidencia (MIDES y Rocha, 2014).

Asimismo, durante los últimos años, en varios organismos públicos se ha fortalecido la institucionalidad en relación con la transversalización de las perspectivas de género y diversidad genérico-sexual, se han generado guías y protocolos de funcionamiento, y se han realizado formaciones al funcionariado que dialogan con esta perspectiva, a menudo en convenio con la academia (Consejo Nacional de Diversidad Sexual, 2018).

Los hitos principales de este proceso en el ámbito nacional se sintetizan en la tabla 1 del anexo. Con el objetivo de presentar la información de manera sintética, únicamente se hace referencia a las leyes y no a sus decretos reglamentarios. Solo se incluye un decreto en caso de que incorpore explícitamente estas dimensiones, de tal modo que profundiza el planteamiento original de una ley.

En lo que respecta específicamente a la identidad de género en este conjunto de medidas, ya desde 2009, la Ley 18.260 permitió establecer el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo registral en los documentos identificatorios. En su artículo 1, la ley establecía el derecho de toda persona a desarrollar libremente su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de "(...) su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro", por lo que no se asociaba a la identidad con hacer modificaciones corporales. También se incluía en este derecho "(...) el de ser identificado de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia y la consonancia entre esta identidad y el

nombre y sexo". Esta ley, que se basó en parte en la ley española de 2007, dejó fuera de los requisitos para realizar el cambio el que existiera diagnóstico de disforia de género e intervención médica (como sucedía en la ley que le sirvió de inspiración).

Si bien el hecho de no condicionar el cambio de nombre y sexo a las intervenciones médicas fue significativo y avanzado en la consideración del tema, en la práctica esta ley presentaba dificultades de aplicación por el hecho de judicializar el proceso. En muchas ocasiones, el sistema de justicia solicitaba a los servicios médicos que certificaran el proceso de las personas que solicitaban el cambio de nombre, lo cual ponía en una encrucijada a profesionales que no estaban de acuerdo con esta práctica, pero que no querían que por su negativa se le generara un problema adicional a las personas trans que iniciaban el trámite. Por ello, como se reveló en las entrevistas, incluso personas del equipo de salud de la UDA de Saint Bois accedieron a realizar estas certificaciones.

Había determinados pedidos, sobre todo en relación a lo que tenía que ver con el cambio registral de sexo y de nombre, donde en esos pasos previos a la ley a veces eran procesos muy largos, que llevaban hasta 5 años, donde si bien no necesitaban que alguien de salud mental avalara esa identidad, a veces lo hacíamos simplemente para que no volvieran atrás esos procesos. Porque los pedidos eran así, porque las personas que estaban a cargo de realizar esa documentación no estaban sensibilizadas, desconocían la temática y era una forma de facilitarlos. (Entrevista 3, 2021)

Por otra parte, como se observa en la tabla 1 del anexo, hubo una batería muy importante de medidas que buscaron asegurar derechos de la población trans en distintos ámbitos, a través de diferentes estrategias. Estas abarcaron medidas tanto de redistribución (como el generar acciones afirmativas en programas laborales o prestaciones monetarias específicas) como de reconocimiento, mediante problematizaciones del universal excluyente de los derechos garantizados por el Estado y el combate a la discriminación por identidad de género.

2. 2. Reforma que buscó garantizar cobertura, acceso, equidad e integralidad de la atención en salud en Uruguay

En cuanto a la ventana de oportunidad que se abre con el cambio en la política sanitaria, debe indicarse que, a nivel macro, la experiencia de la UDA se enmarca en una reforma estructural del sector salud. Esta reforma se consolida en 2007 con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por medio de la Ley 18.211 (Ley n.º 18.211, 2007, diciembre 5), y de las leyes 18.131 (que ese mismo año crea el Fondo Nacional de Salud, FONASA [Ley n.º 18.131, 2007, mayo 18]) y 18.161 (también de 2007, que descentraliza ASSE [Ley n.º 18.161, 2007, julio 29]).

El SNIS representó un cambio de paradigma en lo que respecta a la salud en Uruguay, ya que apuntó a fortalecer la atención primaria y los mecanismos de participación social en salud, y responsabilizó al Estado en la generación de condiciones para que la población accediera a servicios integrales, con lo que se apartaba del modelo anterior en donde velar por la salud era esencialmente un deber de las personas.

Hasta ese momento, regía como base lo que establecía la Constitución, en la que se indicaba, en su artículo 44, que el Estado debía legislar la salud e higiene públicas buscando “el perfeccionamiento físico, moral y social” de la población. En este mismo artículo se indicaba que las personas tenían “el deber de cuidar su salud” y de “asistirse en caso de enfermedad”, y que la acción del Estado se restringía únicamente a garantizar la atención de “indigentes o carentes de recursos suficientes” (Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1996).

En cambio, la exposición de motivos de la ley que inicia la reforma ya indica que la protección de la salud “es un derecho humano fundamental”, y que el Estado debe responsabilizarse de su ejercicio y generar condiciones para que la población acceda a servicios sanitarios integrales. Así, no se focaliza la acción pública hacia las personas de menores recursos ni se realizan valoraciones moralizantes en vinculación a la salud de la población.

Del análisis de las leyes mencionadas (18.211, 18.131 y 18.161) se observa que la reforma del sistema de salud se alinea con la perspectiva de derechos (art. 1, Ley 18.211), planteando una concepción universalista en torno al acceso y a la cobertura, así como plantea a la atención en salud de modo integral y determinada por las necesidades de las personas, para lo cual se orienta hacia la equidad en salud (art. 3, Ley 18.211).

Los principios orientadores de la reforma establecen claramente esta motivación de avanzar sobre el derecho a la salud (art. 3, Ley 18.211): allí se plantea explícitamente alcanzar la cobertura universal; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la calidad integral de la atención; la orientación preventiva, integral y de contenido humanista; y la intersectorialidad de las políticas de salud en el marco de las acciones para mejorar la calidad de vida de la población.

Para cumplir con estos objetivos, la reforma introdujo transformaciones en el modelo de atención y en el modelo de financiamiento y en el de gestión, así como una política de medicamentos. Estos cambios fueron profundos, por lo que es necesario describirlos de manera resumida para comprender cómo se estructura el sistema a partir de la reforma.

El SNIS es financiado por un Seguro Nacional de Salud (Ley 18.131) y conducido por el MSP, que deja su carácter asistencial directo y asume el rol de autoridad sanitaria (Ley 18.161). Dentro del sistema, a nivel del sector público el rol de prestador lo asumirá ASSE, por lo que regulación y prestación de servicios ya no estarán concentrados en una sola estructura como en el modelo anterior.

El SNIS funciona como núcleo de gran parte de los prestadores públicos y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, el sector privado sin fines de lucro), que hasta el momento pertenecían a dos subsectores separados. Si bien no comprende a todos los actores del sistema sanitario, la reforma representa un esfuerzo importante para pensar el sistema en su conjunto desde la política pública, orientado sobre el cambio del modelo asistencial.

Además de enmarcarse desde el derecho a la salud y de brindar recursos para garantizarlo, la reforma introdujo cambios importantes en cómo se concebía el rol de las personas usuarias del sistema. De hecho, simbólicamente existe ya un giro semántico importante en la introducción del término “usuario”, que se aleja del anterior, “paciente”. Esto ya indicaba que se le confería un rol más activo en la gestión de su salud, lo cual se reforzaba con institucionalizar mecanismos para la participación colectiva de usuarios dentro del sistema.

Como señala Sempol (2018):

(...) La práctica de transformación del sistema de salud, si empieza por dentro, quizá sea el mejor escenario en el que podemos estar en la actualidad. Me parece claro que la discusión de la despatologización tiene que estar acompañada de un debate que rompa con la idea de un sistema de salud jerárquico donde no se da ni voz ni voto al usuario dentro del servicio. Tiene que migrar hacia un sistema de salud que respete la autonomía individual y que cada vez se piense más al médico como acompañante de un usuario de un servicio y no como una persona que toma decisiones en forma paternalista por ese usuario. Entonces, discutir la despatologización implica necesariamente discutir el sistema de salud que tenemos, y el lugar que tienen los usuarios dentro del sistema. (Sempol, 2018, mayo 7)

En este sentido, los cambios que se daban a nivel macro en el sistema iban en la línea de reconocer de otra forma a quienes eran usuarios de los servicios de salud. Aunque esto no eliminaba la relación jerárquica en la que los profesionales seguían estando en el lugar de mayor poder, identificar que quienes hacen uso de los servicios no solo están en un rol receptor/pasivo, sino que también pueden hacer “oír su voz” dentro del sistema tanto individual como colectivamente, fue un cambio relevante.

2.3. Reforma del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UDELAR

La reforma del *Plan de Estudios de la Facultad de Medicina* de la Universidad de la República se vincula directamente con el cambio del SNIS y configura otra ventana de oportunidad para la experiencia de la UDA de Saint Bois. El 27 de diciembre de 2007, la Asamblea del Claustro aprobó el nuevo plan para la formación de grado, priorizando la enseñanza en el ámbito de la comunidad y la temprana inserción en este ámbito de estudiantes de Grado.

Así, el Plan 2008 está formado por Unidades Curriculares, y se divide en dos trienios más un último año de práctica preprofesional supervisada. La mirada de la salud pública y colectiva está presente desde el primer año de la carrera, y a partir del segundo se inicia el Ciclo Básico Clínico Comunitario.

Como expresó el entonces decano de la Facultad de Medicina, Fernando Tomassina:

Insistimos mucho en el nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina en el espacio comunitario en la carrera de medicina, porque es un espacio de incertidumbre, nos saca del lugar de poder histórico de las estructuras hospitalarias. Ahí estamos navegando en esa incertidumbre, contribuyendo y construyendo, y generando colectivamente aprendizajes, me parece que ese es el camino. (Tomassina, 2018, mayo 7)

Esta nueva centralidad del abordaje comunitario en la formación en medicina tuvo a su vez otra expresión institucional, que fue la creación del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFyC) dentro de la Facultad de Medicina, también en el año 2007.

Esto permitió el surgimiento de esta disciplina, “(...) al contar con un espacio académico propio” (Braidá et al., 2008, p. 68):

El DMFyC cuenta con una clara perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, y tiene 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 integrado y donde desarrolla su proceso educativo. (Braida et. al, 2008, p. 69)

Es en el marco de este Departamento que se lleva adelante la experiencia de la UDA de Saint Bois que será analizada en profundidad en este capítulo y que, como se verá, tiene precisamente en los postulados de la medicina familiar y comunitaria un pilar conceptual importante.

2.4. La creación de las UDA

Las Unidades Docentes Asistenciales (UDA) constituyen un emprendimiento conjunto que se lleva adelante entre la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Ministerio de Salud Pública y ASSE, que conjugan diversas dimensiones: la formación de recursos humanos en salud, la atención y la producción situada de conocimiento.

Las UDA fueron creadas en el año 2008 mediante la de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal que correspondía al ejercicio 2007, de fecha 6 de octubre de 2008, que les otorgó los primeros fondos para su funcionamiento.

Las UDA se constituyeron como un subprograma dentro del *Programa para la Formación y Fortalecimiento de los RRHH de los Prestadores Públicos de los Servicios de Salud*. En este marco, el subprograma UDA se enfocó en fortalecer la formación de recursos humanos para el funcionamiento del SNIS, cumpliendo con funciones asistenciales, pero, a la vez, contemplando las dimensiones presentes en la concepción de la UDELAR: investigación, enseñanza (de grado y posgrado) y extensión. A través de

la formación de recursos humanos, se buscaba impactar en la cobertura del SNIS, así como en sus niveles de capacidad resolutive y en su calidad asistencial. Por ello, se definía como prioritario formar los recursos necesarios para el cambio de modelo de atención que requería el SNIS, a la vez que se contemplaba todas aquellas especialidades de demanda “crítica” para ASSE. También se estableció como prioritario fortalecer la formación en gestión de los profesionales responsables de los equipos docentes (asistenciales) y mejorar los niveles de satisfacción y calidad de atención de usuarios del sector público (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], s.f.).

En el documento que sentaba las bases para el *Programa para la Formación y Fortalecimiento de los RRHH de los Prestadores Públicos de los Servicios de Salud* se establecía que la propuesta pretendía “ser la base de una nueva institucionalidad”, que combinara eficacia, eficiencia y calidad con un modelo descentralizado de gestión, que consolidara la articulación entre ASSE y la Facultad de Medicina y fuera generador de otros espacios similares.

En este sentido, se planteaba un modelo organizativo clínico que tuviera como eje las necesidades del usuario (aún definido en el documento como “paciente”) y con un protagonismo más marcado del equipo de salud, al que se le confería mayor participación y autonomía que en los modelos tradicionales de gestión sanitaria. De esta forma, se buscaba favorecer una reestructura de los servicios de salud que apuntara a la organización por procesos, con una visión horizontal.

Por definición, se establecía que las UDA debían comprender aspectos asistenciales y de docencia. En cuanto a su funcionamiento, se indicaba que debían poder gestionar los recursos que se les asignaban para cumplir con sus objetivos, “(...) en respuesta a las demandas de atención de los ciudadanos y a las necesidades formativas de RRHH, en el nivel e intensidad asistencial y docente apropiados, teniendo en cuenta el contexto en el que se produce y los recursos disponibles para satisfacer dichas demandas” (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], s.f.). Asimismo, se reforzaba la idea de una gestión clínica sustentada en la participación de los

profesionales de la salud, así como una toma de decisiones coherente, eficiente, que maximizara la calidad y efectividad de la atención.

3. La realidad “objetiva” del problema: vulneración de derechos y situación sanitaria de la población trans en Uruguay

Antes de que se generara la experiencia en la que hace foco este trabajo, en Uruguay no existían estadísticas oficiales regulares que permitieran caracterizar la situación de la población trans. Sin embargo, sí se habían realizado diversas investigaciones que confirmaban distintas vulneraciones asociadas a vivir esta identidad, en particular en el caso de las mujeres.

Estudios como el de Failache et al. (2013) confirmaron la existencia de mayores indicadores asociados a pobreza multidimensional en las personas trans en relación con los que se registraban en la población no trans, con privaciones importantes en el acceso a la salud, la educación y la posibilidad de acceder a un trabajo formal, entre otros aspectos. El trabajo sexual era una importante fuente de ingresos para las mujeres trans más jóvenes (BDUDELAR, 2013, como se citó en Sempol et al., 2016) y se registraba una fuerte violencia social hacia las personas trans, cuya expresión más severa era el transfemicidio (entre 2011 y 2015 fueron asesinadas 9 mujeres trans, la mayoría de ellas, en la calle).

Como expresó la activista Sofía Santa Cruz:

Nuestra realidad es una realidad de emergencia social, donde el promedio de vida hoy de las personas trans es de 40 años. Eso realmente es un dato que debe que alarmar a toda la sociedad, porque esto indica el nivel de vulneración al que hemos estado inmersas por las razones de discriminación, por los estereotipos, por no ser las personas que deberían ser simplemente por elegir nuestra identidad, por nuestra autopercepción. Todo eso nos genera todo este cúmulo de vulneraciones, que termina dejándonos como único lugar posible de poder ser, el trabajo sexual. (Santa Cruz, 2018, mayo 7)

En lo que respecta a la situación de salud, debido al peso del comercio y de la explotación sexual en las trayectorias vitales de las mujeres trans, distintas

investigaciones notificaron un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual para esta población. Los porcentajes eran especialmente altos en VIH, sífilis y hepatitis (BDUDELAR, 2013, como se citó en Sempol et al., 2016; MYSU, 2012). De hecho, durante muchos años esta era la principal característica en la que se focalizaba la atención, desde una mirada restrictiva que, más que analizar las carencias en relación con la concreción del derecho a la salud de las personas trans, se las abordaba como vector de riesgo sanitario en sí mismas (es decir, como potenciales receptoras y transmisoras de enfermedades).

Con la ampliación del foco y la consideración más integral sobre su salud, se empezó a poner luz sobre otros problemas, como los derivados de la hormonación realizada al margen del sistema de salud. Esta práctica se identificó como extendida, al igual que las modificaciones corporales realizadas por las personas trans por su propia cuenta, como la inyección de sustancias en su cuerpo para lograr transformaciones (inyección de silicona líquida y de aceite industrial, por ejemplo). Todo ello repercutía directamente en la calidad de vida y en la expectativa de vida de esta población, dado que la volvía más proclive a experimentar complicaciones derivadas de estos procedimientos.

Al respecto expresaba la activista Karina Pankievich:

Hoy por hoy sufro las consecuencias de la silicona que me inyecté. Migró por todo mi cuerpo, tengo problemas en la espina dorsal, tengo problemas en las piernas, hay días que no puedo caminar. Hay chicas que han sido mutiladas, porque al querer sacar eso de sus cuerpos que les está haciendo doler, han sido mutilados sus cuerpos. Hay úlceras varicosas, hay trombosis, y han muerto al inyectarse la silicona. Doy fe de eso, en las noches nos juntábamos en una pensión para inyectarnos y muchas quedaron inyectándose. Entonces a veces me pongo a pensar... si tenemos la posibilidad de un endocrinólogo, un cuerpo multidisciplinario de médicos que apoyen, que te hagan un tratamiento, una evaluación, y que te puedan hacer un seguimiento... ¿Por qué ir a la clandestinidad, por qué dejar que se sigan inyectando esos productos en los cuerpos que son muy nocivos? En la frontera de Brasil y de Uruguay se están inyectando cera para autos. Fíjense, con una aguja de 19 con que se inyectan los caballos, para que pueda

entrar hacia la carne. ¿Queremos eso para nuestra juventud, para nuestras mujeres trans? No lo queremos. (Pankievich, 2018, mayo 7)

Aunque en Uruguay el derecho a la salud es de carácter universal y formalmente las personas cuentan con cobertura, la gran mayoría de necesidades vinculadas a las transformaciones corporales de las personas trans se resolvían en el ámbito clandestino. Esto se debía, en parte, a que el sistema de salud carecía de respuestas específicas para esta población, pero también debido a que existían barreras informales en las instituciones, como las vinculadas a la discriminación por parte del personal de la salud y a problemas de resguardo de la confidencialidad y privacidad de las personas (BDUDELAR, 2013, como se citó en Sempol et al., 2016; MYSU, 2012; MIDES, 2017b).

Estas situaciones volvieron a quedar patentes en el *Censo Nacional de Personas Trans* (MIDES, 2017b; 2017c), que, como se indicaba en la introducción de la tesis, es el estudio que cuenta con el mayor número de personas trans que ha sido llevado a cabo hasta el momento en nuestro país (933 personas se identificaron como trans, de quienes 818 se identificaban como mujeres trans y 115, como varones trans). Como se indicó anteriormente, el censo arrojó estadísticas muy duras sobre las trayectorias de las personas trans y los efectos de la discriminación estructural que enfrentan, especialmente en el caso de las mujeres trans.

Además, el censo fue el primer estudio que permitió visibilizar a un número importante de varones trans, que hasta hacía muy poco tiempo atrás estaban ampliamente invisibilizados. De hecho, la experiencia de la UDA de Saint Bois fue también una pieza importante para esta visibilización pública de las masculinidades trans, que comenzaron a hacerse visibles de un modo más “masivo” en investigaciones académicas en torno a la experiencia (Sempol et al., 2016), y en los medios de comunicación, en entrevistas que se les realizaban como usuarios del servicio. Posteriormente, pasaron a ser parte definitiva del paisaje para configurar públicamente al sujetx trans con la discusión de la *Ley integral para personas trans*.

4. La atención en salud de las personas trans: explicar el cambio en la formulación del problema a través de la sustitución de marcos interpretativos

En Uruguay no existe una política central que incorpore la perspectiva de la diversidad sexual y de género en salud, a diferencia de lo que ha ocurrido en otros países, incluso de la región (Schenck, 2017). El abordaje sobre diversidad sexual y de género desde la política sanitaria se ha construido de forma descentralizada con base en distintas experiencias, cuya orientación se ha ido modificando. En este sentido, se observa que las más recientes suelen configurarse como integrales y se enmarcan en una perspectiva de derechos sobre diversidad genérico sexual y políticas públicas, mientras que, en las anteriores, el enfoque está acotado al riesgo de ciertos colectivos LGTBQ+ frente a las ETS (y al VIH/sida en particular) o se visualiza un acercamiento patologizador sobre las identidades genérico-disidentes (Schenck, 2017). De todas formas, este cambio de orientación en las experiencias no es un proceso lineal. Si bien el enfoque de derechos ha avanzado en la política sanitaria, convive con visiones más acotadas y/o patologizadoras sobre la diversidad sexual y de género, por lo que no puede considerarse que un enfoque desplazara completamente al otro.

En este sentido, la experiencia de la UDA de Saint Bois puede considerarse como una pieza importante del cambio en el marco interpretativo del problema. El marco interpretativo rival, que cronológicamente surgió con anterioridad, pero que también convivió con esta, se caracteriza por dos elementos: i. una visión patologizadora sobre la identidad de género trans, a través de un servicio específico para población trans que abordaba todos los procesos asociados a modificaciones corporales de un modo estructurado, y definido desde la voz autorizada del conocimiento médico y psiquiátrico; ii. Una mirada que, sin hacer énfasis en la identidad sexual como patología, se centraba en el riesgo asociado a contraer una serie de enfermedades, es decir, abordaba la salud trans desde una mirada focalizada, alejada de la integralidad.

Frente a este marco interpretativo, el que pauta la experiencia de la UDA se presenta como un cambio debido a que se sitúa desde la despatologización, no se configura desde un servicio específico para las personas trans, sino que busca volver

efectivamente universal al sistema, plantea la integralidad de la atención y toma a la persona usuaria del servicio como capaz de tomar sus propias decisiones en cuanto a su tránsito por modificaciones corporales. Este marco se termina de definir y afianzar con la experiencia de la UDA de Saint Bois, pero cuenta con ciertos antecedentes en el sistema de salud que se consignan en el comienzo del apartado 5 de este capítulo.

4. 1. El abordaje patologizador

En Uruguay, ya de forma muy temprana comenzaron a desarrollarse experiencias en salud que se vinculaban con la atención a personas trans, anteriores a la politización de la diversidad sexual y de género a la que se hacía referencia al comienzo del capítulo. Así, ya desde la década de 1980, desde el Hospital de Clínicas Manuel Quintela de la Universidad de la República se puso en funcionamiento una policlínica interdisciplinaria de “reasignación de sexo”.

El paradigma desde el que encuadraba esta policlínica, que comenzó a trabajar poco después de la recuperación democrática, era el del diagnóstico de disforia de género. En este sentido, las etapas por las que pasaba una persona trans que asistía al servicio estaban muy estructuradas, y comprendían la intervención secuenciada de profesionales de salud mental (psiquiatría y psicología médica), área social, endocrinología, urología, ginecología y cirugía plástica.

Según Sempol (2018), el servicio que funcionaba en el hospital universitario reproducía las consideraciones hegemónicas dentro del campo de la psiquiatría y los principales clasificadores de enfermedades mentales.

La Dra. Cristina Alonso, endocrinóloga de esta policlínica, afirmó que las pautas con las que se trabajaba eran las SOC de la WPATH, y se orientaban fundamentalmente hacia el tratamiento de personas a las que se definía como transexuales. Ello se debía a que, de esta forma, sentían que contaban con un respaldo legal y académico para los tratamientos que realizaban (Varela, 2015).

El modo de actuar era realizar una evaluación psicológica y psiquiátrica de la persona consultante, para determinar si el diagnóstico confirmaba disforia de género (o si se consideraba que la intervención médica era beneficiosa en su caso, si no cumplía “exactamente” el diagnóstico de la disforia, pero se entendía que se estaba frente a un trastorno de la identidad de género). Los tratamientos que implicaban alteraciones en el cuerpo se realizaban en personas que hubieran alcanzado la mayoría legal de edad (18 años). Antes de dar inicio al tratamiento de modificación corporal, se realizaba un *Consentimiento Informado*, a través del cual la persona que atravesaba el proceso dejaba constancia de que se le había informado sobre el mismo y que estaba de acuerdo con realizarlo, así como indicaba su compromiso de hacerlo en los términos acordados con el equipo de salud (Varela, 2015).

La intervención del equipo de salud se basaba en entender que se estaba actuando frente a una patología, desde un marco de interpretación binario que alineaba el cuerpo con la identidad:

De masculino a femenino, se empezaba con el tratamiento hormonal para la supresión de los aspectos androgénicos. Cuando se llegaba al diagnóstico definitivo, en ese caso la intervención era sobre los testículos, la formación de una neovagina y los caracteres secundarios femeninos eran algunos químicamente inducidos por hormonas femeninas y otros por implantes mamarios y ese tipo de cosas. Entonces, en la parte genito urinaria eran los urólogos, y la parte más de estética eran los cirujanos plásticos. Y en el otro caso, lo primero que se hacía era la mastectomía, y también se le daba el complemento hormonal para que los caracteres secundarios femeninos se fueran disimulando. Después se hacía una cirugía plástica de colgajo, que iba a ser el neopene, y posteriormente se introducía en ese colgajo una prótesis de pene y testículos que se hacían como prótesis en la Facultad de Odontología (...) Todo esto se hacía con presupuesto de la Universidad de la República, todo con presupuesto educativo. El tema básico es que, si era algo que se consideraba una patología, se debía enseñar. (Entrevista 6, 2015)

El hecho de patologizar la intervención no tenía que ver con el tipo de discusión estratégica en torno al tema que se daba en otros sistemas de salud (a la que se aludía en el cap. 3), dado que todo se realizaba en el hospital universitario público, sino con la configuración del paradigma de intervención profesional.

El proceso llevaba entre dos y tres años (aunque podía ser más largo) y, desde el inicio de la intervención en la policlínica, 19 personas lo cruzaron (Johnson y Sempol, 2016). Este punto era el más criticado por las personas usuarias, lo cual era reconocido por el propio equipo de salud:

La queja que teníamos de las personas era el largo proceso al que eran sometidos. Bueno, el tema es la seguridad que tenía que tener el grupo interdisciplinario de que realmente esta persona estaba en el cuerpo equivocado. (Entrevista 6, 2015)

Según Sempol (2018):

En general los servicios implicaban que la persona estuviera años esperando a veces para obtener una operación de reasignación de sexo, había múltiples entradas... se intentó en algún momento protocolizar esto en un proceso de dos años y finalmente eso nunca se concretó. (Sempol, 2018, mayo 7)

De hecho, según Sempol (2013b), en un comienzo el promedio para completar el proceso de reasignación de sexo era de ocho años por cada persona usuaria, por lo que muchas personas realizaban las intervenciones fuera del país. Otras esperaban aún más para completar el proceso, al que describían en la prensa como “torturante” e “informal” (Di Blasi, 2013). En sus relatos se observa claramente el rol de la medicina y de lxs profesionales de salud mental para determinar el trayecto que siguieron:

Santiago tiene 43 años (...) Hace 20 años ingresó al Hospital de Clínicas para realizarse las operaciones y hasta hoy, aguarda la última parte del proceso.

Señaló que no toda la población trans precisa las intervenciones. “Hay gente a la que le alcanza con adecuar su cabeza, pero hay otros que necesitan la operación” (...) Santiago ingresó al Hospital de Clínicas cuando tenía 23 años. La primera operación recién se la hizo cuando tenía 34. “Fui uno de los primeros; no tenían idea, no sabían qué hacer”, dijo entre risas. “Me hicieron todo tipo de estudios, psicológicos y psiquiátricos, hasta que apareció un médico que tenía experiencia en esta operación”, relató.

Informó que es el primer trans masculino operado en el hospital y el único hasta el momento, si bien aún aguarda la última etapa de la operación. A Santiago le realizaron una mastectomía, con la que le retiraron las glándulas mamarias, pero la operación de sus órganos reproductores no ha culminado. Indicó que falta que le coloquen la prótesis eréctil. “La operación se hizo para terminar en eso, si no es una operación estética que no tiene sentido”. (...)

Por su parte, Mario comentó que asiste al hospital desde 2006. Al principio le realizaron varios tests psicológicos. Luego inició un proceso con psiquiatras, cuando “ven que estás apto, empiezan el tratamiento hormonal pero ahí me quedé”, afirmó. “Si bien no estamos para morir, estamos muertos en vida, porque no podés ser vos, necesitás la ayuda de ellos para revertir la situación que te tocó vivir”, estimó. (Di Blasi, 2013, 29 de octubre).

Durante 2010 y 2011 el colectivo de la diversidad Ovejas Negras intercedió frente al Hospital de Clínicas para poder acortar estos tiempos, a la vez que sostuvo otros reclamos, como el que se garantizaran prótesis a los varones trans y que se unificaran y coordinaran en una policlínica todos los servicios vinculados a la población trans.

Con el cambio de paradigma, también se criticó la rigidez del modelo desde las personas que fueron usuarias del servicio. Como expresó la activista Alejandra Collette Spinetti:

Yo tengo 56 años, soy de la tercera edad trans (...) Yo soy de las que estuvo en tratamiento psiquiátrico. Yo venía con mi madre a Montevideo al Hospital de Clínicas a que me tratara la psiquiatra porque estaba enferma... enfermo en ese momento. (...) Yo estoy totalmente de acuerdo y defiendo a brazo partido que los Estados se hagan cargo de los tratamientos de hormonización y se hagan cargo de las operaciones, pero estoy absolutamente en contra de que el discurso médico de la transición sea por ese lado. Y de que la única transición que exista sea si se hormoniza la persona o si se opera la persona. Estoy absolutamente en desacuerdo. Y nos han impuesto el discurso médico de que para transicionar, hay que hormonizarse. Para transicionar, hay que operarse. La transición está en la cabeza primero, y lo que quiera ahí es lo que hago con mi cuerpo. (Spinetti, 2021, mayo 19)

Este servicio funcionó durante cerca de dos décadas (existen diferencias en este punto sobre el inicio concreto de la policlínica y la fecha de la primera intervención). Como se verá más adelante, para uno de los actores médicos vinculados a la experiencia que fue entrevistado, el primer caso de intervención en el país fue en 1986. Sin embargo, Sempol (2013b) ubica la primera en el año 1991: “Ángela fue la primera transexual operada en el hospital universitario Dr. Manuel Quintela el 10 de abril de 1991, luego de años de deambular por diferentes servicios sanitarios” (Sempol, 2013b, pp. 308-309). El caso de Ángela fue muy significativo debido a que después de la intervención solicitó que su documentación reflejara sus cambios corporales. El juez que atendió el caso falló que la legislación no preveía “rectificaciones por cambio de sexo” (dado que se “aparentaba sexo femenino” por “anatomía artificial”), pero admitió el cambio en el nombre. Inicialmente, las distintas instancias judiciales acompañaron este fallo, entendiendo la “artificialidad” del sexo quirúrgico. No obstante, con posterioridad, en la misma década de 1990, la Justicia reconsideró que el sexo no solamente se asociaba a lo biológico y que se estaba negando un derecho al no reconocerlo. Esto dio lugar a una serie de causas judiciales que, según Sempol (2013), prepararon el terreno para lo que sería la presentación de la ley de 2009 sobre derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios.

El servicio en el Hospital de Clínicas se interrumpió aduciendo problemas presupuestarios, pero quienes estaban directamente asociados a su funcionamiento señalaron que dejó de funcionar al cambiar el paradigma académico sobre el que sustentaba su accionar, es decir, ante el avance del modelo despatologizador.

El hecho de que no existiera un diagnóstico de enfermedad para explicar las identidades trans quitó certidumbre al equipo de salud para hacer las intervenciones que venía realizando, amparadas sobre el diagnóstico psiquiátrico como puerta de entrada a las modificaciones corporales. A su vez, el equipo notó una mayor autonomía de las personas trans a la hora de solicitar la intervención médica, lo cual tampoco pudo ser asimilado desde el modelo de atención que se sostenía: "[Antes] Había intervención de los médicos, del aparato de salud. Pero ahora hay una reivindicación de los movimientos LGTB de que se reconozca que esto es una opción, no una patología y entonces no intervendríamos (...) La remodelación parcial de su cuerpo sería opción de cada uno" (Trans: la suspensión de tratamientos sería "omisión de asistencia", 2014, marzo 3).

Retomando lo que expresó una de las personas entrevistadas, que tenía vinculación con esta experiencia:

(...) se siguió trabajando durante un período de tiempo, hasta que en algún momento desde el punto de vista académico surgieron algunos cuestionamientos sobre todo por parte de la puerta de entrada, que era a nivel de psiquiatría. Según me comentaban los psiquiatras (...) el tema de la disforia sexual había sido excluido de las patologías que hacen en los indexados de Estados Unidos. Y que en ese caso, si era más visto como una opción, un servicio de salud poco podía intervenir. Nosotros intervenimos en caso de enfermedad. (Entrevista 6, 2015)

Hay una primera dimensión a la hora de analizar si la intervención en salud tiene que ver con un modelo patologizador de la identidad, que se vincula con lo que la persona entrevistada señala en torno a la consideración sobre la enfermedad. Un modelo

patologizador parte de esta premisa a la hora de actuar: se interviene porque se está frente a una patología.

Asimismo, existen otras consideraciones sobre la intervención que se vinculan con este abordaje, aunque pueden no ser exclusivas de un modelo que se identifique estrictamente con la patologización, en lo que en línea con el planteamiento de Missé (2018) en el capítulo 3 describí como un proceso, más que como un binomio.

Es una característica de este modelo patologizador el hecho de considerar que existía un camino único que las personas trans debían atravesar al ingresar en el sistema sanitario, y que este partía del diagnóstico externo asociado a establecer la disforia de género desde lxs profesionales de salud mental. A partir de allí, comenzaba un trayecto en el que intervenían diversxs profesionales para modificar la corporalidad de esa persona, con el supuesto de que se encontraba en un cuerpo equivocado.

Dentro de este modelo no había margen para la adaptación con base en la voluntad de la persona que atravesaba el proceso: no adscribirse al camino que dictaban lxs profesionales era visto en términos de desviación.

Ya habíamos tenido algunas experiencias de gente que se había acercado buscando más que nada remodelación estética y no seguir todo el proceso, que era el de psiquiatría, gente de psicología médica, sociales, hasta el final, que era la operación y la reasignación de sexo. Y las dos áreas que actuaban ahí eran urología y cirugía plástica. Tanto los urólogos como los cirujanos plásticos en esa reunión, hace más o menos un año, me plantearon “nosotros no hacemos absolutamente nada si del grupo de trabajo interdisciplinario no viene claramente definido que el caso es una disforia, que tiene que ser reasignado sexualmente, porque si no, existen riesgos”. (Entrevista 6, 2015)

Con base en la concepción de “cuerpo equivocado” y la lectura binaria de género para volver a ordenar la corporalidad de acuerdo con la identidad manifestada por la persona, las intervenciones estaban configuradas también desde una lógica binaria: se alineaba la expresión y la genitalidad para reflejar lo que se entiende como masculino y

femenino. Por ello, se indicaba desde el ámbito médico de esta experiencia que se hacían intervenciones para adecuar el cuerpo “de mujer a hombre” y de “hombre a mujer”.

Aunque esta intervención tuvo lugar en el marco de la UDELAR, no tuvo contacto con quienes llevaron adelante la experiencia de la UDA:

Nos llamó la atención la aparición de este nuevo grupo [en referencia a la UDA de Saint Bois]. Lo que no quiere decir que esté mal, lo que sí queremos dejar claro es que hace 20 años que el Hospital de Clínicas tiene un *know how*; la primera reasignación se hizo en el año 1986 en el Hospital, y después se hicieron un montón más. (Entrevista 6, 2015)

Según relevó la prensa, “(...) los cambios en las políticas, con diferentes posturas académicas que se revisan a nivel mundial”, sumado al elevado costo de las prótesis, fueron los motivos que llevaron a la interrupción del servicio en el año 2014 (Clínicas analiza dejar de hacer operaciones de cambio de sexo, 2014, 6 marzo).

Posteriormente, las intervenciones quirúrgicas se retomaron en el año 2017, pero bajo una nueva dirección del hospital y en coordinación con el equipo de la UDA de Saint Bois: es decir, bajo el nuevo paradigma. Esto debido a que desde la UDA no pueden realizarse intervenciones quirúrgicas, ya que es un servicio de baja especialidad (primer nivel de atención), por lo que debe coordinar con otros servicios para que a sus usuarios se les realicen ese tipo de intervenciones.

Si bien estas coordinaciones ya se dieron bajo el nuevo modelo, todavía se veían vestigios del anterior en la formulación del problema por parte de autoridades del Hospital de Clínicas. De hecho, su nueva directora, Graciela Ubach, dijo a la prensa en ese momento que se evaluaba a la persona usuaria para ver "si efectivamente es trans" (Hospital de Clínicas retomó cirugías de cambio de sexo, 2017, 29 diciembre). Esto refleja la dificultad para generar cambios en el discurso médico en sentido amplio y para comprender el modelo bajo el que actuaba la UDA más allá de su ámbito más próximo de intervención, aún con varios años de funcionamiento de la experiencia.

4.2. El abordaje focalizado en el riesgo

Este enfoque se presenta como rival al de la UDA debido a que se focaliza en la población específica (en vez de interpelar la construcción del universal en clave de derechos), no considera a la salud de modo integral y refuerza la asociación de determinadas enfermedades con la población trans.

En cuanto a este enfoque, importa destacar las acciones del *Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual/ITS-VIH/SIDA*. El origen de este programa fecha de 1987, año en que se crea el *Programa Nacional de SIDA* (Decreto N.º 345/87), y desde 2010 está a cargo de la dirección de la respuesta nacional al VIH/sida. Fue en el marco de este programa cuando comenzaron a incorporarse necesidades en salud de la población trans, aunque de una forma acotada al riesgo hacia el VIH y otras ITS²¹.

Este programa promovió la inclusión de la variable "identidad de género" en la notificación epidemiológica de VIH/sida, realizó campañas de prevención sobre VIH, encuentros con la sociedad civil e instancias de formación, con el objetivo de mejorar la atención y eliminar las barreras asociadas al estigma y la discriminación.

Varias de estas actividades se realizaron como parte del proyecto en Uruguay del Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMSIDA o Fondo Mundial), que orientó sus acciones a personas trans y "hombres que tienen sexo con hombres" (HSH), e implicó un trabajo en conjunto entre el Estado y organizaciones de la sociedad civil. En ese marco tuvo lugar la experiencia "Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (Centros EDISA)", que se desarrolló en varios puntos del país (Artigas, Colonia, Maldonado, Melo, Montevideo y en dos centros móviles). Esta experiencia se implementó en 2013 y se finalizó a fines de ese mismo año, debido a que el Fondo Mundial se retiró de Uruguay. Dicha estrategia buscaba generar centros exclusivos para la población en la que se focalizaba: para Johnson y Sempol (2016),

²¹ Se emplea la sigla ITS (en vez de ETS) cuando es utilizada de esta forma desde el emisor al que se hace referencia.

estos centros tuvieron grandes problemas para captar usuarios, e implicaban en los hechos una reestigmatización de los mismos.

5. La experiencia de la UDA

En este apartado se analizan las principales características de la experiencia de la UDA. Para ello, en primera instancia, se sintetizan analíticamente los que pueden ser considerados los antecedentes de la experiencia, es decir, el abordaje en salud desde un marco de derechos. Posteriormente, se describe el origen de la experiencia, para luego hacer foco en las dos subdimensiones centrales de su marco interpretativo: la integralidad de la atención en salud y el abordaje despatologizador. Respecto a este último, se toman cuatro aspectos clave, siguiendo el marco orientador de los Principios de Yogyakarta: el planteamiento de la atención desde un marco de no discriminación; la existencia de consentimiento informado y el desarrollo de dispositivos centrados en la experiencia de la persona usuaria; la existencia de mecanismos de formación y capacitación para los recursos humanos en salud; y la consideración despatologizadora sobre la construcción identitaria de género no heterocisnormativa.

Estos cuatro aspectos clave están entrelazados en la práctica, si bien se distinguen de esta manera con fines analíticos.

5.1. Antecedentes en el paradigma de derechos

Entre las experiencias tempranas que comenzaron cuestionar en materia de derechos, deben citarse las acciones del Ministerio de Salud Pública, que en 2009 elaboró recomendaciones para que los servicios de salud fueran inclusivos con respecto a la diversidad sexual en formato de guía (a través de su *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*, en diálogo con diferentes actores, sociales inclusive).

En el prólogo de la guía se hacía referencia precisamente al cambio de paradigma en el sistema de salud (es decir, la ventana de oportunidad abierta a partir de la reforma), a la voluntad política de incorporar la problematización sobre diversidad (otra de las

ventanas identificadas en este capítulo) y al cuestionamiento que esto presentaba en términos de la universalidad real del sistema:

Estamos transitando importantes cambios de paradigmas desde que la salud se canaliza en sus normas y prácticas hacia aspectos de promoción y prevención basada en derechos, los que cada persona tiene como ciudadano, ciudadana de nuestro país.

Existe la voluntad política de aplicar esta transformación en leyes, normas y protocolos en forma inclusiva y universal, atendiendo también la diversidad sexual de la ciudadanía.

Es entonces que el primer nivel de atención se abre a género y generaciones en toda la gama de expresiones, entorno, costumbres y la libertad de decidir y expresarse sexualmente.

Nos encontramos que, a pesar de las leyes y las normas sanitarias construidas, algunas de las identidades sexuales, diversas y plurales no estuvieron contempladas, lo que desafía a los equipos de salud. Estar atentos a brindar la mejor atención en equidad de género y derechos es la tarea.

Estas guías pretenden llenar un vacío existente y dar un primer paso en este sentido. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2009, p. 10)

En esta guía se establecía claramente la necesidad de desarrollar políticas desde un paradigma de derechos, que buscaran atacar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en los servicios de salud, así como la responsabilidad del sistema en generar cambios (por ejemplo, a través de programas educativo-sanitarios) para que todas las personas pudieran acceder a los servicios de forma oportuna e integral. Lo trans se aborda en esta guía desde un lugar que permite pensarlo como una identidad en la que las personas siguen distintas trayectorias: “Las personas trans también son diversas, no todas sienten la necesidad de modificar sus genitales (...)” (MSP, 2009, p. 20), por lo que se alejaba de la consideración sobre la identidad asociada a un modelo fijo de alineación con la corporalidad, como se observaba en el paradigma patologizador.

Entre las recomendaciones que establecía la guía, se incluía sancionar toda forma de discriminación en los servicios de salud por orientación sexual e identidad de género,

así como se establecía la necesidad de proveer formación sobre cultura, lenguajes y conceptualizaciones sobre diversidad sexual, género y derechos; y sobre atención específica a la salud integral desde un enfoque de diversidad sexual, incluidos aspectos vinculados al tratamiento hormonal e implantes.

La guía establecía, además, una serie de consideraciones específicas hacia las personas trans, que partía de reconocer que se trataba de un grupo “fuertemente estigmatizado, excluido, violentado y discriminado”, lo que generaba que muchas veces las personas trans estuvieran “(...) en situación de calle, a que la prostitución sea la única estrategia de sobrevivencia posible, a que tengan miedo a ser maltratadas/os, rechazadas/os, etc. Son por lo tanto una población con importantes dificultades de acceso a los servicios de salud, dadas las barreras socioculturales y organizacionales fundamentalmente” (MSP, 2009, pp. 31-32).

Por todo ello, se instaba a lxs profesionales de la salud a tener una actitud inclusiva y de escucha, a indagar sobre las modificaciones corporales que se hubieran realizado, a internar a la persona de acuerdo con su identidad de género en caso de que lo necesitara, llamándole por su nombre de uso social. Al respecto se indicaba:

Llamarlas/os por su nombre legal no es positivo y puede llegar a ser un acto hostil. Por lo cual se recomienda preguntarles cómo quieren ser llamadas/os y de allí en más llamarlas por ese nombre o llamarla por el apellido cuando no se conoce su identidad sexual. Es importante anotar el nombre por el cual desean ser llamadas/os en la historia clínica. (MSP, 2009, p. 32)

También se establecían una serie de recomendaciones en vinculación a las ITS, tanto para su detección como para su prevención, y una serie de medidas en relación con el acompañamiento y atención en salud mental.

Si bien no se mencionan los Principios de Yogyakarta, las recomendaciones establecidas en la guía están en línea con los elementos identificados en ese

documento para generar una atención basada en derechos. En concreto, se incluye la recomendación sobre la identidad social a la que se hizo referencia, que como se verá se reproduce por parte del equipo de la UDA de Saint Bois. También se incluye la orientación general sobre la integralidad de la atención y la importancia de los mecanismos de formación.

En cuanto a las experiencias concretas de abordaje de la diversidad sexual y de género situadas desde un paradigma más integral de derechos en salud, estas se encuentran a nivel de ASSE: se trata del proyecto *Centros de Salud Libres de Homofobia* (2011) y la experiencia de atención a personas trans en el Hospital Saint Bois (2014). Ambas parten de una problematización del universal que se construye en las políticas sanitarias, que buscan convertir en "realmente universal" la atención primaria en salud (Schenck, 2017; 2018b). Y, aunque están cercanas en el tiempo y comparten parte de los actores, entre una y otra ya se observa un aprendizaje, por ejemplo, en cuanto al uso del término "fobia" en la denominación, que patologiza una expresión de odio social, y que no es usada por la UDA.

El proyecto *Centros de Salud Libres de Homofobia* se tiró adelante de forma piloto en dos centros de salud de ASSE: el Centro de Salud Ciudad Vieja, ubicado en la región sur de Montevideo, y la policlínica de Barros Blancos, situada en el Departamento de Canelones. Su origen nace a partir de una situación puntual en el año 2010, en la que una joven madre lesbiana fue separada de la crianza de su hija por considerarse que no era conveniente que la criara por su orientación sexual. Ello motivó la realización de un ateneo que luego sería la semilla de la experiencia (González y Soto, 2015).

El proyecto tuvo elementos que lo conectan con la experiencia posterior de Saint Bois, como el peso importante de la medicina familiar y comunitaria (de hecho, uno de los médicos que fue clave para generar la experiencia de la UDA de Saint Bois, Daniel Márquez, había participado previamente en este proyecto). Entre los objetivos de los *Centros de Salud Libres de Homofobia* se encontraban: i. capacitar a trabajadores de la salud, así como a docentes y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria; ii. sensibilizar a la comunidad en la que estaban insertos los centros en la utilización de los servicios de salud desde el respeto a la diversidad; iii. estimular y facilitar a la

población diversa genérica y sexualmente el acceso a los servicios sanitarios; iv. sistematizar aciertos y errores para poder replicar la experiencia (González y Soto, 2015).

Al igual que ocurre con el servicio del Saint Bois, esta experiencia no se planteaba como un servicio específico para las personas LGBTIQ+, sino que pretendía transversalizar la perspectiva de la diversidad sexual y de género en la política de salud general, actuando en el primer nivel de atención.

Diversos actores del Estado, la academia, la sociedad civil y la cooperación internacional participaron en el proyecto: el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Colectivo Ovejas Negras, RAP/ASSE, el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP y la UDELAR (Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina). Según Rocha (2015), el objetivo global de este proyecto fue que sirviera como ensayo para implementar un cambio más generalizado en los centros de salud.

Como se verá a continuación, parte de este aprendizaje se vuelca luego en la experiencia de la UDA, que lo profundiza.

5.2. La experiencia de la UDA: surgimiento y características principales

Hasta hace casi dos años, para una persona trans ir al médico no era tarea sencilla. Esperaban al final de las consultas para ser atendidos, se tapaban en la sala de espera para pasar desapercibidos o directamente no se controlaban. En 2014, la policlínica del hospital Saint Bois, de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), comenzó a tener un horario nocturno y más hombres y mujeres trans comenzaron a atenderse. (Capacitan médicos para atender a personas trans en el interior, 2015, octubre 2)

Como se indicó al comienzo del capítulo, las UDA abarcan diversas actividades y especialidades médicas, de un modo que involucra tanto las prestaciones asistenciales de salud como las funciones universitarias vinculadas a la docencia, la investigación y la extensión. Por su forma de funcionamiento, se constituyen como un espacio propicio para la articulación, tanto entre distintas disciplinas asociadas a la salud como entre los distintos niveles de atención. Dentro de la UDA que aquí se estudia, situada en el Hospital Saint Bois, existe un peso importante en términos relativos de la medicina familiar y comunitaria, que, como ya se indicó previamente, se trata de una rama disciplinar dentro de la medicina que pone énfasis en la relación con la comunidad, desde una mirada integral de la salud.

El centro de salud del Hospital Saint Bois, que depende de la Facultad de Medicina de la UDELAR de Uruguay, es un centro del primer nivel de atención “(...) donde se desarrollan y forman la mayor cantidad de recursos humanos de especialidades médicas en atención a la salud” (DMFYC, 2008, p. 1). Así, el proyecto de la UDA se enmarca en el *Programa para la Formación y Fortalecimiento de los recursos humanos de los Prestadores Públicos de Servicios de Salud*, que gestionan conjuntamente la Facultad de Medicina y ASSE. Ello se arraiga en la historia institucional del centro, pero también en los cambios macro a nivel de políticas sanitarias que fueron reseñados en el comienzo de este capítulo.

En un principio, se proyectó instrumentar una UDA en el Centro de Salud Saint Bois como centro de referencia del Primer Nivel de Atención en la zona norte, capaz de realizar tareas de asistencia, docencia, extensión e investigación, lo que permitiría fortalecer la formación de recursos humanos en el primer nivel de atención de la zona desde la interdisciplinariedad (DMFYC, 2008).

Como objetivos específicos, el proyecto pretendía realizar diagnósticos de salud en la zona de forma participativa, involucrando a la comunidad, con el objetivo de cumplir con lo que se espera de un centro de salud que actúa desde la promoción de salud y la prevención de problemas. Desde una perspectiva que involucraba la función de la investigación, se proponía partir de esos diagnósticos para elaborar proyectos de investigación clínica basados en problemas de la comunidad de referencia de la UDA.

Asimismo, en consonancia con el enfoque de la medicina familiar y comunitaria, la UDA se planteaba el objetivo de alcanzar la longitudinalidad de la atención, de modo que se conformó para ello un equipo multi e interdisciplinario. También se planteaba configurarse como un espacio de formación desde la práctica en interdisciplina e intersectorialidad para estudiantes del área de la salud. En este punto, se planteaba, a su vez, aportar a la formación de profesionales de la medicina general y de medicina familiar y comunitaria en particular, señalando la importancia de los médicos de familia en la nueva orientación del sistema de salud configurado mediante el SNIS. Se indicaba al respecto que el especialista en medicina familiar y comunitaria sería “(...) el nexo central en el proceso de cambio del modelo de atención en el nuevo SNIS” (DMFYC, 2008, p. 4).

La UDA concentra actividades del primer nivel de atención en medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología, salud mental, nutrición y fonoaudiología. Inicialmente, se había planteado un horario de funcionamiento diario entre las 8 h y las 17 h, pero en febrero de 2014 se definió realizar una ampliación del horario que abarcara la noche durante un día a la semana (los martes), tras un diagnóstico denominado *Primary Care Assessment Tools* (PCAT)²² que determinó que no contar con dicho horario estaba generando una barrera de acceso para parte de la población. Como expresaron referentes de la experiencia:

Todos los años se evalúa diferentes áreas que tienen que ver con los sistemas de atención en salud, y cuando ese año se realizó en el centro de salud donde nosotros trabajamos, se vio que estaba muy bien en algunas áreas pero lo que tenía que ver con la accesibilidad, estaba en menos. Accesibilidad en relación a la franja horaria, porque el lugar de por sí en donde está anclado no es muy accesible por locomoción, porque es una zona semi rural (...) acá en esta policlínica se atendía únicamente de mañana y de tarde, comenzando a las 13 hs. y a las 15 terminaba. Entonces se creó un horario vespertino que comenzaba a las 16 hs. y continuaba, en un principio hasta las 10 de la

²² PCAT es una herramienta desarrollada en la Universidad John Hopkins y adaptada luego a distintos contextos, entre los cuales está el uruguayo, con el objetivo de evaluar los servicios de atención primaria y del primer nivel de atención, y así fortalecerlos.

noche, hoy estamos un poco más organizados y terminamos a las 21 hs. Terminamos cuando se terminaba de atender toda la consulta. A partir de ese horario más extenso comenzaron a venir usuarios y usuarias con otras características, que tienen que ver con personas trans. (Entrevista 3, 2021)

Lo hablamos, implementamos eso de decir “bueno, vamos a empezar, a probar funcionando con tres turnos” (nosotros siempre teníamos dos turnos, el de la mañana y el de la tarde), pusimos la cuestión de la agenda, y a punto de partida de una situación que estábamos en ventanilla y vienen a pedir una hora, que además se desencadena esto de que pedía hora para el ginecólogo pero tenía un nombre de varón, esa cuestión en la que yo andaba ahí en la ventanilla, se anota una persona con una necesidad de atención de la cual nosotros no estábamos acostumbrados a recibir, y ahí fue una cuestión de bola de nieve (...). (Entrevista 2, 2021)

En el relato del personal de salud vinculado a la experiencia, la asistencia de las personas trans se describe como un hecho fortuito, no buscado inicialmente por quienes la promovían. No obstante, por las características de este servicio, y por la orientación disciplinar y experiencia del equipo de salud, se indica que se logró generar una buena atención que se replicó “boca a boca” para que otras personas trans también asistieran al servicio, de modo de que se generó una “bola de nieve”, como indicaba una de las personas entrevistadas.

Como expresó otro de los médicos entrevistados:

En un momento surgió la consulta de una mujer trans en ese turno. Probablemente vinculado a los horarios, al horario de trabajo, a la posibilidad... cuando la mujer trans fue atendida en ese servicio se sintió bien, bien atendida, sin duda sin todo este recorrido que hemos tenido y sin toda la experiencia que hemos generado en la atención a las personas trans desde ese momento. De hecho, la atención a las personas trans no era ni mencionada en ningún programa ni en ninguna formación de grado, ni siquiera de posgrado hasta ese momento. Entonces, frente a la buena experiencia personal de esa

mujer, ella la replicó a sus pares. A algunas amigas, y conocidas, les dijo: “miren, me atendí en el Saint Bois y me atendieron muy bien”. Lo cual también muestra muchas cosas; primero, lo mal que se atiende y se trata a las personas trans en general en el sistema, que es tremendamente hostil. Con muy poco -porque realmente en ese momento, era muy poco más que un respeto a la identidad y una escucha y un espacio de atención intentando ser adecuado a las necesidades de esa persona, solamente con eso que creo que tendría que ser lo básico en la atención de cualquier persona- esa chica se sintió muy bien atendida. Ella replicó su experiencia y empezaron a venir chicas. Principalmente al principio, chicas trans. Y bueno, como esto es chico y las bolas se corren rápido... también Daniel [Márquez] tenía obviamente un compromiso y algunos vínculos a determinadas temáticas que lo acercaban a esta situación, y a algunas características de la población trans en general, bueno, eso generó una bola que creció rápido y que nos obligó (...) Generó la necesidad de formarse, de aprender, estudiar, leer, trabajar con colectivos, conocer. Ese fue el puntapié inicial. (Entrevista 1, 2021)

El espacio de la UDA se difundió como un ámbito “amigable” para usuarixs trans, y se comenzaron a implementar una serie de medidas para asegurar que el espacio fuera realmente inclusivo: i. se capacitó y formó a lxs profesionales vinculados con el servicio desde la perspectiva de la diversidad; ii. se comenzó a promover la coordinación intersectorial e interdisciplinaria, y se articuló con otros niveles de atención para cubrir las demandas de salud de las personas trans que no era posible atender desde el primer nivel (concretamente, intervenciones quirúrgicas); iii. se generó una articulación con el MIDES, lo que permitió abordar la atención en salud desde una lógica más amplia de derechos ciudadanos (Sempol et al., 2016).

De esta forma, un número importante de personas trans comenzó a asistir a esta UDA, fundamentalmente debido a la ampliación del horario, pero también debido a la existencia de personal sensibilizado. Allí, se asistieron 130 personas en sus primeros dos años, según datos difundidos por ASSE (2016), lo que representa más del 15% de la población trans del país, si esta cifra se compara con el total de personas trans relevadas por el MIDES (Atención sanitaria de personas trans en Saint Bois se descentralizará al interior del país, 2016, julio 12).

En el momento en que se discutió la *Ley integral para personas trans*, a raíz de un pedido de informes realizado por un diputado opositor al proyecto (el nacionalista Rodrigo Goñi), la UDA presentó los siguientes datos de atención al Parlamento:

Los casos en los que pudimos rastrear la identidad de género –porque no es algo específico– fueron 192 usuarios. Ahora bien, desde el momento en el que comenzamos a trabajar, en el que no teníamos un respaldo sistematizado pues las historias son a papel –estamos haciendo un gran esfuerzo para poder proporcionar las cifras–, por el servicio pasaron alrededor de 300 personas, de las cuales 90 han sido hormonizadas. (...) El detalle es el siguiente: cuatro usuarios de entre 16 y 18 años, y el resto corresponde a mayores de 18 años. El mayor porcentaje de atención ocurre entre los 20 y 24 años”. (Intervención de Daniel Márquez en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14)

En la actualidad, debido a cambios generales en el sistema de registro (la transición de la historia clínica en formato papel a la historia en formato electrónico), existen dificultades para identificar cuántas personas se atienden en la UDA. En todo caso, se estima que desde que se inició el servicio se han atendido en el entorno de 400 personas, lo cual representa casi la mitad de las personas trans que fueron censadas en 2016.

Al respecto, se explicó:

Durante mucho tiempo teníamos en el servicio historia en papel, incluso en el año 2014. En 2018/2019 fue la transición. Teníamos un enorme subregistro. Al ser un servicio docente, muchas personas tenían acceso a las historias clínicas, desde internos, internas, residentes, estudiantes de grado, nosotros mismos, algunas otras disciplinas como salud mental... muchas veces, eso generaba que no teníamos un registro aparte que fuera una sistematización, una unificación en un registro de pacientes asistidos. Cuando la demanda era chica no pasaba nada, pero después fue aumentando y empezamos a

generar esos instrumentos. Después transicionamos a la historia clínica electrónica y fue caótico. Con todos los beneficios que trae la historia clínica electrónica, pero, por ejemplo, en el diagnóstico o en los términos preestablecidos, no está “persona trans”, está “transexual”. Pero transexual es otra cosa o al menos no contempla a toda la población trans. Y como vos podés agregar manualmente, algunos usaban esa categoría, otros escribían transgénero, persona trans, trans masculino, trans femenina, TF, TM... ahora estamos pensando de qué manera vamos a cuantificar todo eso. Tenemos que incluir todos los términos que se utilicen. Después hemos utilizado muchas veces el registro de farmacia, porque las personas que retiran medicación específica generalmente en ese caso si es prescripta por nosotros, hay muchas que son personas trans. Pero claro, hay muchas personas trans que no están hormonizadas, que no les interesa hormonizarse, o que utilizan otros métodos, o todavía no iniciaron, etc. Hay un hiato de gente que vamos a perder. Entonces, de manera estimativa, a lo largo de todos estos años, es difícil saber, pero no creo que hayan sido menos de 400 personas en total que hayan tomado contacto con el servicio nuestro. Tal vez más”. (Entrevista 1, 2021)

De hecho, desde el equipo de la UDA se identificó que había más varones trans que se atendían allí que los que habían respondido el censo, lo cual se encuentra en línea con la crítica de que el instrumento tenía un sesgo de captación hacia las personas de mayor vulnerabilidad (que, por lo general, son mujeres trans). Como expresó uno de los médicos entrevistados:

En el censo de 2016, de las personas completamente encuestadas, la regla nos decía a nosotros que asistíamos más varones trans de los que existían de acuerdo al censo. Acá no es lo mismo a nivel personal y social ser una mujer trans que un varón trans. Estoy diciendo lo obvio, pero vivimos en esta sociedad machista y todo eso aplica también para las personas trans. Hay una enorme invisibilización de los varones trans, porque ahí habría 100 y nosotros sabíamos que asistíamos por lo menos 120. Entonces, el subregistro viene por otros lados, va más allá de que se hagan censos para censar población trans, se pierden por otros motivos. Los varones trans se invisibilizan. Y son pocos, o al menos no son todos, los que reivindican su condición de trans. No levantan la bandera de varón trans. Ellos son varones y luego de un año y medio de tratamiento

adecuado, bien hecho, mantenido con una periodicidad de las habituales, sus cambios fisionómicos, en general, en la enorme mayoría, hace que socialmente manejen todos los estereotipos de género masculino (la barbita, etc). Tienen su propia expresión de género masculino y están “camuflados”, lo que no está ni mal ni bien, pero viven en esta sociedad machista con su expresión de género masculina, con sus cambios fisionómicos masculinos, como un hombre más con todos los privilegios. No denominado trans salvo en sus círculos pequeños, con los beneficios de ser hombre en esta sociedad. Mejor acceso a la educación, a la salud, mejor acceso al mercado laboral... no sabés la diferencia. (Entrevista 1, 2021)

Lo anterior refleja varias situaciones. Por un lado, la diversidad de formas de referirse a las identidades de género trans, que el mecanismo de registro de la historia electrónica no contempla para el sistema de salud. En este sentido, el registro manual presentaba otra flexibilidad a la hora de contemplar esta pluralidad de registros. Por otra parte, la lectura de lo trans desde la UDA mayoritariamente reproducía una lectura binaria: varones trans y mujeres trans. Ello, no obstante, en un comienzo implicó la visibilización pública de otras formas de ser trans: concretamente, fue un factor que ayudó a visibilizar a las masculinidades trans, que habían pasado inadvertidas como sujetos (Sempol et al., 2016).

En este sentido, si bien hay un reforzamiento de la lectura binaria, también hay un “surgimiento” público de otras formas de ser trans, lo que hace que el análisis adquiera mayor complejidad. Dentro de la consideración de estos cambios como parte de un proceso, esta puede considerarse como una etapa que está en la génesis de la experiencia, y que se ha ido problematizando con el transcurrir de la misma.

5.3. Integralidad de la atención en salud

En el relato de los médicos de la UDA, los dos hechos reseñados en el apartado anterior (ampliación del horario para generar mayor accesibilidad, y que ese cambio que se proyectó como general haya producido ese acercamiento más particular de

personas trans) están muy relacionados, aunque se los conciba de modo separado. Y, en todo ello, el rol de la medicina familiar y comunitaria se ve como central a la hora de haber generado un marco habilitante para el acceso de personas trans, desde la concepción de integralidad de la atención.

Hay dos patas distintas: una la de ampliar el horario de atención, que claramente era una necesidad. (...) Ese era como el puntapié inicial: luego, al iniciar el contacto con personas trans, yo creo que se activó... quizá no queda bien que lo diga, pero yo creo pertenecer a una especialidad médica que se caracteriza por tener algunas sensibilidades personales, familiares y sociales, que nos caracteriza a quienes nos dedicamos a la medicina familiar y comunitaria. (Entrevista 1, 2021)

En este sentido, en el discurso de los actores vinculados a la experiencia, el hecho de cuestionar las exclusiones que se generan en el sistema, incluso desde una perspectiva que se pretende universalista, se relaciona directamente con el marco disciplinar (e incluso, con el posicionamiento político académico en relación con lo social) desde el que se sitúa la medicina familiar y comunitaria, en relación con lo que sucede con otras ramas más “duras” de la atención de la salud. Esa mirada disciplinar también se identifica como clave a la hora de haber podido visibilizar situaciones de discriminación que afectaron a las personas trans en su paso por los centros de salud:

Evidentemente hay algo vinculado a nuestra especialidad y a nuestro interés por esa especialidad que tiene una pata social, creo que también una pata política, una pata al menos reflexiva y contemplativa de las realidades, de las injusticias por decirlo de alguna manera, o de las situaciones sociales de usuarias y usuarios de población en general. Tenemos cursos con una mirada más poblacional, más comunitaria, más cercana a la organización social; no ideológica, pero sí entendiendo las necesidades que surgen también de esas situaciones. De esa manera, creo que fue muy “sencillo” ver cuáles eran las necesidades reales de una población absolutamente ocultada por todos los sistemas: educativo, laboral, y también el sistema sanitario. Ocultada diciéndolo suavemente, más

bien después sobre eso, muchas cosas más. A lo que voy con eso es que creo que rápidamente, hubo una manera de darse cuenta de que ahí había un montón de gente que no estaba siendo atendida en ningún lado, que estaba siendo maltratada por el sistema... (Entrevista 1, 2021)

En este sentido, desde los actores que impulsaron la experiencia se identificó que “no se hizo nada distinto” respecto a la atención en salud a lo que ya se hacía. La diferencia estuvo en hacerlo hacia las personas trans, es decir, concebir también su salud de un modo integral. Así, como parte de dicha atención, fue como surgieron necesidades o dificultades específicas; pero el abordaje no fue desde esas necesidades/dificultades, sino desde la integralidad de la atención, lo que permitió posteriormente centrarse en lo específico.

En realidad no se hizo nada más que hacer lo mismo que hacemos siempre, tratando de buscar la atención integral, y se identificaron todas estas necesidades que tenía esa población específicamente, que estaba alejada de los servicios de salud, con un montón de necesidades específicas que tenían que ver con algunos problemas vinculados a situaciones que hubieran hecho previamente (si habían usado siliconas, bueno, complicaciones que se pudieran dar), con mucha demanda vinculada a esto de sentirse siempre como que no eran bien recibidas en los servicios de salud, complicaciones de acceso, de sentirse desplazados y desplazados. Y ahí se intentó empezar a buscar la forma de dos cosas: tratar de captar a las personas en forma individual e ir viendo en cada situación, cuál era la necesidad. Pero claro, al sentir que había menos... o sentirse más contenidos o contenidas quizá, empezaron a surgir un millón de dificultades, que tenían que ver con automedicación para la hormonización, sin control, millones de cosas.... (Entrevista 2, 2021)

De hecho, esto distanciaba el modelo de la UDA del marco interpretativo rival situado en el riesgo, que concentraba sus esfuerzos en el abordaje de las ETS. Este abordaje fue visto como insuficiente frente a la perspectiva de la integralidad de la atención:

Cuando llegan a nosotros la mayoría que ya pasó por el sistema llega con simplemente la intervención de un VIH y un VDRL, entonces nosotros tenemos mucho más que aportar, los médicos en general de todo el sistema que simplemente ver una persona trans y pensar en el VIH y el VDRL. En realidad está bien, cualquier persona que vos atiendas tenés que pensar que existe la posibilidad del VIH y el VDRL sea trans o no trans, si lo vinculás al trabajo sexual también. Pero si tu intervención es acotada a tan poco, generalmente los problemas de salud que más importan a las personas no pasan por ahí, porque es algo que todo el mundo le ofrece. Y sobre todo a una persona trans, los problemas de salud pasan por otro lado, pasan justamente por su imagen, por su trabajo y su imagen, por las consecuencias de la silicona industrial, por recibir hormonización sin tratamiento. (Entrevista 1, 2016)

En este sentido, la mirada sobre la vulnerabilidad asociada a la vivencia de una identidad de género no heterocisnormativa abarcaba un conjunto de dimensiones, de tal modo que también se visualizaba como integral. Desde esta perspectiva, la integralidad de la atención en salud refiere a poder comprender que las situaciones de exclusión sistemáticas de la población trans en distintos ámbitos (laboral, familiar, educativo, etc.) repercuten sobre su salud.

Obviamente partimos también de la certificación de que es una población históricamente vulnerada por todos los sistemas, por todos los servicios: o sea, desde el sistema primario familiar, el sistema educativo, sistema sanitario, laboral, etc., etc. O sea, hasta para las cuestiones de ocio, expulsados y expulsadas (mucho más expulsadas) de todos los sistemas y subsistemas que componen la sociedad. Es una población históricamente vulnerada. Y eso también tiene una implicancia, porque cuando asistís a una persona que ha vivido todas esas situaciones, es importante contemplarlas a la hora de pensar en su salud. Ahí viene el otro principio básico, que es más de la medicina familiar... no es para nada casual que esto haya surgido desde la medicina familiar y comunitaria (...) porque además tiene una mirada más integral de las personas siempre en general. Es un principio que rige nuestra práctica, la integralidad (...) y por eso

siempre hacemos énfasis cada vez que presentamos en que se trata de la atención integral a las personas trans. (...) Porque todas esas vulneraciones, generan una enorme cantidad de repercusiones a nivel físico, emocional, psicológico. Y al entender la salud como un todo, hay que atender ese todo, y lograr que la integralidad no esté focalizada en la hormonización o en determinadas cirugías, sino en la atención integral de esa persona, que es una persona trans, pero que tiene las mismas necesidades... las mismas no, muchas más necesidades a veces por su trayectoria, que el resto de la población. (Entrevista 1, 2021)

Por todo ello, desde un punto de vista organizativo el servicio no estuvo pensado desde la lógica de la especificidad hacia un grupo poblacional (no se trató de una policlínica de atención a personas trans), sino que se buscó transversalizar la mirada sobre este cuestionamiento al ejercicio universal del derecho a la salud en toda la atención de primer nivel. Esto no solo traía como consecuencia que se viera la multidimensionalidad de la salud de las personas trans, sino que además tenía el beneficio de no fragmentar la atención que reciben, con el médico de familia como articulador de esa atención integral.

Como expresó unx de lxs médicxs de familia:

Nosotros vemos que desde el servicio y desde el primer nivel, también con la estrategia de abordaje a las personas trans, hemos logrado demostrar que esta integralidad se cumple con las personas trans, como se debe cumplir con cualquier otra persona, no solo es exclusivo de las personas trans. Pero con las personas trans nos ha pasado mucho que las repercusiones que ellos ven sin tener la teoría ni la gestión del primer nivel y demás, cómo te devuelven y te dicen: “yo vengo acá porque me ven completo”. Porque justamente las personas trans sufren esa fragmentación del sistema; una mujer trans con silicona industrial va al cirujano plástico, el cirujano plástico le manda unos estudios pero la manda al médico general, el médico general como no está formado y ve que es una persona trans y tiene por ahí capaz que el preconcepto de que la transexualidad sigue estando como fuera de los rasgos de normalidad -porque ese preconcepto sigue estando- la manda al psiquiatra, el psiquiatra empieza a interactuar pero también en el

medio hay mucha cosa que le mandan, VIH y VDRL, porque también está eso presente, entonces desde nuestra experiencia lo que hemos visto es que las personas se ven muy perjudicadas de la fragmentación, muy perjudicadas. (Entrevista 1, 2016)

Además, generar espacios de atención en salud que cuestionaran el universal reflejaba toda la diversidad de las personas usuarias, y tenía el potencial, a su vez, de presentarse como un espacio de convivencia ciudadana en el que interactuaran las diferentes subjetividades.

Nos dimos cuenta que en los espacios de convivencia es que se dan los cambios. Esta estrategia de tener la agenda del médico de familia y que esté ahí hace que, en la misma sala de espera, esperando al mismo médico, confluya la mujer embarazada, la persona trans, la adulta mayor, el trans... Entonces, esos espacios de convivencia compartiendo el mismo médico hace un abordaje mucho más efectivo. No es en la misma sala de espera todas personas trans esperando a ser atendidas por un único médico y el adulto mayor esperando a otro médico, sino que se dan espacios de convivencia donde uno puede hasta inclusive adaptar la sala de espera, intercalar los pacientes como hacemos nosotros. (Entrevista 1, 2016)

Pensar la organización del servicio de este modo podía llegar a tener un efecto que trascendiera al propio sistema de salud, teniendo en cuenta la situación de exclusión de distintos espacios de socialización secundaria asociados al ejercicio de derechos (como el educativo, por ejemplo) que atravesaban las personas trans, como reflejaban los datos del censo. En este sentido, la convivencia, generar alianzas sociales que construyen a una comunidad, es uno de los lazos subjetivos que se asocian a la ciudadanía. La planificación del servicio como universal, así como cuestionar los hechos a la construcción excluyente del sujeto tradicional de las políticas públicas, también ponía sobre la mesa las distintas identidades que habitan esa comunidad política. Y las legitimaba.

Una de las personas entrevistadas relataba una anécdota significativa en este sentido:

(...) Una de las mujeres que al principio cuando empezamos con esto ya era paciente mía de antes, que yo controlé su primer embarazo, participé en el parto de esa señora, controlé a su hija, después volvió a quedar embarazada y controlé su embarazo en la policlínica del turno nocturno. Y al principio cuando llegó lo primero que me hizo fue un reclamo, que en la sala de espera había gente rara. Y ahora hace poco ya tuvo su hijo y yo la cité para hacerle el PAP [Prueba de Papanicolau], su hijo es un bebé relativamente, y en todo ese proceso entre las primeras consultas del recién nacido que son súper frecuentes y que después se van espaciando, compartió mucho con las personas trans en la sala de espera.

Cuando la hice pasar para hacerle el PAP quien se quedó cuidando a su hijo fue una persona trans, una mujer trans, entonces esto de compartir para entender creo que es muy importante. En este proceso vamos por ese camino, el camino de la sala de espera como un espacio de convivencia. Y ahí hay un *click* súper importante, porque no solo nos pasa a nosotros los integrantes del equipo de salud, le pasa a nuestros usuarios que no son trans, pero empiezan a entender. Para mí este ejemplo es clarísimo, yo se lo cuento a mis estudiantes siempre. Esta persona que al principio fue la primera en reclamar, a la primera persona que eligió en toda la sala de espera para que le cuidara a su hijo mientras le hacía el PAP fue a una persona trans, porque compartieron eso justamente, inquietudes, seguramente comentaron cómo era el médico, cómo era la enfermera, cómo se sentían si se demoraba, esas cosas que uno comenta en la sala de espera mientras lee un cartel, por ejemplo, y así mil cosas. (Entrevista 1, 2016)

Está claro que, desde quienes implementaron la policlínica, el discurso era de universalidad en la atención, no de focalización en una población específica. No obstante, por la relevancia que fue cobrando la experiencia, en la práctica el horario extendido se volvió una referencia para las personas trans y también para otros equipos de salud, que incluso pensaban erróneamente que se trataba de un servicio trans específico (Schenck, 2018b):

Nosotros no somos un servicio... o lo intentamos, a veces la realidad nos ganó... intentamos no ser un servicio especializado. (Entrevista 1, 2021)

Hay grupos de estudiantes que han hecho revisión de información de medios, y todo aparece como “policlínica de atención trans”, como si fuéramos una policlínica específica, que no es así. Es un turno de medicina familiar. (Entrevista 2, 2021)

Constituirse como “de referencia” para las personas trans no se debió a que inicialmente brindara prestaciones diferenciales a otros servicios de primer nivel, sino porque atendía desde un marco de respeto y no discriminación hacia esta población, lo cual será profundizado en el próximo apartado. De hecho, al comienzo de la experiencia no se contaba con insumos con los que posteriormente sí se contó, como la posibilidad de recetar hormonas.

Al inicio venían y les decíamos que nosotros no teníamos nada para dar, porque si se querían hormonizar... era la cuestión de disminución de riesgos, no teníamos forma de indicarle nada, porque no había acceso. (Entrevista 2, 2021)

Las “buenas experiencias” de lxs usuarixs se relacionan con la existencia de profesionales sensibilizadx. Aunque, según explicó quien fue la coordinadora de la UDA al momento de comenzar la experiencia, la Dra. Clara Niz, hasta que las personas trans no se acercaron al servicio, lxs profesionales no percibieron que no sabían sobre la atención en salud que requerían: “ahí nos dimos cuenta de que no sabíamos” (Sempol et al., 2016, p. 31).

En la misma línea se expresó una de las personas entrevistadas:

En ese momento no estábamos capacitados con herramientas diferentes a las que utilizábamos con el resto de la población cis. Y a partir de las necesidades de ellos es que

uno comenzó a desarrollar algunos instrumentos específicos para poder aplicarlos y trabajarlos con esta población específica. (Entrevista 3, 2021)

Esto identifica uno de los puntos centrales del abordaje despatologizador de la UDA: la formación de recursos humanos. El otro punto clave consistió en el desarrollo de la atención a partir de las necesidades de las personas usuarias. En la siguiente sección se profundiza sobre ambos aspectos.

5.4. Las claves del abordaje despatologizador

5.4.1. Atención no discriminatoria

La atención no discriminatoria es un punto que atraviesa todas las demás dimensiones en las que se constituye el abordaje despatologizador, por lo que se hará referencia a la no discriminación en todos los apartados que siguen. No obstante, en este se señala cómo se plantea la no discriminación como orientación macro de este abordaje.

En una primera instancia se identificó que la discriminación es parte constitutiva de la trayectoria de la mayoría de las personas trans, y que tiene un impacto concreto en su expectativa vital y calidad de vida. Ello planteaba desafíos particulares para la intervención del sector salud:

Si vos tenés una persona no trans que tiene 70 y pico de años, para que vos puedas hacer alguna intervención a lo largo de su vida, del nacimiento o de la niñez o la adolescencia o su vida de adulto, de adulto mayor, tenés varios momentos para poner la puerta de entrada al sistema de salud.

Si tenés una expectativa de vida de 35 años, todo ese lapso se acorta. Lo que hicimos fue ver qué variables inciden para que ese camino se acorte. Que son la violencia, el no

trabajo, la exclusión del sistema educativo, del sistema familiar, todo eso hace que esa brecha se acorte. Capaz que lo que te estoy diciendo es obvio, pero en los médicos y en los estudiantes, cuando les mostrás una cosa que dice “habitualmente pasa esto, un camino de 70 y pico de años acá” y abajo le ponés un trayecto así de corto, ya gráficamente te choca, hay una inequidad tremenda”. (Entrevista 1, 2016)

A su vez, la no discriminación en la atención parte de reconocer que existía esta discriminación en los servicios de salud, aunque no fuera visibilizada. En el relato de unx de los médicxs entrevistadxs se observa que las prácticas discriminatorias eran frecuentes y estaban naturalizadas en la atención. En este sentido, la experiencia de la UDA se proponía explícitamente generar un acercamiento distinto hacia lxs usuarixs trans, con el objetivo de ser parte de la solución, no del problema:

Todos nosotros tenemos experiencia en otras partes del sistema de salud, privado, pero también público, en puertas de emergencia. La puerta de emergencia es un lugar en donde las personas trans sufren un destrato brutal, y ahora por suerte tienen acceso a cambiar el nombre de una forma relativamente sencilla, pero si no, las mujeres trans de 50, 60 años, hace tres años, cuando yo hacía guardia, todas tenían su cédula con su nombre que les pusieron al nacer. Y en todas las consultas eran llamadas por su nombre de cédula, más todo lo que se generaba alrededor de que hubiera una mujer trans en un box. Con todos los dislates, con todos los improperios, con todas las formas de referirse a esa persona de la manera más espantosa, que es lo que todos sabemos o todos imaginamos. (...) De manera que lo que surgió fue una observación desde ese punto de vista sencillo, de decir: “mirá la necesidad que hay acá, mirá lo que se está generando, tenemos que hacernos cargo de esta situación, ponerle el pecho a las balas, y empezar a generar las maneras de asistir en todas sus necesidades a una población que es tremendamente vulnerada, tremendamente hostilizada y expulsada de todos los sistemas, y nosotros tenemos que de alguna forma empezar a generar algo distinto para empezar a generar una atención medianamente adecuada. (Entrevista 1, 2021)

En este sentido, parece claro que el marco interpretativo de los actores de la UDA vincula la no discriminación con un abordaje desde la perspectiva de derechos, entendiendo las prácticas discriminatorias como una vulneración también de los derechos en salud. En este punto, se vincula con los marcos discursivos que se construyeron en relación con los avances en materia de políticas públicas y diversidad sexual y de género, impulsados desde los movimientos por la diversidad, que precisamente retomaban un cuestionamiento desde la base de la igualdad. Atender estas dimensiones no se presenta como generar privilegios hacia una población específica, sino que se trata de cuestionar las exclusiones institucionalizadas por las visiones tradicionales de construir derechos ciudadanos.

Cuando nosotros planteamos esto como un derecho y desde una perspectiva de derechos de los usuarios, y avanzar en la agenda de derechos del país desde el prestador público, surgió esto de “hay usuarios que no tienen este privilegio... ¿por qué a estos usuarios?”. Entonces también ahí hay una construcción de un discurso. ¿Cómo es la construcción del discurso nuestra, parados de dónde? De trabajar eso que es súper desafiante, y lo trabajamos con argumentos, que van desde los derechos, la vulneración de derechos y va desde la expectativa de vida, hasta argumentos técnicos. Cada vez que yo hablo un poco de los argumentos técnicos (...) y hablamos de la silicona industrial, el examen físico que se hace, cómo es la estrategia, cómo es el abordaje, las herramientas que hemos elaborado y demás, del otro lado hay una cosa tipo: “opa, no es improvisación”. Cuando digo, ¿por qué derechos para unos y para otros no? Porque la construcción del otro lado es por qué derechos para unos sí y para otros no, y ni siquiera visibilizan que estamos hablando de las cosas mínimas, cuando ya existe un daño producto del odio y la discriminación de años... (Entrevista 1, 2016)

Como se verá a continuación, cómo instrumentar esa no discriminación en la atención es algo que atraviesa todo el planteamiento de la UDA.

5.4.2. Consentimiento informado y desarrollo de dispositivos centrados en la experiencia de la persona usuaria

El hecho de que la persona usuaria del servicio tomara protagonismo sobre su propio proceso de salud, lo que incluía transformaciones corporales, y que el equipo de salud tuviera un rol de acompañamiento, tiene su marco en las transformaciones estructurales del sector salud y en el enfoque específico de la experiencia.

El tránsito por el servicio está pensado desde el modelo de consentimiento informado, un instrumento que se inscribe en las nociones de autonomía y derechos de lxs usuarixs, así como es una exigencia ética y legal para el equipo de salud (Berro Rovira, 2013). No obstante, la existencia de consentimiento no es una particularidad de esta experiencia: de hecho, ya existía en el paradigma anterior llevado adelante desde el Hospital de Clínicas, y es una práctica frecuente en la medicina en Uruguay, pautada por el marco legal (Decreto n.º 274/010, 2010, septiembre 8).

La diferencia es que, en el caso de la experiencia de la UDA, existe una alineación clara con el cambio en la concepción del rol de usuarixs en el sistema de salud que comenzó a implementarse a partir de la reforma que creó el SNIS, en el sentido de garantizarles una mayor autonomía sobre sus procesos de salud.

También se alinea con las recomendaciones que en este sentido se realizan desde ámbitos que promovieron la despatologización en la atención, que precisamente plantean la autonomía de lxs sujetxs para determinar el camino de su tránsito y de la construcción de sus cuerpos (Red Internacional por la Despatologización Trans, 2010; Comas et al., 2020). Además, en la práctica se consolidó el modelo de autonomía progresiva en relación con el acceso a tratamientos, lo que habilitó la posibilidad de que menores de edad pudieran realizarlos.

De esta forma, el modelo de atención parte de que la identidad de género es definida por la persona usuaria del servicio, y que se trata de “usuarixs sanxs” que deciden a qué tratamientos someterse y a cuáles no (Márquez et al., 2015). Esto es muy

relevante teniendo en cuenta el marco interpretativo rival, donde el modelo era patologizador y las etapas del proceso eran definidas por el equipo de salud.

Así, como parte del proceso de aprendizaje en el trabajo con la población trans, se desarrollaron tres dispositivos específicos: línea de vida modificada, escalera de abordaje e historia clínica que incorpora la diversidad (Márquez et al., 2015; Sempol et al., 2016).

La línea de vida modificada es un instrumento que se inspira en la línea de vida que se elabora en el ámbito de la medicina familiar. Se desarrolla en una hoja de papel, en la que la persona usuaria traza una línea que en uno de sus extremos tiene el "0" y en el otro, la edad. En una primera instancia, se propone a la persona que marque sobre la línea los hechos que considera relevantes en su vida. Con un color, la persona subraya los hechos determinantes para ella, lo que permite al equipo de salud ordenar cronológicamente los eventos considerados como significativos y analizar así el grado de vulnerabilidad experimentado en su trayectoria vital, entre otros aspectos.

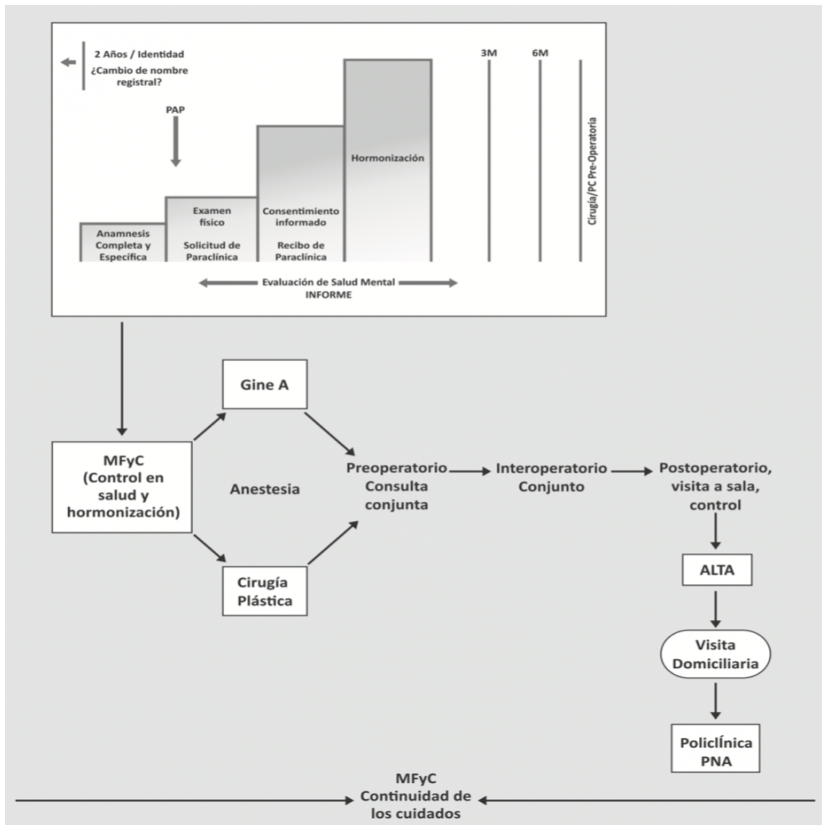
En segunda instancia, le profesional realiza una serie de preguntas, para las que tiene en cuenta los puntos marcados como relevantes por la persona usuaria y otros (como el tránsito por el sistema educativo, la trayectoria en el plano laboral, inicio de relaciones sexuales, la edad en la que se empezó a identificar como trans, etc.). Las respuestas a esas preguntas se van marcando, sobre la línea, con otro color. La intención es, al término de la consulta, haber obtenido información sobre: los juegos en la primera infancia, la relación con progenitores y otrxs integrantes de la familia, identificar desde cuándo percibió su identidad trans, tener anécdotas de socialización en educación primaria y media, observar la vivencia de los cambios corporales debido a los caracteres sexuales secundarios, identificar conductas de riesgo o abuso de sustancias, experiencia laboral, y ver si comenzó un proceso de hormonación sin supervisión de profesionales de la salud (Márquez et al., 2015).

Esta herramienta está pensada de forma progresiva, de modo que acompañe todo el proceso de la persona usuaria y pueda retomarse en varias instancias.

El segundo instrumento desarrollado se denomina “escalera de abordaje”. Este instrumento establece una serie de pautas para la atención a personas trans mediante el reconocimiento de que en la salud intervienen factores sanitarios (realización de exámenes físicos, paraclínica, hormonación y monitorización de esta, posibilidad de realización de cirugías) y no sanitarios (como el acceso al cambio de nombre para adecuarlo al nombre social). Como parte de este proceso, a diferencia de los modelos de atención patologizadores de la "disforia de género", el diagnóstico psiquiátrico no se concibe como la puerta de entrada, sino que se parte de un acompañamiento psicológico que se plantea como transversal acorde con un modelo despatologizador que considera que está tratando con “usuarixs sanxs”. Lo único que se requiere para llevar adelante los tratamientos (y particularmente aquellos que plantean consecuencias irreversibles) es el consentimiento informado de la persona.

En la figura 1 se presenta un esquema del instrumento y su ampliación para involucrar otros niveles de atención.

Figura 1. Escalera de abordaje ampliada



Fuente: Márquez et al., 2015.

La escalera de abordaje comprende cuatro escalones, orientados a iniciar el proceso de hormonación, al que se identificó desde un inicio como la principal demanda de la población trans que se acerca al servicio (Sempol et al., 2016).

En el primer escalón, se realiza una entrevista clínica (anamnesis) para conocer a la persona usuaria con mayor profundidad. Se realizan un cribado y controles físicos. También se presenta al equipo de salud, sus roles y método de trabajo, y se proporcionan contactos. Además, se pone de manifiesto que el equipo estará disponible para sus consultas.

En el segundo escalón, con el objetivo de prevenir situaciones que puedan obstruir el desarrollo del proceso, se realiza un examen físico completo y se solicita la paraclínica.

En el tercer escalón, se proporcionan al usuarix los resultados de los exámenes y se firma el consentimiento informado, en el que se explican los efectos (reversibles e irreversibles) que tendrá el proceso.

En el cuarto escalón se comienza con el proceso de hormonación, con controles posteriores a los 3 y a los 6 meses. Después, se continúa con controles anuales.

La escalera ampliada vincula el primer nivel con los pasos que se dan en el tercero, específicamente, con las intervenciones quirúrgicas de lxs usuarixs. Todo ello enmarcado en un modelo de continuidad de los cuidados, dado que se entiende relevante que un mismo equipo participe en todo el proceso de atención.

El tercer dispositivo consiste en una historia clínica que incorpora la diversidad, que contempla la identidad de género de lxs usuarixs y utiliza el nombre social de las personas. En este punto, cada historia es identificada por fuera con el nombre social de la persona, haya o no hecho el cambio legal.

Este dispositivo se generó de forma autogestionada por el turno vespertino de la UDA, aunque presentó problemas para escalar hacia otras esferas.

5.4.3. Mecanismos de formación y capacitación

Los mecanismos de formación y capacitación asociados a esta experiencia tienen dos fases: una primera en la que se buscó capacitar a quienes participaban en la UDA Saint Bois, y otra en la que este equipo se volvió una referencia para equipos de otros centros de salud.

Así, un primer desafío identificado desde la UDA fue el generar las herramientas que la formación curricular no les brindaba: para ello, se generó un curso de atención a la salud con foco en diversidad sexual y de género, del que participaron, desde la Universidad de la República, las facultades de Medicina y Psicología, desde la cooperación internacional el Fondo de Población de las Naciones Unidas y, desde la sociedad civil organizada, el colectivo Ovejas Negras. Este curso fue creado en el año

2013, se replica todos los años, y dio origen a la elaboración de una guía para profesionales del ámbito sanitario en salud y diversidad sexual, en el año 2015.

La guía refleja la orientación emergente en ese momento en Uruguay respecto a la atención en salud de las personas trans y la centralidad de la experiencia de la UDA en ese proceso, así como también la estructura de esta, la articulación entre los distintos niveles de atención y la participación de las distintas áreas académico-profesionales (Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Clínica Ginecotológica “A”, Área de Cirugía Plástica del Hospital de la Mujer)²³.

Otro elemento formativo inicial fueron los ateneos académicos, el primero de los cuales se desarrolló en 2014 bajo el título “Atención a las personas trans: otro desafío del Sistema Nacional Integrado de Salud”, organizado por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y de la Clínica Ginecotológica “A”.

Tanto el curso, como la guía y ateneos muestran que en este proceso, desde la experiencia de la UDA se identificó primero la carencia formativa, se buscaron mecanismos de formación y posteriormente, esta se posicionó como referencia en el tema.

De esta forma, la UDA tuvo incidencia en contenidos:

²³ En esta guía (MSP et al., 2015) se abordan nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad, se revelan las normativas nacionales e internacionales en materia de diversidad sexual, y se aborda lo concerniente a derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual, así como en el abordaje sobre ETS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad. También se aborda lo referente a atención psicológica desde una perspectiva de diversidad sexual, y se profundiza sobre la atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales.

El sexto capítulo de la guía se destina a la atención integral en salud a las personas trans. El capítulo se divide en tres partes. En la primera, el foco está en la atención en el primer nivel, caracterizando a su vez la situación actual de las personas trans, sus vulnerabilidades en el sistema educativo y en el plano laboral, sus especificidades en relación con calidad de vida y acceso a los servicios de salud. Está escrita por tres referentes de la experiencia de la UDA, pertenecientes al Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria: Daniel Márquez, Clara Niz y Mónica Olinsky. Esta experiencia es tomada como base para desarrollar el capítulo, donde se expresa que la UDA de Saint Bois “(...) brinda una atención integral a las personas trans desde una perspectiva de salud, derechos y diversidad” (Márquez et. al., 2015, p. 149).

En la segunda parte se desarrolla todo lo referente al abordaje ginecoquirúrgico a personas trans, y está escrita por Sebastián Ben, Rosina Silva Ledesma, Gabriela Ramos, Soledad Pérez, Luciana Miranda y Leonel Briozzo, médicos referentes de la Clínica Ginecotológica “A” de la Facultad de Medicina. Esta parte se centra en la intervención quirúrgica de los cuerpos de las personas trans desde el punto de vista ginecológico.

La tercera parte está escrita por Carlos Arrué, profesional del Área de Cirugía Plástica del Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereyra Rossell. Se centra en el detalle del abordaje quirúrgico plástico mamario en personas trans.

A nivel de grado, de posgrado y a nivel de algunas otras especialidades, no solo de nuestro posgrado. Por ejemplo, en la Diplomatura en medicina sexual, que es de la FMed destinada por ahora solo a médicos y médicas por temas reglamentarios, pero en esa diplomatura hay espacios específicos de atención a personas trans, generalmente nos convocan para que nosotros participemos. En el posgrado de MFyC con mayor o menor énfasis, todos y todas tienen contacto o acercamiento a la atención a alguna persona trans, ya sea por actividades específicas formativas, académicas, presentaciones de dudas clínicas de casos que surgen -cada tanto aparece alguna de una persona trans con algún efecto secundario de una medicación o cuestiones clínicas que surgen- y ahí está todo el departamento. O sea que todos y todas los posgrados y los residentes toman contacto, aunque sea lateral, con alguna situación que tiene que ver con la atención a las personas trans. Y en el grado, no hay algo estipulado que nosotros hagamos en ningún nivel específico para toda una generación, pero sí todos los estudiantes de grado que pasan por Saint Bois toman contacto y tienen acceso a la formación en alguna de esas especificidades a la atención a las personas trans. De 4to de FMed, 6to, internado... y eso en un año son 50, 60 estudiantes de grado, y en todos estos años han sido probablemente cientos que de una manera u otra han tomado contacto. Pensando que veníamos de la no existencia de formación... (Entrevista 1, 2021)

A esto se suma que las propias características de diseño de la UDA (ser un centro asistencial y, a la vez, uno en el que se cumplen las funciones universitarias de investigación, extensión y docencia), que habilitó el generar una reflexión constante sobre la experiencia asistencial, en diálogo con las propias personas usuarias. Al ser un espacio de formación, la experiencia fue formativa tanto para profesionales que ya estaban brindando atención como para estudiantes de grado que transitan por este espacio, así como también para pasantes extranjeros.

Esto es un servicio, una alianza con la Universidad de la República, y la formación de recursos humanos también es algo que es importante para problematizar, porque justamente estás brindando un servicio. (...) en los estudiantes que se están a punto de

recibir, parte de su proceso para aprobar ese año tiene que ver con acompañar por lo menos a una persona trans en todo el proceso. Entonces la persona trans ve a una persona que es un estudiante, aparte de ver a los docentes, que lo acompaña en todo, inclusive los estudiantes los acompañan a las consultas en el [Hospital] Pereira [Rossell], entran a la cirugía al igual que nosotros, hay un estudiante que no solo acompañó, estuvo ahí presente en todo momento para que el usuario se sacara las dudas. Aparte de que puede hacerlo con nosotros, muchas veces la comunicación se da en forma diferente, muchas veces el usuario ve al estudiante más como un par que a un médico, entonces ahí hay otra forma de comunicación. Y tiene la doble riqueza que ese estudiante, seguramente si no le hubiese tocado el Saint Bois no se hubiese dado de lleno con esa experiencia, ese estudiante en dos meses va a ser médico y va a tener un abordaje desde la diversidad. (Entrevista 1, 2016)

Así, el funcionamiento de la UDA cubría un vacío de formación, tanto para equipos de salud en actividad como para futurxs profesionales (y no solo vinculadxs directamente con la atención, dado que también se pensaban contenidos de relacionamiento comunicativo con personal no asistencial).

Un efecto no esperado en este sentido fue que, como indiqué previamente, la UDA se transformó en un centro de referencia, tanto para usarixs como para profesionales. Como expresó uno de los médicos entrevistados:

Lo de que el Saint Bois sea centro de referencia va un poco en contra de nuestros principios también, pero los hechos nos llevaron a eso, a transformarnos en un centro de referencia, no solo nacional sino hasta más amplio que eso. Hemos tenido pasantes de Brasil, España, Argentina, Chile (...). (Entrevista 1, 2021)

Este hecho posicionó a la UDA como una experiencia destacada en el tema y, en ocasiones, como ya se indicó previamente, era leída como un centro especializado en salud trans, lo cual no estaba en sintonía con su objetivo inicial, que era precisamente la transversalización de la dimensión de la identidad de género en la atención en salud

integral (Schenck, 2018b). Esto incluso fue visto como problemático por parte del equipo de la UDA:

Nuestro centro de salud no se creó como un centro exclusivo para personas trans, no lo fue nunca ni fue esa la intención. Durante algún tiempo fue identificado como un lugar donde había personas formadas y algunos decían “la poli trans”. No lo es. (Entrevista 3, 2021)

Además, esto hizo que creciera la demanda al punto de que no era posible atenderla con los recursos existentes. Por ello, uno de los elementos asociados a la formación de profesionales fue la descentralización de la atención hacia las personas trans en otros servicios de salud, e incluso en otros turnos de la propia policlínica.

Hoy por hoy se descentró, no solamente se atiende población trans en esa poli vespertina, sino en la mañana, en la tarde (...) (Entrevista 3, 2021)

Empezamos a tener mucho acercamiento de colegas de otras disciplinas, pero también de médicas de familia interesadas en poder desarrollar la atención de la manera que nosotros la estábamos desarrollando. Entonces hubo muchas pasantías, mucha gente que venía y después volvía a sus lugares, de manera que se fue formando una pequeña red que ha crecido un poco, a la que nosotros ahora intentamos referir cuando a la persona geográficamente (en cuanto a la posibilidad de acceso) le es realmente mucho más conveniente atenderse en ese lugar. El Saint Bois queda en el noroeste de Montevideo, casi a las afueras, no es un lugar accesible geográficamente. De manera que tenemos una red de gente conocida que sabemos que ha hecho algún curso, que se ha formado, nos consulta ya que tiene esa forma de comunicarse con nosotros, entonces intentamos ahora cuando llega la consulta (que muchas veces es telefónica), se le toman los datos, se les va anotando en una especie de lista de espera de gente que quiere ser atendida, y uno de nosotros llama a esas pacientes, esos pacientes, usuarios, y les dice “¿tú dónde estás, dónde vivís? ¿Conocés a tal médico, tal servicio?”, y recomienda que

inicie su proceso no en el Saint Bois, sino yendo a algunos de esos técnicos o técnicas que conocemos y sabemos que se han formado y tienen acceso a nosotros para dudas, preguntas, asesoramiento o acompañamiento. Entonces, eso ha cambiado con base en la demanda y a que nosotros ahora somos menos en el servicio (...). (Entrevista 1, 2021)

Estas experiencias de formación también se articularon formalmente con políticas de salud locales. En particular, el personal de las policlínicas de la Intendencia de Montevideo fue formado por equipos de salud de esta UDA, para poder replicar el modelo de atención en el sector público municipal y para articular con otros efectores del sistema por fuera de la red de atención primaria (Schenck, 2020).

Los alcances y limitaciones de este punto se seguirán desarrollando en el apartado 2.2 del capítulo 6, al analizar la descentralización del modelo de la UDA.

5.4.4. Concepción sobre la identidad de género

El modelo de la UDA de Saint Bois implicó un cambio importante con respecto a la atención a las personas trans que se realizaba en experiencias anteriores, por abordar su salud de forma integral (apartándose de los enfoques basados en el riesgo, pero también de la reducción de la atención al proceso de transformaciones corporales) y por tener un discurso explícitamente despatologizador de la identidad de género, promovido desde lxs médicxs de familia, pero compartido por todos los actores del sistema sanitario que participaban de la atención en sus diferentes niveles.

Como expresó uno de los médicos entrevistados: “Nosotros partimos de decir que la identidad no es una patología (...) plantarse desde el lugar del respeto a la identidad de la persona, fue una transformación” (Entrevista 1, 2021).

Este cambio se dio incluso antes de que se produjeran las modificaciones en las guías de referencia internacionales e implicó a todas las intervenciones que realizaba el equipo de salud, las quirúrgicas inclusive.

Al respecto, expresó una residente de la Clínica Ginecotocológica “A” de la Facultad de Medicina:

Yo creo que la 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 (...) pero la idea no es que [la persona usuaria] venga con la etiqueta “transexual”. (Sempol et al., 2016, p. 52).

Si bien en el ámbito del equipo profesional de salud mental de la UDA había conocimiento sobre la experiencia anterior del Hospital de Clínicas, la visión era crítica sobre este tipo de intervención y sobre el uso de manuales diagnósticos. De hecho, se indicó que hacía referencia al DSM V únicamente para dialogar en los mismos términos con colegas de otros espacios. A nivel sustantivo, se consideraba que se trataba de marcos que encorsetaban a la persona usuaria y que estaban siendo dejados en desuso.

Hoy por hoy, hay como una tendencia también a dejar las clasificaciones (...). Nosotros utilizamos las clasificaciones del DSM V simplemente cuando estamos hablando con un colega de otro lugar (...). En realidad creo que costó mucho y sigue costando (por eso te decía que cuando hay que hacer alguna intervención con psiquiatra, también uno piensa con qué psiquiatra). (...) La Clínica [de Psiquiatría de la Facultad de Medicina] trabajó hace muchos años con población trans, pero desde otra mirada. Y realizaban intervenciones larguísimas, de pronto de 7, 8, 10 años, donde no había muchas veces la posibilidad o de las hormonas, o de una intervención quirúrgica, ¿no? Entonces eran bastante frustrantes para ambos. Pero quedaban ahí. La mirada era esa.

Bueno, las clasificaciones lo que hacen es que vuelven a encorsetar a la persona (...). (Entrevista 3, 2021)

En la misma línea se expresó uno de los cirujanos que participaba de las intervenciones:

“Este tal vez sea el punto más importante para nosotros: operamos pacientes sanos. No tienen ninguna patología, ni biológica ni psicológica (...) y esto también es la bandera conceptual de que justamente es lo que estamos haciendo” (Sempol et al., 2016, p. 52).

Centrar el abordaje desde la despatologización implicaba el reconocimiento de la identidad autopercebida por la persona usuaria desde el primer acercamiento al servicio de salud, lo cual también representaba un cambio concreto que en apariencia podía ser menor, pero que en la práctica no lo era. De hecho, el no reconocimiento de la identidad es uno de los factores que se identifican como barreras para acceder a un servicio de salud en el caso de las personas trans (Sempol et al., 2016).

Una cosa tan mínima genera un cambio tan poderoso. No lo dimensionás al principio, porque decís: “en definitiva, le estoy preguntando cómo se llama”. Pero solamente esa tontería aparente, es enormemente representativa. Primero, enormemente representativa de lo que es el resto de la sociedad y el resto de los sistemas: jamás le han respetado la identidad ni el nombre a ninguna persona trans. En el reino de los ciegos el tuerto es rey, o sea, nosotros con un cambio que es desde mi punto de vista muy pequeño, ya generábamos una enorme transformación. Y una enorme capacidad de captación y de generar el acceso de esas personas, que iban y les decían: “¿cómo te llamás?”. “Fulana”, o “fulano”. Y a partir de ese momento era fulana o fulano para mí, para la enfermera, para la psicóloga, para los estudiantes y las estudiantes de grado que se forman en ese servicio, sin ningún tipo de miramiento o cuestionamiento. Esto parece poco, y creo que fue mucho. Entonces, el principio principal es ese, el respeto a la identidad de las personas que concurren a la consulta. (Entrevista 1, 2021)

Como señala Sempol (2018), este marco interpretativo de considerar la identidad de género trans como no patológica se inició desde la medicina familiar y comunitaria de una forma vanguardista, incluso en el contexto internacional.

Uruguay comenzó a desalinearse claramente con la visión hegemónica que tiene buena parte del sistema biomédico a nivel global y comenzó a desarrollar en forma sostenida y desde una política pública que se construyó de abajo hacia arriba, que la red del sistema de atención primaria en salud diera una respuesta integral a los procesos de demanda de hormonización de la población. Y que empezara los procesos de coordinación de la policlínica de los martes del Saint Bois y por ejemplo el Pereira Rossell para hacer operaciones de mastectomía, histerectomía y ahora probablemente de reasignación de sexo también. O sea que vemos que a nivel local se está produciendo una transformación bien importante que puede poner a Uruguay como pionero, junto con Argentina, dentro de estos procesos. (Sempol, 2018, mayo 7)

Este abordaje implicaba tener una mirada social al considerar la posibilidad de que hubiera problemas de salud mental, y asociarlos a la vivencia de una identidad estigmatizada y al tránsito cotidiano por experiencias de discriminación, no a la identidad en sí misma:

Yo soy un convencido de que si las personas trans tienen mayor incidencia de intentos de autoeliminación, mayor incidencia de algunos trastornos depresivos o ansiosos, es mucho más consecuencia de todo lo que les ha pasado a lo largo de su vida por ser una persona trans, que por ser una persona trans. No es por la patología de tener un “conflicto identitario” que desarrollan eso: no, es porque son personas trans, y todo lo que les sucede por ser personas trans, es tremendamente hostigador. Y eso es imposible que no te genere un enorme vacío existencial. No me puedo poner en la piel, en la sensación de esas personas... intento hacerlo lo más posible, pero sentir el rechazo de tu familia, de tus vínculos primarios, debe ser devastador. Luego, del sistema educativo, de... entonces, lo que les sucede a las personas trans, seguro que es más consecuencia

de todas esas trayectorias. No tenemos forma de probarlo por ahora, pero la experiencia que hemos tenido nosotros apunta a eso. (Entrevista 1, 2021)

Desde el discurso de lxs profesionales, el abordaje despatologizador también se vinculaba con la integralidad de la atención y con el rol de lxs médicxs de familia como articuladores entre las necesidades de salud de las personas usuarias y el propio sistema.

Hay una cuestión de atención integral básica y de un tipo de consulta que puede brindar cualquier médico de familia que es lo que intentamos hacer, para no pensar justamente eso de que tiene que ver con algo patológico y que sí o sí siempre tenía que ir a psiquiatría, que esa era una escuela. (Entrevista 2, 2021)

Por todo ello, se concebía también a lxs profesionales de salud mental vinculadxs a la experiencia como acompañantes, no como habilitantes de los procesos de transformación corporal a partir de un diagnóstico patologizador.

Estamos hablando de la despatologización y así nosotros lo pensamos, y así también lo fuimos abordando previo a la ley, donde no es necesario que un psiquiatra o que un psicólogo avale que está realizando una transición. (...) Nosotros estamos no para avalar que no tienen una patología, no no, nuestra mirada es otra. Simplemente estamos con otro sentido, no el sentido de la patología. Como era antiguamente, que se consideraba que tenía algún trastorno de la personalidad (...) Pero bueno, esa es la mirada y el abordaje. (Entrevista 3, 2021)

En este sentido, la experiencia de la UDA se distanció muy pronto del modelo diagnóstico del trastorno, y comenzó a desarrollar lo que se describió como una experiencia propia generada en el aprendizaje con las personas usuarias:

Lo que pasa es que al inicio, también para nosotros como servicio de médicos y médicas de familia, era algo muy desconocido... porque tampoco había publicaciones y lo que leíamos no nos convencía. Buscabas en muchos lugares y te decían: “tenés que mandarlo al psiquiatra”: “si viene con esta demanda, tiene que ir al psiquiatra, a este, a este, a este”, y no era nuestra... en eso de lo que leés y lo que realmente vos creés que hay que hacer, lo que quieren las personas es una atención de calidad. Y ahí fue esa cuestión de años de tratar de conectarnos nosotros con los especialistas focales, para terminar haciéndonos en el camino de la experiencia, con los mismos usuarios y usuarias. (Entrevista 2, 2021)

En el relato de las personas entrevistadas, se observan los rasgos que se mencionaban en el capítulo 2, respecto a la construcción de política pública “de abajo hacia arriba” y su potencial para incorporar las visiones tanto de operadores de la política como de los sujetos a los que va dirigida, de un modo que tiene una doble potencialidad frente a los modelos tradicionales. Por un lado, se visualiza que acorta brechas de implementación (debido a que el propio diseño nace de la práctica). Por otro, se genera un abordaje que puede contemplar con mayor exactitud las percepciones/visiones de las personas usuarias.

Desde este punto, la política de “abajo hacia arriba” puede ser más democrática que las de diseño tradicional, lo cual es quizá aún más significativo en políticas como estas, en las que formalmente no participan personas trans ni en el diseño ni en la ejecución. De este modo, podría considerarse que una política con estas características también acorta otra brecha: la descriptiva, en relación con la vivencia de la identidad de género por fuera de la heteronorma.

A su vez, en este aprendizaje con las personas usuarias también se indicó que, en la experiencia previa de atención basada en el modelo patologizador, se habían presentado problemas tales como el hecho de que las personas usuarias reprodujeran lo que los profesionales de salud mental esperaban escuchar, de acuerdo a los modelos diagnósticos preestablecidos.

Hasta los propios usuarios y usuarias te decían: “yo antes iba a tal servicio y sabía porque mi amigo, mi amiga, me había dicho que tenía que decir esto para que después pasara esto otro”. Y lo decían de memoria. Entonces, era increíble. (Entrevista 2, 2021)

En este punto, también cabe señalar que el modelo despatologizador no implica una desmedicalización. De hecho, puede fortalecer al abordaje biomédico incluso más allá de los actores del sistema sanitario. En parte, lo que se ve en este proceso es la incorporación del marco interpretativo de la UDA más allá de su ámbito de influencia concreto, por lo que se observa este potencial expansivo de un discurso que, si bien alternativo, continúa siendo medicalizador. Este punto se desarrollará analíticamente en el capítulo siguiente.

A modo de síntesis, en la tabla 6 se incluyen las principales características de este modelo de atención.

Cuadro 6. Características del modelo de atención de la UDA Saint Bois

Características	Modelo UDA Saint Bois
Definición de identidad trans	Es una expresión más de la identidad de género.
Modelo	Consentimiento informado, acompañamiento terapéutico a solicitud.
Definición del problema	La persona usuaria del servicio define el abordaje. Camino individual de transición, aunque con protocolos e instrumentos estandarizados.
Método	Facilitar los caminos de transición, modelo de escucha activa. Entrada por el primer nivel.
Rol de lxs profesionales	Escucha activa, para captar y acompañar las necesidades de las personas.
Percepción sobre usuarixs	Capaces de recibir asesoramiento e información y de tomar sus propias decisiones.
Abordaje	Despatologizador.

Fuente: Elaboración propia (2022).

Capítulo 6. De abajo hacia arriba: la incorporación del marco de la UDA en la agenda política

1. Introducción

En este capítulo se analiza la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la experiencia de la UDA Saint Bois.

Siguiendo el modelo de análisis propuesto en el marco teórico, aquí se aborda tanto el diseño de la política como su implementación, pero considerando un modelo de “abajo hacia arriba”; es decir, a partir de la implementación se estudia el escalamiento de la experiencia.

Este enfoque coloca las acciones de quienes se encuentran en el micronivel de ejecución de la política en el rol de hacedores de hecho de esta, directamente involucrados con su diseño a partir de la práctica concreta.

Desde esta perspectiva, el contexto importa y forma parte del diseño de la política, por lo que, idealmente, esta se encuentra más asociada al trabajo directo con la población a la que se dirige y podría enfrentar menores brechas de implementación, dado que su punto de partida es la práctica.

Para analizar este escalamiento, se analiza el área sectorial de la política (la política de salud), a través de la generación de distintos instrumentos que fueron tomados por el sistema de salud: un protocolo y una guía de hormonación, junto con sus respectivos consentimientos informados. A su vez, también se aborda la descentralización de la experiencia fuera del ámbito de la UDA.

Dentro de lo que comprende la agenda más amplia de derechos, es fundamental estudiar el escalamiento del modelo de la UDA en dos ámbitos: el *Plan Nacional sobre Diversidad Sexual* y la *Ley integral para personas trans* (N.º 19.684 y su decreto reglamentario, N.º 104/019). Sin duda, esta última es la más significativa para el afianzamiento del modelo en el ámbito nacional, por lo que es la que se desarrolla con

más profundidad (comprendiendo las distintas facetas en las que se incorpora y legitima el abordaje de la UDA).

En un marco de afianzamiento y reconocimiento de las vulnerabilidades de la población trans en Uruguay, esta ley comienza por establecer el derecho a la identidad de género con independencia del “(...) sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro” (artículo 1). Entre sus 24 artículos, tres se refieren directamente a la salud, uno de los temas más polémicos durante la discusión parlamentaria y pública de la ley.

Originalmente, en el proyecto de ley, los artículos vinculados directamente a la salud eran dos y establecían lo siguiente:

Artículo 16. (Derecho a la salud). Las personas trans tienen derecho al acceso a los servicios de salud tal cual lo disponen los artículos 1o y 3o de la Ley No 18.211, de 5 de diciembre de 2007, (Sistema Nacional Integrado de Salud), sin ningún tipo de discriminación y/o patologización por su identidad de género.

Artículo 17. Todas las personas mayores de dieciocho años de edad podrán, conforme a la presente ley, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o a tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, de acuerdo a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad de intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente el consentimiento informado de la persona.

Para el caso de personas menores de dieciocho años se regirá por el mismo criterio establecido en los incisos 7o y 8o del artículo 5o de la presente ley, conforme al derecho al libre desarrollo personal consagrado en el *Código de la Niñez y la Adolescencia*.

Los prestadores de salud, sean estatales y/o privados, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

Todas las prestaciones de salud contempladas en la presente ley quedan incluidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.

Posteriormente, tal como se observa en la síntesis que se presenta en la tabla 7 al final de este capítulo, este texto fue sometido a modificaciones, en gran parte debido al proceso de debate público que se refleja aquí y a cómo se articuló el discurso opositor en relación con las infancias y adolescencias.

Tras la aprobación de la ley, que en términos generales fue apoyada por legisladores pertenecientes a todos los partidos con representación parlamentaria, organizaciones opositoras buscaron su derogación y consiguieron 69.360 firmas (según los impulsores de la campaña) para convocar un pre-referéndum contra esta. Este se celebró en 2019, pero no logró alcanzar el porcentaje necesario de apoyos para convertirse en un referéndum (9,9% de la ciudadanía votó en esta instancia, cuando se requería un 25% del padrón electoral).

Finalmente, la ley se mantuvo y se reglamentó mediante el decreto N.º 104/019, que profundizó aún más las disposiciones sobre salud ya contenidas en el texto de la norma. No obstante, analizar el rol de la oposición es relevante debido a que, como comentaba anteriormente, en la interacción con sus argumentos se fueron definiendo puntos centrales en torno a cómo se abordaba el tema desde la salud, así como se plantearon limitaciones que representaron un recorte de la integralidad del enfoque inicial.

La síntesis del escalamiento del enfoque de la UDA en las políticas públicas se observa en la figura 2:

Figura 2. Línea de tiempo de hitos para institucionalizar el enfoque de la UDA en las políticas públicas (2014-2019)



Fuente: Elaboración propia (2022)

Para la elaboración de este capítulo se analizaron fuentes primarias y secundarias. Aquí se incluye la sistematización y análisis documental (protocolos, leyes, decretos, actas parlamentarias), así como el análisis de entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, intervenciones en eventos públicos y entrevistas en medios de comunicación (tanto televisivos como en prensa escrita).

En caso de que los registros públicos que se analizan incluyan los nombres de las personas cuyas palabras se citan en el capítulo, se hace referencia al nombre de la persona. Si la información fue recogida exclusivamente para esta investigación y, por lo tanto, proporcionada en el marco de la confidencialidad de la misma, se omite el nombre.

2. Incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda sectorial

En este apartado se analiza el escalamiento del modelo de la UDA en la política de salud. Este se da con la generación de instrumentos que permitieron contar con acceso a la hormonación, así como los mecanismos que comenzaron a capilarizar la experiencia de la UDA dentro del sistema.

Como señaló en su momento una autoridad del sistema sanitario público en una de las entrevistas realizadas, el punto central de los cambios que se estaban adoptando era la orientación de la UDA en relación con la atención en salud de las personas trans: “Lo clave del momento es que no es una patología, sino que estamos atendiendo a personas sanas” (Entrevista 5, 2015).

En este sentido, desde el sistema público de salud se planteaba tomar un “cronograma de pasos”, de los cuales “(...) el primero sería avanzar en las prestaciones en ASSE y en la descentralización de la atención” (Entrevista 5, 2015).

En este apartado se analizan estos “primeros pasos” que se dieron hacia el escalamiento de la experiencia.

2.1. Normativa sectorial que institucionaliza la mirada de la UDA

2.1.1. Existencia de protocolos y guías a nivel de la política sanitaria

Como se mencionó en el capítulo anterior, el modelo de la UDA apuntaba a generar una atención en salud integral para las personas trans, en la que las prestaciones específicas de modificación corporal eran un eslabón más, pero no el único ni el principal. Sin embargo, debido a que no existía otra posibilidad de cubrir estos aspectos fuera de la UDA, cobraron una centralidad importante en el diferencial de esta policlínica. La hormonación fue, en particular, un punto importante, que daba

respuesta a una demanda que era sostenida desde hacía muchos años por la población trans:

En un principio, la primera demanda tenía que ver con el cuerpo, con esa mirada externa, la corporalización, y lo que urgía en un principio era la hormonización. Fue el primer pedido en años, después continuaron con otros, pero ese fue el primero. (Entrevista 3, 2021)

Desde la UDA hubo una participación directa sobre dos instrumentos clave: el *Protocolo de Hormonoterapia Cruzada* (Márquez, 2015), que sentó las bases para realizar hormonaciones en el sector público; y la *Guía clínica para la Hormonización en personas trans* (MSP, 2016), que, con posterioridad al protocolo, se adoptó como pauta nacional.

Como indicó una de las personas entrevistadas:

Desde la UDA y desde el servicio la influencia fue muchísima, porque todos los insumos para esas secuenciaciones de protocolos, guías, surgieron desde la experiencia de la UDA. Se han ido actualizando, no son los mismos ahora que cuando se comenzó. (...) Para generar esos protocolos, se tuvo que transar con otras especialidades y con otros saberes que opinaban que había que hacer las cosas de determinada forma y nosotros de otra, y en ese amalgamiento surgieron esos primeros protocolos. (Entrevista 1, 2021)

El *Protocolo de Hormonoterapia Cruzada* fue coordinado por Daniel Márquez, y en su elaboración participaron profesionales de endocrinología y de medicina familiar y comunitaria.

Este protocolo se sitúa conceptualmente sobre la variabilidad de género, y cita como referencia a la WPATH a la hora de descartar a las identidades trans como patologías, desde una óptica que reconocía la diversidad humana:

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”. (Sempol et al., 2016, pp. 99-100).

Si bien este protocolo no señala que la incomodidad (discomfort) con la identidad trans es una característica intrínseca a esta (como se infiere del término “disforia de género”, que no se emplea en este documento), sí se menciona que puede existir incomodidad con el sexo biológico. Y como se ve ya desde su título, se emplea el término “hormonización cruzada” para la intervención, hablando de tratamientos “feminizantes” y “masculinizantes” y reproduciendo así un binarismo a la hora de considerar a la identidad de género.

Por otra parte, no se establece un camino unívoco que implique a la hormonación como dentro de una trayectoria uniforme de modificaciones corporales que termine en la cirugía, y se indica que la intervención se hará a solicitud de la persona, siempre que cumpla con los criterios de tratamiento.

Estos criterios implicaban: a) tener conocimiento sobre los riesgos y beneficios de la intervención, acorde con el modelo de consentimiento informado; b) descartar que existiera una psicopatía que pudiera ser agravada por el tratamiento hormonal (considerándose en este caso, la posibilidad de realizar una consulta con un profesional de salud mental); c) tener capacidad y madurez para tomar la decisión,

estableciéndose explícitamente que, en caso de niños y adolescentes, regían los mismos criterios que para las consultas en salud sexual y reproductiva, y señalándose que se guiarían por el principio de autonomía progresiva en caso de adolescentes; d) se recomendaba haber vivido un año con una expresión de género acorde a la identidad.

Si bien esto último es una recomendación y no una exigencia, habla de los límites que desde el espectro médico se seguían colocando sobre la decisión de las personas trans, aún en un modelo de atención que buscaba situarse desde el respeto a su autonomía. Mientras que desde las personas trans uno de los principales reclamos estaba relacionado con el tiempo de los procedimientos, que se consideraban lentos, en el protocolo (en cuya redacción no habían participado personas trans) se dejaba la recomendación de tener un año de vivencia de expresión acorde a la identidad como base para poder intervenir. En ello se observa cierta influencia de los estándares internacionales, en particular del SOC vigente en el momento, en el que se establecía que las personas debían haber vivido al menos un año en un rol “congruente con su identidad de género” para atravesar algunos procesos que implicaban transformación corporal. Por otra parte, también hay en esta lectura de concordancia entre expresión e identidad una mirada normalizadora, que binariza la experiencia trans.

En la evaluación clínica inicial pesaban factores que abarcaban no solo un análisis físico, sino también social de la persona (eran importantes, por ejemplo, factores protectores en su entorno). No obstante, a la hora de analizar los efectos y riesgos de la hormonoterapia, las consecuencias se dirigían casi exclusivamente al plano biológico.

Este énfasis en lo biológico también se identifica en las hojas informativas que acompañaban al consentimiento informado que se firmaba previo a la intervención, que se dividían en dos: “tratamiento de feminización hormonal” y “tratamiento de masculinización hormonal”. Aquí, las únicas referencias a consecuencias no biológicas reproducían patrones estereotipados del comportamiento de género asociado a lo femenino y a lo masculino. Así, se indicaba que uno de los efectos de la hormonación feminizante podía implicar un cambio de carácter con incremento de la emotividad, mientras que entre los efectos de la hormonación masculinizante estaban el aumento del deseo de la actividad sexual y un cambio de carácter con aumento de la

agresividad. Otros efectos, como el estrés o el sufrimiento, no aparecían mencionados (Coleman et al., 2022).

En el consentimiento informado se habilitaba explícitamente la posibilidad de que menores de 18 años pudieran acceder a la hormonación. En estos casos, debía indicarse el nombre del profesional que avalaba la madurez del menor o de la menor para tomar la decisión, con base en la autonomía progresiva (este profesional podía ser un médico, psicólogo y/o psiquiatra infantil). En todos los casos, para mayores y menores de edad, el consentimiento era firmado tanto por la persona usuaria del tratamiento como por el médico.

En este consentimiento, la persona declaraba que, por “su condición de trans”, necesitaba la hormonación para mejorar su calidad de vida, para que le “ayudara a resolver la discrepancia” entre “su sexo psíquico y el genético”. También se establecía allí que, a pesar de su apariencia externa y caracteres sexuales y genitales, durante “mucho tiempo” había considerado que no le identificaban, lo que da lugar al criterio de tener una cierta estabilidad en la vivencia de esa identidad.

En opinión de uno de los médicos de la UDA:

El primer consentimiento tenía algunos baches, o tenía algunas cosas que no estaban buenas y por suerte ahora tenemos uno nuevo que es de mucha mejor calidad. Se fue haciendo camino al andar y se fue perfeccionando. En todas esas cosas, creo que el trabajo hecho desde nuestro lugar ha tenido incidencia: a veces desde el inicio como con los protocolos, y también en los trayectos que han tenido, el cambio en el consentimiento también. (Entrevista 1, 2021)

En el protocolo sobre el que se asentaba este consentimiento existía una tensión entre el enfoque despatologizador y la hiperintervención médica, que hoy en día es reconocida por el propio equipo de salud de la UDA. Como señaló una de las personas entrevistadas:

Los primeros protocolos surgieron de la opinión que tenía el endocrinólogo que estaba en ese momento, los médicos de familia que estaban en ese momento (...) y bueno, se fueron encontrando los acuerdos para realizar eso. Son protocolos de bastante intervención: por un lado, despatologizamos desde el punto de vista teórico y por otro lado, le pedimos quinientas mil cosas a las personas trans. Algunas están justificadas, y otras la realidad es que en nuestra experiencia nos fuimos dando cuenta que eran un poco excesivas. Pero ta, se hace camino al andar. Entonces, lo primero que surgió en los protocolos, incluso los nombres, la semántica es muy importante, el primero se llamaba “Protocolo de hormonización cruzada”, un nombre con el cual discrepo absolutamente, pero bueno, así empezaron las cosas. (Entrevista 1, 2021)

Esto se relacionaba, en palabras de otra de las integrantes de la UDA, con el hecho de que el equipo todavía tenía inseguridades debido a que se estaba iniciando en el tema, por lo cual se requería cierto tiempo y eso hacía más largo el proceso de intervención:

(...) al principio los procesos que se implementaban eran más largos que ahora, porque tenían que ver con estar muy seguro de todo, entonces ir acompañando esa transición de los usuarios. Por ejemplo para comenzar a hormonizar era después de tanto tiempo de asistir al servicio, de hacer controles en salud, que el equipo fuera acompañando... manejamos un concepto -que es el mismo que manejamos ahora- desde un principio que es el de oportunidad: cuál es la oportunidad para estos usuarios para comenzar cualquier tratamiento, cualquier intervención. Y ahí es pensado nuevamente con el usuario y con el equipo. No es una imposición del equipo hacia el usuario sino que es algo que uno lo acuerda. (Entrevista 3, 2021)

En 2016, la *Guía para la hormonización en personas trans* actualizó el protocolo de hormonación, de un modo que lo incluía en un esquema más integral de atención, a partir de la “exitosa” experiencia (así definida en la guía) de atención a las personas trans en el primer nivel. En la elaboración de esta guía participaron profesionales de la UDA de medicina familiar y comunitaria y psicología, así como otras profesionales de salud mental y endocrinología. Fue coordinada desde el MSP por una licenciada en

enfermería con trayectoria en trabajar temas de salud y diversidad desde la sociedad civil. Todo ello daba cuenta de un abordaje más interdisciplinario que el protocolo anterior.

La guía parte del reconocimiento al derecho a la salud universal establecido en el SNIS, e indica que el ejercicio de ese derecho requiere que los servicios sanitarios estén preparados para garantizar el acceso, para lo cual deben estar “libres de homo-lesbo-transfobia” (MSP, 2016, p. 5). Este abordaje fue de los primeros que se incorporaron dentro del enfoque de derechos en salud desde una perspectiva de la diversidad, por lo que se aludía explícitamente a este desde experiencias piloto como la que se mencionó en el capítulo anterior (que fue previa a la UDA), así como en algunos documentos y políticas departamentales (como fue el caso de las policlínicas de la Intendencia de Montevideo) y en los Objetivos Sanitarios (OSN) en el ámbito nacional.

En el prólogo de la guía, la viceministra de Salud, Cristina Lustemberg (quien luego sería, como legisladora del Frente Amplio, una de las voces más activas en defender el enfoque de salud de la ley integral trans en la discusión parlamentaria) explicita que la guía parte de un paradigma despatologizador de las identidades trans, y que aspira a trascender el ámbito sanitario para impactar en la vida y en el acceso a derechos de la población trans.

De hecho, la guía se plantea como objetivo general “(...) fortalecer a los equipos de salud en su capacidad de dar respuesta a cada usuaria/o trans que promueva una atención integral centrada en la persona, y respete la autonomía, desde el paradigma de la despatologización de las identidades trans” (MSP, 2016, p. 12), y define a las personas trans como sujetos de derechos, que son “(...) personas sanas y en capacidad de decidir sobre sus cuerpos” (MSP, 2016, p. 11).

También presenta una definición de qué se entiende por “persona trans”, aludiendo a que se trata de una persona cuya identificación de género no coincide con su sexo biológico, tanto si se define como trans como si no lo hace. Asimismo, señala que clasificar entre personas travestis, transexuales y transgénero está en desuso actualmente (aunque emplea el término “transexualidad” en parte del texto), y, si bien

hace alusión a la variabilidad de género y a la flexibilidad en torno a ella, diferencia claramente entre mujeres trans y varones trans (desde un modelo binario que también se visualiza al continuar empleando el término de “hormonización cruzada”).

Aunque la publicación de esta guía está muy cercana en el tiempo con la del primer protocolo de hormonación, las referencias a organizaciones internacionales como la WPATH son mínimas, y se emplean casi exclusivamente en el plano endocrinológico. Desde un punto de vista integral, tiene un mayor peso la experiencia local: de hecho, se cita con frecuencia a la guía en salud y diversidad mencionada en el capítulo anterior, de la que participaron varios de los autores de esta nueva guía.

Si bien la guía apunta hacia la hormonación, establece pautas generales para la atención de las personas trans en el sistema de salud, y toma como experiencias significativas a lo desarrollado en el país dentro de la normativa de salud sexual y reproductiva, pero yendo más allá. De esta forma, se observa que se generaliza la recomendación de abordar la salud trans desde la perspectiva de la UDA: se recomienda hacerlo desde el primer nivel de atención, sin generar dispositivos específicos de atención, empleando el nombre social de las personas e identificando de esta forma a las historias clínicas y reconociendo la variable “identidad de género” en los sistemas de registro (aunque de un modo residual, bajo la formulación “Mujer/Varón/Otro”, con la posibilidad de explicitar el nombre social). Se hace énfasis en el rol de acompañamiento y seguimiento de los procesos de las personas trans por parte de los profesionales, inclusive de quienes se desempeñan en salud mental, y se vuelve a hacer foco en la despatologización también en esta área de la salud. Se indica que el tratamiento depende de las decisiones autónomas de las personas (asesoradas por el personal de salud), lo que se entiende como pieza clave desde un enfoque despatologizador basado en los derechos humanos.

Como explicó una de las personas entrevistadas:

Si va a comenzar con un proceso de hormonación, lo primero es ver cuáles son sus intereses, el por qué quiere realizarlo, cuáles son sus intereses en torno a los cambios para poder trabajar la ansiedad, lo que sí se va a poder lograr y ahí va a depender la

edad... No es lo mismo alguien de 20 años que quiera un proceso de hormonización, que alguien de 55. Y ahí hay que trabajar las expectativas para que no se frustren o poder tolerar también esa frustración de lo que no se logra. Poder pensar los intereses en relación con la gestación, porque eso lo tenemos que poder pensar previo al proceso de hormonización. Poder pensar en su sexualidad y la afectación de su sexualidad, por ejemplo, si es una trans femenina y comienza un proceso de hormonización pero le interesa dentro de sus encuentros afectivo sexuales tener erecciones porque realiza penetraciones. Y ahí también eso se tiene que dialogar, porque es posible que se vea afectado. Y entonces uno tiene que dar la correcta información para que pueda tomar las decisiones con toda la información que tiene. A veces en esto de “quiero, quiero, quiero ya”, no piensan o no se hacen un tiempo para esto, entonces se invita a pensarlo, porque ahí vamos viendo cuáles son las posibilidades que nosotros tenemos en este hoy [en relación con la gestación], qué posibilidades para guardar óvulos o espermatozoides (...) eso lo tiene que hacer de forma privada. A veces tiene el dinero, a veces no, pero eso no quita que no lo digamos. Lo tenemos que decir. (Entrevista 3, 2021)

En la cita, se explicita uno de los puntos de tensión entre el acompañamiento del equipo de salud y la persona usuaria, que representa un punto de fuga en la idea del proceso autónomo y revela que es una decisión mediada por el conocimiento experto: tener un tiempo de espera (que no se corresponde con el deseo de la persona usuaria) y evaluar con base en otras restricciones que la intervención del sistema de salud no prevé, como las asociadas a la reproducción biológica en caso de atravesar transformaciones irreversibles en este plano.

En esta guía se refuerza la idea de que los problemas que experimentan las personas trans son fundamentalmente de carácter social, debido a la discriminación que atraviesan en diferentes ámbitos, a la exclusión de sus familias de origen y a las dificultades para la inserción en el mercado formal de trabajo; la estigmatización en el ámbito de la salud se considera un ámbito más en el que pueden experimentar estas vivencias expulsivas.

Con posterioridad a esta guía, en 2017 se generó un nuevo consentimiento que actualizó el generado en 2015. Estos consentimientos se denominan *Consentimiento informado de Hormonización en mujeres y varones Trans* (MSP, 2017).

En este documento se comienza por aclarar que, aunque el uso de tratamiento hormonal para la “transición o afirmación de género” tiene base en años de experiencia, aún se desconocen todos sus efectos a largo plazo. En este consentimiento se profundiza en los efectos que pueden tener reversibilidad y los que no, así como se diferencian con mayor claridad, aunque continúa el énfasis sobre los aspectos biológicos de la hormonación. También se incorpora un espacio para que el profesional de la salud incluya aspectos particulares que puedan representar un riesgo en el caso individual de esa persona, incluidos aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales.

En el plano psicológico, se relativizan algunas afirmaciones del protocolo anterior, como tener reacciones más emocionales en los tratamientos hormonales feminizantes: “(...) pueden ocurrir cambios en el estado de ánimo o el pensamiento, que en general dependen de las características psicológicas previas de cada persona; quizás note reacciones más emocionales. Algunas personas encuentran que su salud mental mejora después de comenzar el tratamiento hormonal. Los efectos de las hormonas en el cerebro no se comprenden por completo” (MSP, 2017, pp. 2-3). En el caso de los tratamientos masculinizantes, se expresaba lo contrario: “(...) pueden ocurrir cambios en el estado de ánimo o el pensamiento, que en general dependen de las características psicológicas previas de cada persona; tal vez note reacciones menos emocionales y más sentimientos de enojo o agresión. Algunas personas encuentran que su salud mental mejora después de comenzar el tratamiento hormonal. Los efectos de las hormonas en el cerebro no se comprenden por completo” (MSP, 2017, p. 8). También se mantienen las apreciaciones respecto al mayor deseo sexual en los tratamientos masculinizantes y al descenso de este deseo en los feminizantes.

Este consentimiento presenta asimismo un apartado específico en que los profesionales de la salud pueden consignar si se trata de un usuario adolescente, evaluando su autonomía y consignando si existe un representante legal (y cuál fue su opinión).

2.2. Existencia de prácticas descentralizadas

2.2.1. Existencia de otros centros o profesionales fuera de la UDA que replican modelo de atención

Inicialmente, el servicio que brindaba la UDA se concentró no solo en la policlínica, sino también en el turno vespertino, lo que respondió en parte a que el equipo que estaba en ese horario se estaba formando en brindar atención a las personas trans y en responder a sus necesidades de salud, lo que implicaba un aprendizaje desde la práctica que luego se volcó en la escritura de las guías y protocolos.

Nosotros por momentos concentramos mucho porque de por sí los usuarios y las usuarias se anotaban en ese turno vespertino, pero al inicio nosotros trabajamos (como era mucho desde el desconocimiento, y trabajamos mucho para escribir las guías de hormonización, revisión), también a nosotros nos facilitaba que en el mismo turno vinieran varios usuarios porque concentrábamos unas horas de endocrinología, que trabajó un técnico con nosotros, de esas horas o convenios que logramos hacer. Porque nosotros precisábamos en esto de formarnos para acompañar, principalmente cuando se empezó con terapia de reemplazo hormonal pero también para visualizar seguimiento de efectos secundarios, acá cambian estos valores, suspendemos, no suspendemos la medicación, o sea, precisábamos interconsulta práctica o hacíamos unas discusiones de casos. Entonces, era más fácil que al final del turno se presentara o se hiciera un intercambio de los seguimientos para ir viendo qué pasaba, para acompañar más cerca. Porque claro, cuando buscás bibliografía sobre eso no hay cosas hechas, no hay muchas cosas hechas y publicadas. (Entrevista 2, 2021)

No obstante, uno de los objetivos era descentralizar la atención, primero entre los turnos de la propia policlínica y después hacia otros centros. Desde que comenzó a

desarrollarse la experiencia, el equipo de la UDA, y el Dr. Daniel Márquez en particular, desarrollaron capacitaciones y seminarios en distintos puntos del país para que pudiera replicarse el modelo de atención, así como recibieron pasantes tanto de Uruguay como de otros países, como se mencionó en el capítulo 5. Todo ello bajo el supuesto de que el modelo de la UDA debía descentralizarse a todo el sistema de salud:

En un ideal, la atención integral a personas trans tendría que poder hacerse en cualquier servicio de salud. Hay especificidades, las personas trans tienen especificidades, como otros grupos de población tienen sus especificidades, como los niños, las niñas, los adolescentes, tienen sus propias especificidades. Nosotros hemos ido aprendiendo las especificidades de distintos grupos de población, son aprendibles las especificidades de la población trans. Pero lo que rige la atención son principios que nos son específicos para la atención a las personas trans, son los principios que rigen nuestra especialidad: la integralidad, la continuidad en el tiempo para el conocimiento de la persona. Nosotros intentamos ver lugares donde se puedan referir las personas trans y que puedan recibir una atención de buena calidad en estos aspectos. Y a veces las especificidades también se pueden contemplar en esos lugares, a veces no, pero nosotros hemos buscado la manera de acompañar o asesorar a los técnicos y técnicas que tienen usuarios/as trans, así se genera el aprendizaje también. De esa manera aprendimos nosotros, y de esa manera aprenderán otros compañeros y compañeras. Con la primera [persona trans], con la segunda, con el tercero, y luego, vendrán más. (Entrevista 1, 2021)

Ya en 2015 se realizaron capacitaciones en el norte del país, para que lxs especialistas tuvieran herramientas para atender a las personas trans. Según explicó en ese momento Daniel Márquez: “Acá no es que se aumenta el presupuesto, ni que vaya a haber policlínicas nuevas, sino que se trata que los mismos especialistas que atienden en los centros actuales sepan cómo asistir a una persona trans”. («Acá no es que se aumenta el presupuesto...», 2015, octubre 2)

En palabras de una de las personas entrevistadas:

Fuimos a su vez tratando de capacitar para descentralizar, para que en otras policlínicas pudieran haber médicos sensibilizados, y que pudieran tener los conocimientos para dar respuestas adecuadas a esta población en diferentes lugares. (...) Porque como donde nosotros trabajamos formamos profesionales de posgrado, por eso hay pediatría, ginecología, medicina familiar, es decir, son los posgrados pediatría, ginecología, medicina familiar, y vienen también posgrados de salud mental de psicoterapia en servicios de salud, la idea es que todos aprendan los conocimientos que tenemos, poder difundirlos y que puedan aprenderlos. (...) multiplicar los recursos, porque al ir sensibilizándose y capacitándose van a ir a trabajar a diferentes centros de salud y ya se van creando otros equipos, y nosotros no somos los únicos”. (Entrevista 3, 2021)

No obstante, este seguía siendo un punto problemático, dado que, pese a estos esfuerzos y a la comunicación de que la UDA no era un servicio trans específico, como se analizó en el capítulo anterior otros equipos de salud lo veían así, dada su notoriedad.

Pasaban cosas bastante ilógicas, como que en la otra punta del Uruguay, a 500 km, el usuario quería atenderse porque tenía una uña encarnada y le decían “trans, va para Montevideo, al Saint Bois”. Y ahí le pagaban el pasaje. Y cuando llegaba acá, era porque tenía cualquier cosa. Cosas increíbles, increíbles. Y ahí uno decía “y sí, imagínate, qué acceso iban a tener”. (Entrevista 2, 2021)

Esto se daba incluso en el caso de Montevideo, donde en una investigación que realicé para la Intendencia surgía de los equipos de salud de las policlínicas municipales tener esta percepción, lo que debió ser trabajado a posteriori con cursos específicos en los que participó parte del equipo de la UDA (Schenck, 2018b; 2020).

Esta percepción también era compartida por lxs usuarixs, que como señalaba la entrevistada a veces debían recorrer distancias considerables para solicitar una consulta de medicina general con la UDA para asegurarse de tener una atención no

discriminatoria, lo que repercutía directamente sobre la dimensión de acceso a los servicios.

En 2016, se anunció que se descentralizaría la hormonación que se brindaba en la UDA al norte del país, ofreciendo este servicio en el sistema público de Salto (*La diaria*, 2016, julio 12). Además, en esa misma oportunidad, se indicó que la atención integral que brindaba la UDA se ofrecía en el sistema de ASSE en todo el país.

Aunque además de la formación y de las pasantías que ofrecía la UDA, como se vio en el apartado anterior existían pautas de atención y guías nacionales, de todas formas se registraban dificultades para la descentralización de la experiencia.

Un indicador de que los problemas para plasmar una atención de calidad a las personas trans persistían en el ámbito nacional se encuentra en el Plan Nacional de Diversidad Sexual (CNDS y MIDES, 2018), lo que habla de la necesidad de descentralizar de forma real la experiencia de la UDA.

En las consultas territoriales que se realizaron en el marco de la elaboración del Plan, personas trans de varios departamentos hicieron referencia a las dificultades de acceder a una atención en salud de calidad fuera de Montevideo, haciendo especial mención a las dificultades para concretar la hormonación en el sistema de salud.

En ese sentido, en Artigas denunciaban violación sistemática de la confidencialidad y malos tratos en el sistema de salud, así como un uso clandestino generalizado de hormonación y modificación corporal con silicona industrial. En Rivera indicaban problemas para concretar los tratamientos de hormonación por carecer de personal formado para ello, así como el riesgo para la salud que representaba la utilización clandestina de aceites y siliconas industriales. En Río Negro se indicaban obstáculos en el acceso en lo referente a homonación y en Tacuarembó, también se indicaba que las personas trans no accedían a la hormonación por carecer de personal formado. En estos departamentos señalaban los costos (en tiempo y dinero) que insumía el tener que viajar a Montevideo para recibir atención de calidad, cuando muchas de estas personas no tenían los recursos para hacerlo. A estos departamentos se suma el caso de Salto, departamento en donde formalmente se había anunciado que se seguía el

modelo de la UDA desde ASSE, en donde además de los problemas de acceso a la hormonación, se señalaron dificultades en torno a la no utilización del nombre social de las personas por parte de los actores del sistema sanitario.

Únicamente en el caso de Flores se mencionó que existía un equipo de salud que trabajaba desde la perspectiva de la diversidad y en articulación con la UDA, para brindar atención en salud de forma integral (CNDS y MIDES, 2018).

De todas formas, pese a estas dificultades para la concreción de la descentralización, el contar con protocolos y guías a nivel de ASSE permitía formalmente iniciar con el proceso en cualquiera de las 900 policlínicas del principal prestador público (Daniel Márquez en Hablemos de Salud Uruguay, 2018, julio 2), a lo que se sumaban las policlínicas municipales.

Pero no es hasta la discusión y aprobación de la *Ley integral para personas trans* que este elemento descentralizador permea de una forma más general a los equipos de salud, en el marco de una discusión amplia que involucró a la opinión pública. Y con el transcurso del tiempo, la UDA se fue conformando como un espacio de referencia para lxs técnicos de los distintos servicios.

3. Incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda amplia de derechos

La mirada de la UDA respecto a la salud de las personas trans trascendió el ámbito específico de la experiencia y también de la política de salud, inscribiéndose en un marco más general de garantía de derechos a la población trans desde una mirada integral.

Asimismo, el que el abordaje de la UDA fuera desde la despatologización tuvo un impacto en la construcción del discurso sobre la identidad de género que también iba más allá de la política de salud, debido a la legitimidad de enunciación del equipo de salud, que muchas veces era tomado como una autoridad en la materia frente a otros discursos más conservadores. Esto se vio claramente en el debate parlamentario, pero también en el debate público más amplio que tuvo lugar en los medios masivos de información.

Para reflejar esta incorporación del marco interpretativo de la UDA en la agenda más amplia de derechos de las personas trans en Uruguay, se analizarán dos ámbitos específicos: i. la incorporación de la mirada de la UDA en el *Plan Nacional de Diversidad Sexual*; ii. y la participación del equipo de salud de la UDA en la discusión en torno a la *Ley integral para personas trans*.

En 2015, el entonces presidente Tabaré Vázquez (FA) y su Consejo de Ministros, a solicitud del MIDES, firmó la creación del Consejo Nacional de Diversidad Sexual (CNDS). Este espacio, del que participaban instituciones estatales y de la sociedad civil, se puso como objetivo el generar dos instrumentos: el borrador del proyecto de ley *integral para personas trans*, que fue remitido posteriormente al Parlamento; y el Plan Nacional de Diversidad Sexual.

De los dos, sin duda fue el proyecto de ley el más relevante para las personas trans, posicionando el tema de una forma inédita en la opinión pública en el país y generando una respuesta integral desde el Estado. Debido a ello, en este apartado se profundizará en el proyecto y en su proceso de debate, aunque también se mencionará el Plan.

3.1. Incorporación de la mirada de la UDA en el Plan Nacional de Diversidad Sexual

El Plan Nacional de Diversidad Sexual pretendió configurarse como una política pública participativa que se trazaba objetivos a mediano y largo plazo, y si bien fue impulsado desde el MIDES, contó con un proceso participativo de consulta en todo el país del que participaron diversos actores.

Como objetivo general, este plan se trazaba el fortalecer la incorporación de diversidad sexual, igualdad y no discriminación tanto en las políticas públicas como en las prácticas institucionales (CNDS y MIDES, 2018).

El foco en la experiencia de la UDA de Saint Bois se observa en varios aspectos del Plan. Ya en su presentación se subrayaba explícitamente el caso de esta Unidad como una experiencia significativa a nivel de la salud, así como procesos en los que había participado, como la *Guía de Diversidad Sexual para profesionales de la salud* y la *Guía de Hormonización*.

También en su fundamentación, se hacía referencia a que la experiencia de la UDA constituía una política pública con beneficios para las personas trans, que consistían en asegurarles su derecho a una salud integral. Y en el capítulo destinado a las acciones en salud dentro de las políticas públicas, se volvía a destacar el caso de la UDA.

Inicialmente, el Plan estipulaba acciones para el período 2018-2020. Para este período, las acciones en salud se enmarcaban en su objetivo específico 3, que planteaba realizar acciones y políticas públicas que garantizaran igualdad de derechos y oportunidades. Entre las acciones se mencionaba explícitamente descentralizar la experiencia de la UDA, así como universalizar las prestaciones respecto a la hormonación buscando tanto su descentralización como su planteamiento en el primer nivel de atención, lo cual está en línea con el modelo de la UDA. Asimismo, otras acciones en apariencia más genéricas también contemplaban a los actores de la UDA, como la formación a otros equipos de salud.

A texto expreso también se hacía referencia a la experiencia de policlínicas inclusivas de la intendencia de Montevideo, que tomó como referencia a la experiencia de la UDA y en cuya puesta en funcionamiento participó su equipo de salud (Schenck, 2018b).

3.2. Incorporación de la mirada de la UDA en la *Ley integral para personas trans*

3.2.1. La experiencia de la UDA en la discusión parlamentaria

El proyecto de la *Ley integral para personas trans* fue la primera y más importante elaboración del Consejo Nacional de Diversidad Sexual, que, como indiqué previamente, estuvo integrado tanto por actores estatales como por la sociedad civil. Según afirmó Alejandra Collette Spinetti, activista y directora del Colectivo Trans del Uruguay, además de contar con el impulso del Gobierno, este proyecto “(...) recogió luchas de muchísimos años de organizaciones de la sociedad civil, de activistas independientes (...)” y fue discutido en el ámbito del Consejo durante más un año antes de ser presentado en el Parlamento (Arriba Gente, 2017, mayo 17).

En la presentación pública del anteproyecto, desde el MIDES se reafirmó esta idea de articulación entre Estado y sociedad civil para generar política pública desde un lugar de horizontalidad, resaltando además el rol de esta última al señalar que la preocupación que motivaba el proyecto venía “de muy lejos”. En su intervención, el Director Nacional de Promoción Sociocultural, Federico Graña²⁴, dijo que era fruto de “(...) la lucha de una cantidad de compañeras y compañeros que hace mucho tiempo quizás fueron las primeras que salieron a la calle a reclamar sus derechos, y que por cómo se dio la historia y el proceso del propio movimiento de la diversidad sexual, no lograron ser las primeras en conquistar sus derechos” (Comunicación Presidencial, 2017, mayo 18).

²⁴ Graña es uno de los casos de personas con doble militancia, en el movimiento social de la diversidad y en el FA.

Durante la discusión parlamentaria, debido a la exposición que había presentado el Poder Ejecutivo (entonces bajo control del partido de izquierda/centro izquierda Frente Amplio), y en particular frente a la publicación de datos del primer censo realizado a las personas trans, el marco desde el que se presentó la discusión desde el oficialismo fue el de garantizar derechos ante una situación de vulneración estructural frente a la que el Estado, o había estado omiso, o había sido cómplice.

Quienes se oponían a la ley, por su parte, lo hacían minimizando la situación de discriminación estructural de las personas trans en la actualidad. Para ello, apelaban a la noción de “privilegio” sobre ciertos aspectos que esta planteaba, como expresó el diputado colorado Walter Verri: “Está claro que hay favoritismo (...) y que este proyecto, en lugar de otorgar derechos, da privilegios a un sector en particular que hace mucho está luchando por este tipo de cosas” (Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 21). En este sentido, se buscaba apelar a una lectura formalista sobre la igualdad, intentando movilizar ese relato hacia identificar las medidas afirmativas como inequidades, con las que se buscaba favorecer a un grupo de presión.

(...) con este proyecto de ley otorgamos privilegios y beneficios, y no se trata de derechos que ya existan. Eso convierte esta iniciativa, en sí misma, en discriminatoria. Con esta iniciativa estamos creando una nueva categoría de sujetos que estará por encima del resto (...) como legisladores, deberíamos reconocer quiénes son o cuál es la población más vulnerable y no legislar para aquellos que hagan más presión. (Intervención del diputado nacionalista Álvaro Dastugue en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, pp. 43-44).

En particular, la noción de privilegio se movilizaba en torno a la dimensión de generar prestaciones monetarias reparatorias a quienes habían sido víctimas de violaciones a los derechos humanos durante el terrorismo de Estado (Sempol, 2019). Pero los opositores al proyecto también dirigían sus críticas a cuestionar las acciones en torno a

la salud, desde un doble ámbito: el ya mencionado del privilegio, señalando a su vez el costo para el Estado de las prestaciones específicas para las personas trans; y el del riesgo que esta ley significaba para las infancias y las adolescencias, generando modificaciones irreversibles al margen de la voluntad de sus progenitores.

Respecto al primero de estos puntos, el privilegio de las prestaciones en salud, resulta ilustrativa la intervención del diputado nacionalista Gerardo Amarilla durante la discusión del proyecto:

(...) que la cobertura de estas prestaciones se haga por el Sistema Nacional Integrado de Salud nos parece, en primer lugar, una desigualdad y, en segundo término, nos lleva a preguntarnos si es un tema de salud. ¡Ah! ¡Era un tema de salud! Habían dicho que no. En los medios de prensa dijeron que no era un tema de salud, que aquí no había enfermedad, pero si esto lo financia el Sistema Nacional Integrado de Salud, nos deja la duda. En definitiva, hay un tema de salud.

Hacemos un apartado especial para los cientos de uruguayos que están esperando tratamientos que, siendo de salud y siendo graves, no son cubiertos. (...) y en este proyecto se intenta asegurar tratamientos de por vida y cirugías que podrán ser muy respetables en el ámbito de la libertad de decisiones de personas adultas, pero, como se ha manifestado, no son temas de salud. (Intervención del diputado nacionalista Gerardo Amarilla en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 16)

En esta intervención, se condensa la postura del privilegio asistencial junto a la del cuestionamiento sobre la despatologización, con la consideración de que despatologizar implica sacar el tema del ámbito sanitario, en consonancia con las visiones más restrictivas sobre lo que implica la asistencia en salud (es decir, las que no la entienden como un derecho).

Como decía anteriormente, fue clave en la discusión opositora el punto referido a las infancias y adolescencias. Como afirmó la senadora nacionalista Carol Aviaga: "Hay

cosas, como las terapias irreversibles en la adolescencia o en la infancia, con las que no estamos de acuerdo que se hagan, y vamos a plantear modificaciones importantes en lo que tiene que ver con esa parte del proyecto" (Personas trans y cambio de sexo en menores: las claves del proyecto de ley que genera polémica, 2018, agosto 13).

De forma muy gráfica, el senador colorado Pedro Bordaberry sintetizó los puntos nodales que articulaban esta postura opositora, al hacer referencia a su experiencia con el denominado colectivo Boomerang. Este colectivo fue formado por seis personas que se habían arrepentido de realizar tratamientos hormonales, a quienes la prensa denominó "trans arrepentidos" que buscaban que el Estado financiara su detransición (¿En qué consiste el tratamiento hormonal al que refiere el proyecto para personas trans?, 2018, agosto 16).

Muchas veces, en esa crisis de la adolescencia, cuando se entran a promocionar algunas cosas y uno está en conflicto con las reglas y con lo que nos viene impuesto –todos pasamos por eso– empiezan las confusiones. Me tocó recibir a la ONG Boomerang, conformada por muchachos y muchachas que habían sentido que su identidad no era la que tenían, la cambiaron, se hicieron procedimientos hormonales y, después –como indica el nombre de la organización: Boomerang–, quisieron volver atrás, pero ya había daños irreversibles. (...) Lo que se debe cuestionar de esta propuesta, lo que me parece que está mal de este proyecto, no es que busque la no discriminación y la no estigmatización –está bien que no se discrimine y que no se estigmatice–, lo que está mal es que se promoció, lo que está mal es que se imponga, lo que está mal es que no se permita al que fue, volver o, incluso, se pretenda sustituir la opinión de los padres y de la familia por la del Estado, que se impone por ley. ¡Eso es lo que está mal! (Intervención del senador colorado Pedro Bordaberry en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

En la misma línea, marcando una tensión entre el Estado y "la" familia y buscando reprivatizar la discusión de asuntos públicos, a la vez que valoraba a las intervenciones de transición en términos morales, se expresó el diputado nacionalista Amarilla:

Nosotros rechazamos los tratamientos hormonales y no vamos a permitir que puedan hacerse, inclusive, contra la voluntad de los padres, lo que puede generar conflictos intrafamiliares y secuelas en relaciones que posiblemente van a quedar afectadas de por vida. (...) Este proyecto de ley autoriza cirugías que suponen extirpación de órganos sanos de personas que, inclusive, pueden ser menores de edad. (...) ¿es correcto que permitamos y aun financemos la amputación de órganos sanos con consecuencias irreversibles en menores de edad, aun con el consentimiento de los padres? ¿Es justo? ¿Es correcto? ¿Está bien? ¿En este país vamos a permitir y a financiar con recursos públicos la extirpación de glándulas mamarias, penes y testículos sanos de personas sanas? (Intervención del diputado nacionalista Gerardo Amarilla en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 18)

En cuanto al relato promotor del proyecto, se nutría de dos narrativas muy relevantes para la construcción ciudadana uruguaya: la de igualdad, que la ve como un valor republicano y que penaliza socialmente a lo que entiende como una desigualdad injusta (Arocena y Caetano, 2011); y la de excepcionalidad, mediante la que se destaca el rol vanguardista de la política uruguaya y su capacidad de trascender su región y su tiempo (Menéndez Carrión, 2019).

En cuanto a la narrativa sobre la igualdad, estuvo presente, en el relato de legisladores frenteamplistas, de diversas formas: se aludió a los datos de desigualdad estructural relevados mediante el censo de personas trans y también se vinculó la discusión con lo que implicaba una agenda que se consideraba parte del avance en derechos, desde una concepción de izquierda:

Uno se puede preguntar cuáles son las características del colectivo trans. Un importante porcentaje de estas personas son expulsadas de su hogar a temprana edad; también son expulsadas del sistema educativo; son discriminadas a la hora de acceder a puestos de trabajo; son empujadas a la prostitución; tienen una expectativa de vida

en torno a los treinta y cinco años, y sufren discriminación a lo largo de su vida. Entonces, me pregunto ¿dónde están los privilegios mencionados? ¿En que esta ley consagra que puedan tener acceso, sin discriminación, a la salud, a la educación o a la vivienda? ¿De qué privilegios se habla? ¿De una pensión a aquellas personas nacidas antes de 1976 que sufrieron las torturas y los vejámenes del terrorismo de Estado? ¿Ese es un privilegio? Estoy seguro de que las pocas personas que van a acceder a esa pensión, preferirían no tener ese "privilegio" -entre comillas-, y no haber sufrido lo que vivieron en el proceso de dictadura, y en procesos posteriores de democracia. Entonces, de privilegios, nada. (Intervención del diputado frenteamplista Luis Puig en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 71)

¿Se han preguntado en algún momento en qué país estamos? Estamos en un país cuya mayoría optó por más derechos, por más justicia. Estamos en un país en el que mucha gente dejó el cuero en la calle por la conquista de estos derechos. (Intervención de la diputada frenteamplista Sandra Lazo en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 40)

Nosotros no queremos que en esta sociedad un colectivo de personas, un conjunto de seres humanos sea instrumento de otros. Nosotros queremos afirmar la dignidad de todos y de todas. Nosotros no queremos condenar a cientos, a miles o a cuantos fueren a la explotación sexual como único camino. Nosotros queremos construir una sociedad libre, y la libertad es poder elegir el amor, realizarse, construir un camino propio, sin necesidad de estar condenados a la negación, a la sombra y a la instrumentalización. (Intervención del diputado frenteamplista Gonzalo Civila en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 50)

Se ha dicho que en el proyecto hay una mirada ideológica. Y, sí; en realidad, hay dos miradas ideológicas: una para un lado y otra para el otro; se puede comprender. Y sí, este proyecto tiene una mirada de izquierda, de justicia, de solidaridad. (Intervención

del diputado frenteamplista Enzo Malán en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 53)

En este punto, con la alineación del proyecto con el oficialismo, también se buscó capitalizar políticamente la efervescencia social en torno al tema:

Tiene que quedar claro que esta iniciativa se aprobará porque el Frente Amplio está en el Gobierno. Sin embargo, este no es solo un logro del Frente Amplio: es una conquista de todos y de todas las personas trans. (Intervención de la diputada frenteamplista Margarita Libschitz en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 60)

En cuanto a la narrativa de excepcionalidad, tiñe el relato sobre la política y lo político en Uruguay prácticamente desde los inicios del Estado, donde hay hitos fundantes, fragmentos de la historia que se consideran luminosos, fuera de su tiempo y fuera de su región. Entre los elementos más distintivos de esta singularidad está el Estado batllista de principios de siglo XX, con su pionero carácter social; la estabilidad del sistema de partidos; las características de la construcción democrática; el propio relato sobre la igualdad social, en el que la desigualdad es una herida. Todas son características de esa narrativa que coloca a Uruguay en una situación de “insularidad” en América Latina, de destaque entre las potencias que le rodean (Brasil y Argentina). En este relato, no es su dimensión territorial lo que le hace destacar, sino la dimensión de sus logros a nivel político: su agenda vanguardista, de delantera, que lo vuelve un ejemplo.

Durante la discusión en el Parlamento pudieron detectarse elementos de esta narrativa, a menudo en vínculo explícito con estos elementos fundantes del relato. Y no solo desde el oficialismo, sino también desde otrxs legisladores que respaldaron el proyecto:

(...) no hay camino del medio; se está de un lado o se está del otro. Una vez más, enfrentados en esta sala, conservadores y reformistas, conservadores y progresistas. Que quede claro que estos conceptos no son dichos de manera peyorativa, sino de manera lineal. Conservadores son aquellos que quieren mantener todo como está, defender el statu quo, el orden vigente. Nosotros, señor presidente, somos herederos de una larguísima tradición que enfrenta y derriba el orden establecido, y me refiero al batllismo de Batlle y Ordóñez. ¿Por capricho? ¿Por rebeldía juvenil? De ninguna manera; lo hacemos por razones de fondo, de una visión del mundo, porque nos indignan las injusticias estructurales de nuestra sociedad. (...) El batllismo fue acusado de osado, imprudente, extremo, exótico, pero la moderación tantas veces exigida, en realidad no era otra cosa que el disfraz de la reacción. Es posible que en nuestro presente el reclamo de prudencia no sea más que la forma de esconder intereses subalternos. (Intervención del diputado escindido del Partido Colorado Fernando Amado en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, pp. 97-98)

(...) quiero hacer un llamado a dar una fuerte señal al continente. Mientras el discurso del odio avanza en la región, Uruguay debe ser faro y ejemplo, continuando por esta senda de ampliación de derechos para sus ciudadanos. (Intervención del diputado frenteamplista Mathias Dutra en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 63)

Para quienes promovían el proyecto, la experiencia de la UDA de Saint Bois fue clave, citada como una pieza dentro del relato sobre la excepcionalidad: como un buen ejemplo que ponía al Uruguay en la vanguardia de la atención en salud a las personas trans.

En la discusión parlamentaria, la experiencia de la UDA estuvo presente en todos los ámbitos de relevancia: una delegación fue invitada a dar su testimonio experto en la comisión del Senado a la que fue remitido el proyecto desde el Poder Ejecutivo

(Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión), que luego fue retomado en la discusión plenaria que se dio en el Senado y en la Cámara de Diputados.

Como señaló una de las personas entrevistadas:

Cuando se empezó a gestar la idea de la *Ley integral para personas trans*, el Turco [se refiere al apodo de Daniel Márquez] estuvo tremendamente involucrado, fue convocado por el Parlamento nacional y por la comisión que estaba estudiando la redacción primero de la ley. La experiencia de la UDA fue muy importante, sobre todo en los artículos (...) vinculados a la atención en salud específicamente, donde de alguna forma está puesto en letra todo lo que hemos hablado. Toda persona trans tiene derecho a una atención integral en su salud. ¿Qué implica? Todo lo que implica la atención a la salud de una persona más especificidades por ser parte de este grupo de población trans. (Entrevista 1, 2021)

La experiencia de la UDA en general y la identificación del Dr. Márquez como su referente fueron constantes, tomadas como parte de la argumentación de diputadxs y senadores oficialistas, pero también por parte de la oposición a la ley, que en ocasiones retomaba parcialmente alguno de los argumentos para plantear su postura. Es interesante mencionar que no se cuestionó la idoneidad técnica del equipo de salud desde la oposición a la ley, que, incluso desde las antípodas, entendía que eran actores legítimos para hacer el planteamiento²⁵. De hecho, se realizó una solicitud de informes al MSP sobre la atención a personas trans por parte de un diputado opositor, el nacionalista Rodrigo Goñi, que fue respondido por integrantes del equipo de la UDA. Como señaló una de las personas entrevistadas:

²⁵ En la discusión más general en la opinión pública, en particular a través de las redes sociales de las organizaciones opositoras al proyecto, sí hubo un intento de desacreditar a la UDA y al Dr. Márquez como interlocutor calificado, especialmente a través de un video del colectivo denominado Federación Contra la Opresión Ideológica (Huertas Rehermann, 2021).

Una cosa es lo que nosotros podemos hacer intra consultorio, pero también tenemos como un rol de trabajar externo al consultorio que es el trabajo con la comunidad o las organizaciones, que también siempre lo estuvo, y también ver la movida a nivel país, nos pedían informes. Yo tuve que elaborar varias veces informes que llegaban al hospital o a los servicios por encima nuestro, que decían “queremos informe de cuánto sale un tratamiento hormonal de un paciente trans masculino o femenino, y queremos saber cuántos se atienden”. Y desde el desconocimiento, porque lo pedían los legisladores. Cuando estaba la movida de discusión a nivel de Parlamento, claro, las informaciones nos llegaban a nosotros. Que yo decía “¿nosotros tenemos que informar?”. Y sí, está bien. Estaba muy bien que nos lo pidieran”. (Entrevista 2, 2021)

Durante la discusión en Comisión, la experiencia de la UDA fue tomada una y otra vez por distintos actores, no solo del ámbito parlamentario: también se destacó desde los colectivos de diversidad genérico-sexual que dieron su testimonio y en la propia fundamentación del proyecto realizada desde el MIDES. Como indicó el Director de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural de ese ministerio, Federico Graña, quien encabezó el proceso desde el Poder Ejecutivo:

(...) existe un trabajo de atención integral para personas trans en el campo de la salud. Hablamos de hormonización, de reasignación de sexo aunque, en realidad, se trata de atender a las personas por cualquier dolencia. Normalmente, estas personas estaban concentradas en dispositivos de atención a enfermedades de transmisión sexual. (...) Actualmente se ha iniciado el proceso de reasignación de sexo de varias personas en muy corto lapso. Un dato muy importante tiene que ver con que a través de la UDA Saint Bois que son convenios entre la Facultad de Medicina y el prestador público del Estado, donde hacen las pasantías los futuros médicos se empezó a trabajar en este tema y en menos de tres años más del 7 % u 8 % de las personas trans fueron atendidas allí. La aparición de esto ha generado un impacto muy fuerte en la comunidad. Además, junto con ASSE estamos en un proceso de descentralización de la atención. (Intervención de Federico Graña en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2017, noviembre 6)

El hecho de que la delegación de la UDA fuera invitada por la Comisión (a diferencia de otros actores, que pidieron audiencia, como sucedió en la mayoría de las organizaciones de la sociedad civil pero también en el caso de asociaciones conformadas por profesionales de la salud que se oponían al proyecto de ley), habla ya de la relevancia de la experiencia para la discusión parlamentaria. En su fundamentación para realizar la invitación, la senadora frenteamplista Patricia Ayala expuso que tenía conocimiento del trabajo que realizaba la UDA y que, fundamentado en ello, quería conocer la opinión del equipo respecto al proyecto de ley. Al presentarlo en la Comisión, la senadora enfatizó que daba por descontado que su punto de vista sería “de gran valor” para lxs legisladores cuando llegara el momento de tratar el proyecto de ley (Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14).

En esa instancia, Daniel Márquez y Mónica Reina representaron a la UDA. El Dr. Márquez presentó a la policlínica como un servicio especializado en población trans (pero no específico para esa población), que se había configurado en la vía de los hechos como de referencia nacional y regional de atención a las personas trans. Explicó el modelo de atención y señaló explícitamente que se basaba en la despatologización de las identidades: “Entendemos que ninguna de las identidades puede ser patologizada y que atendemos a personas sanas” (Intervención de Daniel Márquez en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14). A ello, Reina agregó que se les consideraba sanas desde el punto de vista de la salud mental,

(...) porque a veces cuando se habla de la despatologización pensamos que son personas que no pueden valerse por sí mismas para reclamar sus derechos. Nuestro abordaje es desde los derechos a la salud, pues las personas trans están en condiciones de ejercer estos derechos y solicitar la atención que consideren adecuada a sus necesidades y gustos. Y, si tienen otras dificultades en relación con la salud, es por no poder acceder a los servicios de atención en los momentos adecuados. (Intervención de Mónica Reina en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14)

Márquez situó el plano de las intervenciones específicas en la adultez y juventud (aclarando que no se había hecho hormonación alguna a menores de 16 años) e hizo énfasis en el peso de la discriminación sobre las trayectorias de salud de las personas trans. Por su parte, Reina agregó la baja expectativa de vida de la población trans y la vinculó con la calidad de los servicios de salud a los que accedían.

Pueden identificarse, entonces, cinco puntos principales en relación con cómo se abordó la experiencia de la UDA en el Parlamento.

Primero, la centralidad de la experiencia y la legitimidad de los actores que la desarrollaban para hablar como interlocutores válidos sobre la salud de las personas trans. Desde el punto de vista de los legisladores que respaldaban el proyecto, esta centralidad se vinculaba directamente con el relato sobre la excepcionalidad uruguaya, al llevar adelante una experiencia pionera y vanguardista, que incluso iba más allá de los constreñimientos de su tiempo histórico.

Quiero destacar que nuestro país ha sido pionero: a la UDA (Unidad Docente Asistencial), que funciona en el Hospital Saint Bois, vienen muchos técnicos y profesionales de todo el mundo -no solo de América Latina- a formarse. Es un equipo que trabaja con mucha evidencia y que reúne a profesionales de ciencias sociales, psicología, endocrinología y de medicina familiar y comunitaria, cuyo rol destaca en cuanto a la integralidad del enfoque. (Intervención de la diputada frenteamplista Cristina Lustemberg en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 58)

Es sumamente necesario hacer este paréntesis para destacar lo bueno que tienen nuestra sociedad y nuestro Estado, que es la atención y el acompañamiento de las personas trans en la policlínica del Hospital Saint Bois. Se trata de un centro de referencia internacional. Muchas veces miramos hacia Europa o Norteamérica pensando que los ejemplos del "Primer Mundo" -entre comillas- son los mejores, pero

nos olvidamos de que en nuestro pequeño Uruguay, también tenemos centros de referencia en los que se hacen las cosas muy bien y donde técnicos y técnicas de nuestro país -comprometidos y que están a la altura de las circunstancias para atender situaciones sensibles, humanamente sensibles- trabajan muy bien; debemos destacarlo. (Intervención del diputado frenteamplista Nicolás Viera en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 67)

Me interesa resaltar algunas de las intervenciones que tuvimos en la comisión, pero no voy a insumir demasiado tiempo. Sí destaco la visita del doctor Daniel Márquez, quien casi que en soledad –desde el punto de vista científico– pero muy convencido de lo que se está planteando en el hospital Saint Bois, expresó lo siguiente: «Tengo una copia del manual generado por la Organización Mundial de la Salud [...] que, en su anexo dedicado específicamente a la atención de las personas trans, comenta que existe evidencia suficiente que muestra que en muchos casos adquirir las características del sexo físico congruente con la experiencia de identidad de género, como la cirugía de reafirmación de género –allí también se contempla la hormonización–, mejora la salud, el bienestar y la calidad de vida, incluida una mejor autoestima física, mental, emocional y social (...). (Intervención de la senadora frenteamplista Daniela Payssé en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

Recuerdo que en un intercambio que compartí con el doctor Daniel *Turco* Márquez, quien ha sido y es muy importante para la población trans y para mí en este tiempo de trabajo con la ley y con mi ser, él realizó una apreciación que creo oportuno transmitir aquí para la reflexión. Él decía: «La población trans muere, es asesinada a consecuencia del odio que recibe a lo largo de su vida». (...) Hace unos minutos mencioné al Turco. Él y muchas personas más iniciaron este recorrido, que hoy no solo se traduce en este proyecto de ley, sino también en otras cosas que se vienen realizando.

Quiero destacar aquí el inmenso trabajo que viene llevando adelante la policlínica de salud pública del Saint Bois –y espero que muy pronto se sumen otras más en el país– en cuanto a la inclusión de la atención a las personas trans en su servicio, en lo que

todo su personal está capacitado y comprometido. No solo son referentes para la población aquí, en Uruguay, sino que se han posicionado como referentes en el mundo con respecto a la atención brindada a estas personas, a estos colectivos en el acompañamiento de su identidad. La atención, la contención y el apoyo allí brindados nos colocan a la vanguardia, abriendo camino a un mundo y un modelo de atención empáticos y comprometidos con la salud integral de las personas. (Intervención de la senadora frenteamplista Patricia Ayala en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

Incluso en quienes estaban en contra del proyecto debido a lo que planteaba en torno a la salud, la experiencia de la UDA como referencia en el área salud no era cuestionada:

En materia de salud –ya se hicieron algunas referencias– se elaboran la *Guía de salud y diversidad sexual* y la *Guía clínica para la hormonización en personas trans*, se brinda atención psicológica a través de un convenio entre el MIDES y la UDELAR, y se establece la primera clínica de atención integral a las personas trans –entre la UDELAR y ASSE– en la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. (Intervención de la senadora nacionalista Verónica Alonso en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

Esta centralidad de la UDA tenía un fuerte fundamento en su experiencia y en el haberse configurado como centro de referencia, con un importante número de personas trans que se asistían allí y con una buena valoración por parte de usuarixs y colectivos sociales. Además, los datos que presentó la UDA ante el Parlamento reflejaban estas percepciones sobre la calidad de la atención, con énfasis en que se realizaban intervenciones quirúrgicas y de hormonación sin que se hubieran registrado efectos adversos graves o muertes.

En un informe entregado al Parlamento al que se hizo una breve referencia en el capítulo anterior, la UDA señaló que, en sus cuatro años de funcionamiento, habían

pasado por el servicio alrededor de 300 personas, de las cuales 90 habían sido sometidas a hormonación. De estas personas, cuatro tenían entre 16 y 18 años, y el resto correspondía a mayores de 18 años. El mayor porcentaje de atención se dio entre los 20 y 24 años.

Asimismo, la UDA había coordinado un total de 29 cirugías: cinco histerectomías o anexectomías, dieciséis mastectomías, seis aumentos mamarios, una reconstrucción mamaria y una reasignación de sexo.

En este sentido, se contrastaba con la situación de ausencia de acompañamiento médico y lo que ello implicaba para la salud en contextos de clandestinidad, en los que las personas atravesaban por cambios corporales al margen del sistema de salud con enormes riesgos para su salud. Estos datos, a su vez, se respaldaban en los registrados mediante el censo realizado por el MIDES:

Circulan varios discursos cargados de odio y de prejuicios. Uno de los más fuertes es por la negativa a que el Estado pague por los tratamientos hormonales o las intervenciones quirúrgicas. ¿Realmente creen que, si el Estado no los financia, las personas los van a dejar de hacer? ¡Claro que no! Los van a hacer igual, mayoritariamente de forma clandestina, utilizando productos tóxicos, como silicona industrial, aceite de avión, cera para autos y hormonas de uso veterinario. Eso pasa en Uruguay; no pasa en Medio Oriente. Las secuelas pueden ser terribles, y el Sistema Nacional Integrado de Salud, ese que financiamos todas y todos, luego tiene que atenderlas. Los costos de esos tratamientos terminan siendo muchísimo más altos. (Intervención de la diputada frenteamplista Margarita Libschitz en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 60)

En segundo lugar, la concepción sobre el enfoque despatologizador, que tomó el discurso de la UDA de que se trataba de “usuarixs sanxs”.

Con respecto a la identidad, nosotros entendemos que la disforia de género –tal como está expresada allí– habla de un sentimiento de *discomfort*. Disforia significa eso. Hay varios términos médicos que utilizan la palabra «*discomfort*», como es el caso del *discomfort* torácico. Nosotros entendemos que ese *discomfort* puede existir o no. Lo que cuestionamos es que a toda persona trans se le ponga el rótulo de la patología disforia de género. Entendemos que eso no es así y que la persona, en principio, está sana. Puede ocurrir que, a medida que van avanzando las consultas, uno encuentre en esa persona cualquier patología, tal como ocurre con cualquier persona de la población en general, es decir, patología orgánica, mental, de cualquier órbita. Pero, en principio, nuestro equipo no entiende que, por el hecho de ser una persona trans, ya tiene una patología asignada. (Intervención de Daniel Márquez en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14)

Este discurso se autodefinía como un avance en la progresión de la discusión global sobre el tema, en la que se identificaba un cambio progresivo en la despatologización de las identidades trans en los manuales de psiquiatría, estableciendo una comparación con el camino de despatologización que se había establecido frente a las orientaciones no heterosexuales.

A su vez, expresaba una crítica frente a que se continuara señalando que existía una disforia de género como camino unívoco en la vivencia de las identidades trans; esto representaba una diferencia importante con otros discursos médicos y médico-psiquiátricos que circularon en el Parlamento, incluso desde una postura favorable a la ley.

Al respecto, desde la delegación de la Cátedra de Endocrinología de la Universidad de la República se indicó: “(...) estos chicos van a tener un agravamiento de su disforia a medida que su cuerpo se desarrolla en una dirección diferente de su identidad percibida y esta incomodidad suele hacerse más pronunciada al llegar la pubertad” (Intervención de Dra. Beatriz Mendoza en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, junio 11). Por otra parte, en la intervención de la Cátedra de Psiquiatría de la UDELAR en la Sesión de la Comisión del 2/7/18 se empleó el término “trastorno” para hacer referencia a la identidad de género trans, aunque

aclarando que se trataba de una terminología en revisión.

En este punto, es claro que el discurso de que se trataba de “usarixs sanxs” caló en lxs parlamentarios que apoyaron el proyecto, particularmente en aquellos del oficialismo.

Desde este discurso, los distintos problemas de salud que experimentaban las personas trans se vinculaban a una situación de vulnerabilidad social de carácter estructural, que pautaba múltiples exclusiones, y a sus efectos sobre las trayectorias vitales de las personas. Así, experimentar una patología no se asociaba a la identidad como tal, sino a la vinculación de la vivencia de esa identidad con un entorno social, familiar e institucional de carácter hostil.

He anotado los conceptos que utilizaron cuando se comenzó con el tema de la despatologización de las identidades, y una afirmación que realmente comparto dice: «Tratamos personas sanas». Me gustó centrarme en ese concepto. (Intervención de la senadora frenteamplista Daniela Payssé en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14).

Es bastante claro que esto ya no se considera una patología, pero esta situación o condición viene asociada (...) con algunas patologías cuyo origen, probablemente, esté en la discriminación. (Intervención del senador frenteamplista Marcos Otheguy en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, julio 2)

Me parece que una de las cosas que ha quedado clara (...) fue la necesidad de despatologizar la decisión de percibirse con un sexo o un género diferente al que se nos asigna al nacer. ¿Por qué? Porque fue concebido como una patología hace un tiempo, y progresivamente se viene mostrando evidencia, desde una óptica científica, pero esencialmente desde una óptica de derechos de las personas, de que no somos iguales y de que somos una diversidad humana. Entonces, aquello de lo «normal», entre comillas, o lo «anormal», debe ser sustituido por el reconocimiento de la

diversidad, y en ella cada uno de nosotros es un ser propio, irrepetible, al que le importan ciertas cosas y llega de manera diferente a determinadas situaciones de la vida frente a otras personas teóricamente iguales. (Intervención de la senadora frenteamplista Mónica Xavier en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

En tercer lugar, la inscripción de la atención a las personas trans dentro de un modelo de atención integral, en el marco de la política universal de salud. Ello se vinculaba con el tema anterior en el sentido de que, a diferencia de otros contextos, no era necesario patologizar como un fin estratégico para atender necesidades específicas de la población trans, debido a que el sistema uruguayo partía de la noción de garantizar el derecho a la salud de todas las personas:

Se nos decía que incluso en algunos países, como Estados Unidos –todos sabemos cómo es el tema de las prestaciones sanitarias allí–, también hay una cierta resistencia que va por fuera del tema de los derechos. Como hay seguros que cubren algunas patologías para dar las prestaciones asistenciales, si determinadas situaciones siguen categorizadas como patológicas –dentro de un listado de enfermedades mentales o de alguna especialidad en particular–, quedan cubiertas con esos seguros porque, de lo contrario, quedan sin cobertura. Nuestra realidad es otra, pues nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud reconoce la salud como un derecho de las personas. Por lo tanto, cuando comparamos las prestaciones que tenemos con relación a otros países nos damos cuenta de que tenemos cubiertas una serie de necesidades y que están satisfechas muchas situaciones muy complejas, aunque siempre faltan y, en ese caso, hay que reclamar. Pero sabemos que en el Sistema Nacional Integrado de Salud se cubren una serie de prestaciones que son fundamentales; particularmente, en el tema que estamos considerando hoy es importante saber que no en todos los casos se trata de cuestiones que deben ser exclusivamente atendidas por el equipo médico de salud, sino que hay un equipo de asistentes sociales y de otras especialidades que deben estar en el acompañamiento que, sin duda, es muy importante tener, ya sea que se sometan o no a determinados tratamientos médicos o quirúrgicos. (Intervención de la

senadora frenteamplista Mónica Xavier en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

Esto implicaba, por un lado, la noción de universalizar efectivamente al SNIS (en sintonía con la idea de que las políticas de derechos de corte universalista podían generar una universalidad excluyente). En palabras de una legisladora frenteamplista, Elena Ponte, “(...) la buena noticia es que, ahora, el Estado asume su responsabilidad de garantizar la igualdad de derechos a la salud de toda la ciudadanía, sin exclusiones” (Intervención de la diputada frenteamplista Elena Ponte en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 88).

Desde este punto, se rebatía el argumento de que se estaba dando privilegios a esta población, con una argumentación que tenía puntos de contacto con el fundamento de las acciones afirmativas, aunque desde un lugar que no planteaba una temporalidad acotada:

Que las personas trans accedan al Sistema Nacional Integrado de Salud como el resto de las trabajadoras y de los trabajadores, ¿también es un privilegio? No, señor presidente; no son privilegios: son necesidades. Y si existe una necesidad, es porque hay un derecho postergado. (Intervención de la diputada frenteamplista Margarita Libschitz en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, pp. 59-60)

Por otro lado, ello también se vinculaba con adoptar el discurso de la medicina familiar y comunitaria sobre la intervención en salud de las personas trans, que se imponía sobre el de otras especialidades médicas (como la endocrinología o la psiquiatría).

El proyecto establece que la intervención quirúrgica es un paso más en el marco de un proceso de acompañamiento de técnicos que trabajan y conocen a la persona que, según sus sentimientos, quiere cambiar su sexo. (Intervención del diputado frenteamplista Nicolás Viera en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 67)

Desde esta perspectiva, la mirada de la integralidad respondía a abordar los problemas de salud en la vida de las personas, con independencia del lugar en el ciclo vital en el que se encontraran, a través de una atención longitudinal en la que emergían factores sociales, comunitarios y familiares.

Quiero destacar el trabajo del doctor Daniel Márquez porque la verdad es que se ha constituido un equipo multidisciplinario que atiende, con una mirada holística, la situación –no el problema– de las personas trans que requieren un acompañamiento, muchas veces desde edades tempranas, vinculado a su estado general, porque la salud, señora presidenta, no es solo lo biológico, sino que la salud es –y no lo voy a definir con palabras técnicas porque acá hay médicos que me van a corregir– la armonización que tiene que existir en las personas, vinculada no solo –reitero– con lo biológico. (Intervención de la senadora frenteamplista Daniela Payssé en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 16)

Este discurso también implicaba universalizar las prestaciones del sistema público en todos los efectores del sistema nacional integrado, inclusive aquellos del sistema privado. Todo ello se planteaba como clave para abordar efectivamente los problemas de salud asociados a la clandestinidad, como expresó el activista Rodrigo Falcón, de Trans Boys Uruguay (TBU):

Nuestros compañeros se hormonizan solos, y esto trae como consecuencia aumento de presión, probabilidades de paro cardíaco, etcétera. ¿Y esto por qué ocurre? Porque no hay un médico que nos asista. Se abrió una unidad que atiende a personas trans en el Saint Bois, y todos tenemos que mirar al Saint Bois. ¿Por qué? Yo me atiendo en un prestador de salud privado, y el año pasado me hicieron la mastectomía luego de tres años de espera. Y a partir de esa última mastectomía, ya emitieron un comunicado en el que dicen que no va a haber más mastectomías. Hay que tener en cuenta que se trata de una operación muy sencilla, que se realiza incluso a varones biológicos, cuando tienen sobrepeso y tienen como si fueran glándulas mamarias. Insisto, es una operación muy sencilla; sin embargo, a nosotros se nos está negando. Apelo a los señores senadores, porque creo que son los que pueden darnos la solución. Necesitamos una *Ley integral para personas trans* ya. (Intervención de Rodrigo Falcón en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 7)

Esta singularidad del servicio de la UDA también fue destacada en el Parlamento por otra integrante de TBU, madre de un adolescente trans:

Como padres, hay un montón de cosas en las que tenemos dudas y por eso es importante que haya un apoyo integral. Eso es lo que está faltando desde el punto de vista del seguimiento médico; solamente se puede acceder al Hospital Saint Bois en el ámbito público. (Intervención de Patricia Gambetta en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 7)

En cuarto lugar, circunscribir la cuestión de las intervenciones corporales esencialmente al mundo adulto, con ciertas excepciones al hablar de las adolescencias. Claramente, este fue un tema que fue adquiriendo rigidez conforme avanzó el debate. Fue uno de los puntos claves en los que se expresó la oposición al proyecto. Las intervenciones médicas fueron incluso catalogadas de “carnicería” que deberían reservarse únicamente a la adultez:

Evidentemente esto es una carnicería; entonces, creo que debemos ser conscientes de lo que se estaría permitiendo. Está bien que tengan derecho, pero creo que todo a su tiempo. Tal como está redactado el artículo 17, el adolescente cuyos padres o representantes legales estén de acuerdo, va directo al cuchillo y el que no, va a tener que pasar por el irracional disenso o la autonomía progresiva de sus derechos. Me parece que estamos poniendo al adolescente ante una situación difícil porque él todavía no tiene su personalidad formada. Está bien hablar de los derechos, pero siempre que hay un derecho está la contracara del deber y me parece que estamos atribuyendo demasiada autonomía en una cuestión tan trascendente como es la invasión de su cuerpo. Tienen un deseo y tiene que ser ya, pero todas estas cirugías son irreversibles. Para terminar, entiendo que este proyecto más que nada es para adultos. (Intervención de Azul Martorell, representante de la Asociación Hacemos un Trato Uruguay, en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, julio 16)

En este punto, tampoco se expresó una postura única en el ámbito promotor, pues incluso se observaron contradicciones entre las organizaciones sociales que aglutinaban a las personas trans:

(...) Nos parece fundamental que reciban el tratamiento de hormonización, si lo quieren, pero recalamos que se debe hacer después de los 18 años. (Intervención de Karina Pankievich, presidenta de ATRU, en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 7)

Si bien el enfoque de la UDA era flexible en torno a la identidad de género, ya que acorde con su marco despatologizador se consideraba que no era posible hacer un diagnóstico de trans, sino que era parte de un proceso del devenir de una persona, a la hora de materializar la intervención sí se manifestaban ciertas rigideces asociadas a la

modificación de la corporalidad en relación con la edad cronológica. Aquí hubo dos puntos claves: hormonación e intervenciones quirúrgicas.

En el discurso de la UDA, se hizo énfasis en la autonomía progresiva como un elemento que habilitaba las intervenciones en las corporalidades de las personas trans, de un modo que reforzaba el rol de los equipos de salud en los procesos (debido a que les correspondía evaluar no solo la progresividad de la atención a recibir, sino la madurez de las personas menores de edad para tomar decisiones). Este criterio ya estaba garantizado en el *Código de la Niñez y la Adolescencia* N.º 17.823, y se aplicaba en normativa relativa a la salud sexual y reproductiva.

De cierta forma, como se verá en el apartado siguiente, este discurso planteaba una flexibilidad respecto a la fijación de un criterio homogéneo como el de una edad determinada para habilitar o no ciertos procesos, pero, a la vez, fortalecía la medicalización al permitir excepciones habilitadas sobre el criterio profesional. También en ello se basaba el hecho de minimizar los efectos no deseados de los procedimientos, como el arrepentimiento: se consideraba que, si la indicación era certera por parte de los equipos de salud a través de un modelo basado en el acompañamiento, no existiría arrepentimiento (ello también sostenido sobre la base de la experiencia de la UDA).

En primer lugar, tenemos un concepto muy importante, que es el de la autonomía progresiva. Entendemos que estamos enmarcados en los derechos de niños, niñas y adolescentes, y que tenemos que evaluar el grado de madurez que tenga esa persona. Luego de esto, podremos ofrecer alternativas vinculadas a que pueda expresar su género con base en su identidad. Nosotros no lo hemos hecho en menores de 16 años, porque entendemos que todavía no tenemos la experiencia suficiente como para hacer una intervención de ese tipo. Sí lo hemos hecho en mayores de 16 años. En realidad, consultan antes pero como entendemos que hay que trabajar muchos aspectos, entonces, generalmente llegan a los 17 años con la posibilidad de hormonización. (Intervención de Daniel Márquez en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14)

En su comparecencia ante la comisión del Senado, Márquez señaló que, a su entender, la hormonación debía contemplar a menores de 18 años (por lo menos, a mayores de 16). Lo fundamentó en las consecuencias nocivas para la salud que tenía el impedimento de expresar el género para las adolescencias trans.

Hay historias de vida realmente dificultosas vinculadas a intentos de autoeliminación y lo único que revierte esa persistencia en el deseo de dejar de vivir es poder expresar el género. Tenemos casos muy explícitos relacionados con eso. Entendemos todos los argumentos que se dan vinculados a la progresividad y creemos que no es algo abordable en la niñez, pero sí en la adolescencia. Hemos tenido casos de persistencia explícita de querer morir y que la hormonización ha sido la única alternativa para poder expresar su género. (Intervención de Daniel Márquez en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14)

En cuanto a las cirugías, si bien Márquez indicó que no se habían realizado a menores de edad, en la comisión expresó que consideraba un error la negación absoluta a menores de 18 años.

Entiendo que sería un error negarla absolutamente en menores de 18 años sin dejar la posibilidad de que un comité de expertos, evaluadores o científicos, en un eventual caso de mucha gravedad en el que esté en juego la vida, pueda considerarlo entre los 16 y 18 años en forma excepcional. Totalizar en cuestiones de salud es un error; prohibir para todos en cuestiones que tienen mucho que ver con la salud mental, lo biológico, muchas veces nos puede atar las manos ante la posibilidad de vida para alguien. (Intervención de Daniel Márquez en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, mayo 14)

En este punto, es claro que tanto desde la UDA como desde organizaciones de la salud que compartían en parte o totalmente su enfoque y que lo dieron a conocer ante la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión (como fue el caso de la delegación de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, pero también parcialmente de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo), se tuvo una postura más avanzada que la que se terminó aprobando.

Cabe señalar que, con base en este punto por sí solo, otros enfoques podían ser más efectivos a la hora de habilitar la realización de este tipo de intervenciones. En este sentido, el modelo anterior, que daba la seguridad del diagnóstico y de intervenir para aliviar un problema de salud, generaba estas condiciones, al brindar un marco más homogéneo hacia las intervenciones basado en la mirada externa de lxs profesionales. Esto ocurría tanto en los modelos basados directamente en la patologización como en los que se situaban en la idea de incomodidad asociada a la vivencia de la identidad trans. En este sentido, la patologización/despatologización puede entenderse, más que como un modelo binario, como un espectro que abarca diferentes posturas:

(...) en el mundo no hay consenso en terminología. Existe una tendencia por parte de diferentes grupos a evaluar esto como una situación dentro de lo que es la normalidad –por utilizar un término que no es muy agradable– y no dentro de lo que es una patología. Sin embargo, no dejamos de desconocer que sigue estando (...) el diagnóstico de disforia de género en el DSM V, que es el manual de psiquiatría. Nosotros intentamos seguir el camino de individuos que tienen esta situación de transgénero, pero donde la mayoría no tiene ningún trastorno mental. Sin duda que pueden tener situaciones comórbidas. Es por esa razón que debemos estar atentos a ello y evaluarlos con un equipo. En el caso de niños y adolescentes, aún más.

En principio manejamos el término «trans», «transgénero». Indudablemente, hay un abanico de situaciones muy variado donde podemos encontrar desde pequeñas disconformidades –que se salvan con pequeñas modificaciones– hasta un extremo –que es el que los psiquiatras siguen llamando disforia de género– donde el discomfort es extremadamente profundo. (...) Las cirugías, de realizarse –que, obviamente, no

todos los individuos van a querer realizarlas—, por supuesto que se hacen en la mayoría de edad, y no son un requisito para nada. (Intervención de Dra. Cristina Alonso, vicepresidenta de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo, en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado, 2018, junio 11)

En los modelos volcados hacia el espectro de la patologización, se seguía el continuo *diagnóstico-indicación de intervención por parte de profesionales*. En cambio, en el modelo de la UDA el camino era más flexible en función de la vivencia de cada persona en torno a la corporalidad de su identidad, y la indicación de intervención se realizaba con base en el sentido de oportunidad de esta (en relación con la valoración de su autonomía progresiva, en caso de que se tratara de menores de edad).

Si bien en este modelo la medicalización seguía estando presente, el hecho de otorgar más espacio a la diversidad de las personas sobre sus procesos de salud dificultaba su aceptación para los actores involucrados en tomar la decisión legislativa, que veían más factible la posibilidad de entrar en el terreno del error. Básicamente, el problema se expresaba al señalar qué ocurriría si las personas que deciden transitar por un camino de intervenciones en su corporalidad se equivocan en la interpretación sobre su identidad y cuáles son las posibilidades de revertir ese proceso. Todo ello agravado con la posibilidad de tomar esta decisión al margen de la voluntad de lxs adultos responsables por lxs menores de edad: en definitiva, la discusión giraba en torno a quién era la voz autorizada para definir sobre los procesos de lxs menores, con el entendimiento de que el nuevo modelo no brindaba las suficientes garantías en este sentido.

En este punto, tanto desde quienes sostenían las críticas como desde los actores a favor de que pudieran llevarse a cabo estas intervenciones, la idea de reversibilidad e irreversibilidad se colocaba fundamentalmente en un plano asociado a las corporalidades, y en muy menor medida en los aspectos psicológicos derivados de realizar este tipo de intervenciones.

Como quinto y último elemento, debe mencionarse la concepción sobre vulnerabilidad de la población, y la noción de que el Estado debía actuar para subsanar esta problemática, entendiéndola como una desigualdad.

En este sentido, el discurso de la UDA se articulaba con el enfoque político del oficialismo y de la expansión de la agenda de derechos. También colocaba al Estado en el rol de asumir la responsabilidad frente a las situaciones de vulnerabilidad asociadas a la pérdida de vínculos familiares primarios de las personas trans, al señalar que el reclamo en torno al avasallamiento de los derechos de lxs referentes adultos no se correspondía con la mayoría de las trayectorias de las personas trans. En estas trayectorias, lo habitual era el abandono por parte de las familias.

Desde este discurso, se trataba a las personas trans como un colectivo específico (dentro del encuadre de minoría), lo cual también estaba en consonancia con los datos del censo y con el enfoque del organismo que había liderado la agenda de las políticas públicas en torno a la diversidad sexual y de género: el MIDES.

Este proyecto de ley es ni más ni menos que parte de la agenda de derechos que ha venido instalando la sociedad uruguaya con la llegada de los gobiernos del Frente Amplio, e implica un corte profundo en el reconocimiento de nuevos derechos y en la institucionalización de otros tantos derechos que hasta el momento no estaban consagrados en el marco normativo de nuestra Constitución y de las leyes. Inscribir en un marco normativo los derechos de las personas trans es una cuestión de reconocimiento a su libertad de elegir en paz. Es, además, coincidir en la igualdad de los derechos y también en el respeto a la diversidad.

Esta iniciativa -¡ojalá se convierta en ley!- no obliga a los uruguayos y a las uruguayas a ser trans. Tampoco -aunque se ha instalado por algunos agentes públicos de este debate- va a generar largas colas en los centros de asistencia para cambiar de sexo.

El proyecto reconoce que existe un colectivo pequeño, pero postergado históricamente, que requiere ser tenido en cuenta, que necesita resolver los grandes problemas que acarrearán generación tras generación la segregación, la discriminación y

la violencia que sufrió y sufre de parte del Estado y de la sociedad en su conjunto. (Intervención del diputado frenteamplista Nicolás Viera en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, pp. 65-66)

En este punto, resulta interesante para el análisis pensar cómo este discurso, a la vez que planteaba un avance en derechos, lo hacía singularizando el fenómeno en un colectivo, para lo cual era funcional el abordaje de la UDA (en este sentido, puede trazarse un cierto paralelismo con lo que Stryker señaló en el abordaje de la “magaciencia”, al que se hizo referencia en el capítulo 3). Por otra parte, como se verá en el apartado siguiente, desde el discurso opositor el planteamiento fue integral, pues se descentró la discusión del colectivo minoritario como sujeto y se colocó en el potencial desestabilizador que planteaba la ley para el orden hegemónico del género.

3.2.2. Rol de equipo de salud en la discusión pública del tema

En este apartado se analiza la presencia en los medios masivos de información de la experiencia de la UDA, tanto por parte de interlocutores directxs del equipo de salud como en palabras de otros actores, que aludían a la experiencia y al debate generado en torno a esta. Se toma este ámbito para el análisis del discurso porque se busca tener una aproximación a la formación de opinión pública en esta materia, con la consideración de que los medios de comunicación son claves en este sentido.

Desde el inicio de la experiencia de la UDA, esta se “comunicó” como una policlínica de atención integral para todas las personas, si bien se señalaba que existía la particularidad de que asistían personas trans al servicio, por lo que se hacía énfasis en generar una atención de calidad que les contemplara (Montevideo Salud, 2014, septiembre 20). En este sentido, también se indicaba que la UDA tenía un diálogo fluido con los colectivos de personas trans, tomando en cuenta sus necesidades (El Observador TV, 2015, mayo 29), así como con otros organismos del Estado y de la

academia, para responder a la multidimensionalidad del problema de la discriminación, odio y violencia sobre sus trayectorias vitales (Canal 5 Uruguay, 2016, julio 12; Canal 4, 2016, septiembre 29).

A su vez, desde un comienzo se estipuló con claridad el paradigma desde el que se posicionaba el equipo de salud para su intervención, es decir, la despatologización de las identidades trans y el hecho de considerar que se estaba interviniendo sobre usuarixs sanxs (El Observador TV, 2015, mayo 29). Este era parte del marco en disputa sobre la intervención con otros actores del sistema de salud, por lo que tenía la particularidad de proyectarse tanto dentro del ámbito de la salud como fuera, formando parte de las reivindicaciones de derechos de lxs usuarixs y de la problematización en sentido amplio del tema en la opinión pública. Como afirmó el Dr. Márquez:

En los manuales en los que me tocó estudiar a mí esto existía como un trastorno, por suerte la Organización Mundial de la Salud lo está proponiendo para que salga de la lista de trastornos mentales y se deje de llamar disforia de género. Y en nuestra experiencia entendemos que eso es muy positivo porque despatologiza las identidades, es un poco el camino que viene liderando Uruguay a nivel internacional. Nosotros comenzamos hace cuatro años despatologizando las identidades y eso ha ayudado mucho a que las personas accedan al sistema de salud. Antes para poder operarse u hormonizarse en el sistema de salud había que tener un diagnóstico de enfermedad. Ahora estamos transitando este camino desde el camino más sano: la despatologización, el acompañamiento, y el abordaje familiar y comunitario. (La tarde en casa, 2018, septiembre 12).

Los colectivos de personas trans organizadas, en el marco de la discusión de la ley, también manifestaron su rechazo al modelo patologizador. En este sentido, Alejandra Collette Spinetti, activista y directora del Colectivo Trans del Uruguay, manifestó que el proyecto abordaba la salud trans “de un modo integral” (Canal 4, 2019, julio 30). Y señaló:

Nuestra salud tiene que ver con la salud de todo el mundo, pero tiene que ver también con una cantidad de readecuaciones físicas que algunas personas quieren hacer y están en libertad de ello, otras no queremos hacer, pero también tiene que ver con la salud mental (...) No hablo de la patologización, desgraciadamente aún la psiquiatría considera disforia de género, y contra eso se está luchando. (Arriba Gente, 2017, mayo 17)

En la misma línea opinó Magdalena Besonart, del colectivo Ovejas Negras:

La ley, lo primero que hace es que reconoce las identidades trans, las despatologiza. Esto quiere decir que las saca de un casillero donde esas personas son enfermas, sino que son sujetos de derecho como todas y todos, y no tienen ningún problema más que el problema social, que por su identidad se las discrimina. (Telesur TV, 2017, octubre 10)

Es interesante cómo, en discursos sobre la despatologización como este, no se producen cuestionamientos sobre las categorías de normalidad y anormalidad asociadas a lo sano y patológico, sino un desplazamiento de lo que se considera como sano, manteniendo sin embargo la estructura que le da poder a lo normal. Esta puede ser una característica que los haga más aceptables en el sentido de que se sostienen sobre la legitimidad del discurso biomédico, aunque no los vuelve tan disruptivos como sucede con otros discursos despatologizadores, que se plantean un cuestionamiento más directo sobre la medicalización. Este es un punto clave del análisis de este discurso, por lo que será profundizado más adelante en este apartado.

Por otra parte, el énfasis en la situación de vulnerabilidad como regla general al analizar la situación de las personas trans fue un discurso sostenido desde los actores de la UDA. Desde una visión amplia sobre la salud, se manifestaba la problemática para las personas trans respecto a su temprana desvinculación de su familia de origen, la

dificultad para el acceso a fuentes laborales de calidad (y el enorme peso del trabajo sexual como trayectoria no elegida para la mayoría de las mujeres trans), la desvinculación educativa, el acceso deficitario al sistema de salud y la baja expectativa de vida. Como señaló Márquez en una entrevista que le realizaron en Canal 5, “El dato contundente es que la expectativa de vida de las personas trans, sobre todo de las mujeres trans, ronda los 45 años²⁶” (Canal 5 Uruguay, 2016, julio 12). Se trataba de una expectativa de vida que representaba cerca de la mitad de la que se registraba en población general de acuerdo con los últimos datos disponibles (77 años).

Vincular la baja expectativa de vida con una atención en salud deficitaria fue un elemento clave del discurso, que penetró en el de otros actores de la academia y del activismo. En palabras de Diego Sempol:

Es un punto central porque define la vida y la muerte (...) el sistema de salud históricamente era totalmente expulsivo de la población trans, y además no daba ninguna de las prestaciones que exigía esta población, que tienen que ver con algún tipo de modificación corporal, como puede ser ponerse silicona o implantes de algún tipo, o hacerse transformaciones estéticas que son muy importantes para la cuestión de la identidad. Entonces, generalmente lo que terminaba haciendo la población trans era recurrir a ella en el circuito clandestino, lo que comprometía severamente su salud (...). (Canal 5 Uruguay, 2018, abril 27)

Frente a esta situación, la experiencia de la UDA era citada como un buen ejemplo, pues se consideró que había intervenido de forma decisiva en las políticas públicas para generar un acceso real a los servicios de salud para las personas trans. Nuevamente retomando a Sempol:

ASSE empezó en los últimos tres años un proceso importante de cambios sobre esto.

²⁶ Posiblemente debido a que los datos estaban en construcción permanente, esta edad varió en las distintas declaraciones a lo largo del período, aunque el rango se situó entre los 35 y los 45 años.

Ahí básicamente la fuerza más importante la hizo el Saint Bois, que inició todo un proceso los martes de policlínica de atender a la población trans y progresivamente logró la instalación de una nueva política pública de abajo hacia arriba, donde finalmente ASSE establece un protocolo de hormonización que ahora está aprobado, y establece la posibilidad del acceso de las personas trans en el sistema de salud público a esto sin tener que pagar. Y además empezó a hacer las coordinaciones con otros servicios de salud para activar lo que son las transformaciones corporales, algo que históricamente hacía el Hospital de Clínicas, pero que por problemas presupuestales había dejado de hacerlo. (Canal 5 Uruguay, 2018, abril 27)

En la misma línea se expresó Daniel Márquez:

Nosotros estamos convencidos que la calidad y la expectativa de vida de las personas trans va a mejorar si están dentro del sistema de salud. Y la experiencia del Saint Bois creo que viene a demostrar eso. Las personas se mantienen dentro del sistema si se respeta su identidad y si se respeta su trayectoria de vida. (Canal 5 Uruguay, 2018, octubre 3)

Desde 2014, para los medios masivos de información tanto la UDA como el Dr. Daniel Márquez empezaron a ser la referencia en materia de salud, por lo que era frecuente que desde distintos medios se recurriera a Márquez, en calidad de experto²⁷, cuando se hacía cualquier tipo de abordaje sobre el tema. A medida que entró en discusión el anteproyecto de *Ley integral para personas trans* en 2017, otros actores de los colectivos sociales tomaron la palabra sobre diversas cuestiones relacionadas a las trayectorias de vida de las personas trans, lo que pasó a ser incluso una reivindicación para parte del colectivo (encarnar el discurso “en primera persona”).

²⁷ A este respecto, es significativo que en los medios se le calificara explícitamente como “experto”, “referente” o “una voz más que autorizada” (Arriba Gente, 2018, agosto 21) para hablar del tema. Como dijo una periodista: “Siempre que necesitamos una referencia, está el doctor ahí” (La tarde en casa, 2018, septiembre 12). Todo ello denota el lugar de legitimidad que se le daba desde los medios para enunciar este discurso, lo cual no deja de ser interesante debido a que muchos de estos medios suelen tener posturas cercanas al espectro conservador.

Así, en un lapso muy corto, cambió la visibilidad pública sobre el tema y sobre sus interlocutores, lo que se afianzó tras aprobarse la ley. Como nunca antes en la historia de Uruguay, podía verse en los medios de comunicación a personas trans tomando la palabra, en su mayoría para hablar del tema desde un lugar activista y vivencial: salvo por casos muy excepcionales, por lo general quienes eran convocadxs desde un lugar de expertxs en el tema eran personas cis, de la misma forma que quienes ocupaban lugares de decisión en el Gobierno y en el Parlamento también lo eran (de forma muy breve, Michelle Suárez, una senadora trans vinculada al movimiento social y perteneciente al Partido Comunista del Frente Amplio, asumió el cargo justamente con el objetivo de decidir sobre esta ley. No obstante, lo abandonó debido a un escándalo público vinculado con su mala praxis como abogada). Estas experiencias “en primera persona” eran relatadas por personas de diferentes edades y trayectorias, incluso por menores de edad. En cuanto a sus expresiones de género, se observaba que reproducían la binariedad, con una clara distinción entre varones trans y mujeres trans que no solo se definían de esa forma, sino que podían ser fácilmente decodificadxs en esos términos por un público general. Esto, no obstante, tenía una importante novedad: la ya mencionada visibilización de las masculinidades trans.

En el discurso de los actores sociales se observaba una fuerte sintonía con el planteamiento de la UDA, dado que expresaban los problemas de salud y las acciones a implementar de la misma forma que se hacía desde ese equipo de salud, muchas veces destacando explícitamente esa experiencia (aunque, en ciertos casos, con una postura más crítica a que el discurso fuera sostenido con tanta visibilidad desde actores cis, lo cual no solo afectaba a la academia, sino también la lectura que se hacía sobre el movimiento social de la diversidad y sobre la representación política). No obstante, públicamente se generalizó el hecho de destacar la experiencia:

En la salud privada no hay equipos como el del Dr. Márquez en ASSE. La única policlínica de atención integral para personas trans es la del Saint Bois, que es la del Dr. Márquez. En el resto de la salud lo tenemos que armar nosotros como papás un equipo. (Patricia Gambetta, colectivo de familias de adolescentes trans, TBU [Arriba Gente, 2018, agosto 21])

(...) tenemos a Daniel Márquez, que básicamente desde el punto de vista de la medicina comunitaria viene trabajando en el Hospital Saint Bois y han construido un protocolo de atención y un protocolo de hormonización para las personas trans. (Marcela Pini, psicóloga y activista de Unión Trans [En Perspectiva, 2018, agosto 21])

En lo que tiene que ver con la atención en salud, en los últimos años ha habido grandes avances, más que nada en el sistema público, con políticas específicas y transversales para la atención integral de personas trans, y queremos que eso se plasme en la ley (Magdalena Bessonart, colectivo Ovejas Negras [Te digo la otra, 2018, octubre 3])

En sus puntos centrales, el discurso era sostenido de la misma forma por todos los actores que estaban a favor del proyecto de ley, ya fuera desde la sociedad civil, los organismos del Estado o la academia. Sintéticamente, este se expresaba desde las nociones de discriminación estructural y vulnerabilidad de la población trans en diversas dimensiones, lo que se apoyaba en la evidencia del censo. En palabras de Márquez: “Yo me dedico a poblaciones vulneradas, ya hace años que trabajo en esto, puedo decir que la población trans es la más vulnerada de la vulnerada” (Canal 5 Uruguay, 2018, octubre 3).

El hecho de enmarcar la identidad trans desde un paradigma despatologizador era un elemento presente en todo el discurso. Este cambio discursivo se achacó al nuevo enfoque proporcionado por la UDA.

Existe cierto consenso en la comunidad académica [internacional] de que no es una patología, simplemente se lo sigue tratando como tal para tener acceso a servicios de salud que son claves para mantener a la población viva. En Uruguay por suerte la medicina ha hecho un tránsito importante en este tema. Históricamente la Cátedra de Psiquiatría consideraba como disforia de género a las identidades trans, pero los médicos de familia han tomado la posta en esto y han elaborado toda una teorización

nueva que de alguna forma plantea que las corporalidades trans son corporalidades sanas, y que en realidad la intervención en salud se puede hacer en corporalidades sanas, no tenemos por qué considerar enfermo a alguien para hacerle prestaciones de salud (Diego Sempol [Canal 5 Uruguay, 2018, abril 27]).

En cuanto a la oposición al proyecto de ley, como se mencionó en el apartado que abordó la discusión parlamentaria, inicialmente apuntó sobre el régimen de acciones afirmativas que planteaba y, en especial, sobre la reparación monetaria para quienes habían sido víctimas de violaciones a los derechos humanos durante la última dictadura. Esto se sostenía desde la noción de privilegio, con el entendimiento de que la ley generaba una desigualdad que beneficiaba injustamente a las personas trans. En cuanto a la salud, la mayoría de las críticas se expresaron en términos económicos, en relación con el hecho de costear las prestaciones específicas de modificaciones corporales desde la estatalidad, entendiéndolas como no prioritarias.

Sin embargo, a medida que el proyecto continuó su camino y se convirtió en una realidad posible de materializarse, la mayoría de las críticas se dirigieron sobre los peligros que representaba para las infancias y las adolescencias. En sintonía con el discurso neoconservador de base cristiana que ha movilizó la agenda reactiva a la concreción de derechos en América Latina con base en lo que denuncia como “ideología de género” (Ravecca et al., 2022a, 2022b; Schenck, 2022; Ravecca, 2022), estos actores plantearon que el Estado se estaba entrometiendo en un ámbito que no le correspondía, el de las familias. En particular, cuestionaron los artículos vinculados al reconocimiento de la identidad y a la salud, con el supuesto de que estos últimos habilitaban intervenciones irreversibles en las corporalidades de niñas y adolescentes sin que sus familias pudieran intervenir.

El artículo 5 y el artículo 17 de esta ley establecen que menores de edad pueden cambiar de nombre y/o sexo, acceder a intervenciones quirúrgicas u hormonizarse aún sin el consentimiento de los padres, afectando a la persona desde la niñez de una manera irreversible. Sí, sin el consentimiento de sus padres. (...) ¿Cómo puede ser que

por un lado el Gobierno no permita que un menor pueda conducir, que un menor pueda tomar alcohol, y que un menor no pueda salir del país sin el consentimiento de sus padres, pero sí va a permitir que le amputen su cuerpo por su propia voluntad?.

(Con Mis Hijos No te Metas, 2018, agosto 10)

A pesar de la histórica laicidad del Estado uruguayo, de forma similar a otros países latinoamericanos, en Uruguay se organizaron movimientos de base cristiana conservadora como “A mis hijos no los tocan” (en clara alusión al grupo “Con Mis Hijos No te Metas”, con base en Perú, que se ha expandido hacia otros países), por lo general vinculados al evangelismo.

Gerardo Correa, uno de los portavoces de este movimiento, dijo que el proyecto de ley atentaba contra los derechos de la patria potestad al permitir intervenciones en niños: “Quiero aclarar que nosotros no estamos en contra de ninguna orientación sexual. A partir de los 18 años que cada uno pueda hacer lo que quiera de su sexualidad: lo que nosotros estamos manifestando es en los menores de edad, que nosotros hacemos valer nuestros derechos como padres” (Canal 5 Uruguay, 2018, abril 27). Esta breve cita ilustra la forma de construir el discurso, que se articula desde una aparente tolerancia liberal que confunde las dimensiones de orientación sexual, identidad de género y expresión de género, a las que trata como opciones que las personas toman, individualizándolas y quitándoles el peso del género como estructura de condiciones y de posibilidades. Por otra parte, en relación con la infancia, toma a los niños como objeto de intervención y a sus padres como sujetos de derecho, a los que el Estado vulnera.

Figura 3. Representación de la infancia en campañas en redes sociales a favor (izquierda) y en contra (derecha) de la ley



Uruguay | Entérense de lo que la Ideología de Género quiere hacer con nuestros hijos. Esto ya está pasando en la realidad, no es conspiración ni película de ficción. [#Verguenza](#) [#GéneroNuncaMás](#)

[Translate Tweet](#)



Fuente: **Izquierda**, captura de pantalla de la cuenta de Twitter LeyTransYa (LeyTransYa [@leytransya], 2019, abril 4); **Derecha**, captura de pantalla de la cuenta de Twitter Con Mis Hijos No Te Metas (Con Mis Hijos No te Metas [@CMHNTM], 2018, agosto 10)

Entre las acciones que impulsaron estos actores se incluye una campaña de recogida de firmas contra el proyecto de ley, que en su carta de fundamentación calificaba de “mutilaciones” a las operaciones de reasignación de sexo y que, según sus impulsores, logró contar con más de 5.600 adhesiones (*La diaria*, 2018, agosto 10). Por su parte, los movimientos que estaban a favor del proyecto realizaron una campaña de apoyo, que contó con 60.000 adhesiones (Entrega de firmas en apoyo a la ley integral para personas trans, 2018).

Con posterioridad a la aprobación de la ley, los actores opositores volvieron a juntar firmas para intentar derogarla; lograron 69.360 firmas y superaron así el 2% del padrón

electoral (Bello, 2019, agosto 6), lo que habilitó un mecanismo de prreferéndum que no prosperó debido a su baja adhesión (El Observador, 2019, agosto 25).

Figura 4. Imágenes en redes sociales de campañas de recogida de firmas de apoyo (izquierda) y de rechazo (derecha) a la ley



Fuente: **Izquierda**, captura de pantalla de la cuenta de Twitter LeyTransYa (LeyTransYa [@leytransya], 2018, octubre 11); **Derecha**, captura de pantalla de la cuenta de Twitter Con Mis Hijos No Te Metas (Con Mis Hijos No te Metas [@CMHNTM], 2019, marzo 30)

A diferencia de otros momentos históricos, los actores opositores contaban con una incipiente representación parlamentaria, que, aunque formalmente se adscribía al Partido Nacional, no lo representaba en su conjunto y buscaba conformarse como una bancada cristiana, haciéndose eco de estos planteamientos. De hecho, dos de sus integrantes (los diputados Álvaro Dastugue²⁸ y Gerardo Amarilla) integraban la

²⁸ Dastugue, un pastor neopentecostal, fue una de las caras más visibles de la recogida de firmas para alcanzar el prereferéndum, junto con Carlos lafigliola, político conservador cristiano del Partido Nacional.

comisión que atañe a estos temas dentro de la Cámara de Representantes (Comisión Especial de Población y Desarrollo), mientras que otro de sus integrantes, el diputado Rodrigo Goñi, fue quien solicitó informes al MSP, durante el proceso parlamentario, respecto a la situación de las personas asistidas por tratamientos de reasignación de sexo (hormonales o quirúrgicos) desde que comenzaron a realizarse en el ámbito del ministerio (Uruguay, Cámara de Representantes / Secretaría, 2018, abril 17).

Estos actores esgrimieron cabalmente la línea argumental opositora desde la óptica conservadora de la “ideología de género”:

A nuestro entender, este proyecto de ley está impregnado de la ideología de género, que promueve tratamientos contra la naturaleza, hormonización y cirugías que ponen en riesgo la salud humana. (Intervención del diputado nacionalista Gerardo Amarilla en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 17)

(...) afirmo que en esta iniciativa prima la ideología y no la biología, y no estoy hablando de derechos. (Intervención del diputado nacionalista Álvaro Dastugue en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 43)

Tenemos derecho a plantear que este proyecto, así como se ha impuesto, tiene cangrejos debajo de la piedra, y el cangrejo debajo de la piedra se llama "ideología de género". (Intervención del diputado nacionalista Rodrigo Goñi en la discusión del proyecto en Plenario, Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2018, octubre 18, p. 85)

A ambos se les puede ver en la foto de la figura 4 levantando el cartel con el número de firmas (Iafigiola está a la izquierda de la foto, y Dastugue es el de la derecha).

Dentro del Senado, la senadora nacionalista Verónica Alonso (integrante de la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión, que tiró adelante la discusión sobre el proyecto) fue la que encarnó más visiblemente esta postura:

Nosotros no vamos a acompañar un proyecto de estas características, en particular dos artículos que para nosotros carecen de sentido común. En particular, el artículo 17, que establece que los menores de edad -no estamos hablando acá por supuesto de los mayores de 18, con absoluta libertad- pero los menores de edad que puedan llegar a generar cambios hormonales, es decir, hormonizarse, e incluso llegar a la operación quirúrgica, aún sin el consentimiento de los padres, es decir, por vía judicial. Nosotros creemos que esto carece de sentido común y de lógica. No solamente porque atenta contra el instituto de la patria potestad, sino porque una de las delegaciones que vino dijo que está comprobado científicamente que la gran mayoría de esos niños y adolescentes que pasan por esa etapa en la que pueden sentirse o percibirse como otro y otra diferente a su sexo biológico, el mayor porcentaje se realinea a su sexo biológico una vez que pasa esa etapa de pubertad y adolescencia (...). (Canal 5 Uruguay, 2018, agosto 21)

Como ha ocurrido en otras discusiones que tienen que ver con género y diversidad en la región, los actores opositores a estas agendas emplearon diversos lenguajes, no siempre haciendo explícito el factor religioso. También en voz de Verónica Alonso:

[La oposición al proyecto] no tiene nada que ver con una cuestión religiosa ni política. Escuchaba a una mamá que fue de las que se expresó en las puertas del Palacio [Legislativo] cuando nosotros estábamos tratando este proyecto, y decía: 'yo no participo en ningún partido político, no pertenezco a ninguna institución religiosa, simplemente me estoy manifestando como madre preocupada' (...) Y también en este proyecto de ley hay algunas definiciones que van de la mano con esa ideología de género que se está instalando en muchos casos (...). (Canal 5 Uruguay, 2018, agosto 21)

De hecho, hubo profesionales de la salud que mantuvieron este discurso durante la discusión del proyecto, tanto del plano nacional como del internacional.

Un hito en este sentido fue la conferencia *Enfoque terapéutico de niños con disforia de género* que ofreció en marzo de 2018 el endocrinólogo y pediatra estadounidense Paul Hruz, en la sede del Sindicato Médico del Uruguay, que contó con una protesta de alrededor de 30 personas que denunciaron su enfoque patologizador. En esa ocasión, lxs manifestantes llevaron carteles en los que podía leerse “La transfobia es una enfermedad” y “Nuestras identidades no son enfermedades”, entre otras consignas (Protesta en la puerta del SMU por conferencia de médico sobre “disforia de género”, 2018, marzo 23). Esta conferencia había sido organizada por médicas pertenecientes a la Cátedra de Endocrinología de la Facultad de Medicina de la UDELAR, quienes, además, solicitaron audiencia en el Parlamento para expresar sus preocupaciones sobre el proyecto, donde asistieron acompañando a Hruz. En la discusión parlamentaria, fue un lugar común para quienes argumentaron en contra del proyecto el hacer referencia a Hruz.

En esa oportunidad, el Dr. Márquez tuvo un papel muy visible en oposición a ese discurso, que se buscaba instalar también desde la legitimidad del ámbito médico, a través de diversos medios. En este nuevo debate público, la experiencia de la UDA legitimaba el discurso despatologizador desde la práctica concreta del servicio, que para 2018 había atendido a alrededor de 300 personas (Esta boca es mía, 2018, marzo 26).

En esta nueva instancia de debate, Márquez resaltó que el modelo en el cual se adscribía implicaba la construcción en conjunto con la población usuaria desde un lugar de acompañamiento, mientras que la otra postura patologizaba el abordaje desde una construcción medicocentrista. En sus palabras, la oposición entre patologizar o no las identidades remitía al paradigma más general de los derechos: “Entiendo que la postura es centrarnos en los derechos de las personas o no centrarnos en los derechos de las personas” (Esta boca es mía, 2018, marzo 26).

En una columna en el periódico *La diaria*, Márquez criticó la charla y que el SMU le hubiera dado lugar. Lo hizo, además, apelando al relato de la excepcionalidad uruguaya

en relación con la atención a las personas trans, que estaba, además, enraizado en la práctica concreta:

Recurrir a este invitado internacional para que nos cuente cómo diagnosticar y tratar lo no diagnosticable ni tratable no es acorde con la política de salud para personas trans que Uruguay está llevando adelante. No condice con la referencia que somos en este tema. Tampoco con el rol que deberíamos tener las personas que trabajamos en salud. ¿Tanto nos pesa que las personas hagan su propio recorrido identitario sin la carga de un diagnóstico patológico? ¿Tan lejos estamos de poder apoyar y acompañar sin interferir? (Márquez, D. T., 2021, 2018, marzo 22)

En estas últimas preguntas, hay otro elemento discursivo de este modelo, que es la concepción de autonomía. Pero cabe preguntar: ¿qué implica hacer un recorrido identitario propio en clave individual? ¿Es posible? Hay en esa mirada una cierta concepción liberal sobre el/la/le individuo y su (auto)determinación, que también ha formado parte de los discursos de los colectivos, y que está en la génesis de su fragmentación (junto a la esencialización de esa identidad). La última pregunta, por su parte, alude al rol de lxs médicos, casi como en una expresión de deseo: acompañar sin interferir. Entiendo que esta aspiración se relaciona con el objetivo de poner al usuario en un rol conductor sobre sus procesos de salud, pero, en la práctica, el equipo de salud interfiere, por ejemplo, con el aporte de conocimientos específicos que pueden modificar la expresión inicial de la persona.

En su columna, Márquez señaló a su vez que los planteamientos que se habían realizado en el SMU violentaban a niños y niñas, con lo que se negaba la angustia que implicaba en sus trayectorias el cargar con el rótulo de disforia de género:

Poner en duda el derecho a una identidad saludable debe cuestionarnos e interpelarnos si queremos lo mejor para nuestros pacientes. Nuestros pacientes nos piden a gritos que dejemos de imponer. Los médicos tenemos que saber leer los

múltiples indicadores que nos ilustran la vulnerabilidad extrema por la que atraviesa la salud de estas personas. La alta prevalencia de enfermedades, la corta esperanza de vida y los casos que llegan a las urgencias cuando ya es demasiado tarde dicen mucho sobre la realidad de la población trans y lo lejos que estamos como médicos de estar a la altura de las circunstancias.

Poder vivir de acuerdo a nuestra identidad es un derecho que debe estar libre de diagnósticos de terceros. Trabajamos con personas. En épocas de tanto manual de clasificación, tenemos que encarar más desde el territorio y menos desde el escritorio. El Sindicato Médico del Uruguay no debería abrir sus puertas a enfoques que vulneren los derechos de las niñas y los niños (...) Condenar a niñas y niños a crecer bajo la sombra de un diagnóstico de algo tan íntimo como es la identidad no es responsable, y mucho menos ético. ¿Estamos para aportar en la salud o en la enfermedad? (Márquez, D. T., 2021, 2018, marzo 22)

A pesar de lo anterior, aunque el proyecto se enmarcaba en el Código de la Niñez y Adolescencia vigente en el país desde 2004 (que establecía que se trataba de sujetos de derecho), y aunque a la UDA asistían personas menores de edad²⁹, como parte de este debate en el que se empezaba a aludir al pánico moral como estrategia para que no prosperara el proyecto de ley se empezó a hacer referencia explícita a que los niños no estaban considerados dentro de la población que podía realizarse intervenciones de adecuación corporal. En palabras de Márquez:

He visto en las redes cosas que me llaman mucho la atención, como un niño con un cartel que dice ‘no sé hacer tal cosa, pero me quiero cambiar de sexo y puedo’. Nadie está planteando cambiarle el sexo u hormonizar a niños. (Esta boca es mía, 2018, marzo 26)

²⁹ De hecho, Márquez señaló que se realizaba acompañamiento a las familias en intervenciones que no eran invasivas hacia niños, y que entendían que esto también debía estar contemplado en la ley, porque no lo expresaba el proyecto (Arriba Gente, 2018, agosto 21).

[Un niño] no va a venir a mi consultorio o al consultorio de cualquier colega en el Saint Bois y va a decir 'hola, me quiero cambiar los genitales' y alguien va a hacerlo. Los procesos de salud no son tan sencillos: tienen indicaciones, protocolos, equipos multidisciplinares, evaluaciones. (Arriba Gente, 2018, agosto 21)

De todas formas, a los adolescentes por lo general cercanos a la mayoría legal de edad, se les evaluaba desde la lente de la autonomía progresiva, mediante la observación de sus procesos de forma individual y la consideración de sus trayectorias y madurez. Este énfasis en la autonomía progresiva, que ya había sido manifestado con éxito en otras discusiones claves en torno a la salud sexual y reproductiva en el país (como fue en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo³⁰), como ya se indicó se sostenía sobre la Convención de los Derechos del Niño y el Código de Niñez y Adolescencia, que consideraba las capacidades y la distinta maduración de menores de edad para tomar decisiones sobre sus derechos. En palabras de Márquez:

Hay algo que hay que enmarcar desde el punto de vista jurídico: los adolescentes maduros tienen los mismos derechos a la salud que los adultos. Ser adolescente no es no ser adulto. Ser adolescente es ser adolescente, ser una persona. (Arriba Gente, 2018, agosto 21)

Aunque discursos como el de la autonomía progresiva disputaban el sentido del sujeto de la ley en relación con lo que implicaba la salud en sentido integral, de cierta forma la oposición fue efectiva en acotar la discusión más general al mundo adulto, en lo que tenía que ver justamente con la integralidad de la atención: aunque el discurso de la integralidad era universal, en la práctica existían intervenciones específicas que se reservaban a la adultez.

³⁰ En el *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo* (MSP, 2014) se indica que cuando una adolescente menor de 18 años solicita la interrupción, se considera su autonomía progresiva por parte de un equipo interdisciplinario. Si el equipo considera que ella es capaz de tomar decisiones de forma autónoma, "(...) su sola voluntad definirá la continuidad del proceso" (MSP, 2014, p. 18). El texto del manual es muy similar a lo que se buscó originalmente promover desde la UDA en torno a la autonomía progresiva.

En este sentido, hubo un cuestionamiento al planteamiento original del proyecto de ley que fue mantenido desde diversos actores, e incluso tuvo eco en representantes de organismos estatales que respondían al Gobierno (por ejemplo, en Fernando Rodríguez, presidente del principal organismo rector de las políticas de infancia y adolescencia, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) y en legisladores oficialistas. Posteriormente, después de aprobarse el proyecto, esta visión fue reforzada desde todos los actores que defendían la ley, en medio de un proceso de impugnación pública de la norma que buscó su derogación por parte de la oposición conservadora (que nuevamente, volvió sobre el argumento de la protección a las niñeces como el motivo para derogarla).

En los menores, en las niñeces, no hay ni tratamientos hormonales ni cambios de reasignación de sexo. En las adolescencias lo que se va a valorar es la independencia progresiva de la persona y el proceso que esa persona viene llevando con anterioridad. Para que sea irreversible un tratamiento hormonal tiene que pasar mucho tiempo. En el caso de una operación de reasignación de sexo, tenés que ser mayor de 18 años o tener el aval de tus padres para poder hacerla, y no se hace ni a los 13, ni a los 14, ni a los 15, ni a los 16, ni a los 17. No hay antecedentes de operaciones de reasignación de sexo en Uruguay a menores de 18 años. (Marcela Pini, psicóloga y activista de Unión Trans, en su intervención en el CONVERSATORIO Ley integral personas trans [Sutel Pit-Cnt, 2019, julio 31])

Por otra parte, en el discurso de la UDA, despatologizar no necesariamente significaba desmedicalizar. Siempre se hacía referencia a que se estaba brindando una alternativa segura frente a la clandestinidad de los tratamientos, y que el acompañamiento que se ofrecía desde el equipo multidisciplinario era lo que garantizaba la calidad de las intervenciones.

En este escenario, el discurso de la autonomía progresiva de lxs adolescentes reforzaba el vínculo entre la despatologización y la intervención, afirmando el rol del equipo de salud multidisciplinario en este proceso de evaluación de la madurez de lxs

adolescentes:

¿Por qué una persona trans debería esperar a los 18 años para poder tener algún tratamiento hormonal y una persona que no es trans, una persona cis, no lo tiene que hacer? (...) A mi consultorio puede llegar una adolescente, golpear la puerta, y pedirme un tratamiento de lo que fuera y yo no estoy llamando a sus padres para eso. Porque si ese adolescente es maduro, para todos los adolescentes, incluidas las personas trans, los derechos son asimilables a los del adulto. (...) No puede ser que una ley que pretende ser inclusiva sea expulsiva de estos adolescentes, que es lo que pasaría. Yo les pediría a los legisladores que se pusieran en el lugar de quienes trabajamos con las personas en territorio y estamos en el consultorio, cuando yo recibo un adolescente, y entiendo que tiene la indicación de un tratamiento hormonal, yo no le puedo decir porque el legislador sancionó una ley: “no, volvé cuando tengas 18 años”. Porque ahí se le va la vida a ese adolescente (...) Le estoy abriendo las puertas al mercado clandestino. (Daniel Márquez [Canal 5 Uruguay, 2018, octubre 3])

Es muy clara la normativa y es muy clara la formación que tenemos los médicos para saber y evaluar si esa persona tiene la autonomía para tomar decisiones” (Daniel Márquez [Arriba Gente, 2019, julio 25]).

Este reconocimiento del enfoque medicalizador/despatologizador era compartido por una amplia variedad de actores, que incluía a las organizaciones de personas trans:

En aquellos años en donde nos tuvimos que inyectar aceite de avión en nuestros cuerpos, no teníamos un endocrinólogo, no teníamos un grupo multidisciplinario de médicos que nos pudiera decir “chicas, tomen hormonas, vayan con alguien que las eduque medicinalmente” y cometimos ese error. Por eso hoy cuando hablamos del cuidado de la hormonización, que está supervisado por un grupo, que no es que de la noche a la mañana vayas a acceder a la medicación porque tienen que hacerte estudios y todo lo demás para ver qué medicación te tienen que dar, y llegamos a la

tesis de que siempre va a ser mejor la hormonización, que los efectos secundarios no van a ser tan nocivos como la silicona, porque de eso no tenemos vuelta. No nos podemos arrancar la silicona de nuestros cuerpos (...) Y un médico si te hace mal la hormonización, te puede cambiar la hormonización, o te puede decir interrúmpase el tratamiento y pronto. (Karina Pankievich, activista y presidenta de la Asociación Trans de Uruguay [Canal 5 Uruguay, 2018b, abril 30])

La hormonización no es un tema que vos vas hoy al consultorio y decís “me quiero hormonizar” y salís con las hormonas. No. Hay que hacer análisis psicológicos, análisis físicos, análisis de sangre, riñón y una cantidad de cosas, para saber si podés hormonizarte primero, y en segundo lugar para saber qué hormona podés usar (...) Para operarse se necesitan años. Son años de terapia y preparación para las operaciones. (Alejandra Collette Spinetti, activista y directora del Colectivo Trans del Uruguay [Canal 4, 2019, julio 30]).

El hecho de que se mantuviera la medicalización en el discurso desde una perspectiva no hegemónica también daba legitimidad al proyecto frente a los ataques que recibía desde el ámbito más conservador. Revestía a este discurso de la legitimidad de lo científico, desacreditaba también en este plano a la oposición conservadora y planteaba estas preocupaciones como ancladas en valores particularistas, que estaban por fuera de la realidad de las personas trans.

La decisión de hacer operaciones de reasignación de sexo pasa por un proceso, en el cual la persona transita por el sistema médico, tiene diferentes consultas, se va madurando una decisión, y se da mucho tiempo para este tipo de cuestiones. La literatura médica -esto lo va a poder explicar mucho mejor el Dr. Márquez que yo, que se especializa en las cuestiones de salud- generalmente desaconseja operaciones de reasignación de sexo en personas menores, porque precisamente lo que se está tratando es otro tipo de cambios. Estamos discutiendo casos extremos hipotéticos cuando de lo que trata esta ley es de dar respuesta a problemas concretos y muy reales. (Canal 5 Uruguay, 2018a, abril 27]).

Otro elemento importante de este discurso era su característica de anclarse en la práctica situada, en el sistema de salud uruguayo y en la realidad de la población trans del país. Ello contrastaba también con posturas que se sostenían desde discursos “importados” de otras latitudes en referencia a aspectos médicos y médico-psiquiátricos, e incluso a discursos conservadores que buscaban instalarse apelando a un lenguaje pseudocientífico, como el de las mal llamadas “terapias de reconversión”. Frente a estos discursos, en los medios de comunicación se reforzaba el rol de la UDA como voz autorizada para hablar del tema y con mayor autoridad que otras dentro del ámbito médico para expresarse al respecto.

Esto, además, se anclaba con otro relato poderoso para la idiosincracia uruguaya, la ya mencionada idea de excepcionalidad, y de liderar procesos de vanguardia que hacen destacar al país.

Nosotros lideramos el abordaje a la salud de las personas trans (...) En la academia, en nuestro trayecto por la facultad, no nos enseñaron por ejemplo cuáles eran las consecuencias de la silicona industrial [en las personas trans], lo vimos en sus cuerpos. Y ese saber fue un saber conjunto que trajeron también ellas. (...) Cuando hacemos revisiones bibliográficas no hay muchos estudios a nivel mundial en los cuales veamos las consecuencias de la salud. ¿Por qué pasa esto? (...) Porque siempre estas personas estuvieron expulsadas de los sistemas formales (Daniel Márquez [Canal 5 Uruguay, 2018, octubre 3]).

Este relato de excepcionalidad también era sostenido por la batería de actores que apoyaban la ley, donde una y otra vez se hacía referencia a que se trataba de un proceso histórico “para el Uruguay y para la región” (activista Josefina González [Canal 5 Uruguay, 2018, octubre 16]; diputado oficialista Martín Couto [Canal 5 Uruguay, 2019, marzo 26]) en el que Uruguay era “pionero” a nivel internacional (activista Paula Contini [Todoaquí.uy, 2018, diciembre 27]) con “una ley de avanzada única en el mundo” (Alejandra Collette Spinetti, [De Fogón en Fogón, 2019, julio 27]).

Frente al intento de derogación de la ley, el Dr. Márquez de la UDA tuvo un rol central ante lo que se calificó como una campaña de desinformación:

Esa desinformación atenta contra la salud de las personas. Eso es lo grave. Para poder acceder a la salud, una de sus principales características es la información (...) Y esa información falsa que ha circulado tiene que ver con cosas alejadas de la realidad (...) como es por ejemplo la hormonización en niños y niñas. Es algo en lo que se ha basado esta campaña y que es totalmente falso. Lo mismo que las cirugías en menores. En todos estos años, particularmente yo me dedico a acompañar los procesos de las personas trans y sus familias, en muy pocos casos las familias acompañan pero en los casos que existen acompaño ese proceso, en ninguno de estos años nunca hormonizamos un niño o una niña ni con consentimiento, ni sin consentimiento de sus padres. (...) La ley prevé que se debe tener mayoría de edad para las cirugías de readecuación corporal genital, y como en cualquier otro procedimiento de salud, se va a tener en cuenta la madurez de la persona a la hora de indicarle un tratamiento. Es importante aclarar que son procedimientos que tienen indicaciones específicas. A veces lo planteo en términos inclusive jocosos, porque esto ha llegado al punto de la irracionalidad. Pareciera que se plantea que los menores van a llegar a un hospital y van a decir: “hola, quiero hormonizarme” y un médico que tiene el deber ético de evaluar que esa persona tiene la madurez para tomar las decisiones va a decir “cómo no, pasá por acá” como si fuera un supermercado. Creo que no solo se está faltando a la verdad y atentando contra la salud de las personas, sino también se está atentando contra nuestra profesión. (Daniel Márquez [Arriba Gente, 2019, julio 25])

La postura de la UDA pasó a ser el discurso hegemónico dentro del ámbito de la salud después de la aprobación de la ley. Cuando se intentó derogarla, las principales asociaciones vinculadas al ámbito de la medicina y de la sexualidad respaldaron su vigencia y criticaron duramente el discurso referente a la salud de quienes promovían la derogación, a través de distintas declaraciones. Asimismo, la experiencia de la UDA fue incluso destacada y premiada como una muy buena práctica desde el MSP y la OPS en 2018 (MSP y OPS premiaron experiencias de buena resolutiveidad en el primer nivel

de atención, 2018, diciembre 7).

3.2.3. Texto de la ley incorpora salud con perspectiva UDA

En el proyecto inicial, los artículos de la ley integral que referían a la salud se vinculaban directamente con la experiencia de la UDA y fueron hechos a imagen y semejanza de esta. En este sentido, el Poder Ejecutivo fue explícito desde el comienzo, haciendo referencia a ello en la presentación pública del proyecto de ley, donde se explicó que lo que se buscaba era dar carácter de ley a lo que ya se estaba poniendo en práctica desde los hechos. De esta forma, la ley “blindaba” el proceso que se había hecho en la política pública y aseguraba su continuidad como política de Estado independientemente de quién ocupara el Gobierno.

El artículo 16 y 17 habla de los temas vinculados a salud, y acá lo que hacemos es tratar de darle carácter de ley a los actos políticos de valentía tanto en el Ministerio de Salud Pública como en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). ¿Por qué digo esto? Porque en realidad no había normativa y lo que hace tanto el MSP a finales de 2014 y se continúa en el 2015 es generar por resolución ministerial los procesos de armonización, habilitar a que sea una prestación. Habilitar no, ordenar, como organismo rector. Y luego, los servicios de salud del Estado a través de ASSE lo que hacen es que esa prestación baje realmente en cada uno de los servicios y además se consolida este proceso del Saint Bois. ¿Qué es lo que hacemos? Ese gesto de valentía política de los administradores de cualquiera de las dos gestiones, donde el último producto es el que presentó el 27 de abril el MSP generando el protocolo de armonización para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud; ahora ninguna institución de salud va a poder decir que no sabe cómo encarar estos procesos. Tiene todo el trabajo sistematizado, y además el Ministerio de Salud Pública le da el respaldo para que estas acciones y estas políticas en salud se lleven adelante. Bueno, le queremos dar carácter de ley, para que sea más fuerte. Porque a veces una resolución administrativa viene otro administrador y otra administradora y lo puede tirar atrás. La

idea es que esto tenga carácter de ley y lo que hacemos acá es la síntesis de un avance en políticas públicas que desde la salud se venían llevando adelante, que demuestran cómo a veces no son necesarias las leyes para avanzar en política pública. (Presentación del proyecto de ley a cargo de Federico Graña [Comunicación Presidencial, 2017, mayo 18])

En su formulación original, el artículo 16 hacía referencia a asegurar el derecho a la salud de las personas trans consagrado mediante la reforma del SNIS, aludiendo de forma explícita a que su identidad de género no debía ser tratada como una patología. No obstante, en la discusión parlamentaria este artículo se modificó, de tal modo que se quitó la referencia a la patologización, prohibiendo sí la discriminación en el acceso a los servicios de salud (ver tabla 7 para una referencia completa sobre los artículos y sus modificaciones). Este texto sustitutivo fue presentado por la propia bancada oficialista, donde también se modificó un aspecto clave del artículo 17.

Como se indicó en los apartados anteriores, el artículo 17 fue el más polémico de toda la ley. Originalmente, este artículo establecía el acceso a intervenciones quirúrgicas y hormonación sin autorización judicial o administrativa para las personas adultas (mayores de 18 años), únicamente con consentimiento informado de la persona. A diferencia del modelo anterior de la patologización, que establecía un trayecto unívoco en las modificaciones corporales, en este artículo se indicaba que podía accederse a la hormonación sin tener voluntad de continuar luego con modificaciones corporales de carácter quirúrgico, lo cual estaba en línea con que cada persona podía decidir qué corporalidad se adecuaba mejor a su identidad.

No obstante, como se analizó anteriormente, el freno estuvo a la hora de considerar la habilitación de las intervenciones en menores de edad sin el consentimiento de sus representantes legales, habilitadas con base en las disposiciones citadas del *Código de la Niñez y la Adolescencia*.

En la reformulación del artículo, si bien la hormonación no se mencionaba explícitamente, sí se indicaba que las adecuaciones corporales de acuerdo a la identidad de género eran un derecho de las personas trans, lo que incluía los

tratamientos medicoquirúrgicos. No obstante, se indicaba explícitamente que las personas menores de edad debían contar con autorización de sus referentes adultos para poder acceder a intervenciones quirúrgicas irreversibles sobre su genitalidad.

Durante la discusión parlamentaria del texto sustitutivo, desde la oposición se intentó incluir la hormonación entre las intervenciones irreversibles. Esto fue rechazado por el oficialismo, que por otra parte presentó a la limitante sobre las cirugías como un recorte de derechos hecho como concesión a la oposición:

Nosotros creemos que ya estamos restringiendo las posibilidades que hoy tienen todas las personas en función de poder ser beneficiarios de todas las prestaciones que el Sistema Nacional Integrado de Salud brinda. Para viabilizar la ley entendimos que, aunque ya había un derecho consagrado, podíamos generar una limitación y con ello favorecer el voto de aquellos legisladores que tenían ciertas dudas al respecto, en el entendido de que la cirugía es una excepción entre las personas trans, es decir, no es la norma habitual. No todas las personas trans se realizan cirugías de cambio de sexo. Y en la adolescencia, tal como nos explicaron todos los especialistas que concurrieron a la comisión, se tiene que pasar por determinadas etapas, las cuales llevan un tiempo prudencial de consolidación. Por lo tanto, sería muy excepcional que un adolescente menor de 18 años fuese sometido a una cirugía irreversible. Pero, en función de las seguridades que nos reclamaron muchos legisladores, nos pareció que si bien estamos limitando un derecho consagrado, no estamos cambiando sustantivamente la realidad de lo que se vive. (Intervención de senadora frenteamplista Mónica Xavier en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión [2018, octubre 10])

De todas formas, esta modificación tampoco implicó que quienes tenían una postura más firme de oposición acompañaran el proyecto:

Este tema ha sido muy controversial; de hecho, es el punto que mayormente nos separa y por el cual, en mi caso en particular, no voy a acompañar el proyecto de ley. Más allá de tener diferencias con respecto a algunos otros artículos, éste es el que más

nos preocupa, y luego de los distintos argumentos que se han expuesto aquí, creo que ya no vamos a encontrar ningún punto de acuerdo. En el día de ayer mencionamos que si bien se había hecho alguna modificación con respecto a las intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo, quienes comparecieron ante la Comisión dijeron que este tipo de procedimientos no se daba en personas menores de 18 años, no así los tratamientos hormonales. Quiere decir que este artículo no cambia mucho porque establece que se pueden realizar cambios hormonales y, basándose en la figura de la autonomía progresiva del adolescente, se permite que un niño o adolescente que aún no cumplió la mayoría de edad, pueda acceder a un tratamiento hormonal sin la intervención de la voluntad de los padres. Esto me preocupa enormemente porque aquí vinieron algunos especialistas, particularmente endocrinólogos, quienes hablaron de la irreversibilidad de estos tratamientos –aunque es cierto que no hay una postura única al respecto–, por lo tanto, nosotros creemos que sería negativo establecerlo en un artículo. Entendíamos necesario tener mayor prudencia; creo que, como legisladores, lo que nos obliga en este caso es ser prudentes y en este artículo eso no se tomó en cuenta. Me parece que se podría haber dispuesto que esos cambios hormonales irreversibles debieran contar, al menos, con la voluntad de los padres. (Intervención de senadora nacionalista Verónica Alonso en la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión [2018, octubre 10])

Así, mientras el artículo 16 (reformulado en el 19) dejaba por escrito un derecho ya establecido para todas las personas haciendo énfasis en que debía aplicarse para las personas trans, el artículo 17 (reformulado en el 21) establecía prestaciones específicas pero recortaba un derecho ya garantizado para todxs lxs adolescentes, a través de la autonomía progresiva, estableciendo que no se aplicaría en el caso de adolescentes trans que tuvieran la voluntad de realizarse intervenciones quirúrgicas.

A su vez, el texto sustitutivo añadió el artículo 20, con lo que se dio carácter de ley a las guías y protocolos generados.

Está claro que estos tres artículos (19, 20 y 21) de la Ley N.º 19.684 reflejan el enfoque y la experiencia de la UDA, con la intención de consolidarla y amplificarla en el sistema de salud. Básicamente se legisló sobre lo que ya se estaba implementando desde la

experiencia de la UDA. No obstante, el artículo 21 también refleja los frenos sobre el avance del enfoque, en particular su circunscripción de forma integral al mundo adulto y a la disputa de que lo público no avance sobre el ámbito de lo privado, entendiéndolo como un avasallamiento del Estado sobre el ámbito de “la” familia.

La adopción del enfoque de la UDA va más allá de estos tres artículos de la ley y puede verse ampliada en el decreto reglamentario, donde se retoman los postulados en los que se hace énfasis desde la medicina familiar y comunitaria: instrumentar la atención desde el primer nivel de atención de una forma integrada e integral, garantizando el seguimiento longitudinal de las personas y conformando equipos multidisciplinarios de referencia para la atención. Asimismo, se establece la necesidad de generar mecanismos de sensibilización y capacitación para asegurar una atención de calidad, y se crean tanto estos mecanismos como su contralor. También se explicita qué se entiende por salud integral en el caso de las personas trans, comprendiendo todas las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades de salud en promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y se incluyen las prestaciones generales y específicas que deben brindar los prestadores de salud del sistema.

En este marco, a partir de esta reglamentación, se establece la obligación de todo prestador (público y privado) de brindar tratamientos hormonales, mastectomía plástica, mastoplastia de aumento, orquiectomía, histerectomía más anexectomía y terapéutica de voz. A su vez, los servicios especializados deben brindar a las usuarias trans penectomía y orquiectomía, acortamiento uretral, vaginoplastia, vulvoplastia y clitoroplastia; y a los usuarios trans, vaginectomía, vulvectomía, alargamiento uretral, faloplastia, escrotoplastia, inclusión de implantes testiculares y peneanos (faloplastia). Solo en el caso de las cirugías especializadas, se realizaba esta lectura binaria sobre la identidad de género, dividiendo entre usuarias y usuarios trans.

En la tabla 7 se presenta un comparativo entre la redacción original de los artículos, la que fue finalmente aprobada (versión modificada) y el decreto reglamentario de la ley sobre los artículos modificados.

Tabla 7. Comparativo entre artículos sobre salud en proyecto de ley original presentado por el Poder Ejecutivo, con sus modificaciones en el Parlamento y su reglamentación posterior

Artículo original	Artículo modificado	Decreto reglamentario
<p>Artículo 16. (Derecho a la salud).- Las personas trans tienen derecho al acceso a los servicios de salud tal cual lo disponen los artículos 1.º y 3.º de la Ley N.º 18.211, de 5 de diciembre de 2007, (Sistema Nacional Integrado de Salud), sin ningún tipo de discriminación y/o patologización por su identidad de género.</p> <p>Artículo 17. Todas las personas mayores de dieciocho años de edad podrán, conforme a la presente ley, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o a tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, de acuerdo a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad de intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se</p>	<p>Artículo 19. (Derecho a la salud).- Prohíbese toda forma de discriminación de las personas trans que anule o menoscabe el derecho al acceso a los servicios de salud conforme a la Ley N.º 18.211, de 5 de diciembre de 2007 (Sistema Nacional Integrado de Salud) y a los brindados por los demás prestadores habilitados por ley.</p> <p>Artículo 20.- (Guías de recomendación o protocolos de actuación).- Para el abordaje de las necesidades sanitarias de las personas trans, la autoridad competente debe elaborar guías de recomendaciones o protocolos de actuación que prevean la constitución de equipos multidisciplinarios y especializados en identidad de género y diversidad sexual. Los prestadores de salud deben garantizar en forma permanente a las personas trans y sus familiares:</p> <p>A) El derecho a la información, orientación y asesoramiento en relación con las necesidades de apoyo específicamente ligadas a su condición de persona trans, conforme a los principios y directrices de la presente ley.</p> <p>B) El respeto a la confidencialidad de los</p>	<p>Artículo 29.(Atención): La atención a personas trans será brindada en un contexto libre de discriminación, sin que esto signifique habilitar espacios, horarios o días específicos para la atención de esta población.</p> <p>El universo de servicios de salud que comprende el presente artículo son los prestadores integrales integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), Sanidad Policial, Sanidad Militar, Intendencias, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado y a todo prestador de salud que brinda algún tipo de cobertura de tipo parcial.</p> <p>Las personas trans podrán consultar para solicitar acompañamiento en procesos de transición en el propio prestador de salud. Esta atención deberá estar instrumentada desde el primer nivel de atención, integrada al resto del sistema, garantizando seguimiento longitudinal y estableciendo adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Los prestadores comprendidos deben brindar atención a las personas trans según se dispone en el presente Decreto, observando lo establecido en la Ley N.º 19.684 de 26 de octubre de 2018, su reglamentación, las guías clínicas y pautas de atención aprobadas por el Ministerio de Salud Pública, y otorgar las prestaciones incluidas en el SNIS son: los prestadores integrales, Sanidad Policial y Sanidad Militar. Sin perjuicio de su integralidad, la atención a personas trans será prestada por los profesionales de la salud competentes en cada disciplina y especialidad, de acuerdo con las guías clínicas y pautas de atención aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Artículo 30 (Implementación de la atención): Cada prestador deberá implementar la atención teniendo en cuenta los siguientes aspectos básicos:</p> <p>A) Las/os médicas/os de referencia con que cuenta la institución deben ser capaces de brindar la primera atención a personas trans que consulten en el servicio, teniendo a su cargo el seguimiento longitudinal. Estarán habilitados para solicitar paraclínica de inicio de tratamiento hormonal según el caso, y según su formación tendrán habilitación para iniciar tratamientos hormonales. En todos los casos deben ser capaces de brindar atención a personas en tratamiento hormonal y estar al tanto de tratamientos quirúrgicos de forma tal que puedan hacer el enlace post alta hospitalaria.</p> <p>B) Cada institución deberá conformar un equipo de referencia multidisciplinario que tendrá por cometidos: abordar las situaciones de mayor complejidad, brindar atención a personas</p>

<p>requerirá, únicamente el consentimiento informado de la persona.</p> <p>Para el caso de personas menores de dieciocho años se regirá por el mismo criterio establecido en los incisos 7o y 8o del artículo 5o de la presente ley, conforme al derecho al libre desarrollo personal consagrado en el <i>Código de la Niñez y la Adolescencia</i>.</p> <p>Los prestadores de salud, sean estatales y/o privados, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.</p> <p>Todas las prestaciones de salud contempladas en la presente ley quedan incluidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.</p>	<p>datos relativos a la identidad de género de las personas trans en todos sus procedimientos.</p> <p>C) Al consentimiento informado y a un proceso de decisión compartido para personas trans.</p> <p>D) Los derechos consagrados por la presente ley.</p> <p>Todas las prestaciones de salud contempladas en la presente ley quedan incluidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud y es obligatoria para los demás prestadores públicos y privados de salud habilitados por ley, conforme lo disponga la reglamentación.</p> <p>Artículo 21. (Derecho a la atención integral).- Toda persona trans tiene derecho a una atención integral para adecuar su cuerpo a su identidad de género, que comprenda como mínimo todos los programas y prestaciones que se determinen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley N.º 18.211, de 5 de diciembre de 2007 (Sistema Nacional Integrado de Salud), incluidos los tratamientos medicoquirúrgicos.</p> <p>Los derechos y obligaciones de las personas trans respecto de los tratamientos, programas y prestaciones referidos en el párrafo anterior, se regirán en lo pertinente por lo dispuesto en los artículos 8o y 11 bis de la Ley N.º 17.823, de 14 de septiembre de 2004 (Código de la Niñez y Adolescencia) y en las disposiciones contenidas</p>	<p>trans según la formación del médico de referencia y referirlas para su seguimiento longitudinal, evaluar en conjunto con el equipo básico la oportunidad para indicar tratamientos hormonales y quirúrgicos buscar alternativas de acceso a técnicas o procedimientos alternativos en caso que no haya indicación de estos tratamientos, y según el caso, coordinar las intervenciones dentro y fuera de la institución. Asimismo, deberán ser el vínculo con el Ministerio de Salud Pública para la aplicación de la ley en el prestador. El equipo de referencia podrá ser propio del prestador o por convenio con otros prestadores que actúen en el territorio. En este último caso se debe contar con razones fundadas que estén vinculadas a la cantidad de población usuaria y características de la localidad en que preste servicios el prestador.</p> <p>Artículo 31 (Criterios de actuación): El prestador deberá asegurar la integralidad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos/as involucrados en los servicios brindados a personas trans, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de estos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre el personal de salud, los equipos básicos y el equipo de referencia institucional.</p> <p>Artículo 32 (Atención Integral): Se entiende por "atención integral para adecuar su cuerpo a su identidad de género" al desarrollo de una atención sanitaria que comprenda todas las acciones necesarias para satisfacer las necesidades de salud de las personas trans en promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando lo previsto en el Anexo I y Anexo II del Decreto N.º 465/008, de 3 de octubre de 2008, Decreto N.º 289/009, de 15 de junio de 2009, Ordenanza N.º 289/2018, de 16 de abril de 2018, correspondientes al Plan integral de atención a la salud (PIAS).</p> <p>Artículo 33 (Contralor): En el marco de lo dispuesto por la Ley N.º 19.684, de 26 de octubre de 2018, el Ministerio de Salud Pública definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención. Para este fin conformará un equipo de referencia nacional integrado por representantes con formación en la temática de cada una de las disciplinas y especialidades que componen los equipos de referencia institucionales.</p> <p>El Ministerio de Salud Pública ejercerá el contralor general al respecto de la prestación de servicios que se reglamentan en el presente Decreto. La Junta Nacional de Salud, en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, controlará que los prestadores que integran dicho seguro brinden las prestaciones respectivas de conformidad con la ley.</p> <p>Artículo 34 (Programas integrales de prestaciones): De acuerdo con el artículo 45 de la Ley N.º 18.211, de fecha 5 de diciembre de 2007, aquellas entidades que integren el SNIS deben</p>
---	---	---

	<p>en la Ley N.º 18.335, de 15 de agosto de 2008 (Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud) y su reglamentación. Para que las personas menores de dieciocho años accedan a intervenciones quirúrgicas genitales irreversibles con el fin de adecuar su cuerpo a su identidad de género, la autorización o la anuencia de los representantes legales será de precepto.</p>	<p>suministrar en forma obligatoria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública con recursos propios o contratados. La definición taxativa de las mismas comprende:</p> <p>A) Garantizar el acceso a profesionales de referencia con capacitación específica desde el primer nivel de atención.</p> <p>B) En relación con procedimientos e intervenciones:</p> <p>1) Para todo prestador comprendido en la presente reglamentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tratamientos hormonales a personas trans según normativa vigente. * Mastectomía plástica. * Mastoplastia de aumento (incluye colocación y prótesis). * Orquiectomía. * Histerectomía más anexectomía. * Terapéutica de voz. <p>2) En servicio especializado:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para usuarias trans - Penectomía y orquiectomía, acortamiento uretral, vaginoplastia, vulvoplastia y clitoroplastia. * Para usuarios trans - Vaginectomía, vulvectomía, alargamiento uretral, faloplastia, escrotoplastia, inclusión de implantes testiculares y peneanos (faloplastia).
--	--	---

Fuente: Elaboración propia (2022)

Capítulo 7. ¿Y ahora? Desafíos para la continuidad de la implementación del modelo

1. Introducción

En este capítulo se abordan los desafíos para la implementación del modelo de la UDA en el contexto actual, es decir, con posterioridad a lo analizado en el capítulo 6.

Como se estudió en el capítulo anterior, el escalamiento del modelo de atención de la UDA implicó la generación de una línea de política sanitaria (materializada a través de la descentralización de la atención, pero especialmente visible a través de la existencia de protocolos y de guías a nivel de la atención pública en salud), así como su concreción más general, especialmente a través de la *Ley integral para personas trans*. Con esta última se buscó generar un cambio más permanente en la política que no pudiera deshacerse fácilmente, por ejemplo, en caso de que cambiaran las autoridades del sistema político. En 2020, se generó un cambio en la orientación del Gobierno con la victoria de una coalición de la que participan partidos de derecha, algunos con posturas ultraconservadoras en materia de género y diversidad genérico sexual. Entre los socios de esta coalición de gobierno, el partido encargado de dirigir el ente rector de las políticas de salud (el Ministerio de Salud Pública) es Cabildo Abierto, un actor político de muy reciente creación. Este partido es el que tiene las posturas más conservadoras de la coalición de gobierno en relación con género y diversidad y un discurso que alude explícitamente al combate de la “ideología de género”. De hecho, desde la bancada parlamentaria de Cabildo Abierto se promovió un proyecto de ley con base en esta postura que busca prohibir el lenguaje inclusivo en las instituciones públicas, al que define como alteraciones gramaticales y fonéticas que desnaturalizan el idioma español y que están basadas en esta “ideología” (Monzillo, 2022, marzo 23).

Estos cambios a nivel de la conducción política del Gobierno y de la correlación de fuerzas en el Parlamento, con mayor peso de posturas conservadoras en esta área, pueden dar cuenta del cierre de la “ventana de oportunidad” que existió para insertar en agenda las problematizaciones en torno a diversidad genérico-sexual en salud, lo

cual podría representar un obstáculo para la implementación de la política que aquí se analiza.

Otro de los obstáculos fue más general y se vincula con la emergencia en el mundo de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. A raíz de esta situación, los recursos del sistema sanitario se concentraron en la atención y prevención de las olas de este virus, cambiando las prioridades de atención.

En este capítulo se abordan, por tanto, los desafíos para la implementación de la política de salud hacia las personas trans teniendo en cuenta estos potenciales obstáculos, pero también los elementos idealmente facilitadores, proporcionados por la formalización del modelo en protocolos, guías y en la normativa nacional.

Para su elaboración, se analizaron fuentes primarias y secundarias. Principalmente se incluye el análisis de entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, aunque también se hace referencia al análisis de prensa.

2. Normativa

2.1. Existencia de protocolos, guías y de la *Ley integral para personas trans*

La existencia de protocolos y guías fue analizada en el capítulo anterior como uno de los elementos que le permitió al modelo de la UDA expandirse más allá de su experiencia particular, alcanzando potencialmente a todo el ámbito del mayor prestador de salud pública del Estado, ASSE.

Dentro de las fases analíticas del ciclo de las políticas públicas (Subirats et al., 2008), después de la identificación de un problema como público y de su incorporación en la agenda, la tercera etapa viene dada por el diseño de la política, donde se encuentran protocolos, leyes u otros documentos en los que la intervención se define formalmente. En el modelo analítico, esta fase es previa a la implementación, que sería la cuarta fase del modelo; en esta, idealmente se adapta el programa de la política a las situaciones concretas a las que debe enfrentarse en el micro nivel.

Como se indicó desde el comienzo de este trabajo, en el caso de estudio de esta tesis la implementación antecede al diseño más general de la política, proporcionado inicialmente en los protocolos y guías y, con posterioridad, en la ley. En ese sentido, se da la particularidad de que el escalamiento de la experiencia ya considera desde su base la práctica concreta, y lo que hace es generalizarla.

En los estudios sobre la implementación de diseños de política generados “desde abajo hacia arriba”, este hecho es considerado una fortaleza debido a que en los diseños tradicionales pueden existir brechas de implementación cuando se producen conflictos entre quienes diseñan la política y quienes la ejecutan, debido a que los primeros no se encuentran en el terreno de aplicación. Así, en los diseños de “arriba hacia abajo” pueden registrarse problemas que en la fase de implementación alejen la política de su diseño original, al entrar en juego las subjetividades de los ejecutores de la misma. En este sentido, a nivel teórico, diseños como el de la UDA, que nacen desde la

implementación, podrían presentar menos dificultades para concretarse que los tradicionales.

Además, en este tipo de implementación puede existir una mayor incorporación de la mirada de usuarixs de la política, dado que esta se genera en vinculación directa con su experiencia.

A esto se suma que, en un contexto que podría no ser tan favorable a perspectivas como la que inspiraron esta política en concreto, el hecho de contar con protocolos, guías y también con la ley podría configurarse como un elemento que dé más fortaleza a la institucionalización de esta línea de política, lo que haría más difícil retroceder o el generar un cambio de modo abrupto.

Para analizar de un modo comprensivo la implementación posnormativa en cuanto a la continuidad y expansión del modelo de la UDA, debería analizarse no solo lo que ocurrió en el marco de la experiencia de Saint Bois, sino también su descentralización efectiva. En el capítulo anterior, con base en el análisis de la información secundaria, se veía que, pese al cambio en la política de salud, aún existían dificultades para la descentralización efectiva del modelo, con especial hincapié en la formación y sensibilización de los equipos de salud: esto también se reflejaba en la altísima demanda de personas trans sobre el servicio de la UDA, lo que en este contexto tiene una dimensión dual. Por un lado, señala la gran aceptación de la UDA entre usuarixs trans y la capacidad de este servicio de quebrar barreras que existían para el efectivo ejercicio del derecho a la salud de esta población. Por otro, marca las limitaciones del escalamiento, en tanto concentra la experiencia en la UDA.

(...) la idea es esto de la descentralización, y que cada uno pueda acceder en su lugar y que nos hagan la interconsulta los técnicos o las técnicas o que después de que tengan consulta, quizá algún paciente tenga que venir. Pero que ya tenga un montón de cosas hechas y esté en proceso, y que sea una cuestión de interconsulta puntual. O quizás para el ingreso a una segunda etapa, el proceso del que quiere cirugía, mastectomía, entonces la puerta de entrada somos nosotros. Pero viene para eso. Entonces, en este momento nosotros incluso antes de la pandemia ya habíamos hecho un protocolo para

mandar a RAP, este plan de cómo trabajar. De decir “nosotros no somos un servicio específico”. Pero la RAP lo tiene también como que nosotros vemos usuarios trans, pero que se entendiera que hay un montón de bibliografía escrita que es para apoyar a los equipos del primer nivel y que no vamos a ser los únicos. (Entrevista 2, 2021)

Otro elemento que debe tenerse en cuenta en este sentido es la dificultad para implementar lo establecido en la *Ley integral para personas trans* y en su decreto reglamentario en lo que respecta al acceso a tratamientos específicos e intervenciones quirúrgicas en la totalidad del sistema de salud, pero también en la UDA. En ese sentido, se señaló un incumplimiento en lo que respecta a asumir el costo de implantes, que estaban incluidos en el decreto reglamentario de la ley. Esto representaba un déficit en la atención que repercutía negativamente sobre las personas que no tenían recursos económicos para poder pagar los implantes, de modo tal que se generaba una exclusión que condicionaba la calidad de la atención a la capacidad de pago, no a las necesidades de las personas

Como señaló una integrante de la UDA: “Los implantes los siguen abonando. Así que también hay un sesgo hacia el que puede, no el que quiere” (Entrevista 3, 2021).

Como indicó uno de lxs médicos de la UDA:

En lo que estamos teniendo dificultad es en lograr que se cumplan algunos artículos de la ley trans, sobre todo en lo que refiere al acceso a las cirugías de colocación de implantes mamarios para mujeres trans. Porque la ley lo nombra de una forma genérica; durante un tiempo quedó en un limbo, donde no se sabía si incluía o no la prótesis, que tiene un costo mínimo de 600, 700 dólares. Pero la reglamentación de la ley dice a texto expreso que se incluye la compra de los implantes mamarios para las cirugías. De manera que todavía no lo hemos logrado hacer, justo vino la pandemia, desde el año 2019 empezamos a machacar con la necesidad de cumplimiento de esto... tal vez tarde, se nos abrió un hiato de un año, pero empezamos a machacar, empezó la pandemia, y todo quedó para atrás. Pero ahora que se están retomando las cirugías tengo varias usuarias iniciando su valoración con el servicio de cirugía plástica

para la colocación de implantes mamarios a las que les han dicho que deben comprar los implantes. Me toca justo a mí porque son usuarias que conozco desde siempre, he llamado a la cirujana, he explicado, estamos con esa dificultad. Eso va a depender de una decisión política, y ahí me parece que algo va a suceder. Ya lo veremos. Hoy por hoy hay una ley vigente y dice lo que dice, y si no se cumple, la responsabilidad la tiene que asumir quien la debe asumir. Que no soy ni yo que soy el médico tratante, ni la cirujana, es la dirección del centro de salud donde se asiste. (Entrevista 1, 2021).

Esto también fue denunciado desde el activismo trans: “(...) los prestadores de salud públicos y privados están queriendo cobrar a las compañeras las prótesis en casos de mastectomías de aumento y ponen obstáculos a las masculinidades trans en cirugías de mastectomías. Tampoco se han conformado los equipos multidisciplinarios con formación específica para la atención de manera integral” (González, 2021, septiembre 24). En este punto, desde el activismo se denunció que, de esta forma, no solo se estaba violando la normativa, sino que incurría en violencia institucional contra las personas trans y “(...) podrían estar incurriendo en la cooperación al proxenetismo, ya que la mayoría de nuestras compañeras son trabajadoras sexuales y, por ende, la única manera de ingreso es esta actividad. También hay que saber que muchas de nuestras compañeras están desempleadas —no por opción—” (González, 2021, septiembre 24).

Al igual que se indicaba desde el activismo, para lxs médicos de la UDA la realidad “cambió poco” después de la aprobación de la ley. Según afirmaron, la mayoría de los prestadores de salud no contaban con atención a personas trans ni con personal capacitado para esa atención: “[no hay] mucha voluntad de eso. Alguna vez llegan consultas de algún prestador de salud privado, frente a alguna situación puntual, pero son consultas más orales. Todavía en eso falta la implementación de la ley” (Entrevista 1, 2021).

Tampoco identificaban modificaciones relevantes en otras áreas clave, como las vinculadas a los puntos más polémicos del debate público de la ley, donde en la práctica se seguían rigiendo por la normativa anterior:

(...) en cuanto a los adolescentes, la realidad es que no cambió nada. La norma en la que nosotros nos amparamos para iniciar o hacer determinadas intervenciones en adolescentes antes de la aprobación de la ley era el Código de la Niñez y de la Adolescencia. Luego de la aprobación de la ley, también lo es, porque la ley no hace referencia específica a la edad salvo en las cirugías. Entonces, en eso nos rige el mismo código, valoramos la madurez, la capacidad de entendimiento del o la adolescente, y basados en su autonomía progresiva podemos prescribir determinado tratamiento o no. Y eso lo hacíamos de esa manera antes y lo hacemos de esa manera ahora. El Código está por encima de la ley. (Entrevista 1, 2021)

Por otra parte, existe otro elemento que, pese a que el tiempo para el desarrollo de la experiencia es muy acotado, también puede ser foco de análisis: dentro del modelo del ciclo de las políticas públicas, las distintas fases interactúan de un modo dinámico, de tal forma que pueden existir modificaciones en el diseño con base en la interacción entre este y la realidad sobre la que pretende actuar. En este sentido, si bien la normativa fue considerada como un elemento facilitador debido a que institucionalizaba una práctica, también debe tenerse en cuenta que esta dialogó con la implementación que le dio origen desde la UDA, y que se fue modificando.

De hecho, en las entrevistas con integrantes del equipo de la UDA, se indicó que, en un comienzo, como parte del aprendizaje existieron errores en los protocolos que luego se corrigieron (Entrevista 1, 2021), o se identificaron rigideces innecesarias en el proceso, producto de las inseguridades del equipo debido a la inexperiencia con población trans.

Como señala una de las personas entrevistadas:

Eso estructurado de decir: empieza la hormonización, a los tantos meses tenemos que hacer tal cosa... eso lo hemos cambiado, porque cada uno tiene que centrarse en el paciente que ve. Se hace mucho control clínico y en realidad medir la testosterona, ¿cada cuánto y por qué? Nos empezamos a devolver las preguntas de qué es lo que buscamos. Y con qué sentido se hace cada tres meses, no habrá que diferirlo cada

seis... entonces eso ha ido cambiando nuestra propia práctica también, porque nos ha dado todo este tiempo de historia, como también una cuestión de más seguridad en el accionar. (Entrevista 2, 2021)

De todas formas, es claro que, desde el marco habilitante, la normativa (y la ley en particular) brindaron mayores seguridades al equipo de salud de la UDA para realizar las intervenciones. En este sentido, se expresó que el tener un marco legal como el de la ley integral facilitaba la práctica del servicio, así como la coordinación con las intervenciones que se realizaban en otros niveles. Incluso el acortamiento de los períodos, fundamentado en la práctica y en la experiencia, se vincula en el relato con el respaldo que daba la normativa para poder llevar adelante este cambio:

Lo que se modificó fue acortar los períodos. Al principio, por un lado no teníamos una ley que lo avalaba. Entonces lo estábamos realizando porque teníamos la convicción de que era así, pero es diferente cuando uno tiene una ley donde expresamente está diciendo que dentro de los procesos de salud para la población trans, hay determinadas pautas, y uno se puede regir por esas pautas. Entonces, los procesos por ejemplo para comenzar un proceso de hormonización, teníamos bastante cuidado porque no es lo mismo si uno conoce al usuario porque ya es usuario del servicio, ¿no? Y ya lo conocés, está en familia... que pasa bastante, al principio no era el caso. Que es un niño que desde que nació lo conocemos, porque la madre, la embarazada, se hacía los controles ahí, después volvía en pediatría, y ahora es adolescente y está en un período de transición... pero ya lo conocemos, conocemos a la familia, lo conocemos a él. Fuimos acompañando los procesos de su infancia en relación a la identidad y hoy es un adolescente, y ese adolescente quiere comenzar un proceso de hormonización y uno en ese momento lo que veía (y ahora también), en la escala de Tanner en qué etapa se encuentra para comenzar. Pero hoy, tenemos esa ley que nos está apoyando. En ese momento, nosotros lo que sí intentábamos era recurrir a otras leyes, que tenían que ver con los derechos sexuales y reproductivos, nos apoyábamos en los derechos del niño y del adolescente y en la autonomía progresiva, pero con más cuidado, en el sentido que hoy tenemos además de la ley una trayectoria y un conocimiento y una experticia (...). (Entrevista 3, 2021)

3. Obstáculos

Como se vio en el apartado anterior, si bien desde el modelo teórico se concibió la normativa como un elemento facilitador para la consolidación de la experiencia puesto que proporcionaba un marco de mayor formalización que permitía su vez la continuidad de esta y su expansión, en la práctica se generaron dificultades asociadas a la implementación aún en este contexto “facilitador”.

¿Qué ocurre entonces con los elementos que se identificaban como posibles obstáculos?

En este apartado se analizan dos de ellos: i) la situación de la pandemia ocasionada por el virus COVID-19 en Uruguay en relación con la atención en salud de las personas trans; y ii) la percepción del cierre de la “ventana de oportunidad” para trabajar esta agenda en las políticas públicas.

Debido a que se trata de una situación muy reciente, ambos se analizan fundamentalmente a partir de las percepciones del equipo de la UDA, y se incluye información complementaria con base en fuentes secundarias en caso de que se encontrara disponible.

3.1. Situación de la atención después de la COVID-19

El 11 de marzo de 2020 se declaró la pandemia internacional por SARS-CoV-2 (COVID-19). En Uruguay, el primer caso de esta enfermedad se registró el 13 de marzo de ese año y, desde ese día, se declaró la emergencia sanitaria (Medina, 2020).

Si bien a diferencia de otros países en Uruguay no se aplicó una cuarentena obligatoria, existió un fuerte mensaje en la primera etapa de la pandemia que apelaba a permanecer en el hogar, sostenido desde las autoridades del Gobierno y desde otras esferas relevantes para la vida institucional y social del país. A ello se suma un

reordenamiento de las prioridades en salud, que pasaron a focalizarse en la atención a la pandemia.

Según indicaron lxs entrevistadxs, se produjeron cambios generales en este sentido que afectaron todos los servicios sanitarios en todos los niveles de atención.

Primero hubo un corte de la atención al inicio, cuando se declaró la situación de emergencia, luego hubo un reinicio sin presencialidad, algunas situaciones puntuales cuando iban... pero además fue brutal porque la gente recibió el mensaje de que no tenía que ir, no desde el equipo de salud, sino desde los otros sitios del Estado, desde el Poder Ejecutivo, etc. La gente cumplió esos mandatos y no iba. (Entrevista 1, 2021)

Cuando se reabrieron las agendas, de un modo fundamentalmente remoto (se agendaba por teléfono), las principales restricciones para el acceso eran los límites a la movilidad y no contar con una línea para poder comunicarse. Posteriormente, el “filtro” para la atención se hacía en función de la priorización que establecía el personal médico. En este sentido, se consideró que el problema de acceso era general, y el equipo de la UDA no observó que existiera una dificultad específica para las personas trans. En ese momento se priorizó que las personas trans tuvieran acceso a la medicación que no interrumpiera los tratamientos de hormonación:

(...) la gente se agendaba, la llamábamos, intentábamos priorizar que mantuvieran el acceso a la medicación -eso sí se pudo hacer- y la gente que estaba agendada... obviamente hubo gente que nos quedó por fuera que ya te digo, veremos ahora cómo la recibimos. Pero la gente agendada venía manteniendo un tratamiento de hormonización, le dejábamos la prescripción y accedían a las recetas para ir a la farmacia. La farmacia tiene su propia organización, fuera de la pandemia y dentro de la pandemia también. Pero en general, con algunas dificultades que fueron para todas las personas, yo creo que en ese sentido no fue especialmente peor para las personas trans, una vez que estaban ya conectadas con el servicio. Me parece que ahí el problema es de antes y viene por las otras vulneraciones al acceso. (Entrevista 1, 2021)

Con esto de la pandemia y la no presencialidad, nosotros no es que dejamos de atender: siempre seguimos los criterios que estaban pautados. Hacer consulta telefónica... pero siempre se mantuvo alguna presencial, o se hablaba por teléfono y se le decía "bueno, vení y te examino tal día". Eso en general del servicio. Pero claro, la no movilidad ha hecho que la gente no pudiera venir. Mucha gente que viajaba de otros departamentos no se podía mover. (Entrevista 2, 2021)

Paradójicamente, dentro del equipo de salud se habían analizado las externalidades positivas que había tenido la restricción de la movilidad, en el sentido de que había impulsado movimientos hacia la descentralización en usuarios y referentes departamentales.

A nosotros nos pasaba que por ejemplo de los servicios de salud de Colonia, capaz que escribían diciendo: "tenemos un usuario trans, queremos saber qué tenemos que hacer. No accede a la medicación y tal". Yo no lo podía recibir. Porque no podía moverse. Entonces le decía: "ese paciente está en tratamiento, gestióné una consulta". Tramitar eso de que el hospital se tenía que hacer cargo de su tratamiento en lo local. Entonces capaz que en eso un poco generó algo positivo de que se visualizara esta cuestión en distintos lugares, que es un poco la idea de proceso. Y además como ya está la ley, capaz que a nivel país se puede decir "está el Saint Bois, pero no pueden ir, busquemos la forma para ver cómo solucionamos". Creo que todos estos años, en esto de la pandemia, la no movilidad ha favorecido a esa búsqueda. (Entrevista 2, 2021)

Por otra parte, también debido a que el criterio para priorizar las intervenciones en pandemia tenía que ver con el carácter de urgencia y las intervenciones quirúrgicas a las personas trans no entraban dentro de ese criterio, hubo un problema de acceso a estas prestaciones.

Las cirugías de coordinación hubo unos meses que se retomaron, no sé si agosto a diciembre del año pasado [2020], en diciembre se suspendió todo y se retomaron este mes de julio. De manera que lo que tenemos es una enorme acumulación de personas que ya habían sido valoradas en 2019 y 2020, y que todavía no han accedido a las cirugías que tenían pautadas. No estamos pudiendo dar respuesta a eso, pero de nuevo, no afecta particularmente a las personas trans porque las cirugías de coordinación quedaron todas para atrás. No tenemos los elementos para darle una prioridad distinta a las cirugías para personas trans, que son cirugías en las que no hay riesgo vital por lo menos desde el punto de vista físico y orgánico. Y esas son las cirugías que están priorizadas. Así que de apoco iremos retomando. (Entrevista 1, 2021)

En relación a las intervenciones quirúrgicas, claro que sí hay una demora y hay un retraso muy grande en las intervenciones quirúrgicas que se venían realizando por año. De neo de vulva por ejemplo en estos dos años de pandemia no se realizó ninguna, que se venían realizando dos por año. Entonces sí, hay una disminución. (Entrevista 3, 2021)

Fuera de la UDA, también se indicaron dificultades en el acceso a la medicación, debido a barreras administrativas en la implementación de la política que se acrecentaron con la situación de la pandemia. Sobre este punto, se identificaron barreras administrativas en la implementación, que afectaban el acceso a la medicación fuera del Saint Bois:

(...) las farmacias tienen que tener acceso a la medicación y esa es una gestión que la tienen que resolver, porque si no, tienen barreras administrativas. Entonces, los técnicos ya saben eso. Hay muchos técnicos que se formaron acá y que trabajan en barrios lejos, y tienen sus usuarios trans, y lo único que hacemos nosotros es cambiarles la receta. Porque el Saint Bois tiene la medicación y otros no. Y hay otros que se atienden en otro lados y van al [Hospital] Maciel, que trabaja una endocrinóloga

que trabajó con nosotros en la guía, y lo único que hace es casi cambiarle la receta, porque también revisás y decís “bueno, usuario en atención, tiene esto, esto y esto, barrera administrativa”... pero estamos como en la falla todavía de que se pueda acceder en forma más fácil a nivel local a las medicaciones. Los hospitales pueden pedir compra directa y es más, hubieron algunas situaciones en que el Hospital Saint Bois le mandó a otro hospital porque no tenía o porque no había... por la pandemia también, porque no entraba medicación, y cubría y después se cubre, como pasa con otras cosas. Pero no está como todo muy bien todavía. (Entrevista 2, 2021)

Por otra parte, existía la percepción en el equipo de salud de que, a raíz de la pandemia, también se habían generado espacios que habilitaron la continuidad de la experiencia, precisamente porque “el foco” de atención de quienes hoy dirigen el sistema político-administrativo estuvo en otro ámbito.

Creo que la pandemia sacó el foco (...) Alejó el foco de cuestiones específicas como por ejemplo la atención a personas trans, quedó ahí y las luces se las llevaron otras cuestiones, como las camas de CTI, los ventiladores (...) Yo creo que ahora se va a venir una realidad nueva y distinta si esto nos da una tregua, el tema de la epidemia en el ámbito nacional, que vamos a ver cómo es. (Entrevista 1, 2021)

Por la importancia que tiene para reflexionar sobre la continuidad de la experiencia, esto último será abordado específicamente en el próximo apartado.

3.2. Cambio de gobierno, ¿cierre de ventana de oportunidad?

El acceso al Gobierno de partidos que se identifican con las izquierdas y progresismos en América Latina ha sido estudiado como una ventana de oportunidad (Kingdon, 1995) para posicionar la agenda de género y de diversidad genérico-sexual en la esfera de decisión gubernamental, así como se observa una retracción de esta agenda en años recientes y el acceso al Gobierno de parte de actores que presentan una plataforma reactiva a estas perspectivas (Biroli y Caminotti, 2020; Pérez y Rocha-Carpiuc, 2020).

En este marco, como se indicaba en el capítulo 5, se observa que la mayoría de las políticas públicas vinculadas a la agenda de diversidad sexual y de género en Uruguay se procesaron durante los gobiernos del partido de izquierda/centro izquierda Frente Amplio, que en 2020 terminó el tercero de sus períodos de gobierno y le dejó paso a una coalición de partidos de derecha y centro derecha. A título individual, pero también colectivo, algunos de lxs integrantes de esta coalición de gobierno sostienen un discurso que explícitamente rechaza el enfoque que está en parte de las políticas de la agenda de diversidad sexual y de género y en particular, el que garantiza derechos en la órbita de la salud sexual y reproductiva.

Cabe señalar que asociar el cambio en la orientación ideológica del Gobierno con los problemas de acceso a la hormonación y a las intervenciones quirúrgicas para las personas trans fue referido en otro trabajo, que se centraba en recoger la perspectiva de personas trans que eran usuarias de estos servicios (Altez, 2022).

Con este trasfondo, en esta tesis se buscó estudiar si desde la perspectiva de los actores de la UDA se había producido un cierre de esta ventana de oportunidad y si, en la práctica, existían retracciones que impidieran llevar adelante la política. En este sentido, una primera respuesta fue señalar que este cambio había generado temor respecto a la continuidad de esta política:

Particularmente yo tenía mucho miedo de lo que fuera a pasar, me preocupaba mucho, porque en definitiva haber logrado las muchas o pocas cosas que logramos siempre han dependido de decisiones políticas en algún momento, que van desde destinar un determinado monto para la compra de un determinado medicamento en la farmacia,

nada menor. Y hay experiencias de haber cortado con eso, no en Uruguay, pero en Argentina, y las consecuencias de eso lo que fueron... Yo estaba muy preocupado por esa situación. (Entrevista 1, 2021)

Había temores, muchos temores. En algunos momentos hubo faltantes en algunos centros de salud de hormonas, no sé si tuvo que ver con esto. (Entrevista 3, 2021)

En este contexto se expresó que no se esperaba generar avances en esta línea de política (es decir, se percibía en este ámbito el cambio como un cierre de la ventana de oportunidad), y que la aspiración era mantener lo alcanzado.

No quiero ser pesimista, no aspiramos que vayan a haber muchos cambios positivos en lograr transformaciones mayores. Yo creo que lo que tenemos que lograr es mantener estos niveles de atención, estos canales de atención, y el acceso a lo que cada persona necesita y garantizarlo desde ese lugar. (Entrevista 1, 2021)

Entre los cambios que se identificaban se mencionaron dificultades en el acceso a medicación en los servicios fuera del Saint Bois, lo que representaba un retroceso frente a la situación anterior, que se buscaban solucionar desde los propios equipos de salud.

3.3. Algunas líneas sobre el futuro

Las políticas públicas tienen también un componente subjetivo en relación con la población con la que trabajan, a la que dirigen su acción. En este sentido, como se apuntó en el análisis, un escollo es no contar con una herramienta de evaluación concreta de la experiencia que permita “cerrar el ciclo” en términos del modelo teórico, dado que los datos con los que se cuenta son dispersos y responden fundamentalmente a la monitorización. No obstante, elementos como la alta demanda de la UDA por parte de población trans, su buena evaluación con base en los datos del Censo de 2016 y otros que surgen de investigaciones independientes donde se hace referencia a la experiencia (Sempol et al., 2016; Rostagnol y Recalde, 2021), permiten considerarla como dentro de las que efectivamente han habilitado el reconocimiento de los derechos de las personas trans en Uruguay.

Si bien, al ser consultadxs por los posibles avances en la agenda, lxs actores entrevistadxs no identificaban que estos pudieran existir en el corto o mediano plazo y, más que nada, aludían a mantener lo que se había alcanzado, en distintos momentos de las entrevistas surgieron puntos que, por la vía de los hechos, representaban desafíos a futuro.

En este sentido, se mencionó que de forma reciente estaban consultando muchos niñxs en el servicio del Saint Bois y también desde otros servicios, y esto era algo que se veía “cada vez más” (Entrevista 1, 2021).

Es una situación que estaba latente y está más emergente, genera pánico, ansiedades a distintos niveles. Lo más importante es acompañar, estar, ver. Poner sobre la mesa cuáles son las problemáticas que se ven desde distintos lugares, e intervenir nada, lo menos posible. Y sobre todo intervenir muy poco en cuanto al género de esa persona. Las intervenciones son más hacia los cuidadores, cuidadoras, padres, madres, entorno, en la búsqueda de encontrar el respeto a lo que sucede. Que ni siquiera tal vez es una identidad, probablemente con 7, 8, 9 años, todavía no haya un absoluto desarrollo de la identidad. Y no es necesario. Las necesidades de encasillar son nuestras, de los

adultos y adultas. Es lo que hay que intentar por lo menos en principio no hacer. Y todo eso da mucho trabajo. Pero es en ese camino que hay que ir. (Entrevista 1, 2021)

Y últimamente las consultas por ejemplo de pediatría, de niños. Que nosotros tampoco decimos “niños trans” sino que estamos tratando de sacarle el género. Yo pienso que en unos cuántos años va a desaparecer por completo. Pero en este momento, así como hablamos de preservativos femeninos y masculinos, nosotros le sacamos el género y decimos “interno” y “externo”, también no decimos “niños” y niñas” sino niños en general con vagina y con pene. Y ahí es la identidad de género que se va construyendo. Y hay todo un trabajo también, porque hay resistencias. Más allá de que hay una ley, hay muchas resistencias. Y uno trabaja con los equipos. Vas sensibilizando, vas trabajando. Ahí en realidad uno lo tiene que trabajar antes de gestar, y ahí hay como estereotipos de género en la gestación y en la ecografía. Y no le están dando la oportunidad de pensarse por sí mismo, sino que hay un pensar de estos padres en relación a sus propios estereotipos de género que le imprimen a su embarazo. Y ahí hay que trabajarlo también. Porque si lo trabajamos en esta línea longitudinal seguramente estemos acompañando a personas a que sean más felices. No va a tener que pasar por el “pero yo soy nena y en realidad quiero ser varón” si lo trabajamos antes. (Entrevista 3, 2021).

Además, se identificaba que la demanda de lxs usuarixs se había ido transformando: desde una necesidad inicial que había estado vinculada al respeto de la identidad en la atención a otra que se había estructurado hacia las prestaciones específicas como la hormonación, y después las intervenciones quirúrgicas (mastectomía, histerectomía, implantes). Dentro de este camino no se habían realizado aún peneplastias, y no se había detectado esta necesidad por parte de personas usuarias del servicio.

Sin embargo, sí se habían detectado otras necesidades que no estaban cubiertas por las prestaciones de salud, como la preservación de gametos con fines reproductivos. En este sentido, desde el equipo se daba asesoramiento a las personas, sobre todo pensando en que algunas de ellas iniciaban tratamientos que tendrían efectos

irreversibles sobre su capacidad reproductiva, pero sin poder brindar acceso efectivo a la preservación.

Y además también plantear la cuestión anticipada de que hay ciertas cosas que estos usuarios van a requerir... una cosa es 18 años, 17, no se plantea hijos, si tiene como la cuestión clara de que quiere hormonizarse, pero hay que preguntar qué va a pasar después. Y uno le tiene que anticipar que ahora no quiere tener hijos, pero dentro de 10 años, ¿qué puede pasar? (Entrevista 2, 2021)

En esta misma línea, pensar los derechos asociados a la reproducción biológica de las personas trans (que no estuvo contemplada en la normativa), también se indicó que se estaba trabajando en problematizar la interrupción voluntaria del embarazo en varones y el embarazo con varones gestantes. En este punto, se problematizó un tema que ya se venía procesando críticamente en relación con las intervenciones en masculinidades trans, y que tenía que ver con que las intervenciones quirúrgicas se realizaban en el “hospital de la mujer”.

Estamos trabajando en hombres gestantes, y esos hombres gestantes van a parir, y nosotros tenemos como el centro de referencia al Pereyra Rossell, que es el centro de la mujer. Que ahí también tenemos que hacer un cambio de cabeza. Fijate que las intervenciones quirúrgicas de histerectomía, de implante mamario, de mastectomía, se hacen en el Pereyra. Y también el lugar donde se los hospeda es el centro de la mujer. Y a veces también eso que se tuvo que sensibilizar... pero bueno, rotan, cambian, surge el por qué esta persona está consultando aquí: “¿venís para tu pareja?”. Y si además no hicieron cambio registral, es otra traba más. Pero bueno, ahí por eso estamos nosotros más cuerpo a cuerpo en ese seguimiento, y se lo mandamos a los técnicos que sabemos que están sensibilizados. Pero bueno, para la gestación todavía no está previsto. Yo hablo con los estudiantes de pre grado cuando hablan de la mujer embarazada, yo hablo del hombre embarazado, y son gestantes, ténganlo en cuenta. Porque si bien van a haber hombres trans que van a la consulta ginecológica y que de

pronto se tienen que hacer un PAP, pero no tenemos tan registrado el control del embarazo en un hombre con barba, que va a venir a ese control. (Entrevista 3, 2021)

En estos puntos se observa cómo la demanda se densifica en vinculación con la capacidad de agencia de lxs sujetxs y con la visibilización de todas las dimensiones que configuran sus trayectorias. Un camino que esta experiencia aportó a consolidar, y que seguirá diversificándose.

Capítulo 8. Conclusiones

En esta tesis se buscó analizar de qué forma se había producido la institucionalización del enfoque de atención en salud desde un paradigma de derechos hacia las identidades trans en Uruguay, a través del estudio de caso de la Unidad Docente Asistencial (UDA) de Saint Bois.

Y, para finalizar, dando cuenta de este recorrido analítico, quiero volver sobre los objetivos que me había trazado en este trabajo. Como objetivo general me planteé analizar el modelo de atención hacia las personas trans que buscaba instaurar la experiencia de la UDA, mediante el estudio de su incorporación en las políticas públicas, entre los años 2014 y 2021.

Para alcanzarlo, tracé tres objetivos específicos: i. analizar el surgimiento del problema al que buscó responder la experiencia de la UDA de Saint Bois desde su marco interpretativo, estudiando sus principales características; ii. analizar la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la UDA; y iii. analizar los desafíos para la implementación de la política en salud hacia las personas trans promovida desde la UDA.

Cada uno de estos objetivos tenía relación con el modelo teórico con el que planteé el análisis de las políticas públicas, haciendo foco en sus componentes centrales: surgimiento del problema como público y el marco interpretativo para abordarlo (OE1); incorporación en la agenda política (OE2); e implementación y sus desafíos (OE3).

Para el primer objetivo analicé todas las dimensiones que comprendieron el surgimiento del problema. Identifiqué cuatro “ventanas de oportunidad” que fueron relevantes para posicionar este problema como público: i. una creciente politización de la sexualidad en relación con los derechos ciudadanos en Uruguay; ii. una reforma del sistema sanitario que buscó garantizar el derecho a la salud de forma universal; iii. una reforma del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UDELAR, que institucionalizó la medicina familiar y comunitaria dentro de su estructura académica; y

iv. la creación de las Unidades Docentes Asistenciales (UDA) como un espacio de articulación entre la UDELAR y el sector público de asistencia.

El primero se produjo a nivel de las políticas públicas en general, e involucró una creciente politización de la sexualidad no heterocisnormativa en relación con los derechos ciudadanos, problematizando desde esta perspectiva las políticas sociales y públicas en general. Así, se generó un entorno propicio para plantear la experiencia que aquí se analiza, que se conjugaba con los intereses de otros actores sociales que ya estaban generando un entorno para que existiera una ventana abierta para visualizar el problema.

El segundo aspecto se generó en el área sectorial específica de esta experiencia, la política sanitaria, mediante una reforma de carácter integral que buscó por primera vez garantizar el derecho a la salud de toda la población. Sin esta voluntad de avanzar en materia de cobertura universal, acceso igualitario, integralidad de la atención y equidad en salud, orientando la atención hacia las necesidades de las personas y no condicionándola ni a su capacidad de pago ni a otros factores que pueden generar una barrera para hacer uso efectivo del derecho a la salud, no habría sido posible problematizar las limitaciones para ejercer este derecho en función de la identidad de género.

El tercer aspecto está muy relacionado con la reforma del sistema de salud, y refiere a las modificaciones que se realizaron en el *Plan de Estudios de la Facultad de Medicina*, que institucionalizaron el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, la disciplina médica que protagonizó la experiencia de la UDA que aquí se estudia. Esta rama de la medicina tiene ciertas particularidades, como el hecho de apostar por la participación comunitaria en salud, priorizar el primer nivel de atención y generar abordajes integrales en salud; particularidades que son centrales a la hora de entender el marco interpretativo del problema que se traza desde este equipo de salud.

Por último, es en el marco de estas reformas que se establece la creación de las UDA, que vinculan a la UDELAR con el prestador público de salud del sistema. Es en una de estas unidades que tiene lugar la experiencia analizada.

Una segunda dimensión que se analizó se vincula con la caracterización “objetiva” del problema. Aquí se toman dos elementos: i. la vulneración de derechos de la población trans, para lo cual se sintetizan los principales hallazgos de una serie de investigaciones realizadas en Uruguay; y ii. La situación específica en relación con la salud de la población trans, sistematizando los datos disponibles de una serie de investigaciones que abordan el tema.

Dado que se considera que el problema se compone de una realidad objetiva mediada por un marco interpretativo, la tercera dimensión aborda los marcos rivales a los de la experiencia de la UDA Saint Bois. Se identifica en este sentido que estos marcos rivales son principalmente dos: i. el modelo patologizador hacia la población trans, que actuaba bajo el diagnóstico de disforia de género, y que comenzó a desarrollarse desde la parte asistencial de la academia pública con anterioridad a los cambios que se analizan en la dimensión de apertura de ventanas de oportunidad; y ii. el modelo que se focalizaba en la atención al riesgo de la población trans (principalmente en relación con las ETS), llevado adelante desde el sector público asistencial. Ambos modelos incorporan actores de espacios que serán clave para la experiencia de la UDA (la Facultad de Medicina de la UDELAR y el sector público asistencial), pero de un modo que se circunscribe a un marco interpretativo distinto, que busca abordar el problema a través de un abordaje patologizador, focalizado, que llevó al diseño de dispositivos específicos para la atención de población trans.

Por último, la cuarta dimensión de análisis abordó el marco interpretativo de los actores vinculados a la UDA de Saint Bois. Aquí se analizó, en primer lugar, cuáles son los antecedentes de lo que será este marco interpretativo en el que se basa la experiencia. Luego, se abordaron dos dimensiones para explicar las claves del marco interpretativo de la UDA Saint Bois: i. el énfasis en la integralidad de la atención en salud, que se explica mediante el abordaje de la atención en salud desde la perspectiva disciplinar de la medicina familiar y comunitaria; y ii. El abordaje despatologizador, que, tomando como orientación la perspectiva de derechos que se recomienda en los Principios de Yogyakarta, se explica a través de cuatro aspectos presentes en la experiencia de la UDA: a. el énfasis en alcanzar una atención no discriminatoria; b. la existencia de un consentimiento informado como base para la atención y el desarrollo

de dispositivos centrados en la experiencia de la persona usuaria; c. la existencia de mecanismos de capacitación y formación desde un marco de derechos; y d. considerar la identidad trans como una expresión más de la identidad de género, es decir, dejar de considerarla como un trastorno.

Como segundo objetivo me propuse analizar la incorporación en la agenda política del marco interpretativo de la UDA. Para este analicé, desde un enfoque “de abajo hacia arriba”, a la UDA como un espacio generador de política, no simplemente como ejecutor de esta. Así, estudié la generación de distintos instrumentos por parte de la Unidad que fueron tomados por el sistema de salud: un protocolo y una guía de hormonación, junto con sus respectivos consentimientos informados. A su vez, también abordé la descentralización de la experiencia.

Para ver la influencia de la UDA no solo en las políticas de salud, sino en las políticas públicas en general, estudié su escalamiento a través de dos ámbitos: el *Plan Nacional sobre Diversidad Sexual de Uruguay* y la *Ley integral para personas trans* (n.º 19.684 y su decreto reglamentario, n.º 104/019).

La relevancia de esta última fue central, y permitió visibilizar claros puntos de contacto entre el discurso del equipo de la UDA con el de quienes promovían el cambio legal mediante esta ley, tanto desde los movimientos sociales como desde el sistema político partidario. Así, la valorada excepcionalidad uruguaya, el relato igualitarista, y la agenda de reformas de la izquierda tuvieron un punto de apoyo en esta experiencia. Que, por otra parte, fue la primera en la que la oposición encontró un lenguaje común para oponerse a la concreción de estos derechos, el de la llamada “ideología de género”. Y aunque no prosperó en impedir que la ley se aprobara, sí le impuso límites tangibles, en relación con circunscribir ciertas discusiones al mundo adulto, recortando de hecho derechos que ya existían para lxs adolescentes.

Diez años después de que una reforma integral del sistema sanitario se hubiera propuesto garantizar el derecho a la salud de toda la población en Uruguay, se discutió una ley que establecía que ese derecho también debía garantizarse para las personas trans. Así, se ponía de manifiesto la construcción excluyente de los sujetos en las políticas públicas, aún en aquellas que se proyectan desde la perspectiva de derechos.

La igualdad formal y la igualdad real se enfrentaban así en la exclusión de una forma muy concreta de vivir la identidad.

De esta forma llegué al tercer objetivo, con el que busqué analizar los desafíos para la implementación de la política en salud hacia las personas trans promovida desde la UDA, después de que se alcanzaran los cambios en las políticas de salud y en las políticas públicas analizados en el segundo objetivo.

Ello teniendo en cuenta el cambio en el escenario, lo que implicaba, por un lado, la percepción del cierre de la ventana de oportunidad política debido al cambio de Gobierno, y por otro, la emergencia de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Estos dos hechos podían percibirse como obstáculos para la implementación y para el avance de la experiencia.

No obstante, también se tomaban en cuenta los elementos idealmente facilitadores, dados por la formalización del modelo en protocolos, guías y en la normativa nacional, que fue pensada explícitamente desde el objetivo de “blindar” a esta experiencia.

A pesar de los obstáculos y de las dificultades identificadas para implementar ciertas prestaciones, a la fecha, el modelo es exitoso: en su concreción, en su estabilidad, en la valoración que se realiza de este públicamente. Significó un avance en la agenda de derechos para la población trans en Uruguay, e instaló una visión sobre la despatologización que pasó de ser un discurso disruptivo a configurarse como hegemónico desde la política.

Reflexiones... ¿finales? A modo de epílogo

Es septiembre de 2022. El mes en que en Uruguay se celebra la diversidad sexual y de género tras la lucha del movimiento social. Estoy entre el público de una actividad que organiza la Marcha de la Diversidad de Uruguay, en ocasión de los tres años de reglamentación de la *Ley integral para personas trans*. Es un conversatorio, donde todas las personas que harán uso de la palabra están vinculadas a colectivos de la diversidad. Y entre ellas está uno de los más visibles impulsores de la UDA, Daniel Márquez, quien encuadra su intervención desde el acompañamiento a la población de la diversidad sexual, aclarando que forma parte de ella.

El lugar elegido para el conversatorio es el Teatro Solís, un antiguo teatro municipal que es considerado como una sala tradicional de la alta cultura montevideana. Es cuidado, pulcro, los pisos brillan, la gente escucha prolijamente sentada en sus asientos. Contrasta con el escenario de la calle, que fue el que llevó estas demandas al lugar en el que hoy están. Metafóricamente, ilustra parte de lo que ha sido la institucionalización. La escenifica.

Antes de ir a la actividad, había leído algunas críticas en las redes sociales que cuestionaban que de la oratoria participaran personas cis. Sin embargo, quienes criticaban, lo hacían cuidando de excluir de esta crítica a Márquez: “el turco es entendible porque él trabaja con personas trans”³¹, decía un usuario que se identificaba como no binario. “A veces hay gente cisgénero que quiere figurar, que aclaro no es el caso de médicos que trabajan con nosotros, con una amplia trayectoria y especialización”, acotaba otro usuario, que se identificaba como transmasculino no binario.

La forma de autoidentificación de estas personas iba más allá de lo que había sido la discusión sobre la ley integral, que había binarizado a los sujetos trans. Desde la autoenunciación, estas personas ya ponía en entredicho los propios mecanismos con

³¹ Los comentarios se transcriben de manera textual (Coordinadora de la marcha por la diversidad [@marchadiversidaduy], s.f.).

los que desde la política se había buscado la inclusión trans: ¿quién es el sujeto? Otra vez la respuesta estaba en disputa.

Y dentro de la lectura sobre lo binario que hacían estas críticas (no ya a la interna de lo trans, sino entre lo trans y el afuera), me llamó la atención cómo la figura del médico parecía estar más allá: no formaba parte de esa humanidad, parafraseando a Susy Shock. Parecería ser que hay cosas que no se cuestionan, aunque estén en tensión. Quizá, aún hoy, todavía hay esferas/saberes que continúan estando por encima de lo humano y en ese esquema, lo médico sigue estando más allá de la discusión, aunque hoy el paradigma de intervención sea otro e incluso problematice ese lugar biomédico.

A tres años de reglamentada la ley, el término “patologización” seguía estando presente en la oratoria: esta vez, era traído para hablar sobre el tratamiento de estos temas en las infancias. Y los discursos de odio, ahora legitimados desde algunas de las principales voces del sistema político, según Márquez “habían entrado al consultorio”: se habían vuelto a hacer carne, golpe, moretón, miedo.

En los enfoques de derechos humanos, una premisa básica es la progresividad: no se retrocede en derechos adquiridos. En este sentido, el enfoque que se promovió desde la UDA de Saint Bois fue exitoso a la hora de instalar un abordaje de derechos desde las políticas públicas: fue un actor que impulsó la visibilización de un problema grave para la salud de las personas trans y, por ende, para su calidad de vida. Y, al hacerlo, lo interpretó de un modo que trascendió la órbita específica de las políticas sanitarias, y que ayudó a legitimar socialmente a estas identidades, rompiendo con la lógica heterocisnormativa que la medicina como institución tantas veces ayudó a mantener.

Pero ese “no retroceder” también es un discurso. La irreversibilidad, de la que tanto se habló al discutir el efecto de la *Ley integral* sobre las infancias, no es tal cuando hablamos de derechos. Dentro de los cuerpos sociales, dentro de la ciudadanía que nos une como comunidad política, hay fragmentaciones. Hay lecturas híper individualistas de lo colectivo, a veces desde los propios colectivos. Hay rupturas, enojos, resistencias sobre la instrumentalización de algunas banderas. Hay un horizonte de reversibilidad.

Durante la discusión de la ley integral, algunos discursos de legisladores que respaldaron el proyecto hicieron alusión al movimiento social, a las personas trans: están ahí, acompañando en las barras, en la calle. Seamos su voz, porque no la tienen. El afuera y el adentro.

Estos discursos, que en gran parte fueron causa del cambio que amplió derechos, fueron celebrados y, poco después, fueron objeto de críticas por parte de líderes del movimiento trans.

En la introducción hice referencia a las rupturas en los marcos que generaban acuerdos políticos en los sujetos colectivos y a cómo me habían afectado en la construcción del tema. Pero lo vuelvo a traer desde otro lugar ahora, mirando un hecho que, siendo externo, me compromete: ¿cómo no reaccionar cuando la grieta está tan claramente marcada entre quienes pueden ser escuchados y quienes no? ¿Cómo no repensar, también desde allí, lo que implica reparar la comunidad política?

No tengo respuesta sobre qué pasos dar en este sentido, pero sí la convicción de que las alianzas son necesarias, de que los esencialismos vuelven a generar normalidades excluyentes y que las lecturas individualistas sobre los problemas colectivos los despolitizan. Y avanzar en derechos no es un camino lineal: abre puertas para la crítica permanente, para la reflexión sobre la práctica, para la introducción efectiva de nuevos actores y subjetividades en el espacio público. Cambia los marcos en los que se da el conflicto, pero también la cooperación. El problemático término “cis” marca una distancia ya desde la enunciación. Describe, pero a la vez obtura, como señala Wayar. Quizá parte de empezar a reparar tenga que ver con un ejercicio del lenguaje que no solo comprenda a lo trans, sino a las alianzas necesarias para cuestionar las fronteras que trazan las diferencias como externalidades.

Y en estos lenguajes que limitan fronteras entre el afuera y el adentro, las políticas siguen teniendo un enorme potencial para agujerear las exclusiones. Aún hoy, en contextos de fragmentación y de avance de conservadurismos que buscan recortar formas de habitar la ciudadanía. Más aún hoy.

Referencias bibliográficas

Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2006). Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de agenda democrática. En Checa, S. (Coord.), *“Realidades y coyunturas del aborto”*. Paidós.

«Acá no es que se aumenta el presupuesto...». (2015, octubre 2). *El Observador*.

<https://www.elobservador.com.uy/nota/-aca-no-se-que-se-aumenta-el-presupuesto-ni-que-vaya-a-haber-policlinicas-nuevas-sino-se-trata-que-los-mismo-especialistas-que-a-tienden-en-los-centros-actuales-sepan-como-asistir-a-una-persona-trans-daniel-marquez-adjunto-a-la-presidencia-de-asse-2015102500>

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). (s.f.). *Programa para la Formación y Fortalecimiento de los RRHH de los Prestadores Públicos de los Servicios de Salud*.

<http://www.fmed.edu.uy/sites/default/files/ense%C3%B1anza/udas/archivos/00%20-%20Reglamento%20UDAS.pdf>

Aguilar Villanueva, L. (1993). Problemas públicos y agenda de gobierno. México DF: Porrúa.

Altez, J. (2022) *Ley Integral para las Personas Trans y las prestaciones reparatorias ¿el camino hacia el reconocimiento?* [Tesis de Grado inédita de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República, Uruguay].

Amado, F. (2019). *La máscara de la diversidad: De la clandestinidad a la sobreexposición*.

Sudamericana.

American Psychiatric Association (APA), Pichot, P y Valdés, M. (Rev.). (1983). *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson

American Psychiatric Association (APA) y Pichot, P. (Coord.). (1990). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR: Breviario: criterios diagnósticos*.

Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Arendt, H. (2019). *¿Qué es la Política?* Ariel.

Arocena, F. y Aguiar, S. (2017). Tres leyes innovadoras en Uruguay: Aborto, matrimonio homosexual y regulación de la marihuana. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 43-62.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100003&lng=es&tlng=es

Arocena, R. y Caetano, G. (Coords.). (2011). *La aventura uruguaya. ¿Naidas más que naides?* Debate.

Arriba Gente. (2017, mayo 17). *Entrevista - Presentan anteproyecto de ley integral para personas Trans* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/GXxOQPSWZlw>

Arriba gente. (2018, agosto 21). *Entrevista - Proyecto de Ley trans / Dr. Daniel Márquez* [Video]. Youtube. https://youtu.be/hoJZ_4j0TKA

Arriba Gente. (2019, julio 25). *Entrevista - Médicos de familia sobre “campaña de desinformación” de ley Trans* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/QF2ozPqDwjs>

Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH). (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Séptima Edición, 7.ª versión*.
https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf

Atención sanitaria de personas trans en Saint Bois se descentralizará al interior del país. (2016, julio 12). *Administración de los Servicios de Salud del Estado*.
<https://www.asse.com.uy/contenido/Atencion-sanitaria-de-personas-trans-en-Saint-Bois-se-descentralizara-al-interior-del-pais-8968>

Baeza Cabezas, M.P. (2014). *Estado centralizado y Policy frames: impactos diferenciales en la implementación de la política de género. Estudio de caso de dos comunas rurales, Región del Maule-Chile*. [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Tesis

- doctorals en xarxa.
- <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285751/mpbc1de1.pdf?sequence=1>
- Béland, D. y Ridde, V. (2016). Ideas and Policy Implementation: Understanding the Resistance against Free Health Care in Africa. *Global Health Governance*, XX(3).
- <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2016/12/Pages-de-2016-Winter-Special-Issue.pdf>
- Bello, C. (2019, agosto 6). Votación por ley trans costó US\$ 3 millones entre gastos y días libres de funcionarios. *El País*.
- <https://www.elpais.com.uy/informacion/politica/votacion-ley-trans-costo-us-millones-gastos-dias-libres-funcionarios.html>
- Berro Rovira, G. (2013). Consentimiento informado. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28, 17-31. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v28n1/v28n1a07.pdf>
- Biroli, F. y Caminotti, M. (2020). The conservative backlash against gender in Latin America. *Politics & Gender*, 16(1). <https://doi.org/10.1017/s1743923x20000045>
- Braida, J., Doménech, D., Garré, L. Musetti, G., Niz, C., Rodríguez, V., Varela, R., Henderson, E., Sosa Abella, A., Vignolo, J. (2008). Formación de pregrado en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. *Cuadernos del CES*. Centro de Estudios de la Salud del SMU. <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art6.pdf>
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (2010). Transexualidad, transformaciones [Prólogo]. En Missé, M. y Coll-Planas, G. (Coords.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales.
- Cabella, W., Nathan, M. y Tenenbaum, M. (2013). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. La población afro-uruguaya en el Censo 2011*. Trilce.

Cabral, M. y Suess, A. 2016. *Despatologización Trans. Preguntas frecuentes... y de las otras también. Guía introductoria al proceso de revisión y reforma de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en el contexto de la lucha por la Despatologización Trans*. Acción Global por la Igualdad Trans y Campaña Internacional Stop Trans Pathologization. <https://otdchile.org/wp-content/uploads/2017/03/Despatologizacio%CC%81n-Trans-Preguntas-Frecuentes-2.pdf>

Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (2018) Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes. Diario 4199. Tomo 0. 18 de octubre. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/20181018d00535417218.pdf#pagina8>

Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay (2018) Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores. Cuarto Período de la XLVIII Legislatura. N.º 35 - Tomo 587 - 16 de octubre. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/20181016s00353666643.html#pagina253>

Canal 4. (2016, septiembre 29). *Seminario "Abordaje en salud y Derechos a personas Trans" se desarrolló en Paysandú* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/uv4hOF-OmIA>

Canal 4. (2019, julio 30). *Buen día Uruguay - Recibimos al colectivo trans* [Video]. Youtube. https://youtu.be/u3cND8_J67I

Canal 5 Uruguay. (2016, julio 12). *45 años es la expectativa de vida de las mujeres trans en Uruguay* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/z7H51f5Fgx8>

Canal 5 Uruguay. (2018, abril 27). *33/56 (27/4/2018) - Ley integral para personas trans* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/OlbDhwhlpU8>

Canal 5 Uruguay. (2018, abril 30). *"Fuimos vulneradas toda la vida y la ley es un debe que tiene la sociedad con la población trans"* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/rn3XLxSb6IU>

Canal 5 Uruguay. (2018, agosto 21). *Ley Integral para Personas Trans: Debate entre Martín Otheguy y Verónica Alonso* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/KhbLm5nLJf8>

- Canal 5 Uruguay. (2018, octubre 3). *33/56 (2/10/2018) - Ley trans y transición de género*
[Video]. Youtube. <https://youtu.be/ieNdmOW-qQU>
- Canal 5 Uruguay. (2018, octubre 16). *“Es un día histórico para Uruguay y la región”* [Video].
Youtube. <https://youtu.be/aKMD4BsupmE>
- Canal 5 Uruguay. (2019, marzo 26). Diputado asegura que firmas contra ley trans se obtuvieron
mediante “mentiras” [Video]. YouTube. <https://youtu.be/FjOHVdsGEUE>
- Canal 10 Uruguay. (2018, julio 2). Hablemos de Salud Uruguay: Dr Daniel Marquez. [Video].
YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=tBoKGWsD9xc>
- Capacitan médicos para atender a personas trans en el interior. (2015, octubre 2). *El Observador*.
<https://www.observador.com.uy/nota/capacitan-medicos-para-atender-a-personas-trans-en-el-interior-2015103500>
- CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. (s. f.). Organización Mundial de la Salud.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Clínicas analiza dejar de hacer operaciones de cambio de sexo. (2014, 6 marzo). *El Observador*.
<https://www.observador.com.uy/nota/clinicas-analiza-dejar-de-hacer-operaciones-de-cambio-de-sexo--2014339190>
- Coleman, E., A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D’Marco, E. K. Edmiston,

L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259.

<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Coll-Planas, G. (2010a). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Barcelona: Egales.

Coll-Planas, G. (2010b). Introducción. En Missé, M. y Coll-Planas, G. (Coords.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales.

Coll-Planas, G. y Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers: Revista de sociología*, 100(1), 2015, 35-52.

<https://doi.org/10.5565/rev/papers.637>

Colpitts, E. y Gahagan, J. (2016). "I feel like I am surviving the health care system": understanding LGBTQ health in Nova Scotia, Canada. *BMC Public Health*, 16. Artículo 1005. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3675-8>

Comas, A., Miculitzki, T., Musacchio, O. (Coords.). (2020). *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*.

<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos. (2007, marzo). *Principios de Yogyakarta*. En Principios de Yogyakarta.

http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos. (2017, septiembre). *Principios de Yogyakarta + 10*. En Los Principios de Yogyakarta + 10.

<http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2022/02/021522-Principios-de-Yogyakarta-mas-10.pdf>

Comunicación Presidencial. (2017, mayo 18). *Presentación de anteproyecto de ley integral para personas trans* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=OytDIqHQPZM>

Con Mis Hijos No te Metas [@CMHNTM]. (2018, agosto 10). *Uruguay | Entérense de lo que la Ideología de Género quiere hacer con nuestros hijos. Esto ya está pasando en la realidad, no es conspiración ni película de ficción. #Verguenza #GéneroNuncaMás* [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/CMHNTM/status/1027911956114677761>

Con Mis Hijos No te Metas [@CMHNTM]. (2019, marzo 30). *Uruguay | Uruguay | Hemos logrado superar la meta de firmas necesarias para el referéndum de la #LeyTrans, una oportunidad para que la verdad triunfe ante la mentira. #UruguayPresente #ConMisHijosNoTeMetas* [Tweet]. Twitter.

<https://twitter.com/CMHNTM/status/1112022229083217921>

Consejo Nacional de Diversidad Sexual (CNDS) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2018). *Plan Nacional sobre Diversidad Sexual*. MIDES.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Diversidad%20Sexual.pdf>

Constitución de la República Oriental del Uruguay [Const]. Texto vigente de 1997 (Uruguay).

Coordinadora de la marca por la diversidad [@marchadiversidaduy]. (s.f.). Publicaciones [Perfil de Instagram]. Instagram. <https://www.instagram.com/marchadiversidaduy/>

Daley, A. E. y MacDonnell, J. A. (2011). Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-40>.

Decreto n.º 274/010. (2010, septiembre 8). Reglamentación de la Ley N.º 18.335 sobre Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>

Decreto n.º 104-2019. (2019, abril 29). Reglamentación de La Ley 19.684, Ley integral para las Personas Trans. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/104-2019>

De Fogón en Fogón (2019, julio 27). ¿Votar para atrás? Charlamos con Collette del Colectivo Trans del Uruguay [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=NfNVdy5qRlo>

deLeon, P., y deLeon, L. (2002). What Ever Happened to Policy Implementation? An Alternative Approach. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 12(4), 467–492. <http://www.jstor.org/stable/3525857>

Di Blasi, V. (2013, 29 de octubre). Ser vos. La diaria. <https://ladiaria.com.uy/articulo/2013/10/ser-vos>

Di Pietro, P. (2020a). Hipertexto PRIGEPP Disidencias. FLACSO.

Di Pietro, P. J. (2020b). Neither Humans, Nor Animals, Nor Monsters: Decolonizing Transgender Embodiments. *Eidos*, 34, 254–291. <https://doi.org/10.14482/eidos.34.306.76>

DMFYC. (2008). Centro de Salud Saint Bois. Proyecto de Creación de la Unidad Docente Asistencial.

<https://saludintegralsaintbois.wordpress.com/acerca-de/>

- Eisenhardt, K. M. (1989) Building theories from case study research. *The Academy Management Review*, 14 (4), pp. 532-550. <https://doi.org/10.2307/258557>
- Elder, C. y Cobb, R. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos. En Aguilar Villanueva, L. F. (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 77-104). Porrúa.
- El Observador TV. (2015, mayo 29). *Entrevista a Daniel Márquez, de ASSE, en El Observador TV PARTE UNO* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/erU6rCIWhUc>
- En Perspectiva. (2018, agosto 21). *Marcela Pini, activista trans: "En la identidad, a las personas trans se les va la vida"* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/ZqZk972CHYk>
- ¿En qué consiste el tratamiento hormonal al que refiere el proyecto para personas trans? (2018, agosto 16). *El Observador*. <https://www.elobservador.com.uy/nota/-en-que-consiste-el-tratamiento-hormonal-al-que-refiere-el-proyecto-para-personas-trans--2018816500>
- Entrega de firmas en apoyo a la ley integral para personas trans. (2018, octubre 10). Parlamento del Uruguay. <https://parlamento.gub.uy/noticiasyevenos/noticias/node/89720>
- Embíd, A. y Martín, M. (2018). *Lineamientos de políticas públicas: un mejor manejo de las interrelaciones del Nexo entre el agua, la energía y la alimentación*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44183>
- Failache, E. et al. (2013). Privaciones objetivas y subjetivas de la población Trans en Uruguay. En *Población Trans en Uruguay*. CSIC – FCS.
- Farji Neer, A. (2017). Reconfiguraciones del rol de la psicoterapia en el marco de los tratamientos de construcción corporal trans (Argentina, 1997-2017). En Henning, C. E.

- y Braz, C. (Coord.), *Gênero, sexualidade e saúde: diálogos latino-americanos*. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária.
- Fernández Chaves, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35-53.
<https://www.revistacienciassociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS96/03.pdf>
- Fish, J. (2007). Getting equal: the implications of new regulations to prohibit sexual orientation discrimination for health and social care. *Diversity in Health and Social Care*, 4, 221–8.
<https://www.primescholars.com/articles/getting-equal-the-implications-of-new-regulations-to-prohibit-sexual-orientation-discrimination-for-health-and-social-ca-94721.html>
- Fontaine, G. (2015). Lecciones de América Latina sobre las dimensiones racionales, cognitivas e institucionales del cambio de políticas. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, 53, 11-30.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5169820.pdf>
- Foucault, M. (1995). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI de España.
- France 24 Español. (2018, septiembre 30). *La ley que busca defender los derechos de los transexuales en Uruguay* [Video]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=fYZJRUXps_c
- Fraser, N. (2000). Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review*, 4, 55-68.
<https://newleftreview.es/issues/4/articles/nancy-fraser-nuevas-reflexiones-sobre-el-reconocimiento.pdf>
- Galofre, P. y Missé, M. (2017). *Políticas trans. Una antología de textos desde los estudios trans norteamericanos*. Egales.
- Gasch-Gallén, A., Gregori-Flor, N., Hurtado-García, I., Suess-Schwende, A., Ruiz-Canterof, M.T. (2021). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación en ciencias de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 383-388.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.003>

- Gender identity and gender expression (brochure)*. (s. f.). Ontario Human Rights Commission.
<https://www.ohrc.on.ca/en/gender-identity-and-gender-expression-brochure>
- Genieys, W. y Smyrl, M. (Eds.). (2008). *Elites, Ideas, and the Evolution of Public Policy*. Palgrave Macmillan New York. <https://doi.org/10.1057/9780230612990>.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., Tobar, S. et al. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- González, D. y Soto, I. (Coords.) (2015). *Sistematización del proyecto: Centros de salud libres de homofobia. Experiencia piloto*. UNFPA.
<https://uruguay.unfpa.org/es/publicaciones/centros-de-salud-libres-de-homofobia-0>
- González, J. (2021, septiembre 24). *Del discurso a la práctica*. La diaria.
<https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2021/9/del-discurso-a-la-practica/>
- Grau Muñoz, A. (2018). Placeres políticos: el activismo transfeminista en el Estado español y la re-politización de la sexualidad como estrategia de disidencia / Political Pleasures: Transfeminist Activism in Spain and Sexuality Repolitization as a Dissident Strategy. *Asparkia. Investigació Feminista*, (32), 45-64.
<https://www.e-revistes.uji.es/index.php/asparkia/article/view/2450>.
- Grau Muñoz, A. y Gómez Nicolau, E. (2022). Trayectorias corporales y lecturas contrahegemónicas del cuerpo. *RECERCA. Revista De Pensament I Anàlisi*, 27(1).
<https://doi.org/10.6035/recerca.6508>
- Gulliford, M., Figueroa-Muñoz, J. y Morgan, M. (2003). Introduction: Meaning of "access" in health care [Introducción]. En Gulliford, M. y Morgan, M. (Eds.), *Access to health care*. Routledge.
- Hacking, I. (1999). "Making Up People". En Biagioli, M. (Ed.), *The Science Studies Reader* (pp. 161-171). Routledge.
- Halberstam, J. (2018). *Trans*. *: Una guía rápida y peculiar de la variabilidad de género*. Egales.

- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Crítica, Grijalbo Mondadori.
- Hospital de Clínicas retomó cirugías de cambio de sexo. (2017, 29 diciembre). *El Observador*.
<https://www.observador.com.uy/nota/hospital-de-clinicas-retomo-cirugias-de-cambio-de-sexo-2017122714420>
- Huertas Rehermann, A. (2021). *Análisis discursivo de la primera campaña contra la “ideología de género” en Uruguay*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República (Uruguay)]. Colibri. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/32270>
- Imperial, M. T. (2021). Implementation structures: The use of top-down and bottom-up approaches to policy implementation. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*.
<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1750>
- Intendencia de Montevideo (IM). (2016). *Agenda de diversidad sexual e igualdad social 2016 - 2020*. IM, UNFPA, ONUSIDA.
<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/agendadiversidadweb.pdf>
- Johnson, N., Rocha, C., y Schenck, M. (2015) La inserción del Aborto en la Agenda político-pública uruguaya 1985-2013. Un análisis desde el Movimiento Feminista. Montevideo: Cotidiano Mujer.
- Johnson, N. y Sempol, D. (2016). Igualdad de género y derechos de la diversidad sexual: Avances y rezagos en el gobierno de Mujica. En Bentacur, N. y Busquets, J. M. (Coords.), *El Decenio Progresista. Las Políticas Públicas de Vázquez a Mujica*. Fin de Siglo Editorial.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. Harper Collins College Publishers.
- Kraft, M. y Furlong, S. (2006). *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*. CQ Press.
- La diaria. (12 de julio de 2016). *Ampliar la cobertura. ASSE extenderá a Salto los tratamientos de hormonización para personas trans que ahora sólo desarrolla el Saint Bois*.
<https://ladiaria.com.uy/articulo/2016/7/ampliar-la-cobertura/>

La diaria. (23 de marzo de 2018). *Protesta en la puerta del SMU por conferencia de médico sobre “disforia de género”.*

<https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/3/protesta-en-la-puerta-del-smu-por-conferencia-de-medico-sobre-disforia-de-genero/>

La diaria. (10 de agosto de 2018). *Entregaron firmas contra la ley trans a comisión del Senado, en forma anónima.*

<https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2018/8/entregaron-firmas-contra-la-ley-trans-a-comision-del-senado-en-forma-anonima/>

La diaria. (7 de diciembre de 2018). *MSP y OPS premiaron experiencias de buena resolutiveidad en el primer nivel de atención.*

<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2018/12/msp-y-ops-premiaron-experiencias-de-buena-resolutiveidad-en-el-primer-nivel-de-atencion>

La Tarde en Casa. (12 de septiembre de 2018). *La Tarde en Casa / 12.09.18 / Bloque 2 / Ley integral para las personas trans* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/i0Okjiui394>

Levine, S., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Hage, J., & Maasdam, J. et al. (1999). The Standards of Care for Gender Identity Disorders. *Journal Of Psychology & Amp; Human Sexuality*, 11(2), 1-34. https://doi.org/10.1300/j056v11n02_01

Ley n.º 18.161. (2007, julio 29). Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>

Ley n.º 18.131. (2007, mayo 18). Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007/4>

Ley n.º 18.211. (2007, diciembre 5). Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>


Ley n.º 19.684. (2018, octubre 26). *Ley integral para personas trans.*

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018>

LeyTransYa [@leytransya. (2018, octubre 11). 🧡GRACIAS🧡GRACIAS🧡GRACIAS🧡 Lxs

uruguayxs seguimos construyendo un camino de igualdad. Organicémonos,
dialoguemos, actuemos. Podemos ser una sociedad más justa. #LEYTRANSYA
#YAMISMO ¡YA! ¡YA! ¡YA! [Tweet]. Twitter.

<https://twitter.com/leytransya/status/1050156353904398341>

LeyTransYa [@leytransya. (2019, abril 4).  [Tweet]. Twitter.

<https://twitter.com/leytransya/status/1113875901975072768>

Lipsky, M. (1980). Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*. Russell Sage Foundation.

Lin A. C. (1996, agosto). When failure is better than success: Subverted, aborted, and
non-implementation [Presentación]. En *The Annual Meeting of the American Political
Science Association*.

Los hombres gay discriminan a las trans. (2015, julio 22). *El Observador*.

<https://www.observador.com.uy/nota/-los-hombres-gay-discriminan-a-las-trans--20157221510>

Márquez, D. (Coord.). (2015). *Protocolo de Hormonoterapia Cruzada*. Administración de los
Servicios de Salud del Estado.

<https://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Hormonoterapia-Cruzada-8224>

Márquez, D., Niz, C. y Olinsky, M. (2015). Atención integral a personas trans. En: Ministerio de
Salud Pública (MSP), Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Colectivo
Ovejas Negras, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Universidad de la
República (UDELAR). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud* (pp.
147-194).

Márquez, D. T. (2018, marzo 22). *En la salud o en la enfermedad*. La diaria.

<https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/3/en-la-salud-o-en-la-enfermedad>

Marshall, T. H. y Bottomore, T. B. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Alianza.

- Maruzza, C. (2021). Herramientas conceptuales para contrarrestar la patologización trans en la formación de Psicología en Argentina. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio De Janeiro)*, (37). <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21208a>
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional De Sociología*, 75(2), 059. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Mazmanian, D. y Sabatier, P. (1983). *Implementation and public policy*. University Press of America.
- Medina, J. (2020). Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19): entre la incertidumbre y la fortaleza. *Revista Médica del Uruguay*, 36(2), 6-11
- Menéndez-Carrión, A. (2019). Revisitando un outlier. El domicilio insospechado de la excepcionalidad uruguaya. *Revista de Ciencias Sociales*, 32(44), 123-150. <https://doi.org/10.26489/rvs.v32i44.6>
- Meyer, C. (2001). A Case in Case Study Methodology. *Field Methods*, 13(4), 329-352. <https://doi.org/10.1177/1525822x0101300402>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y Rocha, C. (2014). *Diversidad sexual en Uruguay. Las políticas de inclusión social para personas LGBT del Ministerio de Desarrollo Social (2010-2014). Informe final*. MIDES. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1904>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2017a). *Censo Nacional de Personas Trans. Derecho a la Educación*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1891>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2017b). *Censo Nacional de Personas Trans. Derecho a la Salud*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1893>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2017c). *Censo Nacional de Personas Trans. Sistematización del proceso del Censo de Personas Trans en Uruguay*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1776>

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2017d). *Censo Nacional de Personas Trans.*

Sociodemográfico. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1895>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo:*

Diversidad Sexual.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guias%20en%20SSySR%20-%20Capitulo%20Diversidad%20Sexual%202009.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2014). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).*

<https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqu%C3%AD-el-Manual-de-Procedimientos-IVE.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). *Guía clínica para la Hormonización en personas trans.*

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20para%20la%20Hormonizaci%C3%B3n%20en%20personas%20Trans%202016.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2017). *Consentimiento informado de Hormonización en mujeres y varones Trans.*

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/FO-13120-007%20Consentimiento%20informado%20Hormonizaci%C3%B3n%20en%20mujeres%20y%20varones.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP), Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE),

Colectivo Ovejas Negras, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y

Universidad de la República (UDELAR). (2015). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud.*

<https://uruguay.unfpa.org/es/publicaciones/salud-y-diversidad-sexual-una-gu%C3%ADa-para-profesionales>

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina. (s. f.). *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local: Experiencia de Rosario 2006-2011*.

https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/atencion_integral_personas_trans.pdf

Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Egales.

Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010a). *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales.

Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010b). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, 3(38), 44-55.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830142.pdf>

Missé, M. y Parra, N. (Coord.). (2022). *Adolescencias trans. Acompañar la exploración del género en tiempos de incertidumbre*. Dirección de Servicios de Feminismos y LGTBI, Área de Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI del Ayuntamiento de Barcelona, Centro de Estudios Interdisciplinarios de Género (CEIG) y Universidad de Vic.

Montevideo Salud. (2014, septiembre 20). *Atención Integral / Población Trans* [Video].

YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3eEObeUxplc>

Monzillo, I. (2022, marzo 23). Proyecto de Ley 2318/2022. ALTERACIONES GRAMATICALES Y FONÉTICAS. Prohibición de su uso dentro de la Administración Pública e Instituciones de Enseñanza públicas y privadas. (en comisión).

https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/154244/ficha_completa

- Mulé, N., Ross, L., Deeprose, B., Jackson, B., Daley, A., Travers, A. y Moore, D. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal For Equity In Health*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-18>
- MYSU. (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqu%C3%AD-el-relevamiento_necesidades_salud_trans_revisi%C3%B3n_2013.pdf
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). “Los estudios de caso en la investigación sociológica”. En: Vasilachis, I. (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. MEDITOR. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Documento CD52/18 del 52.º Consejo Directivo de la OPS: *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23143&Itemid=270&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). Documento del 53º Consejo Directivo de la OPS: *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Pankievich, K. (2018, mayo 7). Intervención en *Despatologizando identidades* [Seminario]. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Parra Abaúnza, N. (2021). *Experiencias y desafíos de la adolescencia trans*: Una interpretación biográfica narrativa de la construcción social del género y la edad*. [Tesis Doctoral, Universitat de Vic]. Repositorio Institucional de la UVIC (Riuvic).

http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/6707/tesdoc_a2021_parra_noemi_experiencias_desafios.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Bentancur, V. y Rocha-Carpiuc, C. (2020). The Postreform Stage: Understanding Backlash against Sexual Policies in Latin America. *Politics & Gender*, 16(1).

<https://doi.org/10.1017/s1743923x20000069>

Personas trans y cambio de sexo en menores: las claves del proyecto de ley que genera polémica. (2018, agosto 13). *El Observador*.

<https://www.elobservador.com.uy/nota/personas-trans-y-cambio-de-sexo-en-menores-las-claves-del-proyecto-de-ley-que-genera-polemica-201881313350>

Pini, M. (2019, julio 16). Conferencia central [Conferencia]. En *Jornadas de Debate Feminista*. Facultad de Ciencias Sociales y la Intendencia de Montevideo, Montevideo, Uruguay.

<https://www.youtube.com/watch?v=Hj9GK5TYp6o>

Platero, R. L. (2014). *Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Edicions Bellaterra.

Plummer, K. (1995). *Intimate citizenship: private decisions and public dialogues*. University of Washington Press.

Presidencia de la República y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). (2018). *La construcción de agenda y políticas públicas de diversidad sexual 1984-2017*.

<https://uruguay.unfpa.org/es/Linea-del-tiempo-diversidad-sexual>

Ramírez Tovar, G. y García Rodríguez, R. (2018). La modificación del cuerpo transgénero: experiencias y reflexiones. *Andamios, Revista De Investigación Social*, 15(37), 303.

<https://doi.org/10.29092/uacm.v15i37.641>

Ramos Pérez, C., Fernández Batalla, M. y Monsalvo San Macario, E. (2018). Modelización de la diversidad sexual: una visión desde los modelos de cuidado. *Ene*, 12(2).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200009&lang=en

- Ravecca, P., Schenck, M., Fonseca, B. y Forteza, D. (2022a). What are they doing right? Tweeting right-wing intersectionality in Latin America. *Globalizations*, 1-22.
<https://doi.org/10.1080/14747731.2021.2025292>
- Ravecca, P., Schenck, M., Forteza, D., & Fonseca, B. (2022b). Interseccionalidad de derecha e ideología de género en América Latina. *Analecta Política*, 12(22), 1-29.
<https://doi.org/10.18566/apolit.v12n22.a07>
- Ravecca, P. (2022) "Gender ideology" and the Intersectional Politics of the Far-Right in Latin America.
<https://gnet-research.org/2022/04/25/gender-ideology-and-the-intersectional-politics-of-the-far-right-in-latin-america/>
- Red Internacional por la Despatologización Trans. (2010). *Manifiesto*.
<http://www.lrmcidii.org/manifiesto-red-internacional-por-la-despatologizacion-trans/>
- Rocha, C. (2015). Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay. *Cuadernos del UNFPA*, 9(8).
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/129_file1%20%281%29.pdf
- Rodríguez, M. F. y García-Vega, E. (2012). Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 103-119. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000100008>
- Rostagnol, S. y Recalde Burgueño, L. (2021). *Trayectorias trans. Una aproximación antropológica*. Zona Editorial.
- Santa Cruz, S. (2018, mayo 7). Intervención en *Despatologizando identidades* [Seminario]. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Schenck, M. (2017). *La inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en las políticas sanitarias del primer nivel de atención: análisis de la experiencia de policlínicas "libres de LGTBI-fobia" en la Intendencia de Montevideo*. [Tesis de maestría, Universidad de la República (Uruguay)]. Colibri. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/20433>

- Schenck, M. (2018a). Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico. *Revista De La Facultad De Derecho*, (45), 1-30.
<https://doi.org/10.22187/rfd2018n45a12>
- Schenck, M. (2018b). *Policlínicas inclusivas: Diversidad sexual y de género en salud, y atención libre de discriminación a personas que viven con VIH: la experiencia de la Intendencia de Montevideo*. Intendencia de Montevideo, UNFPA.
- Schenck, M. (2020). *Futuro: mirada estratégica*. Intendencia de Montevideo, UNFPA.
- Schenck, M. (2022). Exterminar el género. *Voz y Voto*.
<https://www.vozyvoto.com.mx/articulo/exterminar-el-genero>
- Schmidt, V. (2008). Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse. *Annual Review Of Political Science*, 11(1), 303-326.
<https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.11.060606.135342>
- Sempol, D. (2011). Sexo-género y sexualidades políticas. Los nuevos desafíos democratizadores. En Arocena, R. y Caetano, G. (Coords.). (2011). *La aventura uruguaya. ¿Naidas más que naidas?.* Debate.
- Sempol, D. (Coord.) (2013a). *Políticas públicas y diversidad sexual: Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- Sempol, D. (2013b). *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*. Random House Mondadori.
- Sempol, D. (Coord.) (2014). *De silencios y otras violencias. Políticas públicas, regulaciones discriminatorias y diversidad sexual*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- Sempol, D. (Coord.). (2017). *Personas trans e inclusión laboral en Uruguay. Un análisis de la aplicación de cuotas en programas públicos de inserción laboral*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

- Sempol, D. (2018, mayo 7). Intervención en *Despatologizando identidades* [Seminario].
Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Sempol, D. (2019). Memorias trans y violencia estatal. La Ley Integral para Personas Trans y los debates sobre el pasado reciente en Uruguay. *Revista Paginas*, 11(27).
<https://doi.org/10.35305/rp.v11i27.367>
- Sempol, D., Calvo, M., Rocha, C. y Schenck, M. (2016). *Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- Shaw, E. (1999). A guide to the qualitative research process: evidence from a small firm study. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2(2), 59-70.
<https://doi.org/10.1108/13522759910269973>
- Shock, S. (2018). *Crianzas. Historias para crecer en toda la diversidad*. Editorial Muchas Nueces.
- Spinetti, A. (2021, mayo 19) Intervención en *Diálogo entre Cuerpos Legítimos. Primer Conversatorio Académico Sobre Despatologización Trans*. Intendencia de Montevideo, Montevideo, Uruguay.
- [Video]. YouTube. https://youtu.be/_vWHRlvplkE
- Stryker, S. (2017) *Historia de lo trans*. Editorial Continta me tienes.
- Subirats, J., Knoepfel, Larrue, C. y Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ariel.
- Suess Schwend, A. (2018) Derechos de las personas trans e intersex: revisión del marco legislativo español desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos. *Derecho y Salud*. 28(Extra 1), 97–115.
https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/vol28Extra_02_06_Ponencia.pdf
- Suess Schwend, A. (2020a). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>

- Suess Schwend, A. (2020b). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002>
- Sutel Pit-Cnt. (2019, julio 31). *CONVERSATORIO Ley integral personas trans* [Video]. Youtube. https://youtu.be/qU-q_kWwVaQ
- Te digo la otra. (2018, octubre 3). *¿Qué dice la Ley Integral de Personas Trans? | Ovejas negras en ConCiencia* [Video]. Youtube. https://youtu.be/_VxiWIDKelw
- Telesur TV. (2017, octubre 10). *Primera legisladora transexual asume banca en Senado de Uruguay* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/mjfTJAbBtTM>
- Thomann, E., van Engen, N. y Tummers, L. (2018). The Necessity of Discretion: A Behavioral Evaluation of Bottom-Up Implementation Theory. *Journal Of Public Administration Research And Theory*, 28(4), 583-601. <https://doi.org/10.1093/jopart/muy024>
- Todoaquí.uy. (2018, diciembre 27). *Paula Contini resaltó la Ley Integral para Personas Trans* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/ODP3jUfZD8I>
- Tomassina, F. (2018, mayo 7) Intervención en *Despatologizando identidades* [Seminario]. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Trans: la suspensión de tratamientos sería “omisión de asistencia”. (2014, 3 marzo). *Uy press*. <https://www.uypress.net/Secciones/Trans-la-suspension-de-tratamientos-seria-omision-de-asistencia--uc49288>
- Un año sin Lohana Berkins, comandanta de las mariposas. (2017, febrero 5). *Agencia Presentes*. <https://agenciapresentes.org/2017/02/05/ano-sin-lohana-berkins-comandanta-las-mariposas>
- Universidad de la República (UDELAR). (2019). *Estructura institucional y derecho al trabajo*. <https://udelar.edu.uy/portal/estructura-institucional-y-derecho-al-trabajo>

- Uruguay, Cámara de Representantes / Secretaría. (2018, abril 17). Relación de asuntos entrados (Artículo 37 del Reglamento), Pliego N.º 190.
<http://www.diputados.gub.uy/wp-content/uploads/2018/04/190.pdf>
- Varela, V. (2015). *Yo soy trans. Una investigación periodística*. Sudamericana.
- Vasilachis, I. (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Verloo, M. (2016). Mainstreaming gender equality in Europe. A critical frame analysis approach. *Epitheorese Koinonikon Ereunon*, 117, 11–34. <https://doi.org/10.12681/grsr.9555>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es
- Wayar, M. (2021). *Furia travesti. Diccionario de la T a la T*. Paidós.
- Weeks, J. (1986). *Sexuality*. Routledge.
- Weeks, J. (1998). The Sexual Citizen. *Theory, Culture & Society*, 15(3–4), 35–52.
<https://doi.org/10.1177/0263276498015003003>
- Whittemore, R., Chase, S. K. y Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>
- Wood, W. y Eagly, A. (2015). Two Traditions of Research on Gender Identity. *Sex Roles*, 73(11-12), 461-473. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0480-2>
- Yin, R. K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods (Applied Social Research Methods)*. Sage.

Anexo

1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología (Universidad de la República)



Comité de Ética
comiteeticainv@psico.edu.uy

Montevideo, 30 de junio de 2021

En el día de la fecha se reúne el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, a los efectos de expedirse respecto al proyecto de investigación ***La reconfiguración del modelo de atención hacia las identidades trans: análisis de la política sanitaria en Uruguay (2014-2020)***, a cargo de la Mag. Marcela Schenck.

Dicho proyecto CUMPLE CON LOS CRITERIOS ÉTICOS para la protección de los seres humanos que participan como sujetos en procesos de investigación, por lo que este Comité de Ética en Investigación OTORGA EL AVAL para su ejecución.

Pase a notificación de la Mag. Marcela Schenck (responsable del proyecto).

Prof. Agda Alejandra Carboni

Prof. Gabriela Prieto

As. Ismael Apud

2. Hoja de información

Hoja de Información

Título: La despatologización de las identidades trans: estudio de caso de la política sanitaria en Uruguay (2014-2021)

Datos de contacto de la investigadora principal: Marcela Schenck Martínez, Facultad de Psicología, mschenck@psico.edu.uy. Teléfono de contacto: XXXX.

La presente investigación tiene como objetivo abordar la reconfiguración del modelo de atención en salud hacia las personas trans en Uruguay, a través del estudio del caso de la UDA de Saint Bois. Si acepta participar en la investigación, le realizaré una serie de preguntas que tienen que ver con su experiencia en la UDA. Esta entrevista no durará más de una hora.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo la investigadora tendrá acceso a los cuestionarios y los registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los/las participantes, a menos que se establezca lo contrario por ambas partes.

Su participación no tendrá beneficios directos, aunque contribuirá a la comprensión científica del tema y al diseño de políticas públicas basadas en evidencia como la que nos va a proporcionar.

Este tipo de estudios no deberían generar molestias en quienes participan, pero si así fuera, la investigadora responsable se compromete a coordinar con los servicios de atención de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, especialmente con el Centro de Referencia Amigable (CRAM), para que puedan realizar un seguimiento de la situación. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna.

Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca del cuestionario y/o la investigación, puede consultar directamente a la investigadora responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre (de la investigadora responsable): Marcela Schenck Martínez

Firma_____

Fecha_____

3. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Por medio de la presente carta acepto participar en la investigación **La despatologización de las identidades trans: estudio de caso de la política sanitaria en Uruguay (2014-2021), coordinada por la investigadora Marcela Schenck**. Como participante, **entiendo que debo contestar a una serie de preguntas por Zoom, de forma voluntaria, y que puedo retirarme en cualquier momento de la entrevista.**

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informada sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha _____ y localidad _____:

Firma del/de la participante: _____	Firma del/de la investigador/a: _____
Aclaración de firma: _____	Aclaración de firma: _____

4. Pauta de entrevista

¿Podrías contarme sobre vos y tu relación con la UDA?

¿Cuándo y cómo surge la UDA de Saint Bois? ¿Qué fue lo que les inspiró a comenzar con esta experiencia?

¿Cómo está conformado el equipo de salud de la UDA?

¿Dirías que la UDA sigue un modelo de atención? ¿Cómo lo describirías?

¿Por qué empezaron a asistirse personas trans en la UDA?

¿Qué pasa cuando una persona trans llega al servicio?

¿Cuál te parece que es el rol de lxs profesionales en la atención a las personas trans?

¿Qué pasa con las infancias y las adolescencias?

¿Qué piensan sobre cómo se trata lo trans en el DSM? ¿Y en las SOC?

¿Cómo fue la participación de la UDA en los protocolos y guías de hormonización?

¿Cómo fue la participación de la UDA en la *Ley integral para personas trans*? ¿Hubo algún cambio después de su aprobación en el funcionamiento del servicio?

¿Cambió algo en la atención de la UDA con la situación de COVID-19?

¿Hubo algún cambio en la atención de la UDA con el cambio de gobierno?

5. Cuadro 1. Hitos de políticas públicas en materia de diversidad sexual y de género en Uruguay (2003 - 2019)

Hito	Año
Ley que modifica el Código Penal en relación a la incitación al odio, desprecio o violencia (N.º 17.677) <i>Establece como delito la incitación al odio y perpetrar actos de violencia, e incluye a la orientación sexual e identidad de género entre los motivos de estos actos.</i>	2003
Ley de lucha contra el racismo, la xenofobia y la discriminación (N.º 17.817) <i>Identifica la orientación sexual e identidad de género entre las formas de discriminación a combatir.</i>	2004
Ley de unión concubinaria (N.º 18.246) <i>Reconoce derechos y obligaciones de parejas convivientes por más de cinco años, sin importar orientación sexual e identidad de género.</i>	2007
Ley General de Educación (N.º 18.437) <i>Se plantea garantizar igualdad de oportunidades que transforme estereotipos discriminatorios, mencionando específicamente a la orientación sexual. Afianza la educación sexual en el sistema educativo.</i>	2008
Modificación de disposiciones relativas a la adopción en Código de la Niñez y la Adolescencia (N.º 18.590) <i>Protege e iguala los derechos relativos a la adopción para considerar la diversidad de familias, permitiendo la adopción de parejas en unión concubinaria.</i>	2009
Ley de derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios (N.º 18.620) <i>Reconoce como derecho a la identidad de género y al cambio en la documentación para que esté acorde con dicha identidad.</i>	
Decreto reglamentario 293/010 de la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (N.º 18.426, 2008)	2010

<p><i>Establece que los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser inclusivos, mencionándose específicamente a las personas trans como usuarias. Asimismo, se establece la no discriminación por orientación sexual e identidad de género (a la que denomina identidad sexual) como una condición para el acceso igualitario, y establece que deben contemplarse las necesidades de la población LGBTIQ+.</i></p>	
<p>Integración de la perspectiva de diversidad sexual en el Programa de Educación Sexual</p> <p><i>Se integra esta perspectiva en la educación sexual pública y se genera capacitación a docentes.</i></p>	
<p>Inicio del proyecto Centros de Salud Libres de Homofobia</p> <p><i>Inicio de experiencia piloto de articulación entre el sector público de asistencia en salud, la academia y la sociedad civil.</i></p>	2011
<p>Incorporación de identidad de género en registros del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)</p> <p><i>Se incorpora variable "identidad de género" en los registros del MIDES, reconociendo identidades trans.</i></p>	
<p>Tarjeta Uruguay Social para personas trans</p> <p><i>Se establece prestación monetaria mensual no contributiva para personas trans.</i></p>	2012
<p>Ley de matrimonio igualitario (N.º 19.075)</p> <p><i>Se legaliza el matrimonio entre personas del mismo sexo.</i></p>	
<p>Ley de reproducción humana asistida (N.º 19.167)</p> <p><i>Se habilita acceso a tratamientos de fertilización asistida a personas que puedan gestar.</i></p>	
<p>Ley de empleo juvenil (N.º 19.133)</p> <p><i>Se incorpora perspectiva de diversidad, se establecen acciones afirmativas para acceso al empleo de personas trans, y exoneraciones fiscales a empresas que contraten personal trans.</i></p>	
<p>Creación del Consejo Consultivo de la Diversidad Sexual en la órbita del MIDES (Resolución N.º 1646/013)</p> <p><i>Se genera este Consejo como un espacio de diálogo entre el sector</i></p>	2013

<i>público y las organizaciones sociales, para proponer políticas públicas en relación a orientación sexual e identidad de género que busquen erradicar la discriminación basada en estos motivos.</i>	
Creación del Centro de Referencia Amigable (CRAm) <i>Se crea centro de psicología afirmativa específico para población LGBTIQ+ a partir de un convenio entre la Facultad de Psicología (UDELAR) y el MIDES.</i>	
Comienzo de atención a personas trans en la UDA Saint Bois <i>Comienza la experiencia de la UDA, llevada adelante desde la Facultad de Medicina de la UDELAR y ASSE.</i>	
Cupos para personas trans en programas sociales <i>Se implementan acciones afirmativas para personas trans en programas de capacitación, educación e inserción laboral.</i>	2014
Atención integral y hormonación en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) <i>Se incorpora atención integral en salud de personas trans en el principal prestador público de salud del país.</i>	
Creación del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Diversidad Sexual (Decreto N.º 321/015) <i>Se crea el primer espacio nacional de diálogo entre el Estado y la sociedad civil para generar políticas públicas en materia de diversidad sexual y de género.</i>	
Incorporación de diversidad sexual como objetivo sanitario del MSP <i>Los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020 del Ministerio de Salud Pública (MSP) incluyen como línea de acción la acreditación de los servicios de salud en buenas prácticas en salud y diversidad sexual.</i>	
Creación de la Secretaría de de la Diversidad en la Intendencia de Montevideo (Resolución Nº 6160/15) (*) <i>Se crea la primera secretaría en el país con foco en diversidad sexual y de género, desde una perspectiva interseccional basada en derechos humanos.</i>	2015
Creación de Centros Promotores de Derechos en la enseñanza formal	2016

<i>Desde el MIDES, se impulsa la creación de centros que buscan promover perspectivas de derechos humanos en la enseñanza pública formal, donde se prioriza la línea de diversidad sexual y de género.</i>	
<i>Ley de violencia hacia las mujeres basada en género (N.º 19.580) Nombra específicamente a las mujeres trans dentro de la construcción del sujeto de la política. Garantiza el derecho a la expresión de género de las personas trans en centros educativos.</i>	
<i>Hormonación de personas trans (MSP) Se define a la guía clínica para la hormonación en personas trans como pauta nacional.</i>	
<i>Resolución del Consejo de Educación Técnico Profesional (CETP) sobre acciones afirmativas hacia la población afrodescendiente y trans (Exp. 6626/17, Res. N.º 3066/17) Se establece plan de protección de trayectorias educativas que incluye el acompañamiento y acciones afirmativas hacia personas trans que asisten a la educación técnica pública.</i>	2017
<i>Primer Plan Nacional de Diversidad Sexual Primer plan elaborado por el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Diversidad Sexual.</i>	
<i>Resolución del CODICEN sobre acciones afirmativas hacia la población afrodescendiente y trans (Acta N.º 82, Res. N.º 68) Se establece plan de protección de trayectorias educativas que incluye el acompañamiento y acciones afirmativas hacia personas trans que asisten a la educación media pública.</i>	
<i>Ley integral para personas trans (N.º 19.684) Se aprueba ley que garantiza derechos de forma amplia e integral para la población trans.</i>	2018
<i>Decreto reglamentario de la Ley integral para personas trans (N.º 104/019) Se aprueba decreto que reglamenta ley para la población trans.</i>	2019

Fuente: CNDS - MIDES, 2018; OPP, 2018; Schenck, 2017; 2018b; 2020

(*) Aunque luego fueron creadas Secretarías similares en otros departamentos del país, se coloca únicamente a la Secretaría de Diversidad de la Intendencia de Montevideo como hito porque fue la primera en el país y debido a que logró generar o promover políticas públicas significativas para mi objeto de estudio en su órbita de actuación. Particularmente, promovió la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en las políticas sanitarias del primer nivel de atención en el que actúa la comuna capitalina, a través de la política “Policlínicas inclusivas” (Schenck, 2017; 2018b).