

Vivencias de varones trans en servicios del primer nivel de atención del área metropolitana de Montevideo

Experiences of trans men in primary care services in the metropolitan area of Montevideo

Vivências de homens trans em serviços de atenção primária da área metropolitana de Montevideu

Mariana Mugico Copello¹, Fernando Borgia²

1. Magíster en Salud Comunitaria. Profesora Agregada de la Unidad Académica de Enfermería Comunitaria, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Contacto: marianamugico@gmail.com ORCID: 0009-0009-0502-8217.

2. Magíster en Sociología. Magíster en Gestión Educativa. Responsable de Formación Institucional Permanente de la Intendencia de Montevideo, Uruguay. Contacto: fernando.borgia@gmail.com ORCID: 0000-0002-9698-4790.

Resumen

La presente investigación se propuso examinar las vivencias de los varones trans en su interacción con servicios del primer nivel de atención del área metropolitana de Montevideo, Uruguay. Para ello, se seleccionó un enfoque cualitativo, empleando el método biográfico (relatos de vida). En el estudio, participaron cinco varones trans de entre 19 y 41 años, reclutados mediante muestreo por bola de nieve. Para la obtención de la información se seleccionó un dispositivo consistente en

dos entrevistas semiestructuradas con cada participante: la primera de apertura del relato y la segunda de profundización y cierre. El trabajo de campo se realizó entre junio de 2019 y octubre de 2020. Las entrevistas fueron transcritas textualmente y a continuación se realizó el análisis temático de contenido utilizando el *software* ATLAS.ti 9. Sobre la base de las entrevistas realizadas, se construyeron las biografías y se realizó su lectura transversal en función de cuatro dimensiones: i) sexualidad, ii)

identidad y pareja, iii) familia, educación y trabajo, iv) salud; posteriormente, se describieron las vivencias positivas y negativas que emergieron de los relatos. Estas últimas se clasificaron en tres categorías: vivencias negativas inespecíficas, específicas y por estrés de las minorías. También se describieron los cambios que los participantes harían en el sistema de salud para mejorar la atención a la salud de los varones trans. Los resultados evidencian avances en la atención en salud de varones trans en servicios del primer nivel de atención, destacando la importancia de un trato empático, respetuoso y el uso del nombre social. No obstante, se identifican algunas barreras que ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación continua al equipo de salud para garantizar una atención equitativa y competente en todos los niveles de atención.

Palabras clave: Servicios de salud para las personas transgénero; Disparidades en atención de salud; Atención primaria de salud; Investigación cualitativa.

Abstract

This research aimed to examine the experiences of trans men in their interaction with primary health care

services in the metropolitan area of Montevideo, Uruguay. A qualitative approach was selected, using the biographical method (life stories). Five trans men between the ages of 19 and 41 participated in the study, recruited through snowball sampling. For data collection, a method consisting of two semi-structured interviews with each participant was used: the first to open the life narrative and the second for deepening and closure. Fieldwork was carried out between June 2019 and October 2020. The interviews were transcribed verbatim, and thematic content analysis was then conducted using ATLAS.ti 9 software. Based on the interviews, biographies were constructed and analyzed transversally across four dimensions: i) sexuality, ii) identity and partnerships, iii) family, education and work, iv) health; subsequently, the positive and negative experiences that emerged from the narratives were described. The negative experiences were classified into three categories: unspecific, specific, and minority stress-related. Participants also described the changes they would make in the health system to improve care for trans men. The results show progress in the health care of trans men in primary care services, highlighting the importance of empathetic and respectful

treatment and the use of the social name. However, some barriers were identified, revealing the need to strengthen the continuous training of health care teams to ensure equitable and competent care at all levels of the health system.

Keywords: Health Services for Transgender Persons; Healthcare Disparities; Primary Health Care; Qualitative Research.

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo examinar as vivências de homens trans em sua interação com os serviços de atenção primária à saúde na área metropolitana de Montevideu, Uruguai. Foi adotada uma abordagem qualitativa, utilizando o método biográfico (relatos de vida). Participaram do estudo cinco homens trans com idades entre 19 e 41 anos, recrutados por meio de amostragem em bola de neve. Para a coleta de informações, utilizou-se um dispositivo composto por duas entrevistas semiestruturadas com cada participante: a primeira para a abertura do relato e a segunda para aprofundamento e encerramento. O trabalho de campo foi realizado entre junho de 2019 e outubro de 2020. As entrevistas foram transcritas

literalmente e, em seguida, realizou-se a análise temática de conteúdo com o uso do software ATLAS.ti 9. Com base nas entrevistas, foram construídas biografias e feita uma leitura transversal considerando quatro dimensões: i) sexualidade, ii) identidade e relacionamentos; iii) família, educação e trabalho, iv) saúde; posteriormente, descreveram-se as vivências positivas e negativas emergentes dos relatos. As experiências negativas foram classificadas em três categorias: inespecíficas, específicas e relacionadas ao estresse das minorias. Também foram descritas as mudanças que os participantes fariam no sistema de saúde para melhorar o atendimento à saúde de homens trans. Os resultados mostram avanços no cuidado à saúde de homens trans nos serviços de atenção primária, destacando a importância de um tratamento empático, respeitoso e do uso do nome social. No entanto, identificaram-se algumas barreiras que evidenciam a necessidade de fortalecer a capacitação contínua das equipes de saúde para garantir uma atenção equitativa e competente em todos os níveis do sistema de saúde.

Palavras chave: Serviços de saúde para pessoas transgênero; Atenção primária à saúde; Pesquisa qualitativa.

Recibido: 11/07/2025

Aceptado: 22/12/2025

Introducción

Las personas trans (PT) se enfrentan cotidianamente a múltiples obstáculos para poder ejercer sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, incluido el derecho a la salud.⁽¹⁾ Un estudio de la organización no gubernamental Mujer y Salud en Uruguay, realizado en 2012, puso de manifiesto las barreras existentes para el acceso, dadas por el estigma y la discriminación por parte del personal de salud. También evidenció que no se daba respuesta a todas las necesidades de salud de las PT. Cabe destacar que, si bien el estudio pretendió abarcar tanto a mujeres como varones trans (VT), no se logró incluir a estos últimos.⁽²⁾ Por ende, es posible afirmar que la situación de los VT en cuanto a la atención a la salud se encuentra invisibilizada, motivando el interés en este tema de investigación.

El presente artículo se propone abordar elementos de las trayectorias vitales y la descripción de las vivencias de los VT en la atención a su salud en servicios del primer nivel de atención (PNA) —o servicios de atención primaria, según la terminología más común en otros países—, del área metropolitana de Montevideo, Uruguay. Se basa en una investigación realizada en el marco de la tesis de Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, concluida en diciembre de 2021 y se estructura en cinco capítulos. En primer lugar, el capítulo de antecedentes ofrece una revisión de investigaciones previas sobre el tema, permitiendo situar este estudio en el marco de los conocimientos y hallazgos ya existentes. Seguidamente, el marco referencial proporciona una breve caracterización del sistema de salud uruguayo, así como una cronología de la evolución en la atención a la salud de las PT en Uruguay, contextualizando la problemática a investigar. En el marco teórico-conceptual se exponen los conceptos clave que enmarcan y fundamentan el desarrollo del estudio. Posteriormente, el capítulo metodología detalla el diseño de investigación y los métodos utilizados para la recolección y análisis de datos. A continuación, en el capítulo resultados y discusión, se presenta los hallazgos principales, acompañados de un análisis que articula elementos del marco teórico-conceptual. Finalmente, el capítulo

conclusiones ofrece una síntesis de los aportes de la investigación y sugiere posibles líneas futuras de estudio.

Antecedentes

La revisión evidenció un vacío importante en la investigación sobre la atención en salud a VT, tanto a nivel internacional como nacional. El proceso de revisión comenzó en 2015 y se extendió hasta 2021, utilizando tres fuentes: la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Redalyc y la página de Bibliotecas de la Universidad de la República (BiUR). La búsqueda se realizó en español, inglés y portugués. En la BVS se utilizaron los descriptores: personas transgénero, servicios de salud para personas transgénero y atención primaria de salud, obtenidos de la página de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) de la BVS. Se refinó la búsqueda agregando al asunto principal “Prestación de Atención de Salud”, “Disparidades en Atención de salud” y “Accesibilidad a los Servicios de Salud”. Se identificó como dificultad que, al no existir un descriptor específico para la población de los VT, la mayor parte de la bibliografía que se obtuvo de la búsqueda correspondió a investigaciones relacionadas con las mujeres trans. De los estudios encontrados, se seleccionaron nueve artículos, seis de los cuales eran de origen norteamericano. En Redalyc, se seleccionó un único artículo de Brasil, y en BiUR no se encontraron tesis relevantes para el tema de la atención en salud. De la revisión se destacan experiencias negativas en el acceso a la atención de salud para personas LGBT⁽³⁾ y, en particular para PT, principalmente vinculadas al estigma y la discriminación.⁽⁴⁻⁸⁾ Estas situaciones frecuentemente resultan en el aplazamiento de la búsqueda de atención.^(3, 9,10) Se resalta la necesidad de adaptar los servicios de salud a las necesidades de la población LGBT y mejorar la formación de los profesionales sanitarios para abordar estas necesidades. ^(3, 7, 8, 11, 12)

Kosenko *et al.* agrupan las formas de maltrato a PT en seis categorías: insensibilidad de género, muestras de malestar, negación de servicios, atención deficiente, abuso verbal y atención forzada.⁽⁴⁾ Poteat *et al.* estudiaron cómo el estigma afecta las interacciones entre PT y proveedores de salud, observando que la formación insuficiente de los profesionales genera ambivalencia e incertidumbre, reforzando el desequilibrio de poder en estas interacciones.⁽⁵⁾ Shires y Jaffee identificaron factores asociados a la discriminación en VT como la identidad *queer* o asexual, el uso permanente de la identidad de género, y el tratamiento hormonal o quirúrgico, entre otros.⁽⁶⁾ Rocon *et al.*

destacan la importancia del respeto al uso del nombre social como elemento clave en la atención de salud para PT, mencionando que su falta de implementación genera barreras de acceso.⁽⁷⁾ Bell y Purkey exploraron las expectativas de las PT respecto a la atención de salud familiar, concluyendo que es necesaria una mayor capacitación para los profesionales de medicina familiar, especialmente en la prescripción de hormonas y referencias para cirugías de afirmación de género.⁽¹²⁾

En síntesis, la escasez de antecedentes de investigación sobre la atención en salud a VT, tanto a nivel internacional como nacional, subraya la necesidad de realizar estudios que profundicen en las experiencias y necesidades de esta población.

Salud y diversidad sexual en Uruguay: evolución del modelo de atención y desafíos actuales

Antes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la atención a la salud en Uruguay era altamente desigual, con un sector público enfocado en personas de bajos recursos y un sector privado centrado en instituciones de asistencia médica colectiva. La brecha entre ambos sectores se reflejaba en marcadas disparidades en los resultados de salud. La función rectora del Ministerio de Salud Pública se encontraba deteriorada. El sistema de salud estaba fragmentado y los recursos destinados al sector público disminuyeron, ampliando la disparidad en la calidad de atención. La crisis económica del año 2002 agravó la situación al aumentar el desempleo y reducir el acceso a la cobertura de salud. El modelo de atención era asistencialista y hospitalocéntrico, con escasa participación de los usuarios en la toma de decisiones, que impactan sobre su propia salud y bajo nivel de conocimiento de sus derechos.⁽¹³⁾ En la exposición de motivos de la ley de creación del SNIS se reconoce la salud como un derecho humano fundamental y se busca asegurar el acceso a servicios integrales de salud para todos. Se proponen cambios en los modelos de gestión, gasto y financiamiento, así como en el modelo de atención, priorizando la promoción de salud y prevención de enfermedades, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y con énfasis en el PNA.⁽¹⁴⁾ La Ley N.º 18.211, promulgada en diciembre de 2007, regula el derecho de todas las personas que residen en el país a la protección de la salud y define las formas de acceso a servicios de salud integrales. Se destacan principios como la promoción de salud, accesibilidad a servicios, equidad en las prestaciones y respeto a los derechos de las y los usuarios.⁽¹⁵⁾ El SNIS se basa en la estrategia de aps, se

organiza en redes por niveles de atención y prioriza el PNA.⁽⁵⁾ Este último se define como la organización de recursos destinados a satisfacer las necesidades básicas y/o más comunes en la atención sanitaria de una población. Comprende establecimientos como policlínicas y centros de salud.⁽¹⁶⁾ En los servicios del PNA se resuelve aproximadamente el 80% de los problemas de salud.⁽¹⁷⁾

La mayoría de la población uruguaya recibe servicios de baja y mediana complejidad a través de las instituciones del SNIS, tanto del subsector privado como público. El subsector público tiene un fuerte desarrollo del PNA, mientras que en el privado su desarrollo es limitado.⁽¹³⁾

La atención a la salud con enfoque de diversidad sexual —y en particular la atención a la salud de las PT—, comenzó a ser considerada de manera explícita en Uruguay a partir del lanzamiento de una publicación del Ministerio de Salud Pública: el capítulo *Diversidad* de la Guía de Salud Sexual y Reproductiva. Esta publicación hace referencia explícita a la voluntad de avanzar en la adopción de políticas públicas que reconozcan la diversidad sexual como parte de los derechos humanos fundamentales, contribuyendo a transformar el modelo de atención a la salud sexual y salud reproductiva. Además, se plantean una serie de recomendaciones para los centros de salud públicos y privados, con el objetivo de garantizar el cuidado a la salud de personas con orientación sexual e identidad de género diversa, dentro de las cuales cobra particular importancia la capacitación y sensibilización a integrantes del equipo de salud.⁽¹⁸⁾ Unos años más tarde se desarrollaron algunas experiencias en la atención a la salud con enfoque de diversidad sexual, entre las que se destacan el proyecto de los “Centros de salud libres de homofobia” (2012), la experiencia de la Unidad Docente Asistencial del Hospital Saint Bois (2014),⁽¹⁹⁾ —que se constituyó como un servicio de referencia para la atención de las PT—, y la experiencia de la Intendencia de Montevideo, con la certificación de cinco policlínicas como “Centros de salud libres de LGTBI-fobia”, a partir de 2015.⁽²⁰⁾ A su vez, entre 2012 y 2016, se lanzaron diferentes guías dirigidas a capacitar a los equipos de salud en el abordaje de la diversidad sexual. Entre ellas, se destaca la guía “Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud”,⁽²¹⁾ cuyo sexto capítulo se aboca al abordaje de la atención integral a la salud de PT.⁽²²⁾

Por último, un antecedente a destacar es la promulgación en 2018 de la Ley N.º 19.684, conocida como ley integral para PT. En ella se establece el derecho a la identidad de

género y su incorporación en todos los sistemas públicos de información estadística que indaguen la variable “sexo”. La ley también propone acciones afirmativas para mejorar el derecho de las PT al trabajo, la educación, la cultura, la vivienda y la salud.⁽²³⁾ A pesar de la promulgación de esta ley, desde 2018, si bien se dio continuidad a las experiencias desarrolladas anteriormente, no se produjeron avances significativos en materia de atención a las PT. Por el contrario, la siguiente administración no consideró este tema, omitiéndolo por completo en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030.⁽²⁴⁾ Esto derivó en un retroceso en el abordaje de la salud con enfoque de diversidad sexual, lo cual ha sido denunciado por los colectivos de la diversidad sexual en las proclamas de la Marcha por la Diversidad de los años 2020 a 2024.⁽²⁵⁻²⁹⁾

Marco teórico-conceptual

A continuación se presentan algunos conceptos relevantes vinculados a las vivencias de VT en la atención a su salud.

Gadamer define como “vivencia” a una elaboración que hace la persona en torno a una experiencia. Esta se encuentra influida por su personalidad, sus experiencias previas, sus intereses, su lugar en la sociedad, entre otros aspectos.⁽³⁰⁾ En el caso de las PT, el relevamiento referido anteriormente sobre sus necesidades de salud pone de manifiesto la existencia de experiencias previas de discriminación y maltrato, que condicionan sus vivencias en la atención en salud.⁽²⁾ En 2003, Meyer desarrolló su modelo de estrés de las minorías; en él postula que las condiciones estresantes objetivas —representadas por episodios de violencia y discriminación—, padecidas por personas lesbianas, gais y bisexuales, constituyen lo que denomina estresores distales. Estos, a su vez, condicionan la aparición de estresores proximales, que constituyen elementos generados internamente como anticipación a los estresores distales. En esta categoría se identifican expectativas de rechazo, ocultamiento de la orientación sexual y homofobia internalizada.⁽³¹⁾ Un estudio publicado en 2013 por Kosenko *et al.* identificó seis formas de maltrato hacia PT en los servicios de salud: insensibilidad de género, muestras de malestar, negación de servicios, atención deficiente, abuso verbal y atención forzada. La más frecuente fue la insensibilidad de género, expresada mediante el uso de pronombres incorrectos, comentarios inapropiados sobre la identidad de género o intentos de disuadirles de llevar a cabo la transición. Le siguieron las muestras de malestar como inquietud, miradas fijas o evasión del contacto visual, interpretadas como señales de

incomodidad y rechazo. En tercer lugar, se identificó la negación de servicios, que incluyó rehusarse a indicar tratamientos como hormonización, o negarse a recibir a PT en consulta. La atención deficiente se manifestó en la realización del examen físico de forma ruda, falta de respuesta a pedidos de ayuda y esperas prolongadas. También se reportaron casos de abuso verbal como burlas, insultos y apodosos ofensivos por parte del personal. Finalmente, la atención forzada —la menos frecuente—, consistió en procedimientos no consentidos, como exámenes innecesarios o derivaciones a psiquiatra. Las PT perciben estas conductas como resultado del estigma, aunque ello no implique necesariamente que esta sea su causa. El estudio destaca la importancia de evitar comportamientos que puedan ser malinterpretados en la atención a PT.⁽⁴⁾

Metodología

El diseño de investigación empleado fue cualitativo, a través del método biográfico. Este es definido como el relato de vida de una persona en su contexto, registrado e interpretado por quien investiga. Este enfoque permite describir y analizar experiencias individuales para comprenderlas en su singularidad o como parte de un colectivo. Además de aportar información sobre cada sujeto, los relatos de vida revelan problemáticas sociales más amplias.⁽³²⁾ En este caso, se abordó la interacción entre VT y las instituciones de salud. Se procuró obtener una muestra diversa según edad, nivel socioeconómico y cobertura de salud de los entrevistados. Como criterios de inclusión se buscó acceder a VT uruguayos mayores de 18 años, que hubieran consultado en los últimos 2 años en servicios del PNA públicos o privados del área metropolitana de Montevideo. Como criterio de exclusión se consideró la existencia de una discapacidad que afectara la expresión verbal. Se accedió a los participantes a través de muestreo por bola de nieve. En dicha técnica, luego de identificar algunos miembros del grupo en estudio, se solicitó que estos identificaran otros individuos que cumplieran con los criterios de inclusión y así sucesivamente.⁽³³⁾ En total, se tomó contacto con 10 VT, de los cuales 5 accedieron a participar en el estudio. De los que no se incluyeron en el estudio, uno no cumplía con los criterios de inclusión, dado que residía fuera del área metropolitana de Montevideo; otro accedió a participar, pero no concurrió los días pactados para la primera entrevista; dos inicialmente accedieron, pero al comunicarse

para confirmar la entrevista avisaron que cambiaron de opinión, y el último declinó la invitación desde un inicio. El trabajo de campo se realizó entre junio de 2019 y octubre de 2020. El acceso a participantes, ya de por sí dificultoso por tratarse de una población de escasa magnitud, estigmatizada e invisibilizada, fue aún más trabajoso debido a la situación sanitaria por la pandemia de covid-19, a partir de marzo de 2020.

Por las características de esta investigación, se tuvo especial cuidado en cuanto a los aspectos éticos; el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería. Se utilizó una hoja de información al participante en lenguaje claro y sencillo, y un documento de consentimiento informado, entendiendo este como un proceso que transversaliza la investigación y no como un acto puntual. Para garantizar la confidencialidad y el anonimato se puso especial cuidado en el procesamiento de las entrevistas, que fueron transcritas por la propia investigadora cuidando omitir las referencias a lugares y personas que permitieran inferir la identidad del entrevistado. Para la obtención de la información, siguiendo el método biográfico, se optó por un dispositivo consistente en dos entrevistas semiestructuradas, con un intervalo de 7 a 10 días entre ambas, de acuerdo a la propuesta metodológica de Cornejo, Mendoza y Rojas, para aportar espesor reflexivo a los relatos.⁽³⁴⁾ Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares seleccionados por los propios participantes, procurando condiciones adecuadas para su grabación (en general, sus domicilios). La primera entrevista siguió una pauta común y su transcripción —realizada por la investigadora—, procuró conservar la riqueza expresiva del relato, incluyendo elementos como lapsus, silencios, modismos y titubeos. Además de la grabación, se registraron notas descriptivas en el cuaderno de campo. Luego de la primera entrevista, que tuvo una duración promedio de una hora, se realizaba la transcripción literal, el análisis primario de contenido, la confección de una línea de vida con los hitos biográficos o puntos de inflexión personales y la elaboración de la pauta para la segunda entrevista. En esta última, que tuvo una duración promedio de 47 minutos, se buscaba aclarar y profundizar elementos abordados y explorar aspectos que no hubieran emergido en la primera entrevista. Luego de las entrevistas, se realizó el análisis temático de contenido. Debido a la naturaleza inductiva de la investigación cualitativa, los núcleos temáticos se fueron generando y ajustando en el transcurso de la investigación.⁽³⁵⁾ Para el manejo de datos se utilizó el *software* ATLAS.ti 9. Según las distintas dimensiones, se empleó una codificación abierta, teórica y mixta para la

identificación de: actores, contextos y momentos clave de los relatos, que se realizó según cuatro dimensiones de análisis: i) sexualidad, ii) identidad y pareja, iii) familia, educación y trabajo, iv) salud; vivencias positivas, negativas (inespecíficas, específicas y por estrés de las minorías); cambios que realizarían en los servicios de salud. La definición de estas dimensiones se realiza junto a la presentación de los resultados.

Resultados

Para comenzar, se realiza una lectura transversal de las trayectorias biográficas de acuerdo a las cuatro dimensiones referidas en la sección anterior. Posteriormente, se describen las vivencias y los cambios que realizarían en los servicios de salud.

Trayectorias biográficas

En la dimensión sobre la sexualidad, identidad y pareja, se observó que la manifestación de la identidad se produce desde la infancia. La mayoría de los entrevistados manifestó autoperibirse o ser percibido por el entorno como mujeres cis lesbianas o bisexuales antes de llegar a identificarse como VT. Otro aspecto común a todas las biografías es la vinculación con asociaciones de PT o personas LGBT. Como hitos biográficos se identificaron la adopción de expresiones de género masculinas, la adopción de nombre social masculino, la hormonización, el cambio de sexo y nombre registral, el uso de faja y la realización o preparación para tratamiento quirúrgico. En dos casos apareció un falso noviazgo con un varón gay como estrategia para desviar la atención de la familia y el entorno de la orientación sexual e identidad de género.

En cuanto a la familia, la figura materna está presente en todos los relatos, aunque sus características difieren según los entrevistados. En dos casos emergió como un vínculo positivo, en dos casos como una figura ambivalente/conflictiva y en un caso pasó del rechazo a la aceptación. En cuanto a la figura paterna, en un caso no existió vínculo en ningún momento de la trayectoria vital, mientras que en los otros cuatro casos apareció como un vínculo predominantemente conflictivo o negativo. De estos últimos, en tres de los casos se produjo una ruptura transitoria o definitiva en algún momento de la trayectoria. En la mayor parte de los relatos se encontraron referencias a conflictos

familiares y abandono del hogar, desencadenado por la orientación sexual o expresiones de género.

En la dimensión sobre educación y trabajo, tres de los cinco entrevistados manifestaron haber sufrido acoso escolar en algún momento de su trayectoria educativa. En dos biografías apareció además aislamiento en la escuela. En cuatro de las cinco biografías hubo referencias a la inserción en grupos de pares. En cuanto al vínculo con los docentes, surgió en tres de los relatos como positivo, aceptando el nombre social a pesar de no contar con el cambio de sexo y nombre registral. En el ámbito laboral, en dos relatos se visualizó apoyo o aceptación por parte de compañeras y compañeros de trabajo; en un caso emergió un despido en el cual quedó duda de que la causa haya sido debido a la sexualidad, y apareció como positiva la posibilidad de ingreso y ascenso que tuvo en uno de sus trabajos.

Por último, en la dimensión salud, los entrevistados manifestaron escasos recuerdos de la infancia y adolescencia, fundamentalmente vinculados a atención de enfermedades y accidentes en servicios de urgencias y emergencias. Un común denominador de todos los relatos fueron problemas de salud mental, desde baja autoestima, angustia, depresión y autolesiones hasta intento de autoeliminación en tres de los casos. Los cuatro entrevistados más jóvenes manifestaron haber tenido acompañamiento psicológico en algún momento de su vida. Por lo general, el o la profesional de psicología apareció como un vínculo positivo. La figura del psiquiatra surgió explícitamente en dos relatos. En el caso del VT de más de 40 años, debió concurrir a múltiples consultas con diferentes profesionales para poder acceder a una histerectomía. En cuanto a la atención a la salud durante la transición, se documentó una diferencia entre los relatos de los cuatro entrevistados más jóvenes y el mayor. En los primeros se produjo la derivación a profesionales o equipos especializados, mientras que en el segundo se relató una sucesión de consultas infructuosas con diversas especialidades médicas (cirugía, endocrinología, ginecología y psiquiatría), en las cuales se sintió maltratado, rechazado y no logró los resultados que buscaba, a excepción de una endocrinóloga que le indicó la hormonización. Enfermería en general no emergió espontáneamente en los relatos; no obstante, cuando apareció, surgió como una figura positiva, vinculada a la administración de testosterona, mientras que en otros casos estuvo ausente. En el relato del VT mayor de 40 años, el equipo de enfermería apareció vinculado a la internación en segundo nivel, sucediéndose para realizar las mismas preguntas

rutinarias y evidenciando dificultades en la comunicación.

Vivencias en la atención a su salud

Para el análisis de las vivencias se empleó una clasificación según la cual se distinguieron por un lado las vivencias negativas y por otro las positivas. Dentro de las negativas se identificaron algunas inespecíficas (padecidas por todas las personas que utilizan los servicios de salud), otras específicas de la población trans (basadas en las categorías del estudio de Kosenko *et al.* referido anteriormente) y otras por estrés de las minorías (de carácter interno, basadas en la teoría de Meyer mencionada en el marco teórico-conceptual). A continuación, se describen los hallazgos relacionados a cada una de esas dimensiones.

Vivencias negativas inespecíficas

La categoría más frecuente dentro de esta dimensión fue la existencia de barreras organizacionales (como demoras en la atención o incremento de los tiempos de espera para acceder a la consulta), que estuvo presente en todos los relatos. Otras vivencias inespecíficas encontradas fueron las dificultades en registros o sistemas de información, dificultades en el vínculo con el profesional que le atiende, la existencia de barreras económicas, el desconocimiento de profesionales sobre atención a VT y la existencia de barreras socioculturales. En la tabla 1 se presentan citas ilustrativas para cada una de estas categorías, indicando los relatos en los que aparecen. Cada entrevistado se denominó con la abreviatura “VT” seguido de un número (por ejemplo, el entrevistado mayor de 40 años aparece como “VT 4”).

Tabla 1. Vivencias negativas inespecíficas: categorías, frecuencia y citas ilustrativas.
Área Metropolitana de Montevideo, 2019-2020.

Categorías	Relatos en los que aparece	Citas ilustrativas
Existencia de barreras organizacionales	VT1 VT2 VT3 VT4 VT5	<i>Mirá, yo cuando empecé con el tema de los trámites para ir al Saint Bois esperé como tres meses, y creo que eso está mal, porque debería ser menos, ¿entendés? (...) Y eso hace que no pierdas las</i>

		<i>esperanzas, pero que se te demoren mucho más las cosas. (VT1).</i>
Dificultades en registros o sistemas de información	VT2 VT3 VT4	<i>Yo tengo problemas con mi historia [clínica], porque al hacer el cambio de nombre y yo antes tipo, mi historia anterior no tenía nada, pero está la historia, y me generaron otra historia con mi nombre. Entonces al buscar las dos historias, está mi nombre anterior y mi nombre de ahora (VT3).</i>
Dificultades en vínculo con profesional que le atiende	VT3 VT5	<i>Sentía que solo me... me mandaba la medicación, y que no tenía una devolución por parte de él. [...] Estaba disperso durante la consulta, no estaba prestándote atención, mucho. [...] Estaba escribiendo todo el tiempo mientras... mientras vos le... le hablabas... (VT5).</i>
Barreras económicas	VT2 VT3	<i>Ir a Montevideo, al Saint Bois... que en mi casa no me apoyaban, era como que me tenía que arreglar yo solo, si necesitaba para el boleto o algo [...] Entonces digo “pah, si tengo que ir allá a Montevideo, pagar los inyectables, pagar los boletos, me muero”. Ir al psicólogo, al médico, ir todos los meses a darme un inyectable, no sabía cómo iba a hacer (VT2).</i>
Desconocimiento de profesionales sobre atención a VT	VT4 VT5	<i>Al principio, eh... mi médico de cabecera y eso no tenía mucha idea, por lo cual fue preguntando a otros médicos también, pero... [...] Me dijo que... que no tenía mucha idea y que... iba a preguntarle a otro, a otro doctor, a ver si... si conocía alguien que estuviera más informado en el tema de... las hormonas para chicos trans y eso... inclusive me preguntó... eh... cuáles eran las hormonas que se inyectaba al chico trans... Y eso me sorprendió... (VT5).</i>
Barreras socioculturales	VT4	<i>Sabía cómo eran los protocolos, y tenías que ir al [Hospital de] Clínicas, y te hacían un montón de estudios, eran preguntas sumamente invasivas, al punto de cómo te masturbabas, ese tipo de cosas que no tenían nada que ver con nada... (VT4).</i>

Fuente: Elaboración propia.

Vivencias negativas específicas

La vivencia negativa específica (de acuerdo a las categorías planteadas por Kosenko *et al.*), más frecuente identificada en los relatos fue la insensibilidad de género. Vinculada a esta aparece como estrategia de afrontamiento concurrir a los servicios de salud en compañía femenina. Otra de las categorías emergentes fueron las muestras de malestar, frecuentemente asociadas a la insensibilidad de género. Estas se expresaron fundamentalmente a través de “miradas que incomodan”. Las categorías vinculadas a la atención deficiente y la negación de servicios solamente se identificaron en el relato del VT mayor de 40 años. La categoría atención forzada aparece en un único relato, vinculada a la atención en el ámbito hospitalario. Finalmente, la categoría abuso verbal no emergió en ningún relato. En la tabla 2 se presentan citas ilustrativas para cada categoría, indicando los relatos en los que emergen.

Tabla 2. Vivencias negativas específicas: categorías, frecuencia y citas ilustrativas. Área Metropolitana de Montevideo, 2019-2020.

Categorías	Relatos en los que aparece	Citas ilustrativas
Insensibilidad de género	VT1 VT2 VT4	<i>Y si me asesoraba digo ¿no me podés llamar por el apellido? Pero algunos no te daban bola, y allá alguno cada tanto me llamaba por el apellido. O rezaba que me estuvieran llamando por el apellido (VT2).</i> [En cuanto a concurrir en compañía femenina como estrategia de afrontamiento]: <i>Entonces yo siempre le decía a mi pareja “vos venís conmigo, y cualquier cosa yo entro contigo y te llaman a vos” [...] “Te tenés que sacar esa pavada”, me dice. Y le digo “no, pero es horrible que todo el mundo te quede mirando” (VT2).</i>
Muestras de malestar	VT2 VT4	[VT4 concurrió a la consulta ginecológica con una acompañante mujer]. <i>Entonces le dije [a la ginecóloga] “doctora, el paciente soy...”, “no, no, no.... dejá que hable ella”.</i>

		<i>[...] Entonces le digo “no doctora, pero tú no entendés, el paciente soy yo”, y me mira y me dice “yo no atiende hombres”. “Bueno, ta, pero yo te quiero explicar, nada más”, entonces le expliqué. Abrió los ojos, porque aparte cada explicación de estas a mí me generaba un desgaste, ¿entendés? [...] Me mira y me dice “necesito una segunda opinión”. “Ta, ¿y cuál es tu opinión?” “Mi opinión es que necesito una segunda opinión” (VT4).</i>
Atención deficiente Negación de servicios	VT4	<i>Cuando me empecé a atender, tanto en la [institución del sector privado] [...] con la endocrinóloga, como con el ginecólogo y demás, es ahí cuando empiezo todo recontra rechazado, ¿viste? Recontra rechazado... Ta, no me dieron pelota. No me dieron pelota, me rechazaban... [...] Bueno, voy... en ese momento era socio de la [institución del sector privado] y voy a una consulta con una endocrinóloga. [...] Para... eh... comenzar el tratamiento hormonal, pasé por 18 consultas en médicos. Conozco a todos los endocrinólogos de la [institución del sector privado] [...] Ta, voy al psiquiatra. También, me patean. Cuatro psiquiatras me patean hasta que voy al consultante de psiquiatría [...] En total fueron 46 consultas que yo pasé para hacerme las dos operaciones (VT4).</i>
Atención forzada	VT1	<i>Sí, yo cuando... estuve en... el tema ese que tuve de salud, estuve en el [Hospital], y me hicieron una... me querían hacer una ecografía vaginal (VT1).</i>
Abuso verbal	No se identifica	

Fuente: elaboración propia

Vivencias negativas por estrés de las minorías

Esta dimensión incluye aquellas vivencias negativas que tienen su origen en procesos estresores proximales, de acuerdo con el modelo de estrés de las minorías de Meyer. Dentro de esta dimensión, dos de sus componentes fueron reconocidos en los relatos: las expectativas de rechazo y el ocultamiento de la identidad de género. No se identificó homofobia o transfobia internalizada en los relatos. En la tabla 3 se presentan citas ilustrativas de las dos categorías que emergieron.

Tabla 3. Vivencias negativas por estrés de minorías: categorías, frecuencia y citas ilustrativas. Área Metropolitana de Montevideo, 2019-2020.

Categorías	Relatos en los que aparece	Citas ilustrativas
Expectativas de rechazo	VT2 VT3 VT4	<i>Yo llegué [a la mejor consulta con la endocrinóloga], y llegué lleno de miedos y de cosas, porque ya había sido rechazado por todos... (VT4 E1).</i>
Ocultamiento de la identidad de género	VT1, VT2	<i>O sea, [el cambio de sexo y nombre registral] lo quiero más bien porque... con el tema del trabajo, el tema de saludNo tengo que estar diciendo “me llamo tal y forma” (sic) y no estar pegado en frente de todos cuando no tienen que saber nada de... es algo personal de uno. Y tampoco me gusta exponerme... (VT1 E2).</i>
Transfobia internalizada	No se identifica	

Fuente: Elaboración propia.

Vivencias positivas

En todos los relatos emerge que las vivencias positivas se encuentran principalmente relacionadas al vínculo con el profesional o equipo de salud de referencia, la atención que cubre las expectativas en cuanto a recibir tratamiento o lograr resultados de este, y

el uso de nombre social o apellido. Este último aspecto es consistente con lo planteado por Rocon *et al.*⁽⁷⁾

Otras categorías que aparecieron frecuentemente fueron la felicidad por el rumbo que toma el proceso de atención, la accesibilidad económica, geográfica o administrativa del servicio, los registros en la historia clínica y el ambiente o entorno agradable en servicio de salud. En la tabla 4 se presentan ejemplos de cada una.

Tabla 4. Vivencias positivas: categorías, frecuencia y citas ilustrativas. Área Metropolitana de Montevideo, 2019-2020.

Categorías	Relatos en los que aparece	Citas ilustrativas
Vínculo con profesional/equipo de salud de referencia	VT1 VT2 VT3 VT4 VT5	<i>Y bueno, empecé el tratamiento con [endocrinóloga de mutualista 5]. Me enamoré de ella, porque fue divina conmigo, ¿viste? Fue divina. Incluso celebraba todos mis cambios. El día que me vio con el bigote... [...] me dice “qué bien, cómo me alegra poder verte, poder...”, y siempre hacía hincapié en mi estado psicológico. Si yo estaba bien, si me sentía bien, si había algo que me faltaba... (VT4).</i>
Atención que cubre las expectativas	VT1 VT2 VT3 VT4 VT5	<i>[La endocrinóloga] me dijo “bueno, tenés los estudios... los tenés en la mano y ya empezamos a hormonizarte”, [...] me temblaban tanto las piernas que me tuve que sentar y empecé a llorar... porque por lo general yo no lloraba, o sea... me cuesta. Y empecé a llorar en medio de [mutualista 3], me senté porque no me podía parar de la emoción diciendo “pah, ya tengo todo” (VT3).</i>
Uso de nombre social/apellido	VT1 VT2 VT3 VT4 VT5	<i>En todo momento recuerdo que siempre me preguntaron cómo me identificaba para poder tratarme como... como yo quería y no como estaba escrito... (VT5).</i>
Felicidad por el rumbo que toma	VT1 VT2 VT3	<i>[Cuando saqué hora para atenderme en la UDA del Hospital Saint Bois], ¡pah, se me abrió el alma!</i>

el proceso de atención		[sonríe] <i>porque... es como... poder concretar lo que yo quiero. Y fue genial, me dijeron “venís tal día” y yo salté de felicidad... (VT1).</i>
Accesibilidad del servicio (económica, geográfica, administrativa)	VT2 VT3	<i>Yo vine acá [a la policlínica] pensando que yo lo tenía que pagar, después me dijeron que no tenía que pagar nada... y fue... la verdad que sin palabras con ellos (VT2).</i> <i>Para venir [a la policlínica] no tengo que viajar, vengo caminando, si me quiero tomar un ómnibus me lo tomo, pero no me queda tan lejos tampoco (VT2).</i> <i>[En el proceso de atención] es como que va todo muy, muy, muy rápido. Y nunca me trancaron nada, por suerte. Ni con el tema de la cédula, ni con el tema de la hormonización, nunca tuve ningún problema (VT3).</i>
Registros en historia clínica	VT1 VT5	<i>[La endocrinóloga] escribe cada cambio, cada... cada cambio que yo le relato que tuve, eh... lo va escribiendo y siento que va... se va notando una evolución... (VT5).</i>
Ambiente o entorno agradable en servicio de salud	VT1, VT2	<i>En realidad [el local de la policlínica] es chiquito [...]</i> <i>Pero es chiquito ahí... pero... está prolijo, está lindo, aparte es nuevo y siempre hay una limpiadora limpiando todo... Pero el lugar está lindo, aparte de que es chiquito, está bien (VT2).</i>

Fuente: elaboración propia.

Cambios a implementar en los servicios de salud

En relación a este aspecto, existió consenso en los participantes acerca de la necesidad de mejorar la capacitación al funcionariado de instituciones de salud. El VT mayor de 40 años es quien identificó más elementos para mejorar, reivindicando el derecho a decidir sobre su identidad y su cuerpo. Otro de los elementos que apareció en dos de los cinco relatos fue la necesidad de mejorar la accesibilidad geográfica de los servicios especializados fuera del área metropolitana de Montevideo.

En cuanto a la atención a la salud mental, existió una discrepancia entre dos de los entrevistados. Por una parte, uno de los VT más jóvenes indicó la necesidad de fortalecer la atención psicológica, mientras que el VT mayor de 40 años identificó la atención en salud mental como una barrera para la transición en la identidad de género. Uno de los VT más jóvenes planteó la necesidad de que se proporcione un trato equitativo. Por último, el VT mayor de 40 años agregó más aspectos que se deberían mejorar en la atención como facilitar el acceso a tratamientos y ampliar su oferta, garantizar la calidad del tratamiento quirúrgico y brindar acompañamiento permanente. En la tabla 5 se presentan algunas citas que ejemplifican estos aspectos.

Tabla 5. Cambios que harían en los servicios de salud: categorías, frecuencia y citas ilustrativas. Área Metropolitana de Montevideo, 2019-2020.

Categorías	Relatos en los que aparece	Citas ilustrativas
Necesidad de capacitar al personal acerca de la atención a PT	VT1 VT2 VT3 VT4 VT5	<i>Haría capacitaciones para... para todos los funcionarios, para saber cómo tratar... [...] de forma básica con una persona trans para que no se sienta incómoda.... [...] que sepan de qué médico a qué médico derivar, cuáles son los médicos que tratan con chicos trans, cuáles son los que tratan con chicas trans... (VT5).</i> <i>No haría una policlínica [especializada] para personas trans, como está hecha. No la haría. Sí informaría a los médicos, [...] daría... no solo, este... charlas y capacitaciones, [...] pondría personas trans hablando de nosotros mismos (VT4).</i>
Mejorar accesibilidad geográfica de servicios especializados	VT1 VT2	<i>Pondría una policlínica más cerca, que sea especializada para eso. O sea, mujeres trans y hombres trans [...] en los departamentos [del interior del país], principalmente, tienen que ir especialistas de estos temas porque no hay... (VT1).</i>
Contar con médicas/os de referencia y	VT1	<i>Uno de los cambios que haría para mejorar la atención de las personas trans sería] que haya médicos de cabecera, psicólogos, que es muy</i>

fortalecer la atención psicológica		<i>importante porque hay veces que... la gente se identifica de una manera, pero después cuando va al proceso se retrasa, y tenés que ver todo lo psicológico (VT1).</i>
	Discrepancia: VT4 (el psicólogo como barrera)	<i>¿El psicólogo pa' qué lo quiero, el psicólogo? El psicólogo acompañame en mis momentos de soledad, que te cuente mi vida, pero no me... para esto no es un psicólogo. No hay nadie que venga a decirte "yo quiero cambiar mi identidad de género" para después arrepentirse. [...] Además, es una barrera que es super difícil de tirar, recontra difícil de tirar, y cuando nos animamos a dar ese paso... por favor, que no venga nadie a trancártelo. Es como la... lo del aborto [...] Después que tú decidiste sobre tu cuerpo, decidiste hacerte el aborto, nadie tiene que venir a convencerte de otra cosa... (VT4).</i>
Trato equitativo	VT2	<i>Y yo pienso que después los médicos deberían tratar a todo el mundo por igual. Yo creo que si hay un poco más de información, tendría que ser el mismo trato [...] Lo principal es la información. La información y que los traten a todos por igual, porque no es nada del otro mundo (VT2).</i>
Facilitar el acceso a tratamientos Ampliar la oferta de tratamientos Garantizar la calidad del tratamiento quirúrgico Brindar acompañamiento permanente	VT4	<i>Quitaría todos los protocolos. Si a mí lo único que me interesa es que vos vengas y me manifiestes cuál es tu identidad. [...] Si viene una persona y me dice "yo tengo, me quiero sacar las tetas", porque además es bien sencillo lo que nos pasa a nosotras las personas trans [...] pero yo necesito garantías. [Relata su experiencia con el resultado de la mastectomía] Yo no quiero que le pase esto a otro... Yo quiero que a otro se la hagan como la gente [...] Sacaría todos los protocolos. Acompañaría a todo el mundo. Le daría con la hormona justa y exacta a cada uno y a cada quien. Además, los acompañaría en todo. A las mujeres trans acompañaría con un tratamiento, por</i>

		<i>ejemplo, para quitarse la barba, para afinar sus voces, [...] la depilación definitiva de todo su cuerpo. [...] Además de eso generaría grupos familiares, haría contenciones... (VT4).</i>
--	--	--

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En todas las biografías se identificaron eventos o condiciones estresantes externas objetivas relacionadas con la orientación sexual e identidad de género, que constituyen procesos estresores distales,⁽³¹⁾ y efectos sobre la salud mental de diferente duración e intensidad. Siguiendo a Gadamer, las vivencias en salud de las PT se configuran como el resultado de experiencias previas, influencias socioculturales y trayectorias vitales. Las biografías recogidas muestran cómo estas vivencias están marcadas por episodios de rechazo familiar, discriminación escolar y exclusión social, los cuales condicionan la forma en las que las PT se relacionan con el sistema de salud.

Como factores protectores, en todas las biografías emergieron figuras significativas en la familia y grupos de pares, así como la vinculación con colectivos de PT/VT.

En cuanto a las vivencias relacionadas a la atención en salud, recibir un trato cálido y cordial por parte del equipo de salud contribuye a neutralizar la incertidumbre y el temor a la discriminación y el rechazo con que llegan las PT a la consulta. Un vínculo empático, basado en una buena comunicación y el respeto a su identidad, promueve la adhesión a ese equipo o profesional. El uso de nombre social o apellido, además de estar vinculado al respeto a la identidad, es una condición para el ocultamiento de la identidad de género. La atención que cubre las expectativas en relación al acceso a tratamientos de adecuación corporal también podría asociarse a necesidad de pasar desapercibidos para evitar discriminación y maltrato. Las vivencias positivas de los VT en la atención a su salud en los servicios del PNA se encuentran asociadas fundamentalmente al buen vínculo con profesionales y equipos de salud, el uso del nombre social o apellido y la atención que cubre expectativas en relación con acceso a tratamiento.

Las vivencias negativas inespecíficas (como los tiempos de espera prolongados, las barreras económicas y organizacionales) impactan con más fuerza en colectivos estigmatizados y vulnerados. Por este motivo, las instituciones de salud deberían buscar activamente reducir su impacto en esta población. En cuanto a las vivencias negativas específicas,⁽⁴⁾ la insensibilidad de género y muestras de malestar posiblemente se originen en la sorpresa y el desconocimiento de las y los profesionales de salud, por lo cual se hace fundamental extender y profundizar la capacitación y sensibilización en el abordaje de la salud de las PT. El hecho de que la negación de servicios y atención deficiente aparezca solo en relato del VT mayor de 40 años podría estar reflejando la mejora en la atención a la población trans. Por último, la atención forzada vinculada a atención hospitalaria indicaría la necesidad de profundizar la capacitación en segundo y tercer nivel de atención. Finalmente, coincidiendo con los hallazgos de Bell y Purkey,⁽¹²⁾ existe consenso de todos los participantes acerca de la necesidad de mejorar la capacitación del equipo en el abordaje de la salud de las PT.

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian los avances en la atención a la salud de los VT en los servicios del PNA, así como la importancia de desarrollar programas de capacitación continua, escalonada (en etapas progresivas, de acuerdo a los distintos niveles de conocimientos y competencias), y diferenciada (adaptándose a las necesidades específicas de cada integrante del equipo), dirigidas al personal de salud como estrategia para lograr que los VT (y las PT en general), sientan que se les brinda una atención competente y respetuosa en todos los servicios de salud públicos y privados del país. En este proceso, la Universidad de la República se reconoce como un actor clave ya que, además de ser la principal institución formadora de recursos humanos en salud en el país, ha participado en el desarrollo de documentos técnicos y experiencias exitosas en la atención a la diversidad sexual y las PT en particular. También sería necesario que los estudios de satisfacción de usuarias y usuarios de las instituciones de salud consideraran como variable la identidad de género, junto con otras variables asociadas a marginación y exclusión; esto contribuiría a visibilizar las inequidades que se producen en la atención a la salud de grupos vulnerables/vulnerados, permitiendo

desarrollar estrategias para mitigarlas o eliminarlas. Por último, se destaca la necesidad de que la autoridad sanitaria asuma un papel activo para lograr el cumplimiento de la ley integral para las PT en todo el territorio nacional, estableciendo metas, controles e incentivos en referencia a la mejora de la atención para lograr extender y consolidar los cambios en los servicios. De esta forma, junto con medidas afirmativas con relación al trabajo, la educación y la vivienda, será posible que las PT puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Washington DC: Organización de Estados Americanos; 2020.
2. Mujer y Salud en Uruguay. Relevamiento de necesidades de salud en personas trans. Montevideo: MYSU; 2012.
3. Stotzer RL, Ka'opua LS, Diaz TP. Is healthcare caring in Hawai'i? Preliminary results from a health assessment of lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning, and intersex people in four counties. *Hawaii J Med Public Health*. 2014 Jun;73:175–180.
4. Kosenko K, et al. Transgender patient perception of stigma in health care contexts. *Med Care*. 2013;51:819–822.
5. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med*. 2013 May;84:22–29.
6. Shires DA, Jaffee K. Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health Soc Work*. 2015;40(2):134–141.
7. Rocon PC, Rodrigues A, Zambon MP, Pedrini MD, Silva EM. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 Ago;21(8):2517–2526.
8. Castillo Muñoz L, Cuadrado F. Percepción de las personas transexuales sobre la atención sanitaria. *Index Enferm*. 2020;29(1-2):13–17.

9. Cruz TM. Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: a consideration of diversity in combating discrimination. *Soc Sci Med*. 2014;110:65–73.
10. Peitzmeier SM, Gardner IH, Weinand J, Corbet A, Reisner SL. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. *Am J Prev Med*. 2014;47(6):808–812.
11. Riggs DW, Coleman K, Due C. Healthcare experiences of gender diverse Australians: a mixed-methods, self-report survey. *BMC Public Health*. 2014;14:230.
12. Bell J, Purkey E. Trans individuals' experiences in primary care. *Can Fam Physician*. 2019 Abr;65(4):e147–e154.
13. Levcovitz E, Luna M, Huber M, Vega J, Silva LMV. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
14. Poder Ejecutivo. Exposición de motivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: [s.n.]; 2007.
15. Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 de 13 diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> [consulta: 23 set 2016].
16. Villalba SR, Noceti MC. Tipos de establecimientos de atención médica del MSP según niveles de complejidad. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 1989.
17. Etchebarne L. Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En: *Temas de Medicina Preventiva y Social*. Montevideo: FEFMUR; 2001. p. 75–82.
18. Ministerio de Salud Pública. Guías en salud sexual y reproductiva: Diversidad sexual. Montevideo: MSP; 2009.
19. Rocha-Carpiuc C. Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay. Cuadernos del UNFPA. 2015.
20. Schenck M. 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. Montevideo: UNFPA, Intendencia de Montevideo; 2018.

21. López P, Forrisi F, Gelpi G. Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2015.
22. Márquez D, Niz C, Olinisky M. Capítulo 6: Atención integral a personas trans. Primera parte: Atención en el primer nivel. En: López P, Forrisi F y Gelpi G. Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo: MSP; 2015. p. 147–164.
23. Ley integral para Personas Trans. Ley N°19684 de 26 octubre de 2018. Uruguay. [Internet]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018> [consulta: 10 mar 2020].
24. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2023.
25. Orgullo es luchar: un adelanto de la proclama de la Marcha por la Diversidad 2020. La diaria. [Internet]. 2020 setiembre 23. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2020/9/orgullo-es-luchar-un-adelanto-de-la-proclama-de-la-marcha-por-la-diversidad-2020/> [consulta: 10 mar 2020].
26. Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores. Estado ausente, nuestra lucha está presente. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.pitcnt.uy/novedades/estado-ausente-nuestra-lucha-presente> [consulta: 10 mar 2020].
27. Marcha por la Diversidad exigió cumplir la ley trans. El País. [Internet]. 2022 octubre 1. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/marcha-por-la-diversidad-exigio-cumplir-la-ley-trans> [consulta: 10 mar 2020].
28. “Basta de impunidad y saqueo de derechos”: se realizó una nueva Marcha de la Diversidad. El País.[Internet]. 2023 setiembre 29 . Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/basta-de-impunidad-y-saqueo-de-derechos-se-realizo-una-nueva-marcha-de-la-diversidad> [consulta: 10 mar 2020].
29. Marcha de la Diversidad: “Hasta que los derechos sean hechos”. El Popular. 2024 setiembre 28. Disponible en: <https://elpopular.uy/marcha-de-la-diversidad-hasta-que-los-derechos-sean-hechos-fotos-y-proclama/> [consulta: 10 mar 2020].

30. Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*. 2010;6(3):251–261.
31. Meyer IH. Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674–697.
32. Mallimaci F, Giménez Béliveau V. Historia de vida y métodos biográficos. En: Vasilachis de Gialdino I, editor. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 175–212.
33. Kuzel A. Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree BJ, Miller WL, editors. *Doing qualitative research: multiple strategies*. California: Sage Publications; 1992. p. 31–44.
34. Cornejo M, Mendoza F, Rojas RC. La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*. 2008;17(1):29–39.
35. Sautu R. Estilos y prácticas de la investigación biográfica. El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los autores. Buenos Aires: Editorial de Belgrano; 1999. p. 21–60.

Nota: Artículo desarrollado a partir de la Tesis de la Maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería, Universidad de la República. 2021.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/49557>

Disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.’

Nota de contribución de autores: Ambos autores participaron de la conceptualización del trabajo.

Nota editorial: Este artículo fue aprobado por los editores de la revista Prof. Adj. José Luis Priore y Prof. Asist. Camila Olivera.