

MÁS ALLÁ DE LA PATOLOGIZACIÓN: EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS TRANS DE LA UDA SAINT BOIS Y SU IMPACTO EN LA POLÍTICA SANITARIA EN URUGUAY

Marcela Schenck

Universidad de la República, Montevideo, UY

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8526-3736>

Cómo citar: Schenck, M. (2025). Más allá de la patologización: El modelo de atención a personas trans de la UDA Saint Bois y su impacto en la política sanitaria en Uruguay. *Punto y Coma*, XVIII, 11–19. <https://doi.org/10.67098/rb3wm637>

© 2025 Autores. Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

MÁS ALLÁ DE LA PATOLOGIZACIÓN: EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS TRANS DE LA UDA SAINT BOIS Y SU IMPACTO EN LA POLÍTICA SANITARIA EN URUGUAY*

Marcela Schenck

Universidad de la República, Montevideo, UY

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8526-3736>

RESUMEN

Este artículo analiza la institucionalización de un enfoque de derechos en la atención en salud hacia personas trans en Uruguay, a partir de un estudio de caso en el sector público: el caso de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Hospital Gustavo Saint Bois. La UDA, cogestionada entre la Universidad de la República (UDELAR) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), se consolidó desde 2014 como un modelo alternativo que buscó incorporar el paradigma despatologizador en el primer nivel de atención. A través de un abordaje cualitativo, se examina cómo el marco interpretativo de los actores de la UDA se incorporó en la agenda y en las políticas públicas entre 2014 y 2021. El análisis muestra que la UDA no solo ejecutó políticas, sino que se constituyó en un espacio productor de ellas, generando cambios en protocolos ministeriales e influyendo en la legislación. Asimismo, se identifican los desafíos persistentes: la débil descentralización, los límites de la implementación, las tensiones con los cambios de gobierno y la emergencia de nuevas demandas en salud. El caso de la UDA resulta significativo para comprender cómo experiencias generadas en el micro nivel, comúnmente asociado a la aplicación y no a la generación de política, pueden transformar gestiones nacionales y aportar a debates regionales sobre derechos, salud y democracia.

PALABRAS CLAVES: Personas trans; salud; políticas públicas; despatologización; Uruguay; agenda política; derechos humanos; primer nivel de atención.

Esta investigación nació de una pregunta central: ¿cómo se institucionaliza un enfoque de derechos en la atención en salud hacia las personas trans en Uruguay? La búsqueda me llevó al estudio de un caso profundamente innovador, que tiene lugar en el sector público: la Unidad Docente Asistencial (UDA) de Saint Bois. Se trata de una experiencia singular, tanto en el contexto de Uruguay como en el regional (Sempol et al., 2016; Schenck, 2023). Ubicada en la capital del país, Montevideo, y cogestionada entre la Universidad de la República (UDELAR) y la Administración de los Servicios de Salud del Esta-

do (ASSE), la UDA comenzó su modelo de atención hacia las personas trans en 2014 con una apuesta distinta¹. Desde el primer nivel de atención, propuso un modelo que rompía con la lógica patologizadora

* Este ensayo emplea lenguaje inclusivo para referirse a todas las personas.

¹ Esta UDA es parte de un modelo que inició como parte de los cambios que se impulsaron en Uruguay en el marco de la reforma del sistema de salud que generó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Las UDA surgieron como un esfuerzo conjunto entre UDELAR, ASSE y el Ministerio de Salud Pública (MSP), para integrar la formación de recursos humanos, la asistencia y la investigación, fortaleciendo la atención primaria y las especialidades críticas para ASSE. Fueron creadas en el año 2008 mediante la de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal que correspondía al ejercicio 2007 (Schenck, 2023).

con la que habitualmente se abordaba a las personas trans desde el ámbito de la salud y colocaba la integralidad como horizonte.

Este artículo sintetiza algunos de los hallazgos de mi trabajo de investigación, que fue la base de mi tesis doctoral (Schenck, 2023). El objetivo general de esta tesis fue analizar ese modelo de atención hacia las personas trans, rastreando cómo la experiencia de la UDA buscó incorporarse en las políticas públicas entre 2014 y 2021. Para ello, me propuse tres objetivos específicos: comprender el surgimiento del problema que la UDA intentó responder y su marco interpretativo; analizar cómo ese marco se incorporó en la agenda política; y examinar los desafíos de su implementación en el sistema de salud. La investigación partió de un supuesto clave: las políticas públicas no responden a “realidades objetivas” universales e inmutables, sino a problemas que se construyen a través de interpretaciones. La UDA, en ese sentido, no fue solo un servicio de salud que ejecutaba la política de salud: se convirtió en un espacio productor de política, un actor capaz de generar marcos interpretativos que interpelaron al Estado y reconfiguraron el debate público. En un contexto en el que Uruguay había avanzado significativamente en garantizar la salud como derecho, un camino que se consolidó con la gestación e implementación de una reforma estructural del sistema de salud a partir de 2007, la práctica de la UDA dejó al descubierto la complejidad de las exclusiones que pueden producirse aún en un marco de derechos, si no se contemplan las diversidades que constituyen al sujeto de las políticas. Por ello, una década después de que la legislación uruguaya consolidara la reforma de la salud desde un marco de derechos para toda la población en Uruguay, se discutió una ley, la Ley integral para personas trans (Ley N.º 19.684, 2018), 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 (Schenck, 2018). La igualdad formal y la igualdad real se enfrentaban así en la exclusión de una forma muy concreta de vivir la identidad. Y en esta ley, los actores de la UDA tuvieron un importante papel en el debate público.

Este artículo sintetiza algunos de los hallazgos de mi trabajo de investigación, que fue la base de mi tesis doctoral (Schenck, 2023). El objetivo general de

esta tesis fue analizar ese modelo de atención hacia las personas trans, rastreando cómo la experiencia de la UDA buscó incorporarse en las políticas públicas entre 2014 y 2021. Para ello, me propuse tres objetivos específicos: comprender el surgimiento del problema que la UDA intentó responder y su marco interpretativo; analizar cómo ese marco se incorporó en la agenda política; y examinar los desafíos de su implementación en el sistema de salud. La investigación partió de un supuesto clave: las políticas públicas no responden a “realidades objetivas” universales e inmutables, sino a problemas que se construyen a través de interpretaciones. La UDA, en ese sentido, no fue solo un servicio de salud que ejecutaba la política de salud: se convirtió en un espacio productor de política, un actor capaz de generar marcos interpretativos que interpelaron al Estado y reconfiguraron el debate público. En un contexto en el que Uruguay había avanzado significativamente en garantizar la salud como derecho, un camino que se consolidó con la gestación e implementación de una reforma estructural del sistema de salud a partir de 2007, la práctica de la UDA dejó al descubierto la complejidad de las exclusiones que pueden producirse aún en un marco de derechos, si no se contemplan las diversidades que constituyen al sujeto de las políticas. Por ello, una década después de que la legislación uruguaya consolidara la reforma de la salud desde un marco de derechos para toda la población en Uruguay, se discutió una ley, la Ley integral para personas trans (Ley N.º 19.684, 2018), 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 (Schenck, 2018). La igualdad formal y la igualdad real se enfrentaban así en la exclusión de una forma muy concreta de vivir la identidad. Y en esta ley, los actores de la UDA tuvieron un importante papel en el debate público.

El enfoque metodológico del trabajo fue cualitativo². Combiné entrevistas, análisis documental

² Siguiendo la recomendación de Yin (1989) para estudios de caso, la investigación se apoyó en múltiples fuentes y técnicas con el fin de garantizar la validez mediante la triangulación. El propósito fue doble: describir en profundidad la experiencia de la UDA Saint Bois y, al mismo tiempo, comprender cómo sus propios protagonistas la interpretaron. Para ello, se trabajó con una amplia variedad de materiales: documentos institucionales de la Facultad de Medicina de la UDELAR, normativa, protocolos y guías nacionales, sistematizaciones previas de experiencias, presentaciones en congresos, notas de prensa, material audiovisual y producciones de colectivos y asociaciones. Para ver el modo en que se había configurado el debate público, un eje central estuvo en la prensa escrita. Se analizaron sistemáticamente las coberturas de los periódicos *La diaria* y *El Observador* entre 2014 y 2021, seleccionados por sus posiciones contrastantes: una más progresista,

y trabajo con fuentes secundarias para reconstruir no solo el recorrido institucional, sino también los sentidos, tensiones y aprendizajes que hicieron de la UDA un laboratorio de política sanitaria.

Una experiencia que se produjo además en un marco de creciente politización de la sexualidad no heteronormativa en Uruguay, país en donde a impulso del movimiento social, desde comienzos de la década del 2000 se produjeron cambios a nivel de políticas que generaron un entorno propicio para abordar la diversidad sexual y de género desde una perspectiva de derechos (Sempol, 2013). En ese contexto, este caso fue parte importante del afianzamiento de ese nuevo marco interpretativo que expandió la ciudadanía.

Contexto de vulnerabilidad y situación sanitaria de las personas trans en Uruguay

La vida de las personas trans en Uruguay estaba marcada por la invisibilidad y la precariedad. Las investigaciones que circulaban dibujaban un mapa duro: pobreza, exclusiones múltiples, trayectorias educativas interrumpidas desde edades tempranas y una relación conflictiva con el sistema de salud, donde muchas veces eran vistas más como “riesgo” que como sujetxs de derechos.

El Censo Nacional de Personas Trans de 2017 (MIDES, 2017; a, b, c, d), coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, fue un hito en relación a la visibilidad de las problemáticas que atravesaban las personas trans. Allí aparecieron, por primera vez, cifras oficiales que confirmaban lo que los colectivos venían denunciando hacía años: exclusiones siste-

otra más conservadora. Se revisaron 1.709 artículos, de los cuales 705 cumplían con el criterio de referirse directamente a lo trans en Uruguay. A ello se sumaron 92 registros audiovisuales, principalmente televisivos, por su alcance masivo, junto con producciones oficiales y materiales de colectivos a favor y en contra de la agenda de derechos. También se incorporó la discusión parlamentaria de la Ley integral para personas trans. Se analizaron actas del Senado y de Diputados, así como las sesiones de la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión, que incluyeron audiencias a expertxs en salud vinculados con la UDA. El trabajo se completó con entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud. Estas permitieron captar las percepciones de actores de la UDA, de quienes articulaban con ella a través del sistema de referencia y contrarreferencia, y de médicos ajenos a la experiencia pero cuyas opiniones resultaban clave para comprender resistencias y apoyos. En conjunto, este recorrido permitió abordar la complejidad de la experiencia: desde los marcos interpretativos que le dieron sentido, hasta su ingreso en la agenda pública y política, pasando por su diseño, implementación y los desafíos para su continuidad. manos, la asistencia y la investigación, fortaleciendo la atención primaria y las especialidades críticas para ASSE. Fueron creadas en el año 2008 mediante la de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal que correspondía al ejercicio 2007 (Schenck, 2023).

máticas que afectaban particularmente a esta población. El Censo Identificó 933 personas trans en el país (818 mujeres y 115 varones). Los resultados mostraron una situación de vulnerabilidad que dificultaba la construcción de proyectos vitales a largo plazo, historias de desarraigo temprano, de expulsión del sistema educativo, y de vínculos frágiles con los centros de salud, donde la discriminación seguía siendo una experiencia cotidiana.

La consulta médica era un territorio cargado de tensiones. Muchas veces se prefería evitarla: tres de cada diez personas trans admitieron que no iban al médico aunque lo necesitaran, y en casi una quinta parte de los casos la razón era la discriminación abierta en el propio consultorio. Médicxs, enfermerxs o incluso recepcionistas podían transformarse en barreras humanas que desalentaban el acceso al derecho más básico: la atención en salud.

El panorama sanitario estaba atravesado también por otras vulnerabilidades: altas tasas de infecciones de transmisión sexual, problemas de salud mental vinculados a la exclusión sistemática y un consumo extendido de sustancias en contextos de precariedad. A esto se sumaba la práctica clandestina de modificaciones corporales sin supervisión médica: inyecciones de silicona líquida, aceite de motor o intervenciones hechas en condiciones inseguras, que muchas veces dejaban huellas irreversibles³.

En ese escenario, el Hospital Saint Bois apareció en los relatos como una excepción. En un país donde la regla era la discriminación, la experiencia de la UDA fue señalada por las propias personas trans como uno de los pocos espacios “amigables”. Allí, decían, la atención no solo era respetuosa: era también un lugar donde podían sentirse reconocidas como sujetxs plenos.

La gestión biomédica de las identidades trans: orígenes, clasificaciones y críticas

Las identidades trans han sido históricamente objeto de interpretación, sospecha y control por parte de la medicina. Durante mucho tiempo, antes de que la palabra “derechos” entrara en la conversación, el **cuerpo trans fue leído como un problema a resolver.**

³ Casi una cuarta parte (24%) se había inyectado por su cuenta sustancias como silicona líquida o incluso aceite de motor, y un 15% había pasado por cirugías de modificación corporal fuera del sistema formal de salud. En cuanto a las hormonizaciones, un 21,7% se encontraba bajo tratamiento, pero solo poco más de la mitad (53%) lo hacía con supervisión médica.

Ya en el siglo XIX aparecían en los manuales términos cargados de prejuicio: “metamorfosis sexual paranoica”, “sentimiento sexual contrario”, “inversión sexo-estética”. Lo trans era descrito como anomalía, síntoma, desviación. La medicina se arrogaba la capacidad de definir qué era normal y qué no, instalando un lenguaje que patologizaba la diferencia.

Con el correr del siglo XX, ese lenguaje se consolidó en los manuales internacionales que marcaron la práctica clínica en todo el mundo. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), elaborada por la OMS, la palabra “transexualismo” apareció junto a las “desviaciones y trastornos sexuales”. El DSM, el manual de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, también instaló categorías como “trastorno de identidad de género” o “disforia de género”. Con estas etiquetas, el acceso a tratamientos médicos quedaba supeditado a un diagnóstico de enfermedad. En otras palabras: para ser atendida, una persona trans debía primero ser reconocida como “enferma”.

Este modo de clasificar tuvo consecuencias ambivalentes. En algunos países permitió que los Estados cubrieran hormonizaciones o cirugías, pero al mismo tiempo reforzó el estigma. La figura del médico se volvió la puerta de entrada: solo con su aval se podía acceder a transformaciones corporales, y ese aval estaba condicionado por la adecuación a estereotipos de género. Así, quienes más se acercaban a esos moldes eran reconocidxs como “transsexuales verdaderxs”, mientras otras identidades quedaban excluidas o invisibilizadas.

Frente a este paradigma, las críticas comenzaron a crecer. El activismo trans, acompañado de miradas críticas dentro de la propia medicina y la academia, señaló que estas clasificaciones eran más un dispositivo de poder que una herramienta de cuidado. Se denunciaba que se trataba de un saber que imponía su lectura del género y negaba la posibilidad de que las personas definieran sus propias vidas. Se decía, además, que ese marco reforzaba el binarismo hombre/mujer, robando a las personas trans la posibilidad de existir fuera de esos polos. Desde nuestras coordenadas territoriales, también se denunciaba a esta construcción como colonizadora y eurocéntrica, también incluso en la propia lectura de lo trans. Marlene Wayar (2021) critica esta imposición, que niega el espacio para la autodefinición. Argumenta que el problema radica en la falta de lenguaje y que la ciencia patologiza “otras posibilidades” en lugar

de interpretarlas. Voces como la de Wayar o la de Camila Sosa Villada (en Wayar, 2021) ponen foco en los problemas y limitaciones que han tenido las miradas de lo trans desde la externalidad, y la violencia que late en la imposición de categorías. Muchas veces, la medicina y los abordajes biomédicos han sido parte de esa construcción deficitaria.

La experiencia de la UDA Saint Bois: un modelo de atención alternativo

La UDA de Saint Bois no nació como un servicio “para personas trans”. Surgió como parte de un proyecto mayor: fortalecer la atención en salud desde un enfoque comunitario y de derechos. Pero en ese camino, casi de manera fortuita, terminó convirtiéndose en un espacio clave para la población trans en Uruguay.

La UDA concentraba actividades de medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología, salud mental, nutrición y fonoaudiología. En 2014, se realizó un diagnóstico que reveló que la falta de horario vespertino era una barrera de acceso, lo que llevó a extender el horario una noche a la semana. Este cambio, inicialmente general, produjo una afluencia de personas trans, que debido a que en el servicio encontraron un espacio amigable, generaron un “efecto bola de nieve” e hicieron que la UDA se difundiera de forma significativa.

El equipo de la UDA, formado en medicina familiar y comunitaria, apostaba a una mirada integral de la salud. No se trataba de crear una policlínica especializada para lo trans, sino de transversalizar la perspectiva de diversidad en la atención cotidiana. Ese fue su gesto más radical: atender a una persona trans como a cualquier otra, pero sin negar las especificidades de su experiencia vital. La demanda de hormonización, por ejemplo, no era vista como un punto de partida aislado, sino como parte de una trayectoria de vida que debía ser acompañada con escucha, respeto y herramientas clínicas.

En pocos años, el impacto fue notorio. Entre 2014 y 2021, la UDA atendió a cientos de personas trans, muchas de las cuales encontraron allí un lugar donde su identidad no era cuestionada, sino reconocida desde el primer contacto. El lema implícito era claro: “la identidad no es una patología”. Ese principio organizador se tradujo en prácticas concretas:

consentimiento informado como regla, autonomía progresiva, capacitación permanente del personal y articulación con otras instituciones para ampliar la red de apoyo.

En sus primeros dos años, la UDA atendió a 130 personas trans, lo que representaba más del 15% de la población trans censada por el MIDES. Para el momento en que realicé mi tesis doctoral, había atendido a unas cuatrocientas personas.

El carácter innovador de la UDA no estuvo solo en la atención clínica, sino también en la forma en que se construyó como espacio de formación y reflexión. Se implementaron medidas como la capacitación de profesionales, la coordinación intersectorial/interdisciplinaria, y la articulación con el MIDES para abordar la salud desde una lógica más amplia de derechos ciudadanos.

El equipo desarrolló cursos para profesionales de la salud, impulsó ateneos académicos y elaboró guías que más tarde influirían en la política nacional. Lo que empezó como una experiencia concreta, situada casi en las afueras de Montevideo, terminó posicionándose como referencia nacional e internacional.

Pero esa visibilidad tuvo un costo. La UDA fue llamada a ser un “centro de referencia” para todo el país. Ese lugar de prestigio, aunque reconocía el valor del modelo, tensaba su objetivo inicial: transversalizar la atención para que cualquier policlínica o centro pudiera dar respuesta. En más de una ocasión, personas trans debieron viajar desde lugares lejanos porque otros equipos no se sentían preparados para atenderlas. La UDA, que había nacido para cuestionar la lógica de la excepcionalidad, corría el riesgo de convertirse ella misma en un servicio excepcional.

Aun así, el gesto fundante siguió marcando la diferencia: reconocer que la salud de las personas trans no se juega únicamente en el acceso a un tratamiento específico, sino en la posibilidad de vivir sin discriminación, con autonomía y dignidad. Ese fue, y sigue siendo, el corazón del modelo.

La UDA en la agenda política

Lo que comenzó como una experiencia localizada en un hospital periférico de Montevideo pronto

encontró eco en la política pública. El modelo de la UDA de Saint Bois no quedó encerrado en sus consultorios: logró colarse en protocolos ministeriales, en planes nacionales y, finalmente, en la propia Ley integral para personas trans.

Esta creación de política “de abajo hacia arriba” incorporaba a su vez las visiones de las personas usuarias y acortaba las brechas de implementación. Pero aunque despatologizador, el modelo no implicaba desmedicalización, sino una medicalización alternativa.

La UDA participó directamente en la elaboración del “Protocolo de Hormonoterapia Cruzada” (Márquez, 2015) y en la “Guía clínica para la Hormonización en personas trans” (MSP, 2016), que sentaron las bases para la hormonización en el sector público y se adoptaron como pauta nacional. El Protocolo de 2015, se basó en la variabilidad de género y la despatologización, aunque aún usaba términos binarios. Incluía criterios de tratamiento como consentimiento informado, descarte de psicopatía grave, capacidad de decisión y recomendación de un año de experiencia de género congruente. Los primeros protocolos, aunque despatologizadores en teoría, eran bastante intervencionistas y rígidos, reflejando las inseguridades iniciales del equipo. La guía de 2016 actualizó el protocolo, integrando la hormonización en un esquema de atención más integral y libre de discriminación. Definió a las personas trans como sujetos de derechos, “sanas y en capacidad de decidir sobre sus cuerpos”. Se recomendaba la atención desde el primer nivel, el uso del nombre social y el registro de la identidad de género.

El modelo también se proyectó más allá del ámbito sanitario. En 2018, el Plan Nacional de Diversidad Sexual incluyó a la UDA como ejemplo de política pública innovadora y recomendó replicar su experiencia en todo el país. Ese mismo año, la Ley integral para personas trans recogió directamente aprendizajes y argumentos del equipo.

La aprobación de la Ley integral para personas trans constituyó el hito más relevante en materia de derechos para esta población en Uruguay. Su discusión parlamentaria estuvo marcada por un fuerte contrapunto entre visiones opuestas. Por un lado, se fundamentaba en la necesidad de garantizar derechos frente a las múltiples vulneraciones estructurales que históricamente había sufrido la población

trans, posición sostenida a nivel político partidario principalmente por los actores vinculados al oficialismo de izquierda, el Frente Amplio. Por otro, los sectores opositores argumentaban que se trataba de “privilegios” y “desigualdades” que ponían en riesgo a las infancias y a la construcción tradicional de familia. En sus discursos aparecieron referencias reiteradas a la llamada “ideología de género” (Ravecca et al, 2022a; b) y a los supuestos peligros de habilitar intervenciones irreversibles en adolescentes, así como cuestionamientos a los derechos parentales. Frente a esta retórica, los defensores de la ley apelaron a narrativas de igualdad y a la tradición de la “excepcionalidad uruguaya” en la ampliación de derechos.

En ese debate, la UDA de Saint Bois ocupó un lugar central. La figura de uno de sus referentes, el Dr. Daniel Márquez, y la experiencia acumulada por el servicio, fueron legitimadas como prueba viva de que era posible implementar un modelo de atención pionero y reconocido internacionalmente. La UDA se presentó como un espacio de referencia que funcionaba bajo el principio de la despatologización —“atendemos a personas sanas”— y sus datos fueron cruciales: estadísticas sobre usuarios atendidos, hormonaciones realizadas y cirugías sin efectos adversos graves contrastaban con los enormes riesgos de los procedimientos clandestinos.

El discurso de la UDA sobre la integralidad en la atención se incorporó al corazón del debate parlamentario. Su visión no solo ampliaba la comprensión del derecho a la salud, sino que también se proponía como un modo de universalizar efectivamente el Sistema Nacional Integrado de Salud, superando lo que se ha dado a llamar la “universalidad excluyente” (Schenck, 2018).

Uno de los aspectos más controvertidos fue el de infancias y adolescencias trans. La UDA defendió la autonomía progresiva y puso en el debate los graves impactos en la salud mental de quienes cercanos a la mayoría de edad, eran forzados a esperar. El debate en torno a este punto puso de relieve tensiones entre derechos, protección y autonomía, y reflejó la profundidad del cambio cultural que implicaba la ley.

En paralelo, la UDA y la figura del Dr. Márquez se convirtieron en la voz autorizada en materia de salud trans para la prensa nacional. Su presencia recurrente en los medios legitimó el discurso despatolo-

gizador y reforzó la idea de Uruguay como referente de vanguardia en este campo. Al mismo tiempo, desde esa legitimidad se rechazaron de manera explícita las campañas de desinformación que buscaban instalar temores sobre supuestas intervenciones médicas irreversibles en menores de edad.

La experiencia de la UDA tuvo un impacto directo en la redacción de la ley. Los artículos 16 y 17 del proyecto original se inspiraban en su práctica cotidiana. El primero, centrado en el derecho a la salud, terminó transformándose en el artículo 19, que prohibió de forma explícita la discriminación en el acceso a la atención, aunque eliminó la referencia directa a la “patologización”. El segundo, vinculado a las intervenciones corporales, pasó a ser el artículo 21: allí se reconoció el derecho de las personas adultas a acceder a tratamientos médico-quirúrgicos con consentimiento informado, mientras que en el caso de menores de 18 años se exigió la autorización de sus representantes legales para intervenciones genitales irreversibles. Además, se incluyó un nuevo artículo (Art. 20), que otorgó fuerza de ley a guías y protocolos en la materia.

Finalmente, el Decreto Reglamentario N.º 104/019 amplió y formalizó los postulados de la UDA como política pública. Se estableció que la atención debía comenzar en el primer nivel, con un abordaje integrado, longitudinal y llevado adelante por equipos multidisciplinarios. También se dispuso la obligatoriedad de procesos de sensibilización y capacitación, junto con la cobertura de prestaciones específicas. Con ello, la experiencia pionera de la UDA se transformó en un marco institucional con alcance nacional.

Desafíos para sostener el modelo

La narrativa de la UDA —la identidad no es patología, la salud es un derecho, las personas trans deciden sobre sus cuerpos— con la discusión de la Ley Integral, pasó a formar parte de la centralidad de la política sanitaria.

No obstante, convertirse en referencia nacional e internacional fue, al mismo tiempo, un logro y un peso para la UDA de Saint Bois. La experiencia se había consolidado, sus guías eran citadas en ministerios y su práctica estaba respaldada por la Ley Integral. Pero la realidad mostró que institucionalizar

un modelo no garantiza su plena implementación.

Uno de los problemas más claros fue el ya mencionado sobre la descentralización. También aparecieron incumplimientos concretos. Por ejemplo, la cobertura de implantes mamarios prevista en la reglamentación de la Ley Integral no se aplicaba, lo que obligaba a muchas personas a recurrir al sector privado si podían pagarlo. La idea de universalidad en salud quedaba, así, relativizada por las desigualdades económicas.

Además, existía la percepción desde el activismo de que la realidad “cambió poco” después de la ley, con muchos prestadores aún sin atención ni personal capacitado para personas trans.

A estos desafíos internos se sumaron factores externos inesperados. La pandemia de COVID-19 reordenó las prioridades del sistema de salud. Consultas suspendidas, cirugías postergadas, dificultades para acceder a medicación: la emergencia sanitaria tuvo un impacto directo en la continuidad del modelo. A la par, la llegada de un nuevo gobierno de orientación de derecha (formado por una coalición de partidos que lideraba el Partido Nacional), con fuerzas políticas críticas de la “ideología de género”, generó temores sobre posibles retrocesos. Aunque no se desmantelaron las políticas ya existentes, el clima político se volvió más adverso y la expectativa dejó de ser la expansión de derechos para concentrarse en defender lo ya logrado. Hoy en día, el clima político volvió a cambiar, dado que desde marzo de 2025 está en el gobierno el Frente Amplio, el mismo partido que en su momento respaldó la ley integral.

El horizonte, además, sigue moviéndose. Hoy aparecen nuevas demandas, como la preservación de gametos para proyectos reproductivos futuros, que cuestionan las estructuras cisnormativas del sistema de salud. También crecen los debates sobre la atención a infancias y adolescencias, con el consecuente desafío de desgenerizar la práctica clínica.

En definitiva, la experiencia de la UDA mostró que avanzar en derechos no significa llegar a un punto final. La implementación está llena de pliegues, resistencias y aprendizajes. El modelo despatologizador necesita ser defendido, ajustado y recreado permanentemente para no quedar atrapado en la excepcionalidad, ni en la comodidad de lo ya conquistado.

Reflexiones finales

La historia de la UDA de Saint Bois es la de una pequeña experiencia local que terminó interpelando a todo un sistema de salud. Lo que nació como un ajuste de horarios en una policlínica devino en un modelo que cuestionó la patologización, instaló la autonomía como principio rector y se convirtió en referencia nacional e internacional.

Ese recorrido habla de la potencia que tienen los espacios periféricos para transformar el centro. Desde un hospital en el noroeste de Montevideo se logró cambiar protocolos ministeriales, inspirar políticas públicas y acompañar la aprobación de una de las leyes más avanzadas en materia de derechos trans en la región. La UDA demostró que la despatologización no es un horizonte utópico, sino una práctica posible.

Sin embargo, la experiencia también revela la fragilidad de los avances. La pandemia y los cambios de orientaciones del gobierno recordaron, además, que las políticas públicas no están talladas en piedra, que siempre pueden ser interrumpidas o ralentizadas.

El futuro plantea nuevos desafíos: garantizar que la Ley Integral se cumpla en su totalidad, ampliar la red, y responder a demandas emergentes. Son retos que exigen creatividad, compromiso político y, sobre todo, la voz activa de las propias personas trans en cada decisión.

Bibliografía

- Decreto n.º 104-2019. (2019, 29 de abril). Reglamentación de la Ley n.º 19.684, ley integral para las personas trans. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/104-2019>
- Ley n.º 19.684. (2018, 26 de octubre). Ley integral para personas trans. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018>
- 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>

- Ministerio de Salud Pública. (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%20clinica%20para%20la%20Hormonaci%C3%B3n%20en%20personas%20Trans%202016.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017a). *Censo nacional de personas trans: Derecho a la educación*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1891>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017b). *Censo nacional de personas trans: Derecho a la salud*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1893>
- Ministerio de Desarrollo Social. (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. (2017d). *Censo nacional de personas trans: Informe sociodemográfico*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1895>
- 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. y 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>
- Schenck, M. (2018). 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. (2023). *La reconfiguración del modelo de atención hacia las personas trans: Análisis de la política sanitaria en Uruguay (2014–2021)* [Tesis de posgrado]. <https://redi.anii.org.uy/jspui/handle/20.500.12381/3175>
- Sempol, D. (2013). *De los baños a la calle: Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984–2013)*. Random House Mondadori.
- 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.
- Wayar, M. (2021). *Furia travesti: Diccionario de la T a la T*. Paidós.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research: Design and methods*. Sage.



Marcela Schenck es Licenciada y Magíster en Ciencia Política por la Universidad de la República (UDELAR), Uruguay, y Doctora por el Programa de Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas (impartido por las universidades de Barcelona, Autónoma de Barcelona, Girona, Rovira i Virgili y VIC-Central de Catalunya). Es investigadora en la UDELAR desde 2009 y actualmente se desempeña como Profesora Adjunta en la Facultad de Psicología (Instituto de Psicología de la Salud) y en la Facultad de Derecho. Además de su labor académica, ha trabajado como consultora para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y ha ocupado cargos técnicos en diversos organismos estatales y de la sociedad civil. Asimismo, es editora asociada de la *Journal of Migration and Health* y colabora con la Comisión NUS-Lancet sobre Preparación, Implementación, Monitoreo y Evaluación de Pandemias. Su investigación se centra principalmente en temas vinculados con la atención primaria en salud, la equidad sanitaria, la preparación frente a pandemias, el género y la diversidad sexual en relación con las políticas de salud.