

# MAPEO DE LA SALUD DE LAS TRANSMASCULINIDADES RESIDENTES EN BRASIL

Edição  
2023



© Instituto Brasileiro de  
Transmasculinidades - IBRAT  
diretoriaibrat@gmail.com

### Coordinación IBRAT 2023-2025

Fabian Algarte da Silva  
Enzo Gael Loureiro Gomes

### Coordinador del Núcleo de Investigación IBRAT (2023/2024)

Cello Latini Pfeil

### Coordinador del proyecto

Enzo Gael Loureiro Gomes

### Investigadores

Bruno Latini Pfeil  
Dom Erick Lopes Amurúz  
Murillo Medeiros Carvalho

### Operador del sitio bancario

Fabian Algarte da Silva

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Mapeamento de saúde das transmasculinidades  
vivendo no Brasil [livro eletrônico] / coordenador do  
projeto Enzo Gael Loureiro Gomes ; coordenador da  
pesquisa Cello Latini Pfeil ; pesquisadores Bruno  
Latini Pfeil, Dom Erick Lopes Amurúz, Murillo  
Medeiros Carvalho. -- Curitiba, PR : IBRAT, 2024.  
PDF

ISBN 978-65-981173-1-3

1. Identidade de gênero - Brasil 2. LGBTQ+ - Siglas -  
Direitos 3. Saúde pública - Brasil 4. Transexuais I.  
Gomes, Enzo Gael Loureiro. II. Pfeil, Cello Latini. III.  
Pfeil, Bruno Latini. IV. Amurúz, Dom Erick Lopes. V.  
Carvalho, Murillo Medeiros.

24-195085

CDD-614.0981

### Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Saúde pública 614.0981

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

ISBN: 978-65-981173-1-3



## SUMÁRIO

Lista de gráficos	3
Lista de tablas	5
Presentación	6
Introducción	8
Sobre la [des]patologización de las identidades trans	11
Perfil Socioeconômico	21
Transmasculinidades y Salud	29
Conclusión	48

## Lista de gráficos

Gráfico 1 ¿Cuántos años tienes?	20
Gráfico 2 ¿Cuál es su orientación sexual?	21
Gráfico 3 ¿Cuál es su identidad de género?	22
Gráfico 4 ¿Cuál es su origen étnico/raza/color?	23
Gráfico 5 Ingresos familiares	24
Gráfico 6 Referencias cruzadas entre raza/etnia e ingresos familiares	25
Gráfico 7 Escolaridad	26
Gráfico 8 ¿Trabaja actualmente en un trabajo formal?	26
Gráfica 9 Región donde vive	27
Gráfico 10 Você frequenta algum posto de saúde (UBS, POLICLÍNICA, AMBULATÓRIO)?	28
Gráfico 11 Cruzamento de dados Acesso a posto de saúde e Etnia/Raça	29
Gráfico 12 ¿Ha sido tratado alguna vez en un Centro Ambulatorio o Centro de Asistencia Médica para personas trans en su municipio?	30
Gráfico 13 ¿Existe una clínica de transexualización en tu región?	31
Gráfico 14 ¿Tiene fácil acceso a pruebas de laboratorio, como análisis de sangre, ecografía pélvica y otras pruebas para el seguimiento hormonoterapia?	34
Gráfico 15 ¿Tiene acceso a atención ginecológica de forma regular?	35
Gráfico 16 ¿Estás utilizando hormona (testosterona)?	37
Gráfico 17 Datos cruzados entre el uso de y Raza/etnia	38
Gráfico 18 Referencia cruzada de uso de testosterona y Uso	

de testosterona e ingresos familiares	39
Gráfico 19 ¿Realizas acompañamiento médico de la medicina para el uso de testosterona?	40
Gráfico 20 Disponibilidad de la hormona	41
Gráfico 21 ¿Mantiene un contacto regular con profesionales de la medicina / tiene periódicamente?"	44
Gráfico 22a ¿Ha experimentado alguna vez transfobia en espacios de salud? En caso afirmativo ¿qué transfobia?	45
Gráfico 22b: ¿Ha sufrido alguna vez transfobia em centros de salud? En caso afirmativo, ¿qué transfobia?	46

## Lista de tablas

Cuadro 1: Si tiene un ambulatorio en tu ciudad y ya ha accedido a él ¿existen todas las especialidades descritas a continuación?	34
Tabla 2: ¿Cuáles fueron las mayores dificultades/ obstáculos para quienes tienen y/o desean someterse a una mastectomía?	41
Tabla 3: ¿Cuáles son las mayores dificultades / obstáculos para quienes y/o desean someterse a una histerectomía?	42
Tabla 4: ¿Cuáles son las mayores dificultades / obstáculos para quienes y/o desean someterse a una transgenitalización?	43

## PRESENTACIÓN

El Instituto Brasileño de Transmasculinidades - IBRAT - utiliza la recopilación y sistematización de información como herramienta para visibilizar a nuestra población. Frente a la falta de compromiso del poder público para producir información sobre nosotros, nos corresponde a nosotros realizar este trabajo. Lo hacemos con esmero, amabilidad, ética y objetividad, conscientes de que nuestra existencia es más que estadísticas y de que nuestros gráficos nunca trascienden la importancia de nuestros discursos.

En una sociedad que legitima los prejuicios, los derechos fundamentales son siempre cuestionados cuando se trata de una población que no se somete a la norma. Incluido el derecho a una atención de salud integral, teniendo en cuenta todas las particularidades que nos atraviesan.

Pues bien, ante la falta de información objetiva sobre nuestra realidad en salud integral - salvo algunas informaciones sobre políticas específicas - el IBRAT ha asumido este compromiso de realizar el primer mapeo de la salud de la población transmasculina residente en Brasil.

Lo que ves aquí es fruto del trabajo de activistas-investigadores transmasculinos. Somos nosotros produciendo y mostrando información sobre nosotros mismos.

Esta información nos ayudará a decir a la sociedad y a los poderes públicos que existimos y que la calidad de la atención en salud a la población transmasculina está a un cierto nivel y tiene cuestiones que resolver. Es una información que nos puede ayudar a construir políticas públicas que realmente respeten a nuestra población.

Me gustaría agradecer a Enzo Gael Loureiro Gomes la coordinación de este proyecto de investigación. Su ideación, organización y liderazgo sintonizaron este trabajo de principio a fin.

Gracias a Cello Latini Pfeil por coordinar el centro de investigación y colaborar estrechamente con Enzo en la gestión, ejecución y revisión de este proyecto.

Gracias a nuestros investigadores voluntarios Bruno Latini Pfeil, Dom Erick Lopes Amuruz y Murilo Medeiros Carvalho. Graciais por persistir y dedicar vuestro tiempo y motivación a un trabajo difícil y fundamental.

Todos ustedes nos han permitido llegar hasta aquí y saber más de nosotros. La dignidad de la población transmasculina no quedará sepultada en la ignorancia, el borrado y el silenciamiento que se empeñan en imponernos.

Nosotros sobre nosotros.

Siempre.

Que el conocimiento nos permita avanzar juntos y garantizarnos la vida.

Ningun transmasculine hecho de menos.

*Fabian Algarte*



## INTRODUCCIÓN

*Bruno Latini Pfeil  
Murillo Medeiros Carvalho  
Cello Latini Pfeil*

En Brasil, experimentamos un subregistro crítico de datos y estadísticas sobre la vida de la población trans, incluso en relación con el acceso a la salud, la educación, la empleabilidad y los derechos humanos. Esta invisibilización, que "esconde bajo la alfombra" la negligencia estatal y la injusticia social, mantiene a nuestra comunidad en los márgenes, especialmente cuando se cruza con marcadores raciales, de clase y educativos. Por lo tanto, urgen iniciativas para mapear estos datos no reportados, con el fin de promover políticas públicas y ajustes institucionales para alcanzar la justicia social.

Cuando nos centramos en cuestiones de salud, más concretamente en relación con las transmasculinidades, encontramos una barrera de acceso a los centros públicos – ya sea por cuestiones estructurales, relacionales o institucionales – que provoca el abandono de la atención sanitaria integral. El abandono de las cuestiones de salud mental también deja profundas cicatrices en la comunidad transmasculina, dando lugar a altas tasas de suicidio e intentos de suicidio. En 2015, se llevó a cabo el *Proyecto Transexualidades y Salud Pública en Brasil: entre la invisibilidad y la demanda de políticas públicas para hombres trans* (NUH/DAA – UFMG, 2015). El proyecto organizó un estudio estadístico según el cual el 85,7% de las personas transmasculinas han pensado o intentado suicidarse. Además, en 2018 se llevó a cabo el informe *Hombres transexuales: invisibilidad social y salud mental* (BEZERRA et al., 2018), según el cual el 94,5% de las personas transmasculinas participantes en la encuesta se habían sentido deprimidas en algún momento de su vida, y el 66,4% tenían ideación suicida.

La tasa de suicidios entre las personas transmasculinas es drásticamente superior a la de la población general. ¿Cómo nos encontramos, en nuestras singularidades, dentro de un imaginario social que histórica y políticamente no nos reconoce? En el ámbito de la salud, este reto se hace aún más difícil, ya que no sólo nos enfrentamos a la invisibilización social, sino también al borrado institucional. Sin reconocimiento institucional, ¿cómo pueden los equipos y dispositivos sanitarios ocuparse de nuestros cuerpos? La diversidad de las

transmasculinidades refleja la multiplicidad interseccional de nuestras demandas y necesidades en el ámbito de la salud. Así, la cuestión del reconocimiento y la visibilidad no sólo concierne a la existencia social, sino también, y sobre todo, a la promoción de políticas públicas dirigidas a las corporalidades transmasculinas.

Motivados por esta tensión, nos ocupamos de las transmasculinidades en el ámbito de la salud, desde los obstáculos que encontramos en las instituciones ambulatorias, hospitales y clínicas, hasta lo que queremos construir dentro de ellas. ¿Qué servicios sanitarios son más urgentes para nosotras? ¿Qué necesitamos que no encontramos cuando buscamos ayuda ambulatoria, clínica u hospitalaria? ¿Cuáles son los perfiles de las personas transmasculinas que acceden a determinados centros de salud, y qué dicen estos perfiles sobre los diferentes impactos que recaen sobre nosotros en función de nuestras singularidades? Estas son algunas de las preguntas que intentamos investigar.

Así como comprendemos la diversidad de existencias aquí tratadas, sabemos que no hemos podido contemplar todos los vectores y marcadores sociales que atraviesan las transmasculinidades en Brasil. Somos conscientes de las limitaciones de las herramientas que utilizamos, especialmente en contraste con los obstáculos de la invisibilización, no sólo en los círculos institucionales, sino también entre nosotros mismos. La saga de construcción de esta investigación se presenta como una afrenta a esta borradura y demuestra que, a pesar de los desafíos que nos rodean, insistimos en encontrarnos en espacios que históricamente no nos humanizan.

## Objetivos

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de esta investigación es rastrear las demandas, dificultades e interseccionalidades de las transmasculinidades en el ámbito de la salud. Desde el perfil socioeconómico general de las respuestas que recibimos hasta las particularidades de ciertas especialidades médicas, buscamos analizar los obstáculos a los que se enfrentan las transmasculinidades.

## Metodología

Para ello, utilizamos un formulario con 31 preguntas cerradas y abiertas: **14 preguntas** de opción múltiple para esbozar el perfil socioeconómico de los participantes, y **17 preguntas** de opción múltiple y descriptivas para analizar los obstáculos y las experiencias de las transmasculinidades en el ámbito de la salud.

El cuestionario estuvo abierto a respuestas desde el **30/05/2023** hasta el **30/06/2023**. Se difundió a través de diversas redes sociales - Whatsapp, Instagram, Facebook y Twitter - en grupos formados mayoritariamente por personas transmasculinas.

Tras el periodo de difusión, hemos procesado los datos recogidos por el formulario, que recibió un total de **551 respuestas**, mediante estadística descriptiva. Además, hemos añadido textos a la parte inicial de la investigación que corroboran los resultados de la recogida de datos, y que problematizan los puntos planteados a través de relatos en primera persona y de una revisión bibliográfica.

Por lo tanto, invitamos a todos a leer esta investigación, tan importante para la comunidad transmasculina en términos de acceso a la atención en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, Daniel Sarmiento; BEZERRA, Ana Karla; SOUZA, Roberto Cezar Maia de; NOGUEIRA, Waléria Bastos de Andrade Gomes; BONZI, André Ricardo Bezerra; COSTA, Lidiana Medeiros Mendes da. HOMENS TRANSEXUAIS: INVISIBILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL. *Temas em Saúde, João Pessoa*, v. 18, n. 1, 2018.

Projeto Transexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH - UFMG), Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA - UFMG), 2015.

## SOBRE LA [DES]PATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS

Bruno Latini Pfeil<sup>1</sup>

Cello Latini Pfeil<sup>2</sup>

### POR LOS DISCURSOS DESITUADOS DE LA PATOLOGIZACIÓN

Las ciencias humanas conviven con la primacía de un saber que pretende mantener su hegemonía. Las teorizaciones que provienen de espacios institucionalizados llevan consigo el legado moderno y, consecuentemente, colonial de una forma de pensar que invalida otras formas de pensar. Así, el conocimiento producido por los investigadores trans se enfrenta al rechazo, la invalidación y la deslegitimación. Como cuerpos trans, a menudo nos enfrentamos a diagnósticos sobre nuestros deseos e identidades, pero no sólo eso: nos enfrentamos a diagnósticos sobre nuestras formas de pensar, sobre nuestras estrategias para producir conocimiento. El rigor científico considera que nuestros esfuerzos teóricos son demasiado "parciales" o "subjetivos" e invalida nuestra capacidad de análisis crítico. Al investigar las barreras académicas a nuestras producciones, nos damos cuenta de "[...] cómo, a través de las ciencias y las profesiones de la salud y los modelos normativos expresados en la cultura y la sociedad, la propia experiencia trans es desestimada como legítima" (TENÓRIO & PRADO, 2016, p. 46).

El fenómeno de la patologización de la transexualidad sigue la misma línea. La emergencia de la transexualidad como categoría simbólica institucionalizada se dio como una patología que podía ser diagnosticada desde las perspectivas biomédicas y cisnormativas de aquellos con privilegio epistémico (GROSFUGUEL, 2016). La autodeterminación no sería una posibilidad para las personas transexuales.

Grosfoguel (2016, p. 30) define el racismo/sexismo epistémico como "la inferioridad de todo conocimiento proveniente de seres humanos clasificados como no occidentales, no masculinos o no heterosexuales", y obviamente no cisgénero.

1 Psicólogo (CRP05/71525). Estudiante de Máster en Filosofía (PPGF/UFRJ). Estudiante de licenciatura en Antropología (UFF). Posgraduando en Psicoanálisis y Relaciones de Género: Ética, Clínica y Política (FAUSP). Coordinador de la Revista Estudos Transviades. Correo electrónico: brunopfeil8@gmail.com.

2 Doctorando en Filosofía (PPGF/UFRJ). Especialista en Teoría Psicoanalítica (CEPCOP/USU). Coordinador de la Revista Estudos Transviades. Coordinador del Centro de Investigación IBRAT (2023). Correo electrónico: mltpfeil@gmail.com.

Estos poseedores de privilegios epistémicos, tras los muros institucionales, determinaron la transexualidad como patología y categoría diagnóstica. Veremos cómo los sujetos que definieron la transexualidad como tal encajan en este modelo de privilegio epistémico, y cómo sus elaboraciones contribuyen a la perpetuación de la cisnormatividad a nivel institucional.

En el contexto norteamericano y europeo, la década de 1950 fue testigo de los primeros registros médicos destinados a la categorización diagnóstica de la transexualidad, basados en los estudios de Harry Benjamin, endocrinólogo alemán afincado en Estados Unidos. Al identificar los síntomas de la transexualidad, Benjamin estableció cuáles eran los "verdaderos transexuales" y cuáles los "falsos transexuales": los primeros debían someterse a cirugía transgenital para adaptar su cuerpo a su identidad. Esto habría sido el desencadenante de la producción de una subjetividad trans cisnormativa.

Casi en oposición a Benjamin, el psiquiatra y psicoanalista estadounidense Robert Stoller rechazaba la cirugía. Para el psicoanalista, el tratamiento terapéutico para "invertir" la identidad transexual sólo sería posible en la infancia, cuando el niño estaba en proceso de formar su "identidad de género central". Stoller entendía que habría muy pocos transexuales "reales", y sólo éstos podrían someterse a cirugía transexual. El resto tendría que someterse a terapias para asumir su homosexualidad, en detrimento de su supuestamente falaz transexualidad. Estas formas de pensar han configurado el tratamiento de la transexualidad en varios países, entre ellos Brasil.

En 1966, el Hospital John Hopkins de Baltimore abrió la Clínica de Identidad de Género, una de las primeras en atender a personas trans. A lo largo de las décadas de 1960 y 1970, los esfuerzos de Benjamin influyeron en la realización de procedimientos quirúrgicos relacionados con la veracidad médica de la transexualidad. Durante este periodo, se organizó un fuerte movimiento para institucionalizar la transexualidad.

En 1973, John Money acuñó el término "disforia de género" para designar un síntoma definitorio de la transexualidad y, en 1977, surgió la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBI-GDA) [Asociación Internacional Harry Benjamin para la Disforia de Género], institución encargada de publicar y actualizar los *Standards of Care* (SOC) [Normas de Atención] y legitimada como referencia mundial para la atención de las personas trans.

En 1980, la transexualidad se incluyó en el Código Internacional de Enfermedades. En 1994, el DSM-IV sustituyó el diagnóstico de "transexualismo" por

el de "trastorno de identidad de género", dividiendo los diagnósticos por edades y creando otra nueva definición de categoría, el "Trastorno de identidad de género no especificado", dirigido a personas que no cumplían los requisitos de los diagnósticos anteriores.

Los tres documentos mencionados – SOC, CIE y DSM – tienen diferencias constitutivas sobre lo que es la "identidad trans". Con cada nueva edición, se actualizan las definiciones diagnósticas. Mientras que el SOC presenta la cirugía transexual como la principal alternativa de tratamiento y aboga por una terapia triádica (experiencia de vida real, terapia hormonal y cirugía), el DSM se centra en la identificación de rasgos de "incongruencia" durante la infancia, abordando brevemente la cuestión de la cirugía.

En sus versiones oficiales, el DSM clasificaba la transexualidad en tipos y subtipos, recibiendo una fuerte influencia del psicoanálisis de Stoller. En su quinta versión, el DSM define la disforia de género como una "incongruencia marcada entre el género experimentado/expresado de una persona y su género asignado, que dura al menos seis meses". El método de diagnóstico ideal sería la observación del comportamiento infantil, con atención a una "fuerte aversión a la propia anatomía sexual".

El CIE, en su décima versión, situó la transexualidad en el capítulo de "Trastornos de la personalidad de la identidad sexual", caracterizándola como "el deseo de vivir y ser aceptado como una persona del sexo opuesto". Esta "identidad sexual" sólo se validaría médicamente si el individuo la presentaba durante al menos dos años. En su undécima versión, en vigor desde enero de 2022, el CIE sustituye "trastorno de identidad de género" por "afecciones relacionadas con la salud sexual", tratando la transexualidad como una "incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado por el individuo y su sexo asignado".

Vemos, pues, que la perspectiva endocrinológica/psiquiátrica se preocupa más por descubrir los orígenes biológicos de la transexualidad, mientras que la perspectiva psicoanalítica se ocupa de identificar la transexualidad en la infancia y en la edad adulta, interrogando al individuo sobre su deseo de asumir una posición social e identitaria diferente de la que le fue asignada al nacer. De cualquier forma, la decisión sobre la identidad del individuo trans no está en sus manos, sino en las de endocrinos, psiquiatras y psicoanalistas cisgénero. É isso que ocorre, hoje, com as transmasculinidades nos espaços de saúde, como veremos posteriormente neste mapeamento. É interessante observar que ambas as perspectivas possuem o mesmo receio – de serem enganadas por 'transexuais de mentira' – e, em virtude disso, promovem uma 'assepsia de gênero' (BENTO, 2006) – uma separação entre

os 'verdadeiros transexuais' e aqueles que supostamente estariam mentindo sobre sua 'condição transexual'.

Nos interesan más las similitudes entre estos documentos que sus diferencias, porque sus similitudes designan lo que los hace violentos. Ya sea desde la perspectiva de Benjamin o de Stoller, el cuerpo ideal es cisgénero, heterosexual y endosexual. Por tanto, existe una colonialidad cishetero-endosexual que el conocimiento biomédico asume como natural.

Discursos sobre la disforia de género, el sufrimiento disfórico, el odio al propio cuerpo, las relaciones familiares necesariamente conflictivas, la infancia traumática, o cualquier experiencia vital que no encaje en un falaz parámetro cis-heteronormativo de constitución subjetiva: estos serían los discursos que configuran la "verdad" sobre la transexualidad. Desde esta perspectiva, no sería coherente que un hombre trans fuera bisexual u homosexual; o que una persona transmasculina quisiera quedarse embarazada; o que una persona no binaria quisiera someterse a terapia hormonal; o que cualquier individuo trans manejara las tecnologías de género como le pareciera oportuno.

A la luz de esto, Beatriz Bagagli cuestiona la dinámica de poder entre el individuo trans que busca la legitimidad psiquiátrica, conferida por un médico cis, y plantea la siguiente pregunta: ¿qué califica la verdad diagnóstica de los informes médicos que certifican "problemas de género"? La autora se pregunta qué tipo de verdad tienen los relatos que la cisgeneridad impone a las personas trans para que puedan acceder a las tecnologías que desean. La verdad del informe existe incluso antes de que se realice, antes de la valoración psiquiátrica, antes del contacto con la persona trans. Las nociones elaboradas y/o forjadas sobre el "cuerpo transexual" producirían diagnósticos a priori, ignorando el hecho de que este cuerpo está situado en un entorno que rechaza su existencia y trabaja continuamente para anularla:

[...] el sufrimiento de la llamada "disforia de género" proviene de la discriminación resultante de los efectos de la normatividad de género y sus mecanismos coercitivos, impidiendo que las personas trans perciban sus identidades de género como legítimas y reales a partir de sus cuerpos. (TENÓRIO & PRADO, 2016, p. 45)

En otras palabras, la angustia que nos provoca la cisgeneridad es diagnosticada como resultado de la "condición transexual". Además, en relación con las transmasculinidades, el silenciamiento y la invisibilización que nos afectan también sirven de barrera para acceder a la atención sanitaria.

Después de revisar los documentos y movimientos para patologizar a las personas trans, nos dimos cuenta de su alcance global – el llamado conocimiento científico, producido por aquellos con privilegio epistémico, se ha extendido al menos a los 194 países alineados con la Organización Mundial de la Salud y que, por lo tanto, transmiten los protocolos de diagnóstico del Código Internacional de Enfermedades.

La atención prestada a las personas trans por los profesionales de la salud, al menos en el contexto brasileño, es caracterizada por Jesus (2016, p. 198) como incapaz de atender las demandas de la población trans en toda su complejidad; es una atención que acaba "despreciando sus particularidades, o considerando, inicuaamente, que todas sus demandas de salud se restringen al proceso transgenitalizador". Los elementos que legitiman la identidad trans serían aquellos que reproducen lo que la cisgeneridad espera de nosotros, como el sufrimiento disfórico desde la infancia, la angustia por haber nacido en el "cuerpo equivocado", la repulsión hacia los genitales, el deseo de someterse a una cirugía transgenital y la expresión de una heteronormatividad acentuada. El acceso a la atención sanitaria especializada está burocratizado, aunque es posible identificar cierta apertura a la diversidad sexual y de género en las últimas versiones del SOC, CIE y DSM, así como su incipiente despatologización.

Aun así, en los espacios sanitarios nos encontramos en un juego de verdades, en el que se nos exige demostrar la verdad previamente establecida sin anularnos del todo. Esta anulación, sin embargo, es frecuente, porque los dispositivos médicos buscan precisamente anular la posición del individuo como sujeto de sí mismo. Cuando el individuo pretende tomar posesión de sí mismo, la psiquiatría encuentra un escollo: el individuo no debe ser sujeto de sí mismo, sino que debe cooperar con la verdad establecida sobre él. El individuo debe reflejar el diagnóstico, incluso antes de recibirlo. La verdad del género es una verdad diagnóstica (BAGAGLI, 2016).

Aún así, no es raro encontrarse con psiquiatras, endocrinólogos y cirujanos que, a pesar de seguir estrictamente los protocolos formales para evaluar y atribuir el diagnóstico de "incongruencia de género", no dudan en llevar a cabo procedimientos quirúrgicos en niños intersexuales para adaptarlos a una ideología heterosexual – y no presuntamente cisgénero. Investigando registros de 1990 a 2003 en una clínica brasileña de cirugía pediátrica, Machado (2005, p. 62) identificó la repetición de "expresiones como genitales con buen aspecto estético o cosmético". Esta visión médica del "buen aspecto estético o cosmético" de un



cuerpo denuncia cómo la cisgenderidad y la heterosexualidad se alían en torno a la endosexualidad:

Se utilizan técnicas quirúrgicas para que los genitales del niño sean lo más parecidos a los normales, de acuerdo con ciertas normas de tamaño, forma, terminación de las vías urinarias (más hacia la punta del pene en los niños; más abajo en las niñas) y uso (construcción de vaginas "penetrables" y penes "penetrables"). (MACHADO, 2005, p. 264)

¿Estos pediatras quieren garantizar la "salud" de los niños, o quieren adaptarlos a un ideal predeterminado? Podríamos preguntarnos: ¿por qué la planificación de la cirugía en niños intersexuales tiene un sesgo heterosexual, cisgénero y endosexual? ¿Qué normatividad corporal defiende esta medicina, a pesar de pretender no ser complicada?

### SOBRE LA IMPORTANCIA DE NOMBRAR

Hasta 2018, en Brasil, los cambios de nombre y género en el registro civil debían realizarse a través de un proceso judicial. El éxito de los procesos de rectificación de nombre y género dependía de la aprobación de un juez, mediante la presentación de "pruebas" de que el solicitante era realmente trans. En otras palabras, para existir a los ojos del Estado, los solicitantes tenían que presentar informes psiquiátricos/psicológicos, fotografías de sí mismos en lugares públicos, testigos que dieran fe de su transexualidad y, a menudo, también se exigía la prueba de una operación de transgenitalización. Los criterios para clasificar la transexualidad determinan los criterios para determinar una existencia plenamente reconocida por el Estado y sus instituciones. El no reconocimiento institucional de la transexualidad y las burocracias que rodean su reconocimiento son, en nuestra interpretación, síntomas de una normatividad que pretende ser natural. A través de estos canales institucionales, se practica el borrado histórico de las transmasculinidades y las no binaridades.

Las narrativas vitales del individuo trans, en estos procesos de rectificación, deben coincidir con los ideales forjados en medicina/psiquiatría sobre lo que significa ser una persona trans de verdad. ¿Y cómo se adquiere esta verdad diagnóstica? Bagagli se refiere a una "práctica de interrogación" en la que la psiquiatría instituye la disforia como elemento obligatorio de toda experiencia trans. Todo se transforma en disforia, desde las experiencias infantiles, las frustraciones personales, los deseos de modificación corporal, una determinada conformación familiar. Es un régimen de significaciones de la verdad diagnóstica. "Si el sujeto no habla según las reglas que permiten hablar de la biología del

cuerpo disfórico, entonces será visto como un sujeto 'autoengañado'", escribe Bagagli (2016, p. 239).

En la constitución de estas narrativas hay un concepto que, aunque muchas veces no se nombra, está presente entre líneas: la cisgeneridad. El término 'cisgénero' es descaradamente rechazado en los espacios institucionalizados de producción de conocimiento, y su uso es desaconsejado en los centros de estudios de género y en los medios editoriales sobre transexualidad, diversidad sexual y de género, etc. Para Rodovalho (2017, p. 366),

[las personas cisgénero] utilizan la palabra "trans" todo el tiempo, las mismas personas que se niegan a utilizar "cis", y la utilizan porque creen que dice algo, aunque no sepamos exactamente qué. La utilizan porque creen que existimos y creen que existimos porque ya no son capaces de no vernos, de no reconocernos entre la multitud.

Es importante recordar que la "cisgeneridad" es un concepto difundido con el objetivo de despatologizar las identidades trans. Si, desde los inicios de la patologización, se nos ha colocado en oposición a la normalidad, con la aparición del concepto de cisgeneridad se nos coloca como antónimo de cis – una oposición que es sólo categórica, con fines desnaturalizadores. En su complejidad, el cuerpo es la materialidad manifiesta de una sociedad de género y, por lo tanto, está en el centro de la hegemonía cisheterosexual, de modo que no existe una persona cisgénero.

[...] nada es más social, político, económico y cultural que el cuerpo. Así, es en el cuerpo donde se localizan la mayoría de los conflictos y contradicciones que experimenta la persona transexual en su cruzada por ser aceptada e incluida por la sociedad en el género opuesto al que fue clasificada al nacer. (LANZ, 2014, p. 107).

Constantemente se nos recuerdan los lugares que ocupamos, mientras que la cisgeneridad, en alianza con la blancura, la heterosexualidad y la endonormatividad, no suele encontrarse con elementos que desestabilicen su certeza sobre sí misma. La cisnormatividad rechaza su propia nominación al mismo tiempo que designa como patología aquello que no la refleja.

Llamamos a este rechazo a nombrarse a sí mismo la "ofensa de nombrarse". La denominación institucional de la transexualidad, que parte de las academias científicas y nos atraviesa, es ofensiva. Una ofensa, entre sus puntos definitorios, se caracteriza por despojar a un individuo de su integridad. Al colocarnos en un lugar de desviación, se nos priva de algo que es nuestro derecho: el derecho a la autodeterminación.

Las personas que no se ajustan a las normas de género; las personas que huyen de la verdad del saber médico; las personas que rechazan la narrativa disfórica y performativa del informe diagnóstico; las personas que nombran a quienes se proponen nombrarlas demuestran que no hay autoridad que pueda dar cuenta de la verdad del individuo. La persona trans, o, como escribe Bagagli (2016, p. 241), el sujeto de género, "conoce en sí mismo la verdad de su propio género", y no hay máquina, dispositivo, institución psiquiátrica o médica, o lo que sea, que pueda obstruir la verdad del individuo. Precisamente por eso, Berenice Bento, en su investigación, presenta la afirmación de cierto psiquiatra sobre las personas transexuales: "Mienten". La verdad transexual es forjada, primero por la medicina, después por las propias personas trans como estrategia de acceso y huida de esta verdad. El poder del informe – que no es más que una cita – sobre la vida de una persona trans influye en la legislación de la vida, y la vida se legisla por su capacidad de revuelta, por su disrupción frente a la norma.

Cuando nos concedemos la capacidad de nombrarnos a nosotros mismos y a ellos, somos testigos del nerviosismo, la inquietud y la ansiedad generalizada de quienes históricamente nos han nombrado. El concepto de cisgénero tiene varios usos: podemos pensar en el término "cis" como prefijo de la bioquímica, así como en el término "cisnormatividad" de los estudios de género. Aunque no hay consenso sobre su autoría completa, sí lo hay en que desde finales de la década de 1990 el concepto se ha extendido dentro de la comunidad trans y de disidentes de género. Se utiliza no para reiterar dicotomías y binarios, sino para romper con una dicotomía hegemónica que produce violencia, a saber, entre trans/normal, anormal/naturaleza. Como escribimos en otro artículo,

Lo que queremos es la autoafirmación, no la necesidad de defendernos de las determinaciones que nos imponen; queremos autoafirmarnos para la comunidad a la que pertenecemos, y no -sólo- para defendernos de lo que dicen que somos. Nombrar es ofensivo porque, además de suponer que no somos capaces de hablar, hace suposiciones sobre sujetos que no tienen el poder estructural de nombrarse a sí mismos, y sólo perderá su carácter ofensivo cuando entendamos que sólo los nombrados son capaces de nombrarse a sí mismos. Cuando aplicamos este principio al mundo académico, la validez de la teoría queda en entredicho (PFEIL & PFEIL, 2020, p. 100).

La validez de la teoría tiene que ver fundamentalmente con la atribución al individuo pensante de la capacidad de pensar. Volvemos al privilegio epistémico. En nuestros estudios, uno de nuestros mayores puntos de reflexión es ser un cuerpo transmasculino en espacios institucionalizados de producción de conocimiento. Nos encontramos con centros de estudios de género que se niegan a reconocer el

concepto de cisgénero – fenómeno que identificamos como una "ofensa de nombrar"; nos encontramos con la deslegitimación de nuestras identidades, el borrado de las transmasculinidades; nos encontramos con diferentes corrientes feministas que tienen, a pesar de sus diferencias, puntos en común – la cisnorma, la invisibilización de las transmasculinidades, la universalización de la categoría "mujer". Son puntos que reiteran los principios de la patologización, el silenciamiento de las narrativas trans, la naturalización del cisgenderismo y su consecuente no reconocimiento. No es casualidad que llamemos a estos movimientos cis-feministas.

La universalización de la categoría "mujer" sólo podría ser interrumpida por el reconocimiento de la cisgeneridad; de que los cuerpos transmasculinizados y no binarios exigen derechos sexuales y reproductivos, como han hecho y hacen los movimientos feministas. La interferencia de esta forma de pensar en el ámbito de la salud afecta las vidas transmasculinizadas al quitarnos la posibilidad de acceder a dispositivos de salud; al impedir que hombres trans embarazados accedan a la atención prenatal; al obligarnos a no entrar a los consultorios ginecológicos.

Mapear la incidencia de estos mecanismos de exclusión, especialmente en el ámbito de la salud, es fundamental. Demarcar el cisgénero en estos espacios, para desnaturalizarlo, es un paso necesario para garantizar la despatologización de nuestras identidades. Reconocer el cisgénero como una categorización política, y no como una ofensa, es un paso necesario si queremos eliminar el carácter ofensivo de la "transexualidad" institucionalizada. Nos parece evidente que hay que reconocer la preponderancia de estos mecanismos para poder combatirlos. En otras palabras, romper el pacto narcisista del cisgeneridad<sup>3</sup> es un paso necesario en el camino de garantizar derechos a las transmasculinidades, especialmente en el ámbito de la salud.

---

<sup>3</sup> Sobre este término, véase: <https://revistaestudostransviades.com/ensaios-colunas/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAGAGLI, B. (2016). Poder psiquiátrico e transgeneridade: em torno da verdade diagnóstica. In: MESSEDER, S., CASTRO, M. G., MOUTINHO, L. (Orgs.). Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 235-248.

GROSFUGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*, v. 31, n. 1, 2016.

JESUS, J. G. Medicina: uma ciência Maligna? Debate psicopolítico sobre estereótipos e fatos. *Revista Periódicus*. v. 1, n. 5, 2016. Salvador. e-ISSN: 2358-0844

LANZ, L. O Corpo da Roupa: A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Universidade Federal do Paraná. Setor de ciências humanas letras e artes (SCHLA). Curitiba, 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Orientadora: Prof. Dr. Miriam Adelman.

MACHADO, P. S. (2005). O sexo dos anjos: Um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, (24), 249-281.

PFEIL, B. L.; PFEIL, C. L. Um diálogo sobre fronteiras. *Revista Estudos Transviades*, v. 1, n. 2, 2020.

RODOVALHO, Amara Moira. O Cis pelo Trans. *Revista Estudos Feministas*. v. 25, n. 1, 2017.

TENÓRIO, Leonardo Faria Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. Salvador: *Revista Periódicus*, v. 1, n. 5, 2016, p. 41-55.

World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

## MAPEO SOBRE LA SALUD DE LAS TRANSMASCULINIDADES RESIDENTES EN BRASIL

### PERFIL SOCIOECONÓMICO

Del total de respuestas a la pregunta "¿Cuántos años tiene?", el 2,3% de los participantes tenía menos de 18 años, el 34,5% tenía entre 18 y 24 años, el 37% entre 25 y 30 años, el 20% entre 31 y 40 años, el 5,1% entre 41 y 50 años y, por último, el 0,7% entre 51 y 60 años. El 0,4% de los participantes facilitó información que no se correspondía con la pregunta. Como resultado, concluimos que el perfil de edad de la mayoría de los participantes se sitúa en torno a los 25-30 años, constituyendo una población adulta joven, con una participación menor de personas mayores de 40 años.

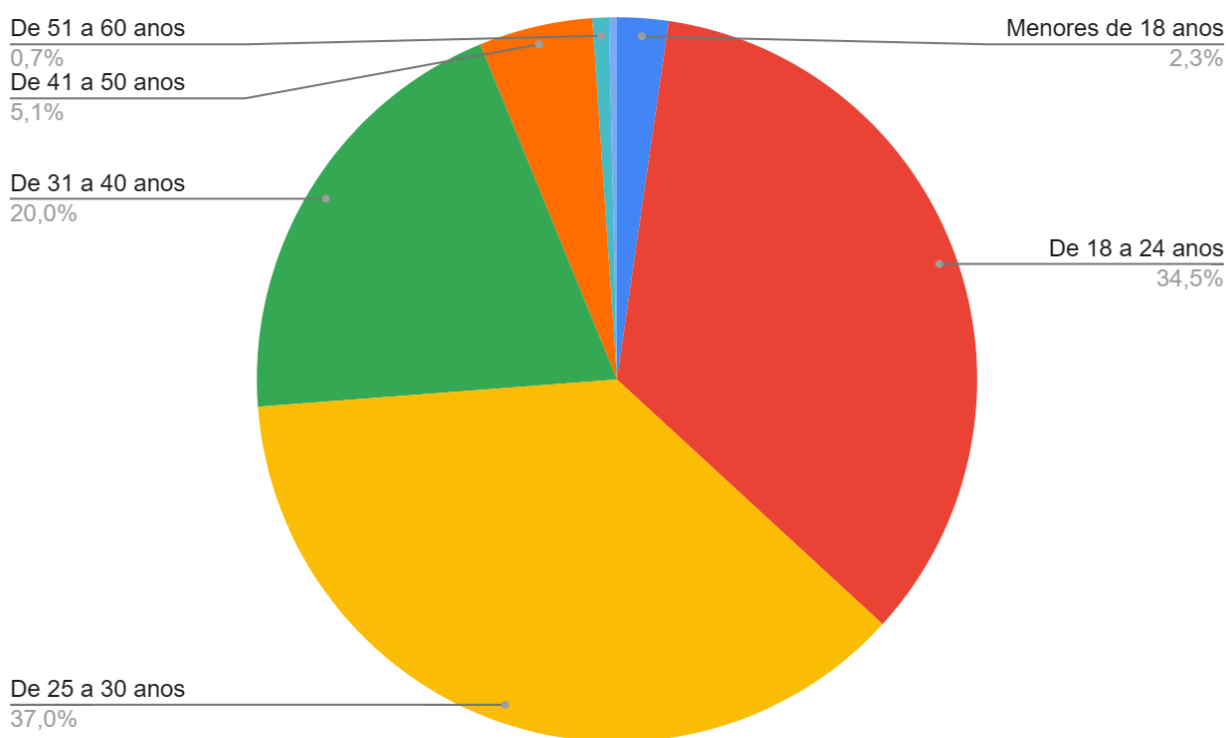


Gráfico 1: ¿Qué edad tienes? Fuente: IBRAT

A la pregunta "¿Cuál es su orientación sexual?", comenzamos con una mayoría bisexual (31,8%), seguida en orden descendente por la orientación heterosexual (28%), pansexual (26,9%), asexual (5,4%) y homosexual (3,8%). La opción "Otros" recibió el 4,1% del porcentaje de respuestas, superando a la orientación homosexual.

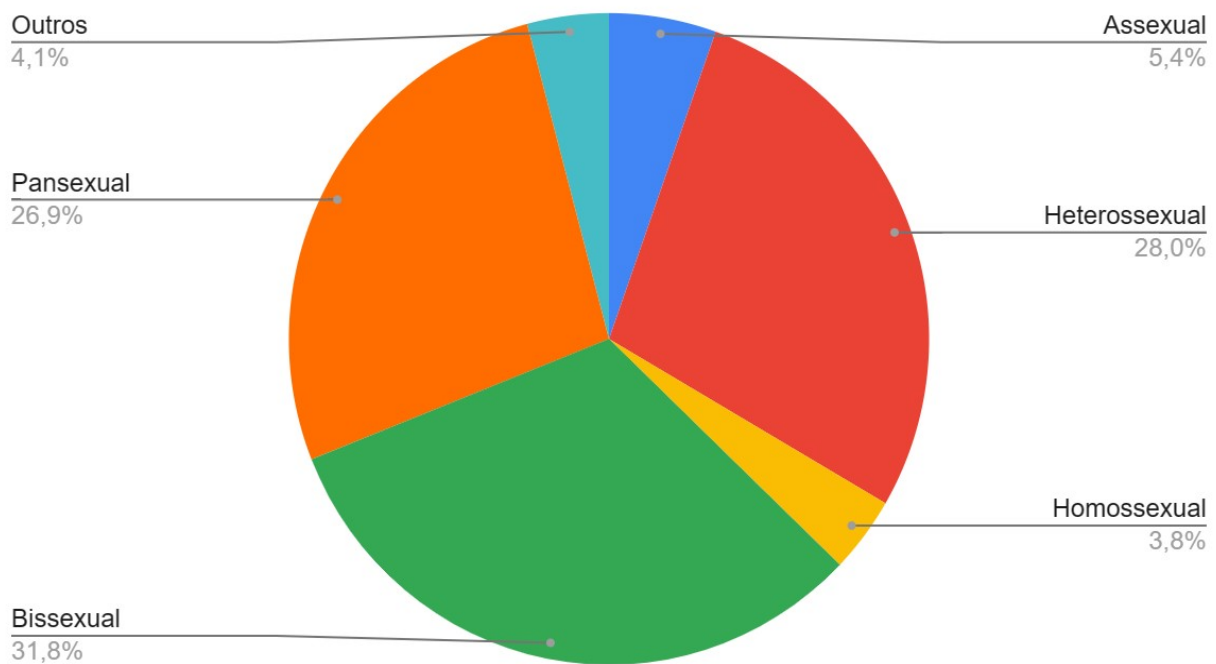


Gráfico 2: ¿Cuál es su orientación sexual? Fuente: IBRAT

En respuesta a la pregunta "¿Cuál es tu identidad de género?", comprobamos que la identidad de género que recibió más respuestas fue la de hombre trans, con más de la mitad del porcentaje (54%). Le siguieron la identidad de género transmasculina (29%), transmasculina (11,8%) y otra (5,2%). Se observa una clara distinción entre las categorías transmasculino y transmasculino. Aunque se escriben de forma similar, la distinción se hace especialmente en relación con los pronombres utilizados por el individuo – en el primer caso, pronombres masculinos y, en el segundo, pronombres neutros – y en relación con las identidades de género no binarias. Es importante destacar esta distinción, ya que nos damos cuenta de su presencia en la vida cotidiana de nuestra comunidad en toda su diversidad.

Además, a menudo nos encontramos con el rechazo de la categoría hombre por parte de personas transmasculinas que, al reconocerse dentro de las transmasculinidades, no se sienten contempladas por las categorías de hombría. Por ello, en nuestra investigación hemos intentado representar lo que percibimos en nuestra comunidad, estando abiertos a los cambios que puedan producirse en relación a futuras nomenclaturas.

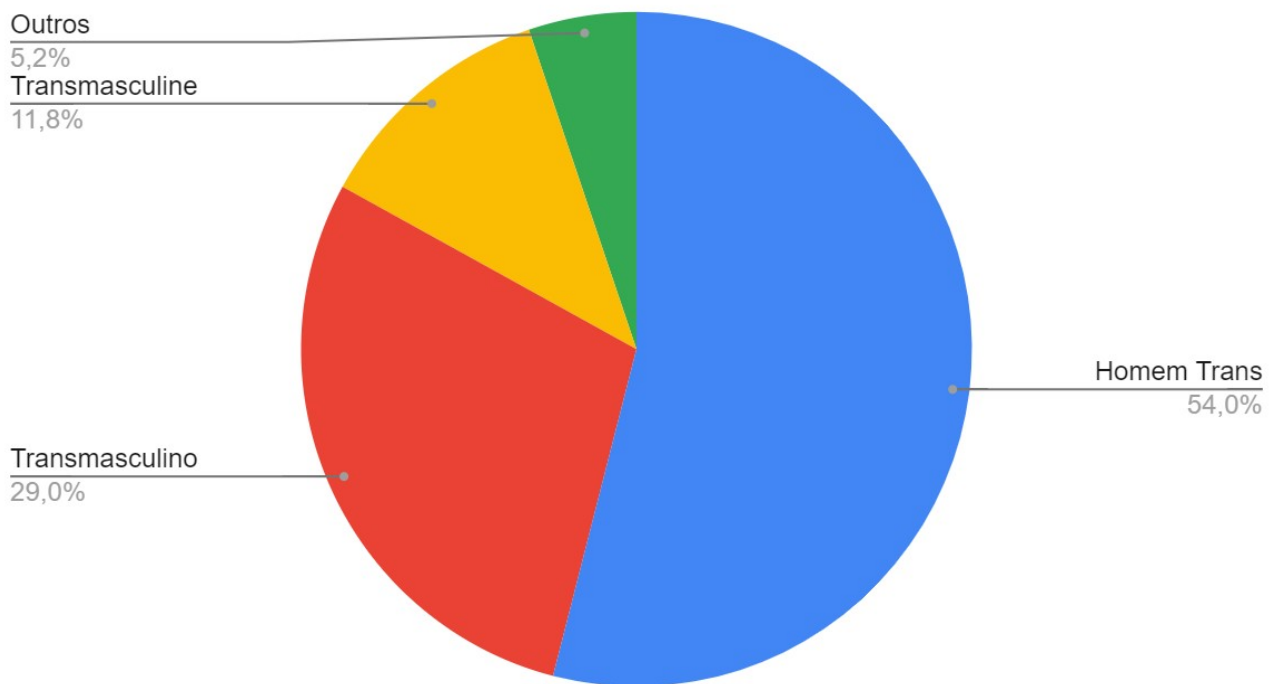


Gráfico 3: ¿Cuál es su identidad de género? Fuente: IBRAT



En respuesta a la pregunta "¿Cuál es su etnia/raza/color?", el 60,6% de los participantes se declararon blancos, el 21,9% morenos, el 13,6% negros, el 1,8% amarillos, el 1,2% indígenas, el 0,4% afroindígenas y el 0,4% romaníes.

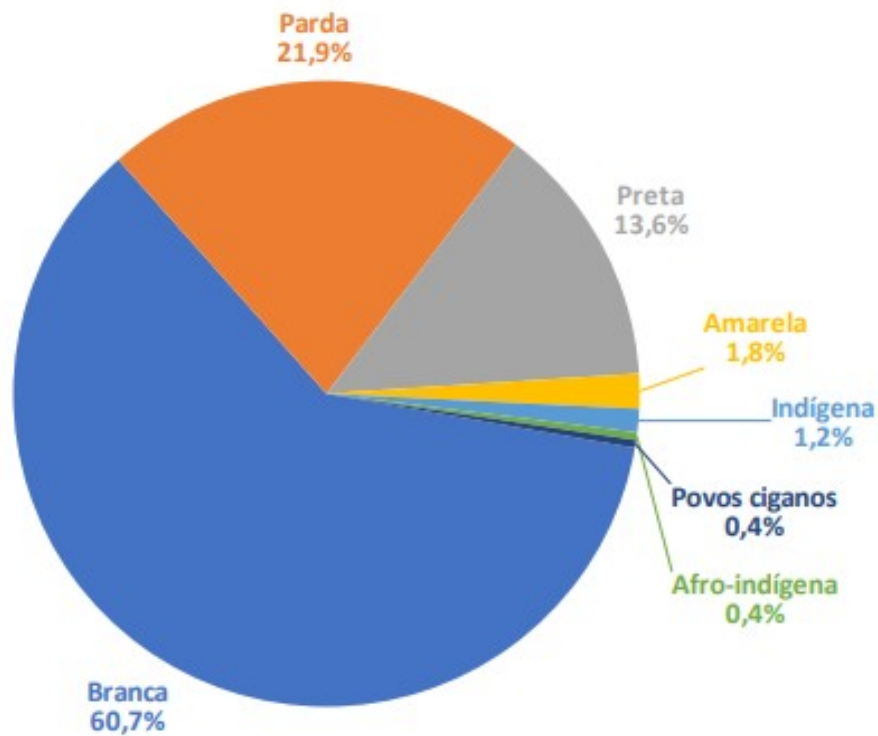


Gráfico 4: ¿Cuál es su etnia/raza/color? Fuente: IBRAT

En cuanto a los "ingresos de sueldos", el 40,1% de los participantes gana hasta un salario mínimo; el 24,5%, hasta dos salarios mínimos; el 12,9%, hasta tres salarios mínimos; y el 22,5%, más de tres salarios mínimos.

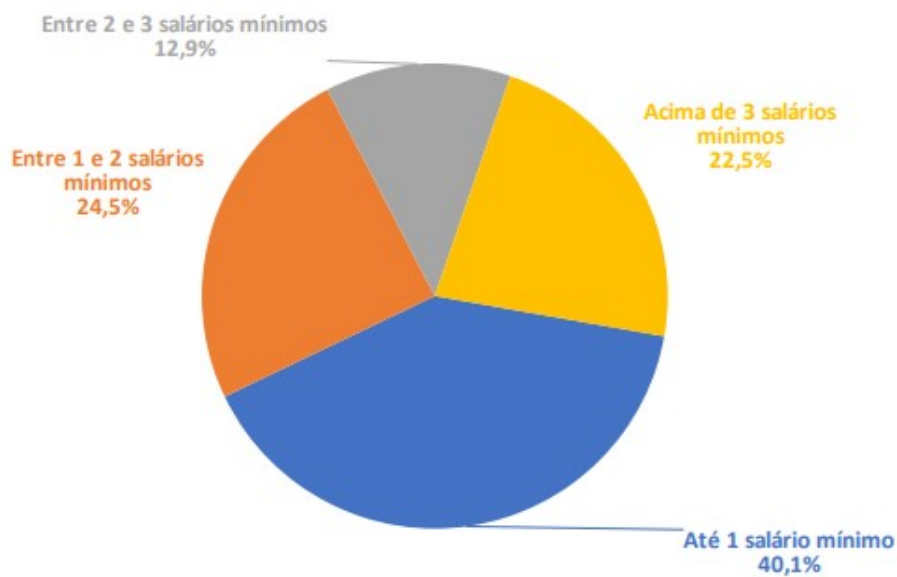


Gráfico 5: Renta familiar. Fuente: IBRAT

En números absolutos, la siguiente es la proporción de participantes en relación a la identificación racial y la renta familiar: de los participantes que se identifican como afroindígenas, 1 gana hasta un salario mínimo y 1 gana dos salarios mínimos. De los participantes que se identifican como amarillos, 3 ganan hasta un salario mínimo, 3 ganan hasta dos salarios mínimos, 3 ganan más de tres salarios mínimos y 1 no proporcionó información. De los que se identifican como blancos, 103 perciben hasta un salario mínimo, 86 reciben hasta dos salarios mínimos, 50 reciben hasta tres salarios mínimos, 91 reciben más de tres salarios mínimos y 4 no proporcionaron información. De los indígenas que respondieron, 5 reciben hasta un salario mínimo, 1 recibe hasta dos salarios mínimos y 1 recibe más de tres salarios mínimos. De las personas pardas que respondieron, 59 reciben hasta un salario mínimo, 29 reciben hasta dos salarios mínimos, 9 reciben hasta tres salarios mínimos, 21 reciben más de tres salarios mínimos y 3 no proporcionaron

información. De las personas gitanas, 1 recibe hasta un salario mínimo y 1 recibe hasta dos salarios mínimos. Entre los encuestados de raza negra, 45 perciben hasta un salario mínimo, 12 reciben hasta dos salarios mínimos, 11 reciben hasta tres salarios mínimos, 6 reciben más de tres salarios mínimos y 1 no facilitó información.

En general, de los encuestados blancos, el 30,8% recibe hasta un salario mínimo; de los encuestados pardos, el 48,7% recibe hasta un salario mínimo; de los encuestados negros, el 60% recibe hasta un salario mínimo; el 71% de los encuestados indígenas también recibe hasta un salario mínimo; de los encuestados autoidentificados como amarillos, el 30% recibe menos de un salario mínimo, al igual que el 50% de los encuestados afroindígenas y gitanos. Por otro lado, de los encuestados blancos, el 27,2% gana más de tres salarios mínimos; de los pardos, el 17,3% gana más de tres salarios mínimos; de los negros, el 8% gana más de tres salarios mínimos; de los indígenas, el 14%; de los amarillos, el 30%; y de los afroindígenas y gitanos, ninguna persona gana más de tres salarios mínimos.

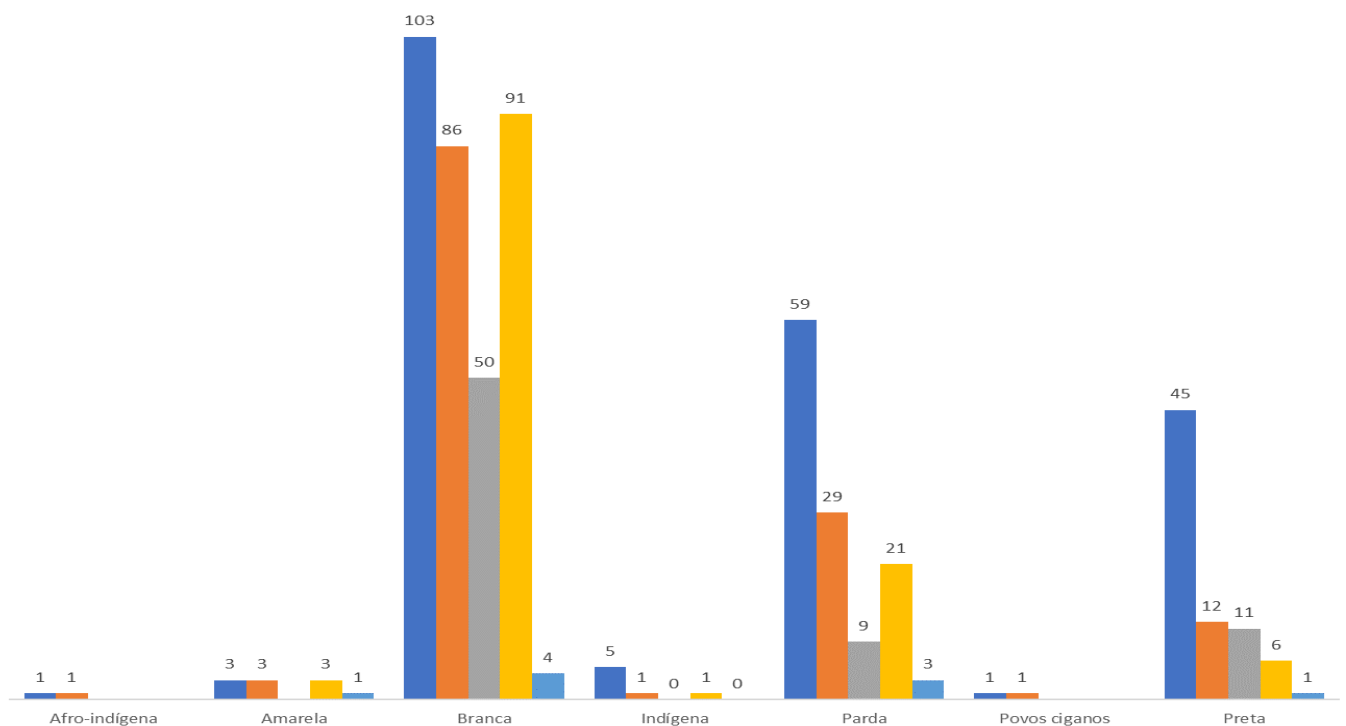


Gráfico 6: Cruce de raza/etnia y rentas familiares. Fuente: IBRAT

En cuanto a la educación, de las 551 respuestas, el 34,1% tenía estudios superiores incompletos. A continuación, en orden descendente, el 24,7% tenía estudios secundarios completos; el 23%, estudios superiores completos; el 12,6%, estudios de postgrado; el 2,8%, estudios secundarios incompletos; el 1,5%, estudios primarios completos; y, por último, el 1,3%, estudios primarios incompletos.

De los datos se puede deducir que el perfil educativo de la mayoría de los participantes es de educación superior incompleta. Sumando todas las personas que consiguieron acceder a la enseñanza superior, tenemos el 69,7% del total de respuestas.

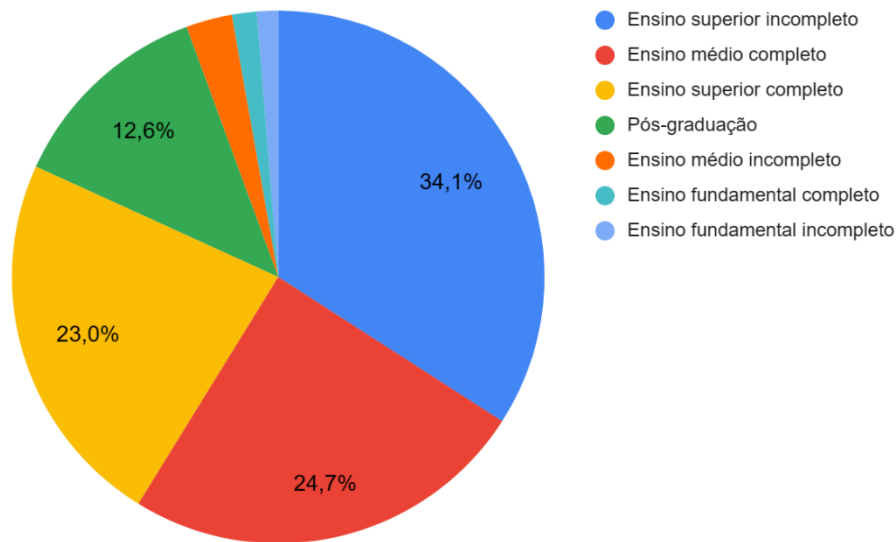
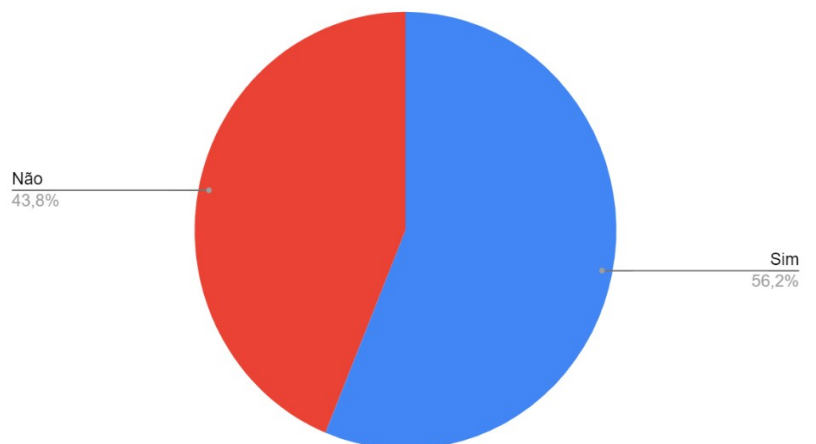


Gráfico 7: Escolarización. Fuente: IBRAT

A la pregunta "¿Trabaja actualmente en un empleo formal?", el 56,2% respondió afirmativamente y el 43,8%, negativamente.

Gráfico 8: ¿Trabaja actualmente en un empleo formal? Fuente: IBRAT



Del total de respuestas, más de la mitad viven en el Sureste (51%), seguidos del 21,4% en el Nordeste, el 13,6% en el Sur, el 9% en el Centro-Oeste y el 5% en el Norte.

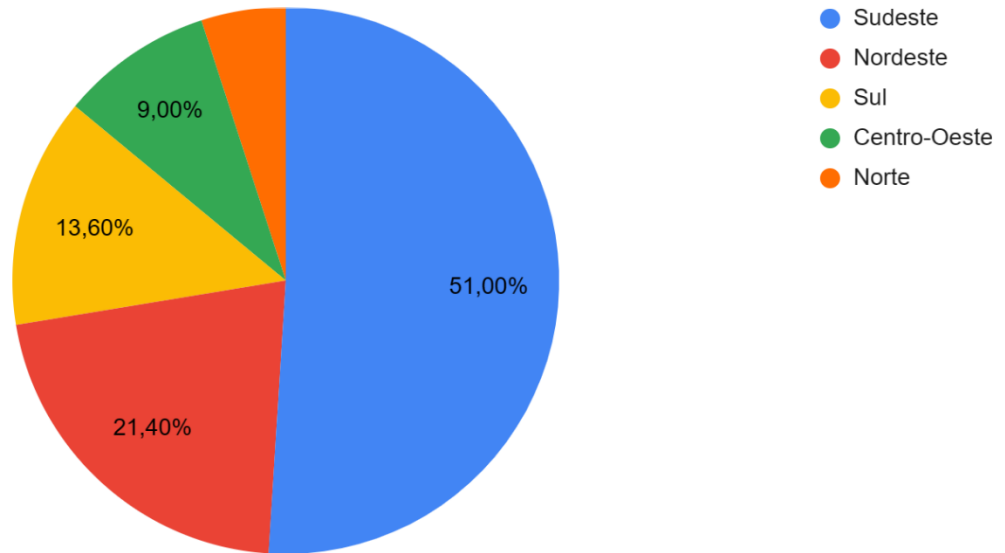


Gráfico 9: Región en la que vive. Fuente: IBRAT

## TRANSMASCULINIDADES Y SALUD

Tras el apartado socioeconómico, pasamos a la presentación de datos sobre transmasculidades y salud, comenzando con la pregunta "¿Acude usted a un centro de salud (UBS, POLICLÍNICA, AMBULATORIO)?". De los 551 participantes, el 36,3% respondió afirmativamente y el 63,7% negativamente. Cabe señalar que hay personas que acuden a ambulatorios trans para recibir atención especializada, pero no acuden sistemáticamente a los centros de salud para recibir atención sanitaria integral.

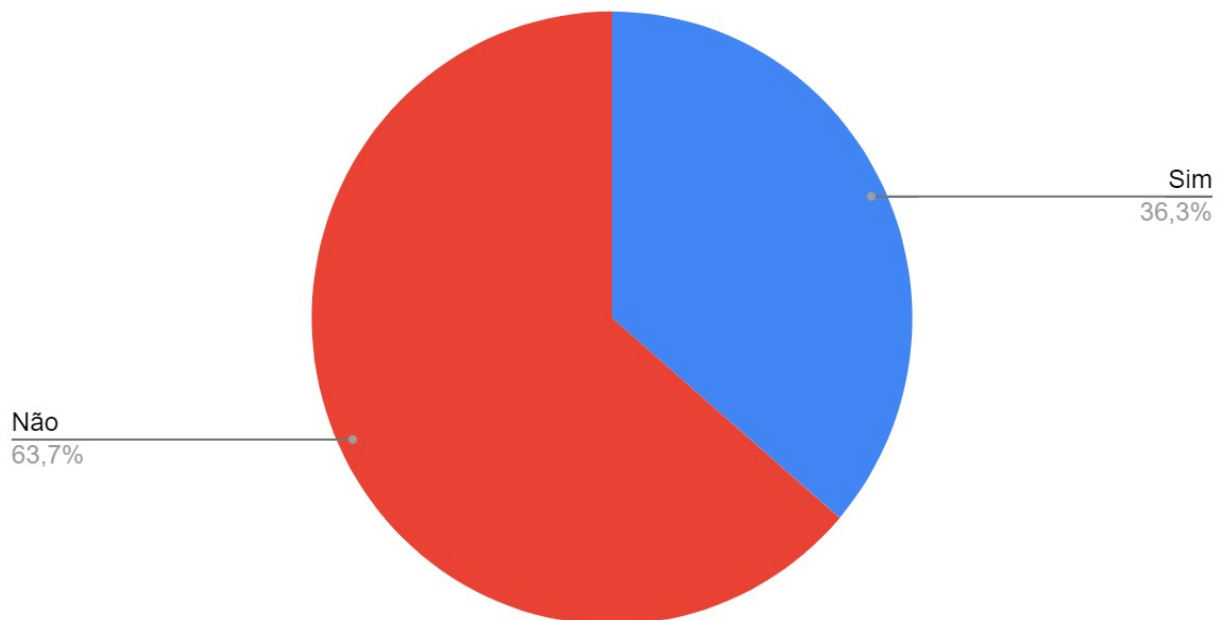


Gráfico 10: ¿Acude a un centro de salud (UBS, POLICLÍNICA, AMBULATORIO)?  
Fuente: IBRAT

De los que respondieron a esta pregunta, la proporción en relación a la racialidad es la siguiente: de las 334 personas blancas que respondieron, tenemos que 214 (64%) asisten a centros de salud, y 120 (36%) no lo hacen; de las 121 personas pardas que respondieron, tenemos que 68 (56,1%) asisten a centros de salud, y 53 (43,8%) no lo hacen; de las 75 personas negras que respondieron, tenemos que 56 (74,7%) asisten a centros de salud, mientras que 19 (25,3%) no lo hacen; de los 2 afroindígenas que respondieron, 1 (50%) acude y 1 (50%) no; de los 10 amarillos que respondieron, 5 acuden (50%) y 5 no (50%); de los 7 indígenas que respondieron, 6 (85,7%) acuden a centros de salud y 1 (14,3%) no; de las 2 personas de comunidades gitanas que respondieron, 1 (50%) acude y 1 (50%) no. A continuación se muestra la proporción en números absolutos.

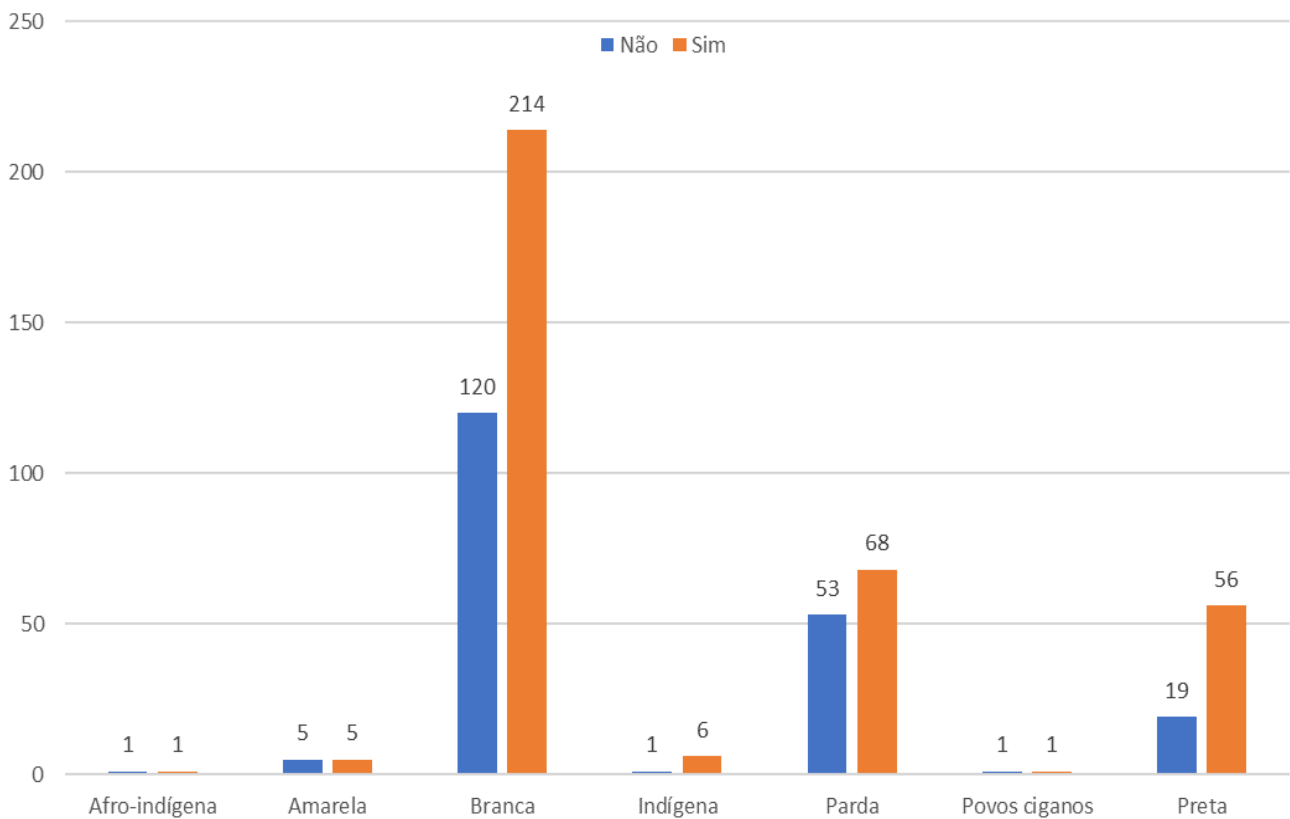


Gráfico 11: Referencias cruzadas Acceso a centros sanitarios y etnia/raza.



De las 551 respuestas a la pregunta "¿Ha recibido ya atención en un ambulatorio o centro médico para personas trans en su municipio? Si no, ¿está esperando atención?", tenemos que: 246 (44,6%) respondieron que reciben atención en su municipio; 204 (37%) respondieron que no reciben atención en su municipio; 63 (11,4%) están esperando atención/referencia; 16 (2,9%) respondieron que son seguidos por un plan de seguro de salud; 12 (2,2%) respondieron que no aplica; y 10 (1,8%) respondieron que no necesitan la ayuda del ambulatorio y/o que nunca han buscado atención.

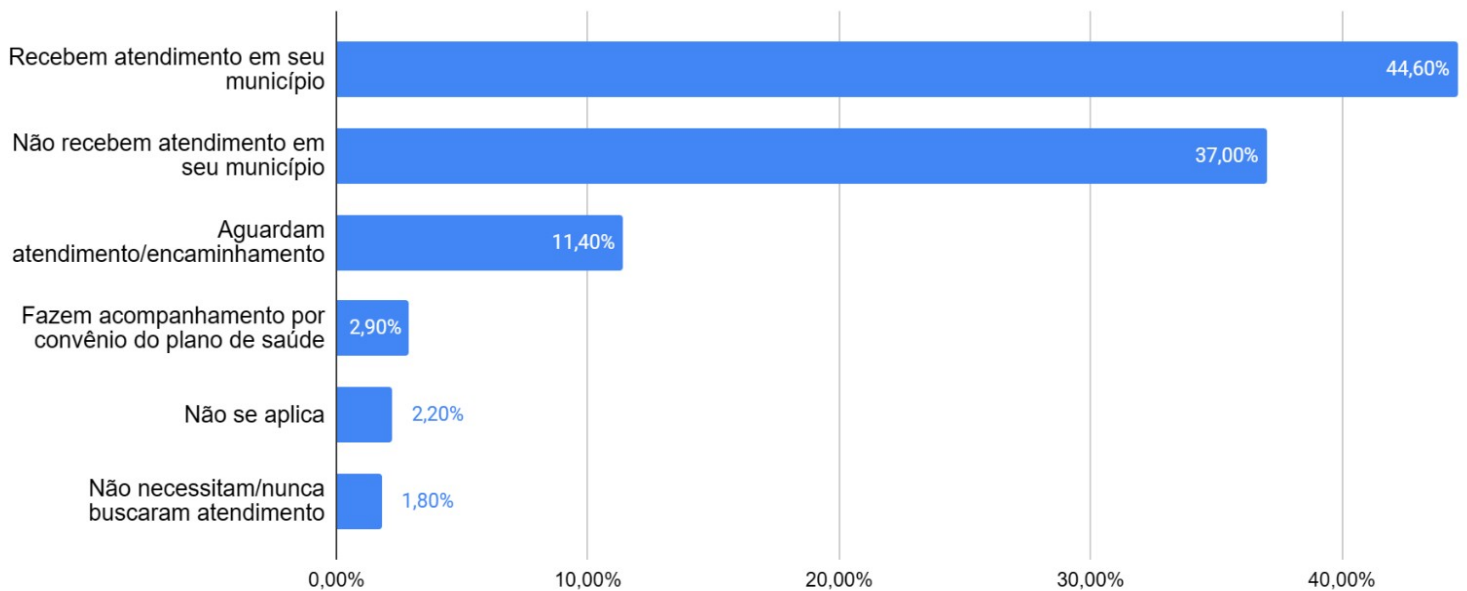


Gráfico 12: ¿Ha sido atendido alguna vez en un ambulatorio o centro de salud para personas trans en su municipio? Fuente: IBRAT

Además, el 64% contestó que en su municipio hay una clínica de transexualización, mientras que: El 32% contestó que no la hay; el 3% contestó que no lo sabe; y el 1% contestó que está en construcción.

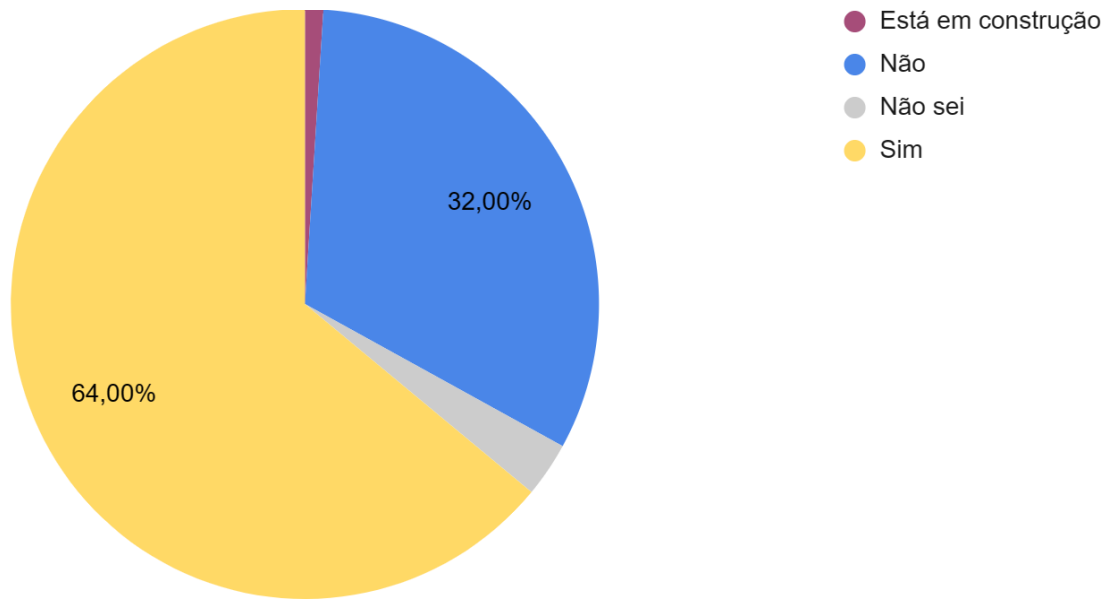


Gráfico 13: ¿Existe una clínica de transexualización en su municipio? Fuente: IBRAT

En general, mientras que el 44,6% de los encuestados puede obtener atención ambulatorial, provenga o no de clínicas de transexualización, en su municipio a través del SUS, otro 48,4% no puede y/o está esperando una cita medica. El 7% restante o bien no busca atención medica especializada, o bien accede a ella a través de un seguro de enfermedad o un seguro médico. Recogimos los siguientes informes:

*"No. Intente por el SUS cuando empecé la transición, pero hice cola durante casi un año hasta que conseguí un convenio médico privado a través de la empresa y me atendieron allí."*

*"No, he intentado que me remitan a la Unidad Basica de Salud, pero según ellos sólo es posible que te remita un médico privado".*

En otras palabras, aunque algunos de ellos dijeron que estaban siendo controlados por su seguro médico, es importante considerar que esto puede ser una alternativa a la falta de recursos o a la negligencia médica en el sector público. Veamos otros informes:

*"No, en realidad no saben cómo tratar a una persona trans. La trabajadora social incluso llamó al departamento de infectología para saber qué hacer en mi caso".*

*"Sí, pero me resulta difícil quedarme por la burocracia y los estrictos protocolos".*

Por eso es importante destacar que, aunque existan clínicas trans en algunos de los municipios de los participantes, el contenido de la atención ofrecida puede acabar alienando a los usuarios. Y hay que prestar atención a la accesibilidad:

*"Sí, pero debido a la distancia de mi casa a la clínica y a la dificultad para conseguir cita, dejé de ir".*

En cuanto al acceso a la asistencia medica, recogimos los siguientes informes de experiencias:

*"Me siento constantemente inseguro, sobre todo por seguir usando testosterona. La transición me salvó la vida, la terapia hormonal fue un paso enorme para sentirme a gusto conmigo mismo, pero la subida desenfrenada del precio de la testosterona, junto con la falta de disponibilidad de la hormona a través del SUS, me tiene muy preocupado."*

*"Los pronombres y mi nombre social, así como mi identidad, rara vez son respetados en el ámbito de la atención médica. E incluso por los médicos, que están mal preparados y desinformados".*

*"Está bien, sólo que el tiempo de espera para una cita es de 1 mes, sin embargo es público así que 1 mes es bastante razonable".*

*"Es estupendo tener un ambulatorio cerca. Lo único que dificulta el acceso es la falta de confianza en algunos profesionales en cuanto a ética y confidencialidad."*

*"Llevo seis años de seguimiento en la misma clínica, pero hay algunas dificultades. Reservar citas, programar pruebas, hay demasiada gente y parece que no dan abasto".*

A partir de los informes recogidos y de los datos presentados, identificamos que la mayoría de los participantes en la encuesta se sienten inseguros en cuanto al acceso a la asistencia sanitaria en su región, especialmente debido a: la falta de información por parte de los equipos médicos sobre la transmasculinidad, la ética y la confidencialidad de la información de cada usuario y la falta de respeto a su nombre social e identidad de género. Además, la falta de dispensación de la hormona (testosterona) por parte del SUS, junto con el aumento de precios en las farmacias, corrobora la falta de acceso y aleja a las personas transmasculinas de los espacios de salud.

Preguntamos a los participantes por las especialidades presentes en la clínica a la que acceden, y recibimos un total de 338 respuestas, que representan el 61,3% de nuestros encuestados. En cuanto a los profesionales sanitarios a los que se accede en las clínicas trans: 250 (73,96%) encuestados dicen que hay psicólogos en las clínicas trans de su municipio, 214 (63,31%) dicen que hay endocrinólogos, 226 (66,86%) dicen que hay ginecólogos, 184 (54,44%) dicen que hay trabajadores sociales, 171 (50,59%) dicen que hay enfermeros y 170 (50,30%) dicen que hay médicos generalistas. De las demás especialidades, 140 (41,42%) dicen que hay psiquiatras; 156 (46,15%) dicen que hay urólogos; 45 (13,31%) dicen que hay cirujanos; 37 (10,95%) dicen que hay obstetras; 8 (2,37%) dicen que hay logopedas. 14 (4,14%)

participantes dijeron que no conocían a los profesionales sanitarios y 2 (0,59%) dijeron que no había ambulatorios. La pregunta era opcional y los participantes podían marcar más de una opción.

Especialidade	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Psicólogo	250	73,96%
Endocrinologista	214	63,31%
Ginecologista	226	66,86%
Assistente Social	184	54,44%
Enfermeiros	171	50,59%
Clínico Geral	170	50,30%
Psiquiatra	140	41,42%
Urologista	156	46,15%
Cirurgião	45	13,31%
Obstetra	37	10,95%
Fonoaudiologia	8	2,37%
Não sei	14	4,14%
Não tem ambulatório	2	0,59%

Tabla 1: Si existe un ambulatorio en su municipio, y ya ha accedido a él, ¿existen todas las especialidades que se describen a continuación? Fuente: IBRAT

En cuanto al acceso a pruebas de laboratorio, de las 491 personas que respondieron a esta pregunta, 323 (65,8%) dijeron que sí, que acceden a pruebas; 152 (31%) dijeron que no acceden a pruebas; y 16 (3,2%) sólo acceden a análisis de sangre.

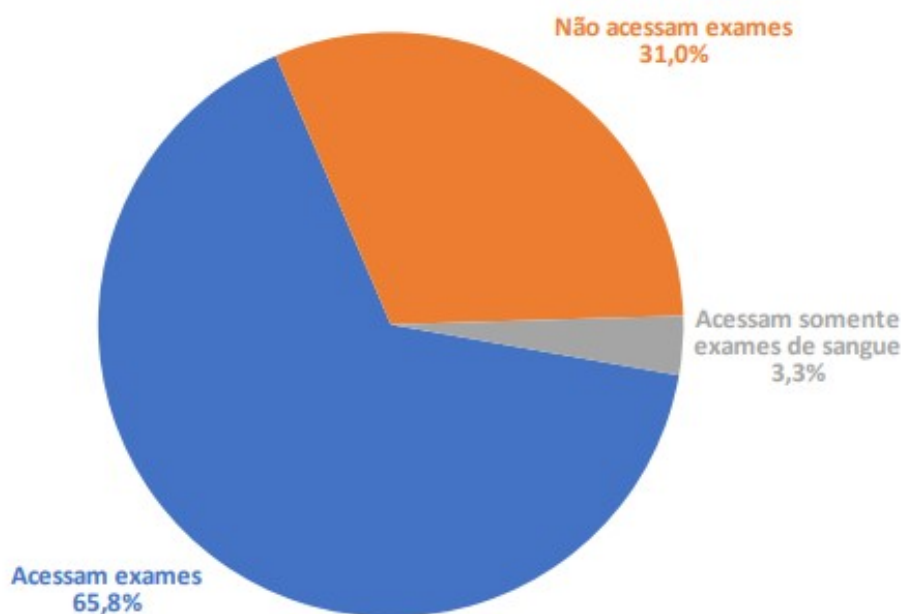


Gráfico 14: ¿Tiene fácil acceso a pruebas de laboratorio, como análisis de sangre, ecografía pélvica y otras pruebas para el seguimiento de la terapia hormonal? Fuente: IBRAT

En cuanto a la atención ginecológica, 522 personas respondieron a esta pregunta, de las cuales el 53,5% dijo que no tenía acceso a este servicio en su ciudad; el 42,2% dijo que sí tenía este servicio en su ciudad; el 1% dijo que este servicio sólo existe en el sistema sanitario privado de su ciudad; el 1% dijo que este servicio existe, pero que lo evita por motivos personales; el 1% no lo sabía y el 1% respondió en blanco.

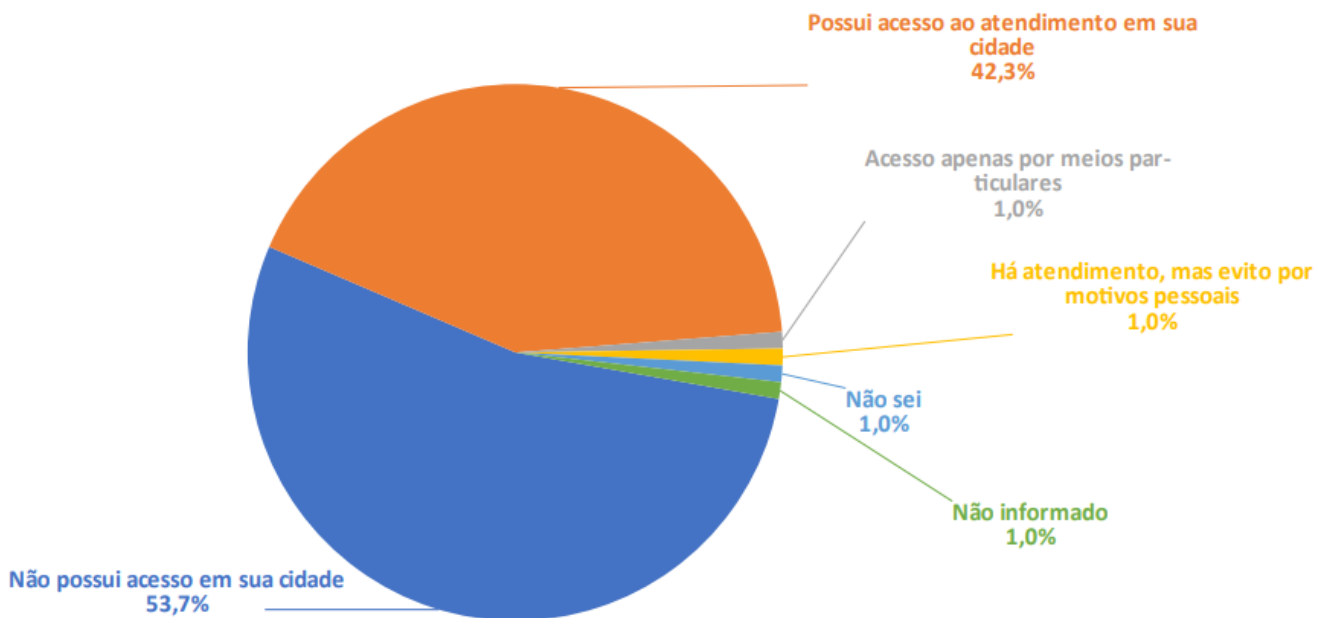


Gráfico 15: ¿Tiene acceso a atención ginecológica regular? Fuente: IBRAT

Hemos seleccionado algunas historias sobre el acceso a la atención ginecológica:

*"Me dejaron utilizar un espéculo para la citología y la enfermera se limitó a recoger el material, sentí que validaban mi autonomía. Pero también me ha quemado la piel otra enfermera mientras me trataban por el VPH, me quejé de racismo y cuando volví me remitieron a la única enfermera negra de la unidad. No es fácil para los negros en el sur".*

*"Siempre es muy incómodo, sufro mucha violencia pero tiendo a ignorarla y sólo quiero que las cosas se hagan lo antes posible".*

*"Sí, el médico no ofrece una atención humanizada y el tratamiento no es el adecuado, se limita a prescribir recetas de forma muy automatizada y no vigila de cerca nuestra salud".*

*"La doctora fue muy cuidadosa. Pero aún necesitamos más avances en este campo. Muchas personas transmasculinas acaban por no ir al ginecólogo por incomodidad y miedo. Los ginecólogos siguen situados en un espacio sólo para mujeres cis".*

*"No hay confianza en los profesionales de la salud ginecológica de la clínica a la que acudo".*

*"En general, es difícil encontrar profesionales que sepan tratar a hombres trans, no sólo por el trato que reciben, sino porque sus niveles hormonales son superfisiológicos".*

*"No he tenido mayores problemas con la prueba en sí, la dificultad suele ser con las recepcionistas a la hora de pedir la prueba y recibir el resultado (explicando que un hombre puede estar esperando el resultado de una citología)."*

*"Servicio transfóbico. No me garantizaron que el material recogido fuera a ser analizado, porque ya había sido rectificado y, como me dijeron, 'los hombres no hacen este tipo de pruebas'."*

*"La última vez que fui al ginecólogo fue hace por lo menos cinco años, y fue muy embarazoso, los profesionales no están preparados para tratarnos. Llevo dos años tomando terapia hormonal y aún no he ido al ginecólogo por el acceso y el miedo a la transfobia."*

*"Actualmente tengo un ginecólogo de confianza, pero fue muy difícil encontrar a alguien que entendiera o escuchara la situación".*

En cuanto al proceso de hormonización con testosterona, de las 551 respuestas, encontramos que 421 personas (76,4%) se hormonan, mientras que 130 (23,6%) no utilizan testosterona

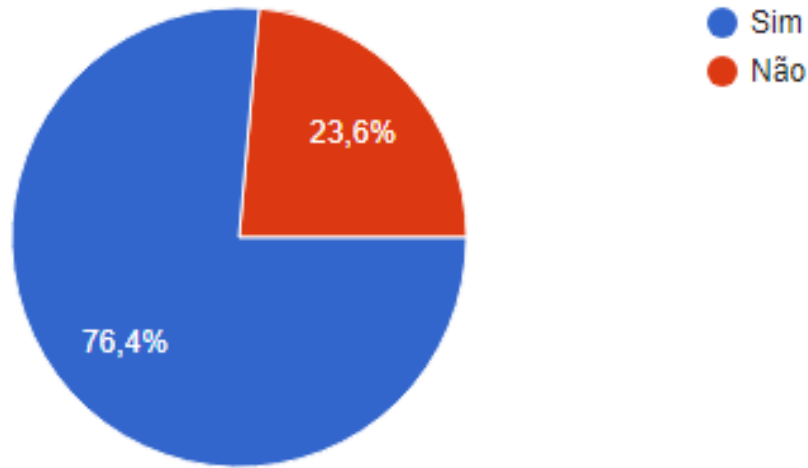


Gráfico 16: ¿Se hormona (testosterona)? Fuente: IBRAT

En cuanto al uso de testosterona, la proporción de encuestados según su identificación racial/étnica es la siguiente: de los 334 blancos que respondieron, 248 (74,2%) se hormonan y 86 (25,7%) no se hormonan; de los 121 pardos que respondieron, 99 (81,8%) se hormonan y 22 (18,2%) no se hormonan; de los 75 negros que respondieron, 61 (81,3%) se hormonan y 14 (18,6%) no se hormonan; de los 10 amarillos que respondieron, 5 (50%) se hormonan y 5 (50%) no se hormonan; de los 7 indígenas que respondieron, 6 (85,7%) están hormonados y 1 (14,3%) no lo está; de los 2 afroindígenas que respondieron, 1 (50%) está hormonado y 1 (50%) no lo está; de los 2 gitanos que respondieron, 1 (50%) está hormonado y 1 (50%) no lo está. En el gráfico siguiente, el color naranja se refiere a los encuestados que utilizan testosterona, y el azul a los que no la utilizan.



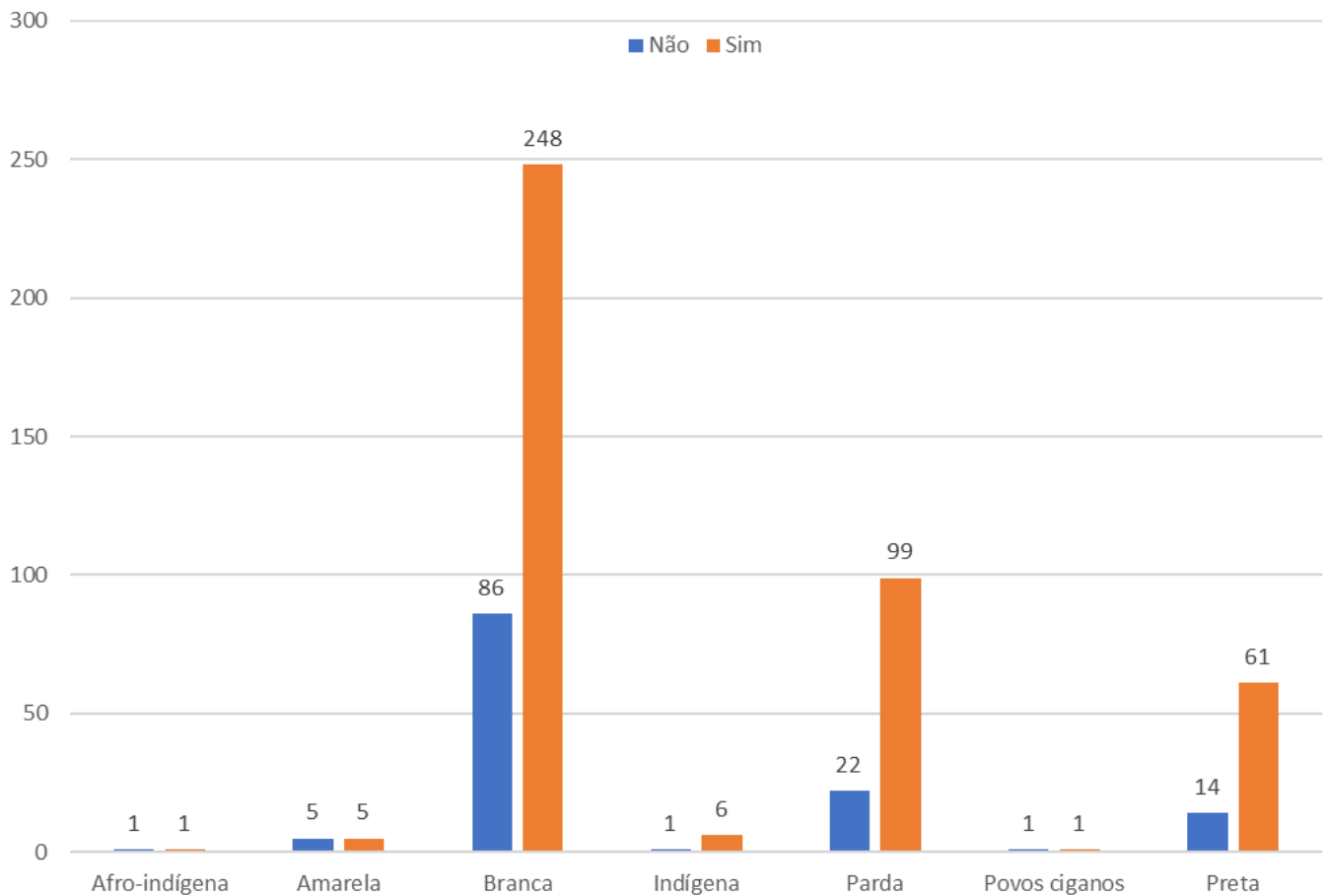


Gráfico 17: Datos cruzados de uso de testosterona y raza/etnia. Fuente: IBRAT

También es importante observar los ingresos familiares en relación con el uso de testosterona. Esta es la relación: de los encuestados que ganan menos del salario mínimo, 46 (61%) utilizan testosterona y 29 (39%) no. De los encuestados que ganan hasta un salario mínimo, 112 (79%) utilizan testosterona y 30 (21%) no. De los que ganan hasta dos salarios mínimos, 107 (80%) utilizan testosterona y 26 (20%) no. De los que ganan tres salarios mínimos, 56 (80%) utilizan testosterona y 14 (20%) no. De los que ganan más de tres veces el salario mínimo, 96 (78,6%) utilizan testosterona y 26 (21,4%) no. 9 participantes no facilitaron ninguna información. En el gráfico siguiente, el color naranja se refiere a los encuestados que utilizan testosterona y el azul a los que no la utilizan.

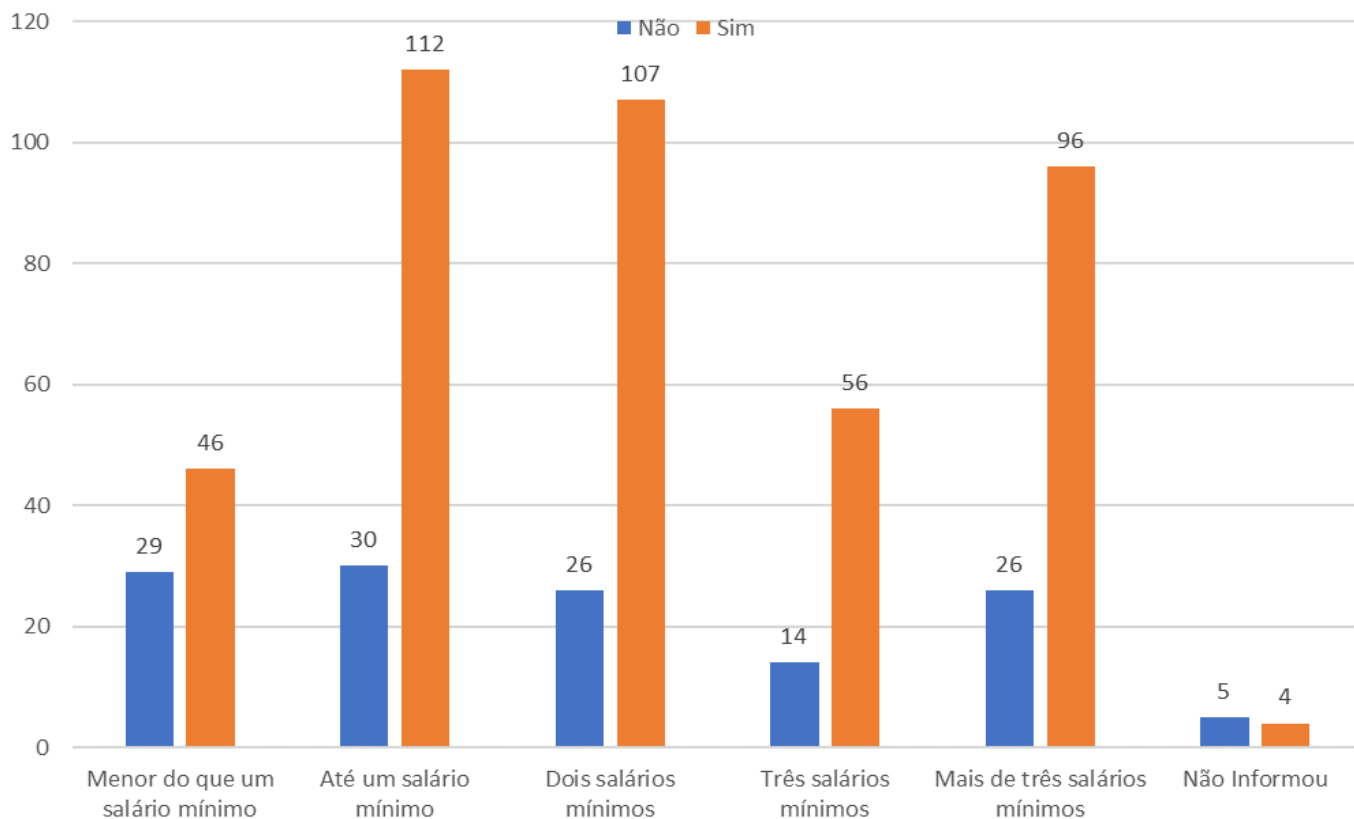


Gráfico 18: Datos cruzados entre el uso de testosterona y los ingresos familiares.  
Fuente: IBRAT

A continuación, preguntamos sobre el seguimiento profesional del uso de testosterona. De las 551 respuestas, comprobamos que 224 personas (40,7%) tenían un seguimiento médico cada 3 meses; 92 personas (16,7%) tenían un seguimiento cada 6 meses, seguidas de 63 (11,4%) que tenían un seguimiento esporádico en función de la indicación médica; 15 personas (2,7%) sólo tenían un control una vez al año. Sin embargo, 96 personas (17,4%) no tuvieron acceso al seguimiento, debido a la disponibilidad de tiempo, a cuestiones económicas, a la falta de profesionales o a la distancia del lugar donde se realizaría el seguimiento; y 30 (5,4%) se hormonan por su cuenta, sin ningún seguimiento. Además, 31 (5,6%) no desean hormonarse.

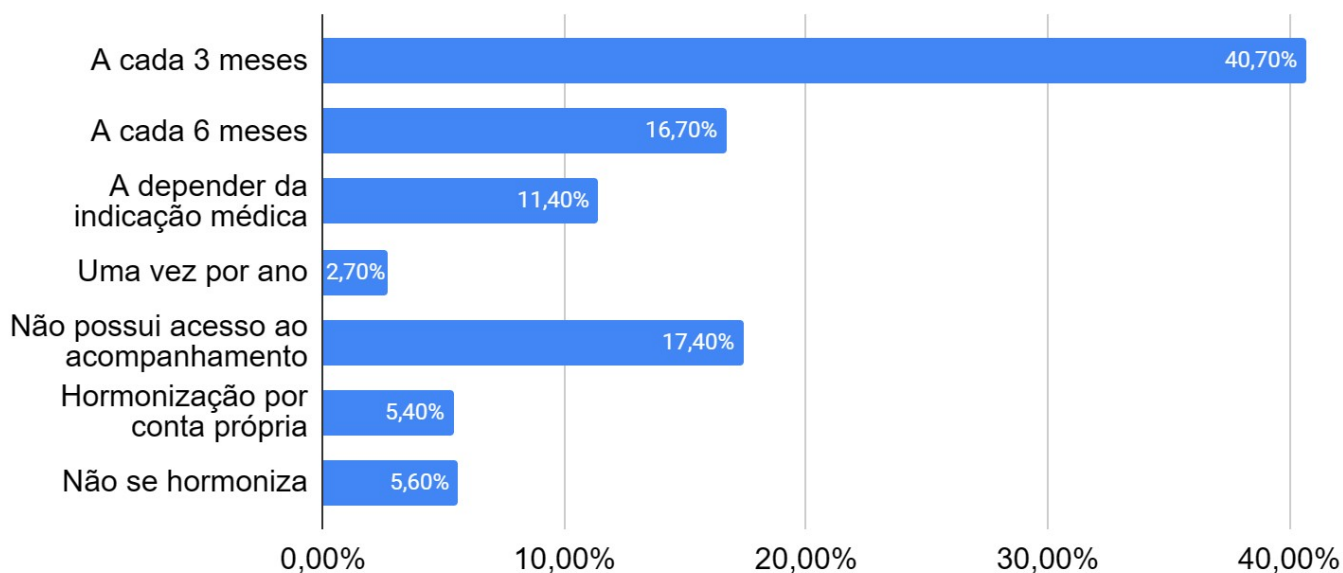


Gráfico 19: ¿Hace un seguimiento del uso de testosterona con profesionales sanitarios? Fuente: IBRAT

En relación a la disponibilidad de la hormona (testosterona) a través del SUS, por clínicas trans u otras organizaciones de salud pública, 130 (23,6%) participantes dijeron que obtienen la hormona (testosterona) a través del SUS; de los que no la obtienen a través del SUS, 232 (42,1%) la obtienen a través de una farmacia y/o 52 (9,4%) la obtienen por otros medios - entendiendo que un individuo puede obtenerla a través de una farmacia y por otros medios al mismo tiempo. 137 (24,9%) participantes no contestaron. Cabe señalar que los participantes podían marcar más de una opción. Es decir, hay una preponderancia de individuos que adquieren la hormona (testosterona) en farmacias y/o por otras vías no cubiertas por el SUS.

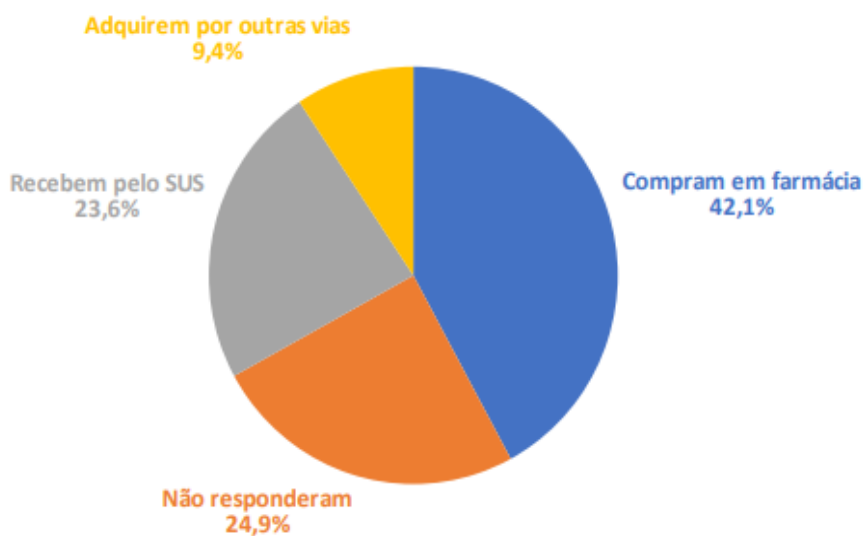


Gráfico 20:  
Disponibilidade de la hormona (Testosterona).  
Fuente: IBRAT

Pasamos ahora a otro ámbito: la mastectomía y sus dificultades. De las dificultades encontradas por las personas transmasculinas que participaron en esta encuesta, 384 participantes (69,7%) señalaron la falta de dinero como la peor dificultad, seguidos por 331 (60,1%) que alegaron obstáculos debido a la lista de espera del SUS; 148 (26,9%) afirmaron haber tenido su solicitud denegada por el plan de salud; 89 (16,2%) denunciaron negligencia profesional; 148 (26,9%) señalaron la falta de servicios ambulatorios; y 112 (20,3%) alegaron otras cuestiones no especificadas. Además, 25 personas (4,5%) dijeron no tener obstáculos y 37 (6,7%) no deseaban someterse a una mastectomía. Los participantes podían marcar más de una opción como respuesta.

Dificuldades	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Falta de dinheiro	384	69,70%
Fila de espera do SUS	331	60,10%
Negligência de plano de saúde	148	26,90%
Negligência profissional	89	16,20%
Falta de serviço ambulatorial	148	26,90%
Outras questões	112	20,30%
Não tive obstáculos	25	4,50%
Não desejo realizar	37	6,70%

Tabla 2: ¿Cuáles son las mayores dificultades/obstáculos para quienes se han sometido y/o desean someterse a una mastectomía?. Fuente: IBRAT

A continuación pasamos a la histerectomía y sus dificultades. Al igual que la mastectomía, la principal dificultad es la falta de dinero, con 200 respuestas (36,3%). Le sigue la lista de espera en el SUS, con 189 respuestas (34,3%), y otras cuestiones no especificadas, con 98 respuestas (17,8%). La falta de servicios ambulatorios fue mencionada por 92 personas (16,7%), seguida de la denegación de seguro médico, con 69 respuestas (12,5%) y la negligencia profesional, con 57 respuestas (10,3%); 10 personas (1,8%) no encontraron obstáculos. A diferencia de la mastectomía, ampliamente apoyada por los participantes en la encuesta, la histerectomía no es deseada por 242 personas (43,9%), lo que caracteriza a una mayoría. Los participantes podían marcar más de una opción como respuesta.

Dificuldades	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Falta de dinheiro	200	36,30%
Fila de espera do SUS	189	34,30%
Negligência de plano de saúde	69	12,50%
Negligência profissional	57	10,30%
Falta de serviço ambulatorial	92	16,70%
Outras questões	98	17,80%
Não tive obstáculos	10	1,80%
Não desejo realizar	242	43,90%

Tabla 3: ¿Cuáles son las mayores dificultades/obstáculos para quienes se han sometido y/o desean someterse a una histerectomía? Fuente: IBRAT

Pasamos después a la cirugía de transgenitalización y sus dificultades. La mayoría de las dificultades apuntan a la falta de dinero, con 109 respuestas (19,8%), seguida de la lista de espera en el SUS, con 94 respuestas (17,1%). La falta de servicios ambulatorios fue mencionada por 61 personas (11,1%), seguida de la negligencia profesional, con 40 respuestas (7,3%), y la denegación del seguro médico, con 41 respuestas (7,4%). Otras cuestiones no especificadas fueron mencionadas por 60 personas (10,9%) y sólo 5 personas (0,9%) afirmaron no haber encontrado ningún obstáculo. Del total de respuestas, 393 personas (71,3%) afirmaron que no tenían intención de someterse a una operación de cirugía transgénero. Los participantes podían marcar más de una opción como respuesta.

Dificuldades	Quantidade de Pessoas	Percentual %
Falta de dinheiro	109	19,80%
Fila de espera do SUS	94	17,10%
Negligência de plano de saúde	41	7,40%
Negligência profissional	40	7,30%
Falta de serviço ambulatorial	61	11,10%
Outras questões	60	10,90%
Não tive obstáculos	5	0,90%
Não desejo realizar	393	71,30%

Tabla 4: ¿Cuáles son las mayores dificultades/obstáculos para quienes se han sometido y/o desean someterse a una transgenitalización? Fuente: IBRAT

Es necesario comentar brevemente estas dificultades. La principal dificultad para acceder a estos tres procedimientos quirúrgicos es la falta de dinero, que siempre conduce a la lista de espera del SUS. Debemos preguntarnos: si la lista de espera del SUS no estuviera sujeta a constantes congelaciones, la dificultad principal, es decir, la falta de dinero, no sería un problema, ya que estos procedimientos se llevarían a cabo de forma gratuita y con el seguimiento adecuado. Así pues, lo que intentamos demostrar es que estas dificultades no operan a nivel individual; por el contrario, están conectadas. La lista de espera hace que tengamos que pagar por nuestra cuenta estos procedimientos, lo que influye en factores de clase social y de acceso al mercado laboral -que, por ser personas trans, ya contienen impedimentos-, siempre atravesados por marcadores de raza/etnia, discapacidad y territorialidad. La negligencia profesional se da tanto en el sector público como en el privado. Debemos tener en cuenta que las dificultades que encontramos para acceder a los centros sanitarios, ya sea para realizar los procedimientos enumerados anteriormente o para tratar otros problemas de salud, provienen de una raíz común: la transfobia, que a su vez está vinculada y atravesada por el racismo, el sexismo, el capacitismo, la intersexofobia y tantas otras opresiones institucionales.

Recibimos 551 respuestas a la pregunta "¿Mantiene un contacto regular con profesionales de salud / se somete a revisiones periódicas?". De ellas, 398 (72,23%) respondieron afirmativamente, que tienen controles regulares; 140 (25,41%) respondieron que no tienen controles regulares; 6 (1,09%) respondieron que tienen controles, pero con poca frecuencia; 1 (0,18%) respondió que hacen seguimiento y participan en la organización de espacios de salud para personas trans; 5 (0,91%) respondieron que hacen seguimiento, pero por acuerdo privado; y 1 (0,18%) respondió que hacen seguimiento, pero online.

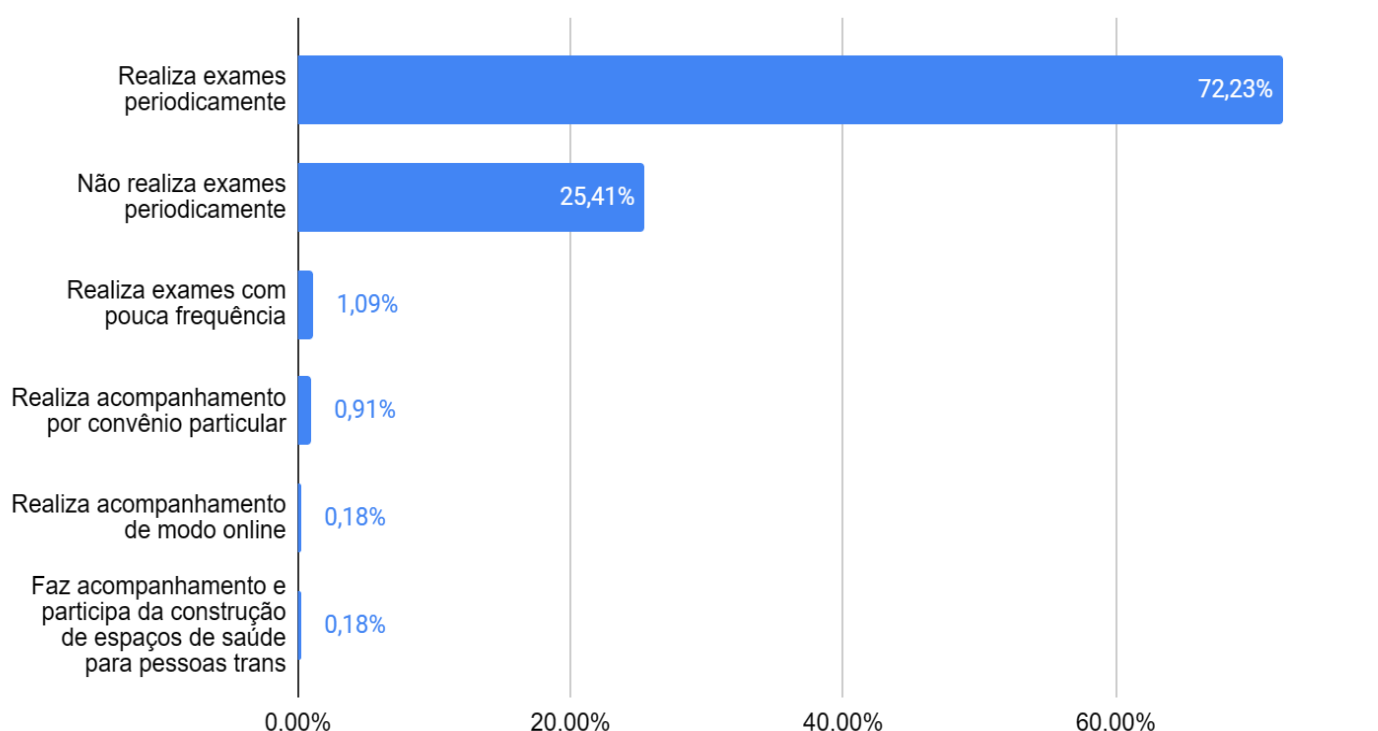


Gráfico 21: ¿Mantiene contacto regular con profesionales de salud / se somete a revisiones periódicas?" Fuente: IBRAT

En general, de las 551 personas que participaron en la encuesta, 411 (74,59%) reciben atención médica y 140 (25,41%) no. De estos últimos, recogimos dos informes:

*"Solía hacerme revisiones periódicas, pero debido a las transfobia del entorno médico, hace tiempo que no me hago las pruebas y seguimientos adecuados".*

*"Sólo cuando tengo una complicación. A veces dejo que llegue a una fase crítica porque intento evitar ir a sitios así."*

Y otro informe, sobre las dificultades de acceso:

*"Tengo 31 años y soy médico. Llevo al menos tres años pidiendo ayuda a médicos del sistema privado. La transfobia en la formación médica (incluida la mía) es flagrante. Finalmente conseguí asesoramiento de calidad de profesionales en el sur de Bahía de forma privada. Todo a través de mi propia investigación, sin referencias".*

En cuanto a la pregunta "¿Ha sufrido transfobia en espacios de salud? En caso afirmativo, ¿qué transfobia?", de las 551 respuestas, 314 personas (57%) no vieron respetado su nombre social; 346 (62,8%) no vieron respetada su identidad de género y pronombres respetados. Los participantes podían marcar más de una opción.

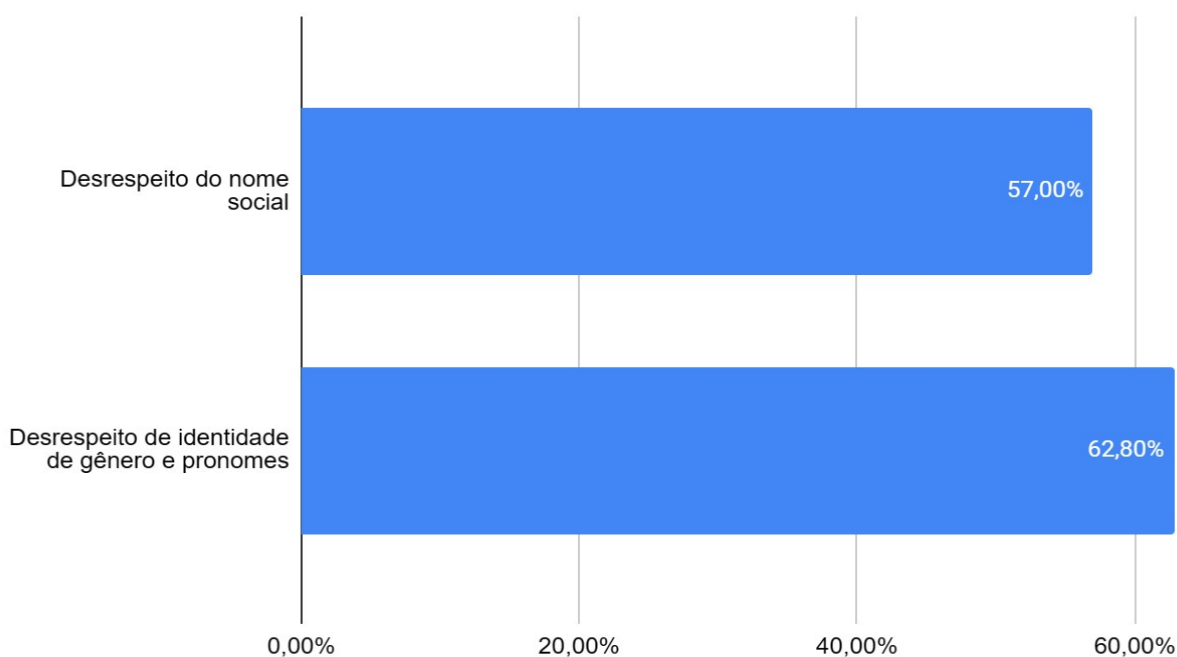


Gráfico 22a: ¿Ha experimentado alguna vez transfobia en espacios sanitarios? En caso afirmativo, ¿qué transfobia?



Además, en relación con la misma pregunta, 256 (46,5%) sufrieron faltas de respeto en espacios privados, hospitales o clínicas; 200 (36,3%) se sintieron faltados de respeto por su plan de seguro médico; y 220 (39,9%) denunciaron faltas de respeto en espacios públicos, como UBS, policlínicas, UPA y centros de salud. Los participantes podían responder a más de una opción.

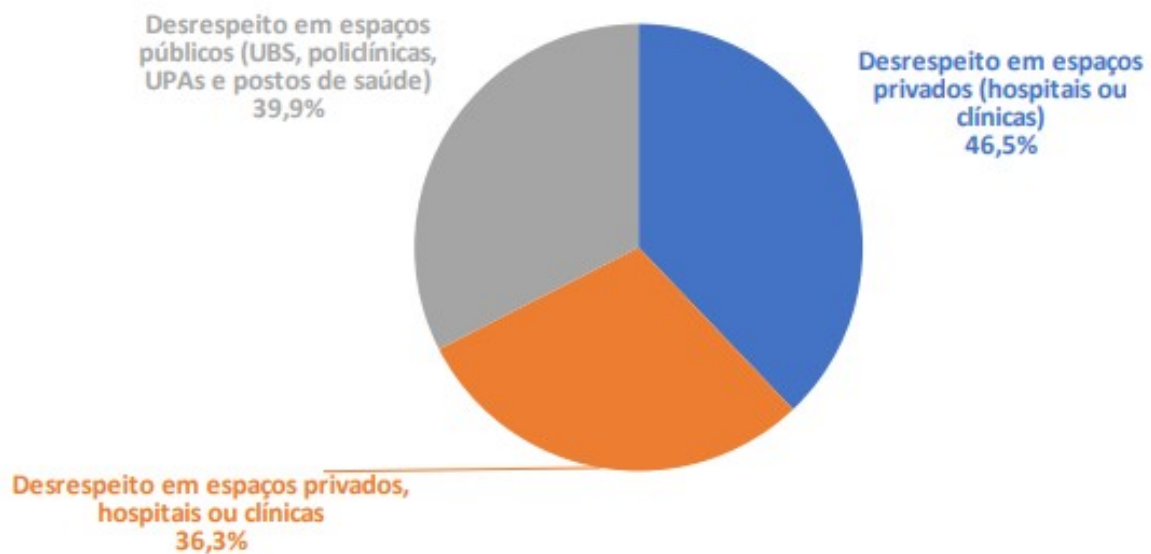


Gráfico 22b: ¿Ha sufrido alguna vez transfobia en espacios de salud? En caso afirmativo, ¿qué transfobia?

A la luz de los relatos recogidos y de los datos presentados, identificamos situaciones recurrentes de violencia hospitalaria, desatención y negligencia médica hacia los cuerpos transmasculinos, que los colocan en una posición de impotencia y falta de confianza en relación a los equipos médicos. La ocurrencia de racismo se entrelaza con la transfobia, de modo que no podemos separar las formas de violencia. Muchos informes señalan la supuesta ignorancia de los equipos médicos sobre la existencia de cuerpos transmasculinos, o incluso la ignorancia sobre los procedimientos de transexualización, la terapia hormonal y otros accesos a la atención sanitaria especializada. Aunque hay informes positivos, se trata sobre todo de excepciones, por ejemplo, cuando se habla de "un ginecólogo de confianza".

## CONCLUSÃO

Al final de esta presentación de datos sobre una porción de la población transmasculina brasileña, concluimos que nuestra encuesta, aunque de alcance nacional y con una amplia gama de cruces abordados, no logró abarcar la totalidad de las experiencias, vidas y demandas de las transmasculinidades en Brasil, especialmente debido a dos brechas: racial/étnica y territorial. De los 551 participantes en la encuesta, el 60,6% son blancos, mientras que el 35,5% son negros y pardos; el 51% de las respuestas proceden del Sudeste, frente al 5% del Norte. Sabemos que la mayoría de la población brasileña está formada por negros y pardos y que, según el Censo de 2022 realizado por el IBGE, el Sudeste comprende el 41,8% de la población, seguido del Nordeste (26,9%), Sur (14,7%), Norte (8,5%) y Centro-Oeste (8,02%). En otras palabras, la muestra de hombres trans, transexuales y transmasculinos que abarca esta encuesta no refleja los porcentajes predominantes en nuestra población a escala nacional.

Cabe destacar que la mayoría (71,5%) de las respuestas proceden de jóvenes de entre 18 y 30 años, y suponemos que esto tiene que ver con una mayor facilidad para gestionar las redes sociales. En cuanto a la sexualidad, hubo una mayoría (31,8%) de participantes bisexuales.

En cuanto a los ingresos, comprobamos que la mayoría (40,1%) de los participantes ganan hasta un salario mínimo. En cuanto a las cuestiones raciales, constatamos que, proporcionalmente, las personas blancas tienen ingresos más elevados que las negras y pardas. O sea, dentro de la población transmasculina, se reproducen las desigualdades raciales y de clase en relación a la población en general. Con relación a la escolaridad, la mayoría (69,7%) de los participantes consiguió ingresar en la enseñanza superior, lo que muestra cómo la investigación se centró en un nicho de la población.

A pesar de esta brecha, conseguimos organizar un panorama de reivindicaciones comunes compartidas por los cuerpos transmasculinos en Brasil. Es interesante ver cómo estas demandas se parecen y se reproducen a través de las experiencias étnico-raciales, de clase y de sexualidad.

En general, constatamos que este sector de la población transmasculina brasileña se enfrenta a constantes dificultades para acceder a la atención sanitaria. Descubrimos que el 63,7% de los participantes en la encuesta no acceden a los centros de salud – incluidas las clínicas trans – de forma sistemática. También

descubrimos que el 48,4% de los participantes no han podido acceder hasta ahora a los ambulatorios trans o a los centros de salud para personas trans de su municipio, bien porque no existen o porque están esperando a ser atendidos. En consecuencia, a menudo tienen que acudir a ambulatorios y centros de salud de otros municipios para recibir atención.

A la vista de los informes obtenidos, señalamos la recurrencia de la vergüenza, la negligencia médica, la falta de respeto por el nombre social y la identidad de género, los obstáculos debidos a la burocracia y/o a que el personal "no sabe cómo tratar a una persona trans". Otro factor que contribuye a estos obstáculos es la distancia entre el domicilio de la persona y la clínica/centro de salud. La inseguridad es un sentimiento casi absoluto en las experiencias transmasculinas en los espacios sanitarios.

Los psicólogos y los endocrinólogos figuran entre las especialidades más presentes en los ambulatorios a los que accedieron los encuestados, mientras que los obstetras y los logopedas figuran entre las menos presentes. La atención ginecológica es fundamental para garantizar la salud integral de la población transmasculina, pero el acceso a la ginecología se ve dificultado por la negligencia y/o el desconocimiento médico. La mayoría de las participantes (53,5%) no acude al ginecólogo, y los informes recogidos señalan: incomodidad, miedo, desconfianza, vergüenza, transfobia, violencia.

El 76,4% de las participantes en la encuesta están hormonadas con testosterona. En cuanto a los ingresos, el 61% de las que ganan hasta 1 salario mínimo están hormonadas. Si ganan más de 1 salario mínimo, el porcentaje sube al 20%. No observamos grandes disparidades entre los ingresos y el acceso a la terapia hormonal. El seguimiento médico es recurrente: el 40,7% de los participantes tienen controlados sus niveles hormonales cada 3 meses, en contraste con el 22,8% de los participantes que no tienen acceso a un seguimiento médico adecuado. La testosterona se adquiere generalmente en farmacias y por otros medios que no sean el SUS, ya que sólo algo más del 20% de las participantes afirman que el SUS pone la hormona a su disposición. En otras palabras, garantizar el acceso a la asistencia sanitaria especializada depende de la contribución financiera individual del usuario.

En cuanto a la mastectomía, la histerectomía y la transgenitalización, se observa una tendencia a la baja en cuanto al interés por someterse a ellas. 37 participantes no desean someterse a una mastectomía, 242 no desean someterse a

una histerectomía y 393 no desean someterse a una cirugía transgenital. Aún así, en los tres casos, las mayores dificultades a las que se enfrentan las usuarias que quieren hacérselas son: la falta de dinero y la lista de espera del SUS. Otras cuestiones, como la negligencia de la compañía de seguros de salud, la negligencia profesional y la falta de servicios ambulatorios, siguen siendo recurrentes, pero varían según el procedimiento deseado.

Al final de la encuesta, nos dimos cuenta de la frecuencia con la que los participantes acudían al seguimiento médico, con un total de 72,23% de personas que se sometían a pruebas periódicas. Cabe destacar que el acceso a la testosterona a través del SUS y/o de las farmacias depende de una prescripción médica. Por lo tanto, la testosterona sólo puede ser adquirida de dos formas: legalmente, con prescripción médica, que exige seguimiento especializado; o ilegalmente, por otros medios, sin necesidad de seguimiento médico para adquirir la prescripción. Frente a la necesidad de seguimiento médico para tener acceso primario a la terapia hormonal y, no obstante, a la atención integral en salud, obtuvimos un porcentaje de 57% de personas que reportaron que su nombre social fue irrespetado en los espacios de salud, seguido de 62.8% a quienes se les irrespetó su identidad de género y pronombres. Es decir, nos vemos obligadas a acudir a espacios donde se nos falta al respeto, para poder acceder a la atención sanitaria, así como a las recetas médicas que nos garantizan el acceso a la terapia hormonal.

Es urgente que los profesionales sanitarios reciban formación para ofrecer una atención humanizada a las personas trans, así como que los centros de salud se estructuren teniendo en cuenta nuestras particularidades. De esta forma, avanzaríamos hacia la garantía del derecho a la salud de forma ética y humanizada.