

Atención ginecológica, prácticas comunicacionales y acceso a la salud: experiencias de hombres trans en el sistema sanitario chileno

Claudia Cornejo-AravenaProfesora Asistente del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile **Josefa Colignon-Tagle**Universidad de Chile **Valeria Fernández-Terzan**Universidad de Chile **Jael Quiroz-Carreño**Profesora Asistente del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile <https://dx.doi.org/10.5209/eslg.106110>

Recibido: 24/11/2025 • Aceptado: 16/02/2026

ES Resumen. Introducción: Los hombres trans enfrentan barreras persistentes en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en la atención ginecológica. Estas dificultades trascienden lo biomédico y se vinculan a prácticas organizacionales, culturales y comunicacionales que reproducen imaginarios binarios de género, afectando el acceso oportuno, la continuidad del cuidado y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, descriptivo y exploratorio. Se entrevistó a nueve hombres trans mayores de 18 años con experiencia de atención ginecológica en el sistema público y privado chileno. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas, se transcribieron de forma literal y se analizaron siguiendo el método de Colaizzi, aplicando criterios de rigor cualitativo (credibilidad, dependabilidad, confirmabilidad y auditabilidad). **Resultados:** Emergieron barreras estructurales, organizacionales y simbólicas. Las experiencias negativas se asociaron al uso incorrecto de pronombres, lenguaje patologizante, falta de información clínica pertinente, desconocimiento profesional, centralización de servicios y ausencia de protocolos específicos. Estas prácticas comunicacionales generaron incomodidad, evitación de controles preventivos y postergación de atenciones. Como facilitadores se identificaron el trato respetuoso, la información clara, el reconocimiento de la identidad de género y la capacitación en diversidad. **Conclusiones:** La atención ginecológica constituye un espacio donde se producen significados y representaciones sobre el cuerpo y la identidad trans. Incorporar estrategias comunicacionales inclusivas, formación profesional con perspectiva de género y protocolos institucionales específicos resulta clave para reducir inequidades y promover una atención digna, segura e integral.

Palabras clave. Personas Transgénero; Ginecología; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Comunicación en Salud; Salud Sexual.

EN Gynecological Care, Communicative Practices and Access to Health Services: Experiences of Trans Men in the Chilean Health System

EN Abstract. Introduction: Trans men face persistent barriers when accessing sexual and reproductive healthcare, particularly gynecological services. These challenges extend beyond biomedical issues and are shaped by organizational, cultural, and communicative practices that reproduce binary gender norms, negatively affecting timely access, continuity of care, and the exercise of sexual and reproductive rights. **Methods:** A qualitative, phenomenological, descriptive, and exploratory study was conducted. Nine trans men aged 18 years or older with previous experiences of gynecological care in Chile's public and private health systems were interviewed. Data were collected through semi-structured interviews, transcribed verbatim, and analyzed using Colaizzi's method, applying qualitative rigor criteria (credibility, dependability, confirmability, and auditability). **Results:** Structural, organizational, and symbolic barriers emerged. Negative experiences were associated with misgendering, pathologizing language, lack of relevant clinical information, insufficient professional training, centralized services, and the absence of specific protocols. These communicative practices generated discomfort, avoidance of preventive care, and delayed consultations. Facilitators

included respectful treatment, clear information, recognition of gender identity, and providers trained in gender diversity. **Conclusions:** Gynecological care functions as a communicative and cultural space where meanings about trans bodies and identities are constructed. Implementing inclusive communication strategies, gender-sensitive training, and institutional protocols is essential to reduce inequities and ensure dignified, safe, and comprehensive healthcare.

Keywords. Transgender Persons; Gynecology; Health Services Accessibility; Health Communication; Sexual Health.

Sumario. 1. Introducción. 1.1. Estado de la cuestión. 2. Material y método. 2.1. Diseño del estudio. 2.2. Población de estudio y participantes. Estrategia de muestreo, universo y tamaño muestral. 2.3. Dimensiones de análisis, recolección y tratamiento de datos. 2.4. Consideraciones éticas y rigor metodológico. 3. Resultados. 3.1. Construcción identitaria y trayectorias de transición. 3.2. Entorno sociocultural y experiencias de reconocimiento/exclusión. 3.3. Experiencias de atención ginecológica y prácticas comunicacionales. 3.4. Barreras estructurales e institucionales del sistema de salud. 3.5. Consecuencias en salud y proyecciones. 4. Discusión. 5. Limitaciones del estudio. 6. Conclusiones. 7. Referencias citadas.

Cómo citar: Cornejo-Aravena, C., Colignon-Tagle, J., Fernández-Terzan, V., Quiroz-Carreño, J. (2026). Atención ginecológica, prácticas comunicacionales y acceso a la salud: experiencias de hombres trans en el sistema sanitario chileno. *Estudios LGBTIQ+, Comunicación y Cultura*, 6(1), pp. 101-113. <https://dx.doi.org/10.5209/eslg.106110>.

1. Introducción

Durante las últimas décadas, la sexualidad, la identidad de género y la diversidad corporal han adquirido una creciente visibilidad en los debates sociales, políticos y académicos, tensionando las formas tradicionales mediante las cuales las instituciones han definido los cuerpos legítimos, las trayectorias vitales esperadas y los modos aceptables de expresar el género. Este proceso ha permitido cuestionar la naturalización de categorías binarias y esencialistas, reconociendo que la identidad de género constituye una construcción dinámica que se configura a lo largo del ciclo vital en interacción con factores biográficos, culturales y sociales (Pearce et al., 2019). En este sentido, la identidad no se reduce a la anatomía ni al sexo asignado al nacer, sino que se vincula con experiencias subjetivas de pertenencia y reconocimiento. Las personas trans, entendidas como aquellas cuya identidad de género difiere de dicha asignación, han estado históricamente presentes en todas las sociedades, aunque persistentemente invisibilizadas y marginadas por estructuras sociales organizadas en torno a una matriz cisheteronormativa y binaria (Barrientos et al., 2019).

Las personas trans han sido históricamente situadas en los márgenes de la ciudadanía social, enfrentando exclusión, estigmatización y múltiples formas de violencia simbólica e institucional. Estas dinámicas se sostienen en una cultura heteronormativa y binaria que naturaliza ciertos cuerpos y trayectorias mientras patologiza o invisibiliza otras, reproduciendo desigualdades estructurales en ámbitos como la educación, el trabajo y, particularmente, la salud (Subsecretaría de Salud Pública, 2020).

Diversos organismos internacionales han documentado que esta exclusión se traduce en vulneraciones sistemáticas de derechos civiles, políticos, sociales y sanitarios. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que las personas trans enfrentan formas interseccionales de discriminación que limitan su acceso a educación, empleo, vivienda y servicios de salud, configurando escenarios de desigualdad estructural que afectan el pleno ejercicio de la ciudadanía y la calidad de vida (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2018). Estas brechas no solo se expresan en indicadores objetivos como mayor desempleo, pobreza o violencia, sino también en experiencias cotidianas de estigmatización y trato desigual que impactan directamente en la salud física y mental.

En el ámbito sanitario, la relación entre medicina y diversidad de género ha estado marcada por procesos de patologización. Durante gran parte del siglo XX, la transexualidad fue clasificada como trastorno psiquiátrico, reforzando la idea de desviación o anormalidad y legitimando intervenciones orientadas a corregir o normalizar los cuerpos. Aunque revisiones recientes han buscado despatologizar estas identidades, la persistencia de categorías diagnósticas mantiene una tensión ética entre el acceso a prestaciones sanitarias y el riesgo de perpetuar estigmas (Peidro, 2021). Este legado histórico ha contribuido a consolidar prácticas clínicas centradas en la vigilancia y regulación de los cuerpos trans, más que en el reconocimiento de su autonomía y derechos.

En América Latina se han producido avances normativos significativos, como leyes de identidad de género que permiten el reconocimiento legal del nombre y sexo registral. No obstante, la evidencia regional indica que estos cambios legislativos no garantizan por sí solos transformaciones culturales ni organizacionales dentro de los servicios de salud. Persisten barreras asociadas a protocolos fragmentarios, escasa capacitación del personal, desconocimiento clínico sobre salud trans y centralización de prestaciones especializadas, lo que continúa reproduciendo desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención. De este modo, el derecho formal convive con prácticas institucionales que mantienen barreras simbólicas, administrativas y relacionales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas trans.

(Organización Panamericana de la Salud, 2019; Radi & Pecheny, 2021). Desde una perspectiva sociocultural, la atención sanitaria no constituye un espacio neutral ni meramente técnico, sino un escenario donde se reproducen normas de género, jerarquías corporales y expectativas cisnormativas. Los dispositivos asistenciales, formularios, fichas clínicas, registros administrativos, salas de espera y protocolos, funcionan como tecnologías de clasificación que determinan quién es reconocido como sujeto legítimo de cuidado. En este marco, la exclusión no se produce únicamente por falta de recursos o infraestructura, sino también mediante prácticas discursivas cotidianas que invalidan identidades y experiencias. Investigaciones recientes han descrito estas dinámicas como formas de violencia simbólica o institucional, en tanto operan de manera naturalizada a través del lenguaje, el trato y las rutinas burocráticas (Pearce et al., 2019; Radi & Pecheny, 2021).

La comunicación clínica adquiere así un rol central. El uso del nombre social, la elección de pronombres, la manera de explicar procedimientos, la escucha activa y el reconocimiento de saberes corporales constituyen prácticas comunicacionales que inciden directamente en la construcción de confianza y seguridad. Por el contrario, el uso del nombre legal sin consentimiento, las suposiciones basadas en la anatomía o los discursos patologizantes pueden generar experiencias de humillación, incomodidad o deslegitimación. Estudios internacionales han mostrado que estas interacciones influyen decisivamente en la disposición a consultar y adherir a tratamientos. Personas trans que experimentan maltrato o incompreensión tienden a postergar controles preventivos, evitar servicios ginecológicos o recurrir solo en situaciones de urgencia, con consecuencias negativas sobre su salud integral (MacCarthy et al., 2020; Lifshitz et al., 2022).

1.1. Estado de la cuestión

Una revisión sistemática reciente documenta obstáculos estructurales, culturales y comunicacionales, tales como falta de capacitación profesional, experiencias de maltrato, desconfianza institucional y postergación de controles preventivos (Allen et al., 2025). Estas barreras no se limitan a la disponibilidad de recursos materiales, sino que se configuran también a través de prácticas discursivas y relacionales. El lenguaje utilizado por el personal sanitario, el respeto por el nombre social, la asignación de espacios diferenciados, los registros administrativos y la forma de explicar los procedimientos actúan como dispositivos comunicacionales que pueden producir reconocimiento o exclusión. En este sentido, la atención sanitaria debe comprenderse como un fenómeno cultural donde se negocian identidades, legitimidades y derechos.

La atención ginecológica representa un escenario particularmente complejo para hombres trans, ya que se trata de un espacio históricamente feminizado, organizado simbólicamente en torno a la categoría “mujer”. Esta configuración cultural puede generar tensiones identitarias y sentimientos de exposición o ilegitimidad, especialmente cuando los servicios no contemplan trayectorias de género diversas. Investigaciones en Estados Unidos, Canadá y Europa han documentado menores tasas de tamizaje cervical y controles preventivos en hombres trans con capacidad gestante, no por falta de necesidad clínica, sino por experiencias previas de discriminación, desconocimiento profesional o incomodidad durante la consulta (Light et al., 2018; Moseson et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que la exclusión sanitaria está profundamente mediada por dimensiones culturales y comunicacionales.

En el contexto latinoamericano, estudios cualitativos recientes han evidenciado dinámicas similares. En Argentina, Brasil y México se ha descrito que el miedo al maltrato, la exposición pública o la negación de la identidad lleva a muchas personas trans a evitar los servicios formales de salud o a recurrir a redes informales de apoyo (Radi & Pecheny, 2021; Monteiro et al., 2019). Estas experiencias se relacionan con prácticas institucionales que invisibilizan la diversidad, tales como sistemas informáticos binarios, protocolos centrados exclusivamente en mujeres cis o falta de formación en salud trans. Tales barreras no solo limitan el acceso, sino que también refuerzan la percepción de que los servicios no están diseñados para esta población. Persisten protocolos fragmentarios, escasa capacitación y formas de violencia simbólica institucional que continúan reproduciendo desigualdades en el acceso (Vergueiro, 2020). Estas dinámicas regionales ofrecen un marco útil para comprender el escenario chileno.

En Chile, si bien se han implementado políticas de reconocimiento legal y orientaciones técnicas para la atención de personas trans, la evidencia empírica sigue siendo incipiente, especialmente respecto de la experiencia específica de hombres trans en servicios ginecológicos. Los estudios disponibles han descrito principalmente situaciones de discriminación, barreras administrativas y desconocimiento profesional, evidenciando brechas persistentes en el acceso y la calidad del trato. Sin embargo, se ha prestado menor atención a cómo las prácticas comunicacionales concretas, tales como el lenguaje utilizado, el trato administrativo, los protocolos escritos y los registros institucionales, producen reconocimiento o exclusión en la interacción cotidiana. De hecho, una encuesta nacional reciente mostró que el 83,9 % de personas trans y no binarias informó experiencias de abuso en la atención sanitaria, evidenciando el carácter estructural de estas vulneraciones (Roselló-Peñaloza et al., 2024).

Esta dimensión relacional ha sido descrita en la literatura internacional como un componente clave de la cisnormatividad institucional en salud, donde los dispositivos clínicos y discursivos configuran quién es considerado un sujeto legítimo de cuidado (Pearce et al., 2019). Considerar este enfoque resulta particularmente pertinente para una revista situada en la intersección entre estudios LGBTIQ+, comunicación y cultura, pues permite comprender la atención sanitaria como un fenómeno donde se negocian identidades, derechos y legitimidades.

En consecuencia, se vuelve necesario adoptar una mirada interdisciplinaria que articule salud pública, estudios culturales y comunicación para analizar cómo los dispositivos institucionales configuran experiencias de cuidado o violencia. Examinar estas prácticas no solo contribuye a visibilizar desigualdades, sino que

también permite identificar oportunidades de transformación en la formación profesional, los protocolos y las políticas comunicacionales de las instituciones sanitarias.

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo conocer la percepción de hombres trans, respecto a la atención ginecológica recibida en servicios de salud pública y privada en Chile, analizando estas experiencias desde una perspectiva que integra dimensiones sanitarias, comunicacionales y socioculturales. Al centrarse en los significados atribuidos por los propios participantes a sus interacciones clínicas, se busca aportar evidencia cualitativa que permita comprender cómo el lenguaje, el trato y los dispositivos institucionales inciden en el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Con ello, se pretende contribuir al debate académico y a la formulación de estrategias formativas y políticas que promuevan entornos de atención más inclusivos, respetuosos y culturalmente competentes.

2. Material y método

2.1. Diseño del estudio

Se trató de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado desde un enfoque fenomenológico, orientado a comprender los significados y percepciones atribuidos por hombres trans a su experiencia de atención ginecológica. Este tipo de diseño resulta pertinente para el análisis de fenómenos poco estudiados y para explorar vivencias subjetivas en contextos de atención sanitaria, priorizando la profundidad interpretativa de los relatos por sobre la medición de frecuencias. En el ámbito de la investigación cualitativa en salud, este enfoque permite aproximarse a experiencias situadas y a la construcción social de los procesos de cuidado, reconociendo la existencia de múltiples realidades (Vázquez-Navarrete et al., 2011).

2.2. Población de estudio y participantes. Estrategia de muestreo, universo y tamaño muestral

La población de estudio correspondió a hombres trans mayores de 18 años que realizaron cambio de nombre y sexo registral, que se atendieron en unidades de atención ginecológica del sector público o privado en Chile. El diseño muestral fue intencional o criterial, seleccionando participantes en función de su experiencia directa con el fenómeno estudiado. En investigación cualitativa, la selección de informantes no busca representatividad estadística, sino riqueza y profundidad de la información, priorizando casos que permitan comprender los significados y matices de la experiencia investigada. Es denominada *bola de nieve*, ya que selecciona informantes de interés para el objetivo del estudio a partir de personas que conocen a otras que se consideran apropiadas para aportar en el estudio. (Vázquez-Navarrete et al., 2011).

El universo del estudio estuvo conformado por hombres trans o personas que se identificaron con el género masculino, que se atendieron en unidades de salud sexual y/o reproductiva del sector público y/o privado en Chile. Los participantes del estudio correspondió al número total de $n=9$ hombres trans que se atendieron en alguna unidad de atención de salud sexual y/o reproductiva, en el sector público y/o privado en Chile, que cumplieron con los criterios de selección de la tabla 1, y aceptaron participar en la investigación, firmando el consentimiento informado. El tamaño muestral se definió mediante saturación teórica; el reclutamiento se detuvo cuando no emergieron nuevos significados relevantes en las entrevistas. En estudios cualitativos de enfoque fenomenológico, muestras pequeñas permiten profundizar en la experiencia subjetiva, priorizando la riqueza de la información por sobre la representatividad estadística (Vázquez-Navarrete et al., 2011).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de participantes.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas trans que se identifican con el género masculino, con o sin adecuación corporal quirúrgica y/u hormonal.	Hombres trans con trastorno psiquiátrico relacionado a identidad o patología de salud mental que altere conciencia o percepción.
Mayores de 18 años.	
Haber realizado cambio de nombre y sexo registral.	
Atención en alguna unidad de salud sexual y/o reproductiva en Chile.	

Fuente: elaboración propia, 2025.

2.2. Dimensiones de análisis, recolección y tratamiento de datos

Las dimensiones que orientaron la elaboración de la pauta de entrevista y el posterior análisis cualitativo correspondieron a: (1) identidad de género, (2) entorno sociocultural, (3) atención ginecológica pre y post transición, (4) barreras, (5) facilitadores, (6) necesidades percibidas y (7) consecuencias en salud.

La entrevista semiestructurada se utilizó como técnica principal de recolección de datos por su capacidad para explorar narrativas personales, percepciones y experiencias subjetivas, facilitando la construcción conjunta de significado entre entrevistador y participante, lo que resulta especialmente pertinente para estudios centrados en vivencias de acceso y trato en servicios de salud (Vázquez-Navarrete et al., 2011).

Además, las entrevistas se realizaron de forma individual mediante plataforma Google Meet, fueron grabadas con autorización previa y posteriormente transcritas de manera literal para su posterior análisis. Para

respetar la voluntariedad de los participantes, se les envió un consentimiento informado, fue firmado previo a la entrevista y reiterado verbalmente al inicio de la grabación. Por último, este estudio fue autorizado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (N° 233-2022).

El análisis siguió los siete pasos propuestos por Colaizzi (1978, pp. 48-71): lectura exhaustiva de las transcripciones, identificación de unidades de significado, formulación de códigos, agrupación en categorías temáticas, elaboración de descripciones exhaustivas del fenómeno, triangulación entre investigadoras y contraste final con las transcripciones originales. Las categorías se construyeron de manera inductiva, emergiendo progresivamente a partir de las unidades de significado identificadas en los relatos, y posteriormente fueron agrupadas en temas centrales coherentes con el enfoque fenomenológico. Este proceso permitió resguardar la cercanía interpretativa con las experiencias narradas por los participantes, evitando imponer marcos conceptuales predefinidos y favoreciendo que los hallazgos se fundamentaran directamente en los discursos recogidos.

Para resguardar la confidencialidad de los entrevistados, se le asignó un código a cada participante. Posteriormente, los datos recopilados fueron transcritos y codificados en categorías y subcategorías. La triangulación se realizó de manera individual entre las investigadoras del proyecto, con posterior revisión de la investigadora principal, dando validez a los resultados obtenidos. El análisis fue realizado manualmente sin apoyo de software cualitativo, una vez finalizado el análisis, se resguardaron únicamente los registros anonimizados conforme a la normativa ética institucional.

2.3. Consideraciones éticas y rigor metodológico

La investigación se realizó respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las directrices internacionales de la Organización Mundial de la Salud para investigaciones en salud con poblaciones vulnerables. Todas las personas participantes otorgaron consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos. El estudio contó con autorización del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, N.º 233-2022.

Para asegurar el rigor del estudio se aplicaron criterios propios de la investigación cualitativa en salud. La credibilidad se fortaleció mediante triangulación del análisis entre investigadoras y revisión conjunta de las categorías emergentes; la dependabilidad se resguardó a través del registro sistemático de las decisiones analíticas y de la trazabilidad del proceso; la confirmabilidad se promovió mediante ejercicios de reflexividad, discutiendo posibles sesgos, supuestos previos y posicionamientos teóricos del equipo investigador; y la auditabilidad se garantizó mediante la conservación de transcripciones literales, matrices de codificación y registros del proceso analítico que permitieron respaldar y verificar las interpretaciones realizadas. Estas estrategias aseguraron coherencia metodológica, transparencia y consistencia interpretativa durante todo el desarrollo de la investigación (Vázquez-Navarrete et al., 2011).

3. Resultados

Se entrevistaron nueve hombres trans que cumplieron los criterios de inclusión y contaban con experiencia de atención ginecológica en el sistema de salud público y/o privado chileno. Los participantes provenían de distintas regiones del país, con predominio de afiliación a Fonasa, y desarrollaban actividades laborales y estudiantiles diversas.

La caracterización sociodemográfica de los participantes se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2: Características sociodemográficas de los participantes (n = 9)

Participante	Edad	Ocupación	Previsión	Región
H1	18	Estudiante	Fonasa	Metropolitana
H2	21	Estudiante	Isapre	Metropolitana
H3	21	Estudiante	Isapre	Metropolitana
H4	24	Estudiante	Fonasa	O'Higgins
H5	27	Conserje	Fonasa	Biobío
H6	27	Independiente	Fonasa	Tarapacá
H7	32	Fonoaudiólogo	Fonasa	Magallanes
H8	32	Trabajador	Fonasa	Metropolitana
H9	32	Marketing	Fonasa	Metropolitana

Nota. Fonasa = Fondo Nacional de Salud (sistema público); Isapre = Instituciones de Salud Previsional (sistema privado).
Elaboración propia (2025).

Del análisis fenomenológico emergieron cinco categorías temáticas construidas inductivamente a partir de las unidades de significado: (1) construcción identitaria y trayectorias de transición; (2) entorno socio-cultural y experiencias de reconocimiento/exclusión; (3) experiencias de atención ginecológica y prácticas comunicacionales; (4) barreras estructurales e institucionales del sistema de salud; y (5) consecuencias en salud y proyecciones de mejora.

3.1. Construcción identitaria y trayectorias de transición

Los participantes comprendieron el género como un constructo social vinculado a la identidad, diferenciándolo del sexo asignado al nacer. Como señaló uno de ellos:

H6: «el género es parte de nuestra identidad, tenemos derecho a definir nuestro propio género... muy distinto al sexo, que se nos suele asignar respecto a nuestros genitales...».

Asimismo, describieron que el reconocimiento conceptual de su identidad ocurrió, en varios casos, en edades más avanzadas, pese a sentir identificación con lo masculino desde etapas tempranas:

H5: «desde que tengo memoria, solo que cuando era más chico no sabía que uno se podía identificar con otra cosa de lo que me habían dicho siempre.».

La transición fue descrita como un proceso ambivalente, marcado tanto por dificultades como por experiencias de afirmación personal. Se asociaron significados de libertad, lucha y resistencia:

H9: «para mí sería lucha, porque uno tiene que luchar contra el resto, contra el sistema de salud, contra cosas que te hacen sentir menoscabado como persona... y la lucha que tiene uno contra sí mismo, contra la disforia, contra la mente...».

Varios relataron que, pese a la complejidad emocional, el proceso permitió mayor bienestar y autenticidad:

H2: «Pese a que ha sido compleja en muchos casos, ha sido un relucir bonito, un conocerme, un verme feliz, verme un poco más seguro que antes».

Junto con ello, emergieron inseguridades asociadas a la exposición social y a expectativas sobre la apariencia:

H2: «era tema usar ropa y que me chocara el viento, la inseguridad social todavía me afecta».

También emergieron inseguridades ligadas a estereotipos de masculinidad y presión social:

H8: «tenemos que actuar en base a la masculinidad hegemónica y a los estereotipos que se han construido».

3.2. Entorno sociocultural y experiencias de reconocimiento/exclusión

El entorno social fue descrito como predominantemente cis heteronormativo, lo que obligaba a justificar o explicar la identidad de género:

H8: «la sociedad tiene normalizado que tienes que ser cis, tienes que estar cómoda e identificada con el sexo asignado... si difieres de esa norma tienes que comunicar que la estás transgrediendo».

En el ámbito familiar, las creencias religiosas y culturales influyeron en la aceptación, generando en algunos casos distanciamiento comunicacional:

H1: «fue una bomba para mis papás en ese momento, como ellos no sabían el concepto y por el miedo que tenían, hubo una brecha, nos dejamos de hablar».

H8: «fue complejo para la familia, no lo aceptan... hasta el día de hoy se niegan a tratarme como un hombre trans».

En espacios educativos y laborales coexistieron experiencias de apoyo y discriminación, especialmente asociadas al uso del nombre social:

H2: «Tuve un problema con un solo docente que me reprobó por no decir mi nombre».

H6: «mis pronombres y mi nombre lo respetan bastante bien, al menos los profesores que he tenido».

H4: «llegué a trabajar al hospital y fue complicado porque hay enfermeras que son más adultas... me seguían tratando de mi niña».

En este marco, la educación sexual integral fue mencionada como un déficit cultural e institucional; si bien circula información en redes, se percibe omisión y silenciamiento desde espacios formales:

H6: «No es que en Chile no se enseñe educación sexual integral... se decide omitirla y eso ya es una educación... es una educación implícita... Por lo tanto, ¿se educa? sí, pero ¿cómo se educa?».

3.3. Experiencias de atención ginecológica y prácticas comunicacionales

Las vivencias en servicios ginecológicos estuvieron fuertemente mediadas por interacciones comunicativas (lenguaje, trato administrativo, explicaciones clínicas, reconocimiento/invalidación). Antes del cambio registral, predominó la asignación automática al género femenino, con incomodidad y miedo a la reacción de otras personas usuarias:

H8: «se asumió que yo era una mujer... entonces tenía que estar en una sala solo con mujeres, eso igual es complejo... está el miedo de cómo va a reaccionar la otra persona...».

Tras la transición, muchos participantes evitaron consultas o postergaron controles preventivos:

H4: «Sí, al ginecólogo más que nada. Por eso dejé tanto tiempo postergado el Papanicolau (PAP), no me sentía cómodo».

H2: «Nunca fui a un chequeo ginecológico, jamás en mi vida...».

Para acceder a atención “segura”, varios recurrieron a redes informales, búsqueda digital u organizaciones comunitarias, lo que sugiere ausencia de información institucional clara:

H1: «Llegué por investigación propia. Primero fui a la clínica y ahí me dijo mi doctora que en la página de la Organizando Trans Diversidades (OTD) me podrían recomendar profesionales».

En consulta, se observaron experiencias positivas cuando existía recepción respetuosa, competencias previas y orientación hacia recursos:

H6: «Había una ginecóloga, ella sí sabía, había atendido a personas trans, incluso me recomendó hasta un hospital... fue súper receptiva».

Sin embargo, se reportaron experiencias negativas vinculadas al uso incorrecto de pronombres, al desinterés por las vivencias del paciente, falta de validación y ausencia de escucha:

H6: «siento que ignoran a veces las experiencias de los pacientes y lo que sienten... para mí realmente era importante que entendieran que el que yo me quisiera cortar la regla no era por capricho, es algo que produce disforia...».

En el plano administrativo, se describieron interacciones vividas como intrusivas o estigmatizantes:

H9: «un personal de recepción me dijo “¿por qué viene?” y le dije “es privado, no tiene por qué saberlo”. Ingresó al sistema y me dijo “¿vienes a hacerte un examen de sida?”. Me sentí pasado a llevar...».

También se reportaron comentarios abiertamente violentos y estigmatizantes:

H1: «le comenté que soy una persona trans y, este doctor me dijo: “no vayai a violar a tus compañeras en el vestidor”».

En algunos casos, el reconocimiento clínico se expresó mediante preguntas por pronombres, trato cuidadoso y validación:

H7: «mi matrona está bien informada con respecto a las transiciones... se preocupa de los pronombres... nunca me sentí pasado a llevar».

Se identificaron además prácticas patologizantes, incluyendo uso de categorías diagnósticas percibidas como obsoletas y estigmatizantes:

H8: «se me entregó un diagnóstico patologizante, utilizando el Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) que está obsoleto... mi diagnóstico fue transexualismo y desviación sexual, asociado a un trastorno mental».

Respecto del género del profesional, algunos participantes reportaron preferencia por mujeres por asociarlas a mayor empatía y calidez en la interacción:

H9: «cuando me ha tocado con matrona o con ginecóloga... tienen más empatía... No sé si es porque son mujeres o no».

En procedimientos y exámenes físicos, la calidad comunicacional (explicación, anticipación, consentimiento) resultó clave para disminuir estrés y sensación de violencia. Se describieron experiencias de desinformación y trato instrumental:

H6: «Cuando fui a hacerme la ecografía me dijeron “ponte ahí” ... fue incómodo porque no entendía cómo funcionaba y tenía que consentirlo porque lo necesitaba para mi salud»

H8: «hizo sus procedimientos sin informarme nada... fue violento, lo sentí como una violencia sexual...».

En contraste, el trato respetuoso y explicativo generó confianza:

H9: «Me he hecho el PAP con mi matrona y ella me va diciendo: vas a sentir esto, voy a introducir tal cosa, es una forma de que sea menos estresante...».

H5: «me iba diciendo antes cada paso que iba a hacer y preguntándome si podía».

Asimismo, se reportó incomodidad por exposición corporal y miradas durante el examen físico, especialmente en relación con el uso de binder:

H4: «fui al doctor y me hizo desnudarme, me saqué la polera, como uso binder, me quedó mirando... fue súper incómodo».

Finalmente, emergieron necesidades de información en prevención, planificación familiar y efectos de la testosterona, percibiéndose vacíos formativos en profesionales:

H8: «no tienen la información, mi duda queda ahí y tengo que buscar por otro lugar... se escudan en que esa información no se la entregaron en la universidad...».

H9: «no he recibido información sobre planificación familiar... Creo que como piensan que uno quiere ser hombre, quizá no quiere tener hijos».

Las principales percepciones se sintetizan en la Tabla 3.

Tabla 3. Percepciones de la atención ginecológica posterior a la transición: dimensiones comunicacionales y de acceso. Categorias elaboradas a partir del análisis fenomenológico de entrevistas a hombres trans con experiencia de atención ginecológica en el sistema de salud chileno.

Dimensión	Foco comunicacional/cultural	Experiencia predominante	Manifestaciones reportadas
Acceso a controles	Anticipación de estigma en el espacio clínico	Postergación o evitación	Miedo, incomodidad, desconocimiento del rol ginecológico
Interacción comunicacional	Reconocimiento identitario en el trato	Trato despersonalizado o patologizante	Uso incorrecto de pronombres, uso del nombre legal, comentarios estigmatizantes
Competencia profesional	Comunicación clínica pertinente	Capacitación insuficiente	Desinformación sobre salud trans, orientación clínica inadecuada
Procedimientos clínicos	Comunicación explicativa y consentimiento	Sensación de invasión corporal (si no se explica)	Falta de explicación previa, ausencia de consentimiento informado continuo
Facilitadores	Comunicación afirmativa	Experiencias positivas	Lenguaje respetuoso, información clara, reconocimiento de identidad

Fuente: elaboración propia.

3.4. Barreras estructurales e institucionales del sistema de salud

Además de las interacciones individuales, emergieron obstáculos organizacionales. Se mencionó falta de protocolos, desconocimiento administrativo y escasa capacitación profesional:

H6: «no te saben decir dónde tienes que ir»

H1: «muchas veces no saben cómo tratar a una persona trans».

Se reportó insuficiente capacitación biomédica y comunicacional para atender necesidades específicas:

H1: «Si bien les dan un título profesional... muchas veces no saben cómo tratar o cómo guiar su atención a una persona trans».

H7: «hay mucha falta de información respecto a cuándo empezar el tratamiento, cuándo no hacerlo, qué momento es el mejor o mitos sobre las transiciones, hormonas u operaciones...».

H8: «el personal de salud y todos los que trabajen en el sistema, deberían estar capacitados para la atención a disidentes...».

También se describió que creencias personales y marcos morales influyen en el trato, tensionando derechos y atención:

H6: «se respetan las religiones, pero hay algo que prima que son los derechos humanos... La cis heteronorma, está impuesta en todas partes y afecta totalmente las visiones».

H9: «depende mucho si es que han tenido algún amigo, primo, vecino, que sea de la comunidad, porque eso genera más empatía para atender a sus pacientes».

Se identificó centralización de recursos y prestaciones especializadas, con impacto en regiones:

H8: «Santiago ha implementado la entrega de hormonas y la realización de cirugía hace muchos años... es complejo ser trans en regiones... está todo centralizado en Santiago...»

H6: «las esperas son infinitas, alguien podría morir en esos años por el tema de la disforia».

En el ámbito del aseguramiento, se mencionaron dificultades de cobertura y altos costos:

H2: «Las ISAPRES tampoco te cubren por ser una persona trans... entonces el proceso se hace muy caro y tedioso».

Respecto del acceso a cirugías, se describieron criterios vividos como discriminatorios (por corporalidad/peso) y prácticas coercitivas en el seguimiento:

H9: «hay un solo cirujano que opera a personas trans y ese cirujano opera con ciertas características... uno tiene que ser flaco... no gastan recursos en una persona que es más gorda...».

H9: «si no bajas dos kilos de aquí a tres meses, te voy a quitar la testosterona undecanoato (Nebido®)».

Finalmente, se reportó incomodidad por la feminización simbólica del espacio ginecológico y la asociación de genitalidad con identidad:

H1: «Estás en una consulta ginecológica que se centra en las mujeres, pero no sabes si estás atendiendo a un hombre trans, eso ya afecta la comodidad».

Asimismo, prejuicios personales influyeron en el trato:

H8: «valores trans odiantes generan una violencia directa».

Estos obstaculizadores mencionados se resumen en la Tabla 4:

Tabla 4. Barreras estructurales e institucionales identificadas en la atención ginecológica

Tipo de barrera	Descripción	Componente comunicacional asociado
Protocolos clínicos	Ausencia de guías específicas para atención de personas transgénero	Inconsistencia en mensajes/criterios clínicos; falta de estándares
Gestión administrativa	Dificultades en registros, uso del nombre social y procesos de derivación	Interacciones en recepción; exposición involuntaria de información
Formación profesional	Escasa capacitación en diversidad de género y terapias hormonales	Desinformación, lenguaje inadecuado y baja capacidad explicativa
Trato interpersonal	Actitudes discriminatorias, prejuicios y violencia simbólica	Misgendering, comentarios estigmatizantes, patologización
Organización del sistema	Centralización de servicios especializados y altos costos de atención privada	Barreras informacionales y de acceso territorial; derivaciones fallidas

Nota. Barreras emergentes del análisis cualitativo, agrupadas en dimensiones organizacionales, administrativas y comunicacionales. Elaboración propia (2025).

3.5. Consecuencias en salud y proyecciones

Las barreras descritas generaron evitación del sistema sanitario y consultas sólo en situaciones de urgencia:

H6: «hay gente que por miedo a encontrarse con una persona que le vaya a violentar hace que dejen de ir»

H8: «asistimos cuando es una urgencia de vida o muerte... eso igual implica que se vulnere finalmente nuestro derecho a la salud»

Como facilitadores, se valoró la existencia de profesionales capacitados y el interés genuino por brindar atención integral:

H5: «cuando finalmente se encuentra a un especialista es porque a ese doctor le importa, porque se capacitó... dentro de los pocos que hay, lo bueno es que están interesados».

H2: «Los cambios que se han ido dando han sido positivos... esta sociedad se está abriendo muy lento, pero las nuevas generaciones vienen recargadas, son la esperanza».

H6: «Había una ginecóloga, ella sí sabía, había atendido a personas trans, incluso me recomendó hasta un hospital, fue súper receptiva».

H7: «mi matrona está bien informada con respecto a las transiciones, se preocupa de los pronombres, nunca me sentí pasado a llevar».

Finalmente, los participantes demandaron educación sexual integral, participación en la elaboración de protocolos y mayor número de profesionales formados en salud trans, destacando la necesidad de políticas públicas inclusivas y espacios de visibilización:

H8: «si tenemos la participación en la elaboración de protocolos puede que haya una mejor atención y un respeto finalmente del derecho a la identidad y de salud...».

Se solicitaron mayores capacidades institucionales, formación profesional y reconocimiento de necesidades específicas en distintas especialidades:

H1: «Se necesita más información respecto de qué es el colectivo LGBTQ+... nos merecemos lo mismo que ellos y no deberíamos estar batallando para encontrar un lugar en salud».

H8: «me gustaría que todas las personas que trabajan en salud, tengan un amplio conocimiento sobre la realidad trans, el trato respetuoso... y que también comiencen a estudiar necesidades específicas de los trans, en todas las especialidades de salud...».

H1: «Personas que inician con el tratamiento de testosterona, necesitan un seguimiento más activo... se necesita más cantidad de profesionales...».

H8: «es importante el espacio que se abre para hablar de la realidad trans, ya que las tesis, documentos y artículos contribuyen finalmente a los cambios que queremos...».

4. Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten comprender que la atención ginecológica en hombres trans no se configura únicamente como una prestación clínica orientada a resolver necesidades biomédicas, sino como una experiencia social, cultural y comunicacional donde se disputan significados sobre el cuerpo, la identidad y la legitimidad del cuidado. Desde el enfoque fenomenológico adoptado, el encuentro asistencial se presenta como un espacio relacional en el que el lenguaje, los registros administrativos, los protocolos y las interacciones cotidianas actúan como prácticas simbólicas capaces de reconocer o deslegitimar a las personas usuarias. En consecuencia, la consulta ginecológica opera simultáneamente como dispositivo técnico y como institución cultural que delimita qué cuerpos son inteligibles y cuáles permanecen fuera de la norma sanitaria.

Esta interpretación se alinea con la literatura contemporánea que sostiene que las inequidades en salud de las personas trans no pueden explicarse únicamente por déficits de cobertura o infraestructura, sino por dinámicas estructurales, organizacionales y comunicacionales que median el acceso efectivo y la experiencia del cuidado (Pearce et al., 2019; Lifshitz et al., 2022). En este estudio, las narrativas de evitación de controles preventivos, postergación del Papanicolau o consulta exclusiva ante urgencias reflejan estrategias de autoprotección frente a entornos percibidos como inseguros o potencialmente estigmatizantes. Tales comportamientos, lejos de constituir decisiones individuales aisladas, deben entenderse como respuestas racionales a experiencias previas de discriminación o trato inadecuado, fenómeno descrito también en revisiones sistemáticas recientes sobre barreras de acceso en salud sexual y reproductiva para personas trans y de género diverso (Allen et al., 2025).

Los resultados muestran que dichas barreras no se originan exclusivamente en la falta de recursos o en deficiencias de cobertura sanitaria. Más bien, emergen de micropácticas comunicativas cotidianas como el uso incorrecto del nombre social, negación de pronombres, silenciamiento de preguntas, ausencia de explicaciones durante procedimientos o diagnósticos patologizantes, que funcionan como formas de violencia simbólica. Tal como plantea la evidencia, la comunicación clínica no es neutra: construye jerarquías, define posiciones de poder y delimita quién es reconocido como sujeto legítimo de atención. Cuando la identidad de género no es validada, el encuentro terapéutico se transforma en un espacio de negociación identitaria que erosiona la confianza y favorece el distanciamiento del sistema (Kosenko et al., 2018).

Desde los estudios de comunicación en salud, el acto clínico puede entenderse como una práctica performativa donde se producen sentidos sobre el cuerpo, el género y la normalidad. En este sentido, el modo en que se nombra, clasifica y registra a las personas incide directamente en su experiencia de dignidad. Las instituciones sanitarias funcionan como escenarios políticos donde se define qué identidades resultan reconocibles dentro de la lógica asistencial; por ello, pequeños gestos comunicativos como preguntar pronombres, explicar procedimientos, validar emociones pueden tener efectos sustantivos en la percepción de seguridad y pertenencia (Lifshitz et al., 2022). Los relatos positivos recogidos en este estudio refuerzan esta idea, mostrando que la comunicación respetuosa no sólo posee un valor ético, sino también clínico, al facilitar la continuidad de la atención.

El concepto de cisnormatividad institucional permite profundizar esta comprensión, a partir de la evidencia donde se describe que los sistemas de salud presuponen implícitamente que todas las personas son cisgénero, organizando formularios, circuitos y protocolos en función de esa norma. En consecuencia, la exclusión no depende únicamente de actitudes individuales, sino que se encuentra inscrita en el diseño organizacional (Pearce et al., 2019). Las dificultades administrativas relatadas por los participantes, es decir, errores en registros, desconocimiento de cambios registrales, necesidad de explicar reiteradamente su identidad, evidencian cómo la estructura institucional produce barreras que se experimentan como desgaste emocional y vulneración de derechos.

Estas dinámicas no son exclusivas del contexto chileno, investigaciones desarrolladas en América Latina describen que las personas trans enfrentan obstáculos similares derivados de sistemas sanitarios contruidos sobre supuestos binarios y prácticas burocráticas rígidas. Estudios en Brasil muestran que la falta de capacitación profesional y la centralización de servicios especializados incrementan la desigualdad territorial en el acceso (Monteiro et al., 2019). En Argentina, señalan que la exclusión sanitaria se relaciona tanto con la discriminación interpersonal como con la ausencia de políticas integrales de reconocimiento (Radi & Pecheny, 2021). De forma concordante, estudios regionales muestran que el estigma institucional constituye un determinante social clave de la vulnerabilidad sanitaria de las poblaciones trans (Sívori et al., 2020; Vergueiro, 2020). La convergencia entre estos antecedentes y los hallazgos del presente estudio refuerza la idea de que se trata de fenómenos estructurales más que de experiencias aisladas.

En el caso chileno, los resultados adquieren especial relevancia al dialogar con evidencia reciente que reporta altas tasas de abuso y maltrato en la atención sanitaria hacia personas trans y no binarias (Roselló-Peñaloza et al., 2024). Esta consistencia empírica sugiere que las inequidades observadas responden a déficits formativos, culturales y organizacionales persistentes. Particularmente, la ginecología emerge como un espacio simbólicamente feminizado, históricamente vinculado a la maternidad y la corporalidad cis, lo que genera tensiones identitarias específicas para hombres trans. La consulta puede experimentarse simultáneamente como necesidad clínica y como exposición corporal o cuestionamiento de pertenencia, reforzando sentimientos de ilegitimidad o extrañamiento. Esta consistencia empírica sugiere que las inequidades observadas no responden únicamente a falencias individuales del personal, sino a déficits formativos, culturales y organizacionales más amplios.

Particular relevancia adquiere la dimensión cultural de la ginecología como especialidad, históricamente asociada a la feminidad y la reproducción, la ginecología ha sido construida simbólicamente como un espacio destinado a mujeres cis, lo que genera tensiones identitarias para hombres trans que requieren dichos servicios. Esta carga simbólica transforma la consulta en un escenario de exposición corporal y cuestionamiento de pertenencia. Estudios cualitativos latinoamericanos han descrito sentimientos de vergüenza, extrañamiento y desprotección asociados a este tipo de atenciones (Radi & Pecheny, 2021), hallazgos que se replican en los testimonios de esta investigación.

Asimismo, la falta de formación específica del personal sanitario aparece como un factor transversal. La evidencia reciente indica que la educación en salud aún presenta escasa incorporación de contenidos sobre diversidad sexo-genérica y comunicación inclusiva, limitando la capacidad de brindar cuidados culturalmente seguros (Poteat et al., 2019; Monteiro et al., 2019). Sin embargo, los relatos de experiencias positivas demuestran que intervenciones simples, tales como el trato respetuoso, escucha activa, información clara pueden transformar significativamente la experiencia asistencial, lo que sugiere que la capacitación profesional constituye una estrategia factible y de alto impacto.

Desde esta perspectiva, los resultados invitan a comprender la comunicación clínica como un determinante social de la salud. El acceso efectivo no depende únicamente de la disponibilidad material de servicios, sino de la calidad simbólica del encuentro. Cuando la atención produce reconocimiento, se fortalece la adherencia; cuando produce estigmatización, se refuerza la exclusión. Por tanto, avanzar hacia sistemas más equitativos requiere transformar discursos, prácticas y culturas institucionales, integrando enfoques de derechos humanos, diversidad y competencia cultural.

En conjunto, los hallazgos invitan a desplazar la mirada desde una lógica exclusivamente biomédica hacia una comprensión relacional del cuidado. Hay que reconocer que la atención sanitaria es también una práctica cultural y comunicativa permite visibilizar dimensiones invisibles de la inequidad y orientar políticas públicas que integren formación profesional, protocolos inclusivos y coherentes con los derechos sexuales y reproductivos de las personas trans en Chile y América Latina. De este modo, la comunicación deja de ser un elemento accesorio del acto clínico y se consolida como un eje estructural para garantizar calidad, dignidad, seguridad y justicia sanitaria.

A diferencia de estudios previos centrados principalmente en discriminación estructural o barreras administrativas, este estudio aporta evidencia empírica situada sobre cómo las microprácticas comunicacionales cotidianas configuran experiencias de exclusión o reconocimiento en la consulta ginecológica.

5. Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones metodológicas que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño muestral reducido ($n = 9$), propio del enfoque fenomenológico adoptado, impide realizar generalizaciones estadísticas a la población total de hombres trans en Chile. No obstante, la finalidad del diseño cualitativo no fue la representatividad numérica, sino la comprensión profunda de significados, experiencias y procesos subjetivos asociados a la atención ginecológica. Desde esta perspectiva, la riqueza interpretativa y la densidad narrativa de los relatos constituyen el principal aporte del estudio.

En segundo lugar, el muestreo intencional mediante la técnica de bola de nieve favoreció la participación de personas vinculadas a redes comunitarias o con mayor acceso a información sobre salud y derechos, lo que podría subrepresentar experiencias de mayor exclusión social, precariedad económica o aislamiento territorial. Asimismo, aunque se incluyeron participantes de distintas regiones del país, la mayor concentración geográfica en la Región Metropolitana podría limitar la comprensión de desigualdades específicas presentes en zonas rurales o extremas, donde la centralización de servicios especializados tiende a ser más marcada.

En tercer lugar, las entrevistas se realizaron en modalidad virtual. Si bien este formato facilitó la participación de personas de diversas localidades, pudo restringir la observación de elementos no verbales relevantes para la interacción cualitativa, tales como gestualidad o dinámicas corporales. Además, al tratarse de relatos retrospectivos, existe la posibilidad de sesgos de memoria o de reinterpretación de experiencias pasadas.

Finalmente, los hallazgos deben comprenderse como interpretaciones situadas, construidas a partir de un contexto sociocultural específico. No obstante, el estudio presenta fortalezas relevantes, tales como la profundidad de las entrevistas, la diversidad territorial de los participantes, el uso de triangulación analítica entre investigadoras y la coherencia entre el enfoque fenomenológico y las decisiones metodológicas adoptadas, lo que fortalece la credibilidad, consistencia, trazabilidad interpretativa de los hallazgos y favorece la transferibilidad conceptual de los resultados a contextos sanitarios similares en América Latina y otros escenarios donde operan dinámicas institucionales cisnormativas comparables.

6. Conclusiones

El presente estudio permite comprender que la atención ginecológica dirigida a hombres trans trasciende la dimensión estrictamente biomédica y se configura como un espacio cultural y comunicacional donde se producen, negocian y disputan significados sobre el cuerpo, la identidad y la legitimidad del cuidado. Las experiencias relatadas evidencian que el acceso efectivo a la salud no depende únicamente de la disponibilidad de prestaciones o de la cobertura financiera, sino también de prácticas simbólicas cotidianas que operan en las interacciones clínicas, tales como el uso del lenguaje, los registros administrativos, los protocolos institucionales y el trato interpersonal.

Los hallazgos muestran que las barreras más significativas no siempre se manifiestan como negaciones explícitas de atención, sino como formas sutiles y persistentes de exclusión comunicacional: uso incorrecto de pronombres, insistencia en el nombre legal, diagnósticos patologizantes, ausencia de información clara durante procedimientos o falta de reconocimiento identitario. Estas microprácticas, acumulativamente, generan experiencias de inseguridad, vergüenza y desconfianza que conducen a la evitación de controles preventivos y a la postergación del cuidado, configurando la comunicación clínica como un determinante social de la salud. En este sentido, la ginecología aparece como un escenario particularmente tensionado, dado su carácter históricamente feminizado y su asociación simbólica con la maternidad y la corporalidad cis. Para hombres trans, estos espacios pueden convertirse en territorios de exposición corporal y cuestionamiento identitario, donde la atención se experimenta simultáneamente como cuidado y como riesgo simbólico. Así, la organización cultural de los servicios sanitarios reproduce imaginarios binarios que delimitan quién es considerado un paciente legítimo para determinados circuitos asistenciales.

Los resultados refuerzan la necesidad de desplazar la mirada desde una lógica exclusivamente técnica hacia una comprensión relacional del cuidado. Estrategias comunicacionales inclusivas, como uso sistemático del nombre social, reconocimiento de pronombres, información clara, consentimiento informado continuo, escucha activa, no sólo poseen un valor ético, sino también clínico, al favorecer la confianza, la adherencia y la continuidad asistencial. Del mismo modo, la formación profesional con perspectiva de género, la actualización curricular en salud trans y la implementación de protocolos institucionales específicos emergen como intervenciones factibles y de alto impacto para reducir inequidades. Desde una perspectiva más amplia, estos hallazgos sugieren que las instituciones sanitarias deben asumirse como espacios de producción cultural donde se reproducen o transforman relaciones de poder. Incorporar enfoques de derechos humanos, diversidad sexo-genérica y comunicación inclusiva no constituye un complemento accesorio, sino un componente estructural de la calidad asistencial. En consecuencia, las políticas públicas orientadas a la población trans debieran integrar dimensiones organizacionales, formativas y comunicacionales de manera articulada, promoviendo entornos sanitarios culturalmente seguros.

En conjunto, este estudio contribuye a la evidencia latinoamericana al visibilizar la experiencia de hombres trans en un ámbito poco explorado como la atención ginecológica, ofreciendo insumos para el diseño de intervenciones institucionales y para futuras investigaciones podrían explorar estas dinámicas en otras especialidades clínicas, desde la perspectiva de profesionales de salud o de grupos de diversidad sexo-genérica, con el fin de ampliar la comprensión de las transformaciones necesarias a nivel institucional. Comprender la atención sanitaria como práctica cultural y comunicativa permite avanzar hacia sistemas más justos, inclusivos y respetuosos de la dignidad de todas las personas.

7. Referencias citadas

- Allen, K., Smith, J., & Lee, M. (2025). Barriers to sexual and reproductive healthcare access for transgender and gender diverse people: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 57(1), 45–59. <https://doi.org/10.1111/jnu.12904>
- Barrientos, J., Gómez, F., Cárdenas, M., Guzmán, M., & Bahamondes, J. (2019). Experiencias de discriminación y violencia en personas LGBTI+ en Chile. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(2), 93–103. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n2.3>
- Bernales, M., Obach, A., Pérez, C., & Muñoz, X. (2024). Experiencias de personas trans en el sistema de salud chileno: Barreras de acceso y trato institucional. *Revista Médica de Chile*, 152(3), 345–354. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872024000300345>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). Oxford University Press.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en América (OAS/Ser.L/V/II.rev.1, Doc. 36). Organización de los Estados Americanos. <https://bit.ly/3ZH45gR>
- Grau, J. M. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM: Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), e062. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.16.115>
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2018). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical Care*, 56(11), 929–934. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000991>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J., & Kerns, J. (2018). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002928>
- Lifshitz, M., Safer, J., & Deutsch, M. (2022). Cervical cancer screening for transgender men and gender-diverse individuals. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 226(2), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.048>
- MacCarthy, S., Reisner, S., Nunn, A., Perez-Brumer, A., & Operario, D. (2020). The time is now: Attention increases to transgender health in the United States but scientific knowledge gaps remain. *Journal of the International AIDS Society*, 23, e25495. <https://doi.org/10.1002/jia2.25495>
- Monteiro, S., Brigeiro, M., & Barbosa, R. (2019). Access to health services by travestis and transsexual women in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), e00180918. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00180918>

- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and contraceptive use among transgender men. *Contraception*, 104(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.004>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *La salud de las personas trans y de género diverso: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe*. OPS.
- Pearce, R., Moon, I., Gupta, A., & Steinberg, D. (2019). Trans healthcare, patient experience and the politics of evidence. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1459–1475. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12923>
- Peidro, S. (2021). Despatologización trans y sistemas de salud: Tensiones éticas y políticas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 38, 139–156. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.38.07.a>
- Radi, B., & Pecheny, M. (2021). Travestis, trans y salud pública en Argentina: Barreras estructurales y violencia institucional. *Salud Colectiva*, 17, e3049. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3049>
- Roselló-Peñaloza, F., Ruiz, J., & Contreras, P. (2024). Abuse in Chilean trans and non-binary healthcare: Results from a nationwide survey. *Social Sciences*, 13(4), 228. <https://doi.org/10.3390/socsci13040228>
- Sívori, H., Zamberlin, N., & Ariza, L. (2020). Stigma, discrimination and healthcare access among trans populations in Latin America. *Global Public Health*, 15(11), 1636–1649. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1775861>
- Subsecretaría de Salud Pública. (2020). *Recomendaciones para la implementación del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme*. Ministerio de Salud de Chile. <https://bit.ly/46KwVAN>
- Vázquez-Navarrete, M. L., Vargas, I., & Mogollón-Pérez, A. S. (2011). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.005>
- Vergueiro, V. (2020). Saúde de pessoas trans: Barreiras institucionais e violência simbólica no acesso ao cuidado. *Revista Estudos Feministas*, 28(2), e60478. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260478>

