

ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS

Guía para equipos de salud



Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Salud Comunitaria

Dr. Nicolás Kreplak

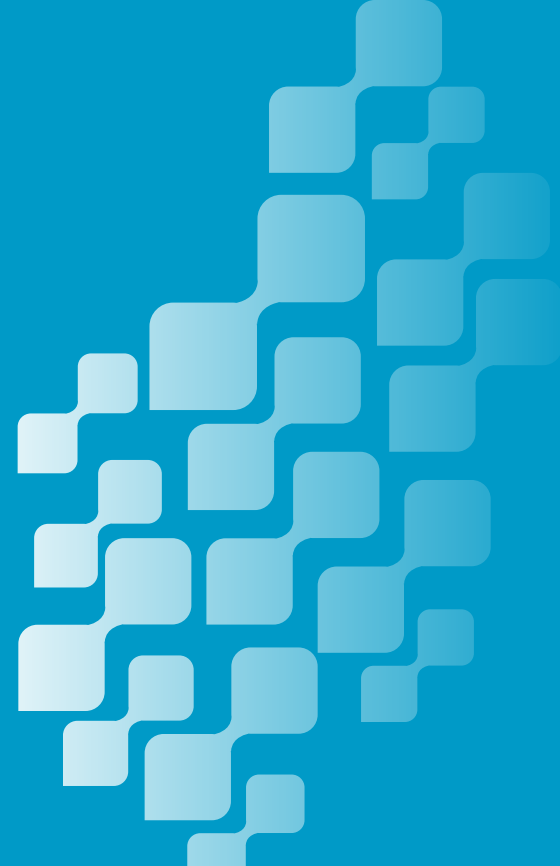
**Subsecretaria de Medicina Comunitaria,
Maternidad e Infancia**

Dra. Sabrina Balaña De Caro

**Coordinadora del Programa Nacional de
Salud Sexual y Procreación Responsable**

Dra. Adriana Álvarez

Junio 2015



Prólogo

La sanción de la Ley de Identidad de Género en nuestro país marca un hito a nivel local e internacional. Es la primera vez que desde el Estado se reconoce a las personas trans como sujetxs de derecho, sin patologizarlas ni judicializarlas. Esta acción configura un paso más hacia la ampliación de derechos.

En este marco, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), a través de esta publicación, propone lineamientos destinados a los equipos de salud que tienden a favorecer el acceso de todas las personas a una atención integrada e integral de la salud, mediante un trato digno, y acorde con la normativa vigente.

En esta herramienta de trabajo se sientan las bases para un modelo de atención despatologizador. Confluyen aquí la sistematización de información basada en la evidencia científica disponible y la experiencia de profesionales y equipos de salud que vienen trabajando en el tema, así como de referentes de organizaciones trans y LGTBIQ. Esta construcción de conocimiento no hubiese sido posible sin sus aportes y compromiso.



Dra. Adriana Álvarez
Coordinadora del Programa Nacional
de Salud Sexual y Procreación Responsable

Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud

Producción de contenidos: Juan Péchin, Ilona Aczel, Erica Mallo, Diego Javier García (PNSSyPR)
Coordinación de contenidos: Alicia Comas (PNSSyPR)
Coordinación técnica: María Sol Wasyluk Fedyszak (PNSSyPR)
Edición: Juan Pablo Vittori, Noelia López (PNSSyPR)
Corrección: Mariana Fernández
Apoyo técnico: Ana Palazzesi (PNSSyPR)
Diseño: Alejandro Jobad
Fotos de tapa y portadillas: ESPORA

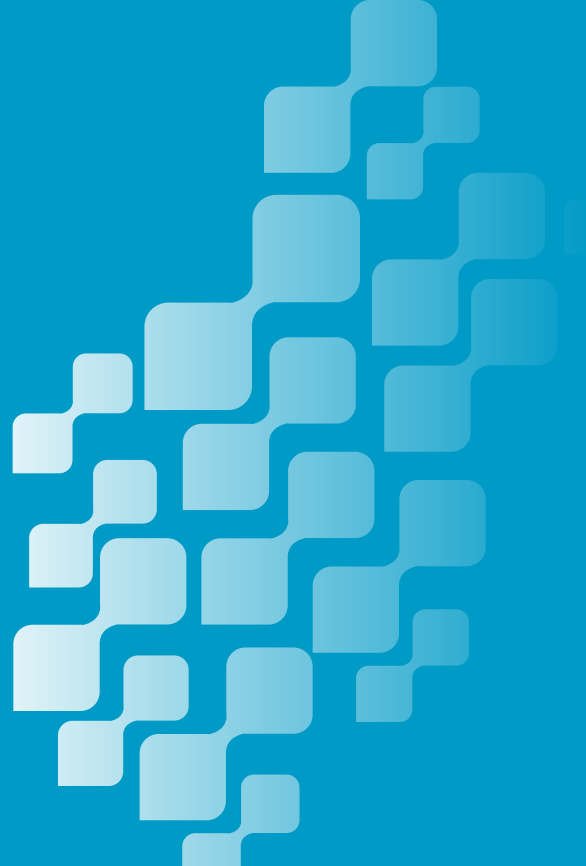
Colaboraciones:

Claudio Bertone (Salud Pública, Municipalidad de Rosario). Claudia Capandegui, César Fidalgo (Hospital Ricardo Gutiérrez, La Plata). Grupo de Atención a Personas Transgénero del Hospital Durand: Adrián Helien (coordinador), María del Carmen Rodolico, Rosa Pappolla, Karina Iza, Alberto Nagelberg y Javier Belinky (Hospital Durand, CABA). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino, MSAL. Programa Nacional de Cáncer de Mama, MSAL. Elián Faiman (Asesoría de Géneros y Diversidad Sexual, Secretaría de Empleo, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación). Gustavo Oreste Gallo. Marlene Wayar (Futuro Transgenérico). ATTTA Red Nacional.

Agradecimientos:

Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Kalim Soria (RITTA); Gabriela Rojas y Leonardo Genes (Salud Pública, Municipalidad de Rosario); Cecilia Marzoa y Mariano Lozza (Consultorio Amigable Chivilcoy, Dirección de APS, Municipalidad de Chivilcoy); Manuel Krol (Centro de Salud Sandra Cabrera, La Plata); Belén Provenzano, Stella Sappa, Ofelia Musacchio, Victoria Cattaneo, Victoria Pedrido, Carolina Moyano Vargas, Tali Miculitzki, Nicolás Linares y Camila Lynn (PNSSyPR).
Producción fotográfica: CeSAC N° 9 (La Boca, CABA), Luciana, Ivana, Denise, Leonel, Mario, Andrea, Cecilia y Vicente.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Av. Rivadavia 875, piso 7, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Teléfonos: (54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375
Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar - Web: www.msal.gov.ar/saludsexual
Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444



Índice

Introducción

8

Capítulo 1

El derecho a la identidad de género y a la atención de la salud integral de personas trans: nuevo marco legal

13

La Ley de Identidad de Género en la Argentina

15

- ¿Qué se entiende por identidad de género?

16

- Acceso al libre desarrollo personal

17

- Trato digno: respetar el nombre y el género autopercebido

18

Cambiar el punto de vista: de la patologización a los Derechos Humanos

19

Legislación argentina en relación con la salud y los derechos de personas trans

20

Capítulo 2

Expresiones e identidades de género

25

El binarismo sexo-genérico: una forma de clausurar la diversidad humana

27

La imposición del binarismo sexo-genérico: desigualdades y jerarquías

28

Las luchas por los derechos y el origen de la patologización de las identidades trans

29

- Las primeras teorizaciones sobre heterosexualidad, homosexualidad, travestismo y transexualidad

30

- La patologización de las identidades de género después de la Segunda Guerra Mundial

31

El sistema sexo-género y la problematización del modelo heteronormativo y patriarcal

32

- El diagnóstico de “disforia de género”

33

Campaña nacional e internacional por la despatologización trans

35



Capítulo 3

Población trans: mapa de la situación sociosanitaria en Argentina

Datos sobre la situación sociosanitaria de las personas trans en Argentina	39
Educación, trabajo y vivienda como determinantes de la salud	41
	43

Capítulo 4

Salud integral de las personas trans: abordaje desde el equipo de salud

El enfoque despatologizador de las identidades trans	45
El acceso de las personas trans a los servicios de salud: avances y nuevos desafíos	47
Algunas claves para la atención integral de calidad	48
- El reconocimiento de la identidad de género	49
La consulta: espacio de encuentro e intercambio	50
- La entrevista	52
- El examen físico y los estudios complementarios	53
- Las prácticas de cuidado de la salud y de prevención de enfermedades	54
Consejerías en salud sexual y salud reproductiva	54

Capítulo 5

Atención de la salud en relación con procesos de modificación corporal

Estrategias y técnicas “no invasivas” para la construcción corporal y la expresión de género	63
Sustancias de relleno: aceites y silicona líquida	65
- Efectos adversos	66
- Tratamiento	67
Hormonización: conceptos generales	68
- Requisitos para acceder a la hormonización	69
- Efectos previsibles y resultados alcanzados	69
- Seguimiento	70
- Suspensión	70
Hormonización con estrógenos y/o antiandrógenos	71
- Vías de administración y dosis	71
- Valoración clínica inicial	73
- Efectos previsibles	74
- Efectos adversos	74
- Contraindicaciones y precauciones	76
- Interacciones medicamentosas	77
- Seguimiento	77

Hormonización con testosterona	78
- Vías de administración y dosis	78
- Valoración clínica inicial	79
- Efectos previsibles	79
- Efectos adversos	80
- Contraindicaciones y precauciones	80
- Interacciones medicamentosas	81
- Seguimiento	81
Cirugías de modificación corporal	81
- Requisitos para acceder a las cirugías de modificación corporal	82
- Cirugías de modificación genital	83
- Cirugías mamarias	84
- Tiroplastía remodelativa	84
Modelo para la firma de la declaración de voluntad	85

Glosario	88
-----------------	----

Bibliografía	89
---------------------	----

Introducción

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación presenta *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud*, una publicación que forma parte del proceso de implementación de la Ley nacional 26743 de Identidad de Género. El propósito de este material es ofrecer herramientas concretas para que los equipos de salud puedan brindar a las personas trans un trato digno y una atención integral y de calidad. Esta guía propone una revisión y actualización de los protocolos y las prácticas en el sistema de salud, en línea con la garantía del cumplimiento de la Ley de Identidad de Género, que forma parte de un nuevo paradigma en derechos humanos.

A partir de la sanción de la Ley 26743, la Argentina asume un compromiso con este nuevo paradigma legal, que recoge reclamos históricos de los activismos y organizaciones trans y LGTBIQ¹ a nivel nacional e internacional. Al reconocer la identidad de género como un derecho humano fundamental, el Estado garantiza el derecho de todas las personas que lo deseen a cambiar su nombre y género en todos los instrumentos que acreditan su identidad, mediante un trámite administrativo y sin solicitar como requisito ningún tipo de procedimiento médico, psicológico y/o psiquiátrico. Además, garantiza el acceso a todas las prestaciones de salud reconocidas a través del Plan Médico Obligatorio (PMO), incluyendo la hormonización y las cirugías de modificación corporal para quienes lo soliciten.

1. La sigla LGTBIQ refiere tanto a la autodenominación de las personas como también a modos de organización y activismo lésbicos, gay, trans, bisexuales, intersex y *queer*. Esta ha ido cambiando con el tiempo, a partir de una serie de debates que se fueron dando dentro del movimiento a nivel local. En este material figura la sigla completa o abreviada de acuerdo con que se haga referencia a todo el colectivo o a la fracción específica que se esté considerando en cada situación concreta.



De este modo, se reconoce a las personas como sujetxs activxs de derecho, especialmente en relación con decisiones personales, como son la autopercepción de género y la construcción corporal. La sanción de la Ley de Identidad de Género supone el abandono de un paradigma internacional de patologización de ciertas identidades y/o expresiones de género que tiene vigencia desde hace décadas, y que ha propiciado la exclusión, la discriminación y la criminalización de las personas trans.

Frente a este reconocimiento en el campo de los derechos y al desconocimiento generalizado entre quienes integran los equipos de salud, en su mayoría producto de la falta de acceso a información actualizada durante su formación y/o práctica, se acerca este trabajo. En línea con la propuesta de despatologización trans nacional e internacional, se propone brindar una perspectiva integral para el cuidado de la salud de personas trans².

En el capítulo primero se introduce el nuevo paradigma de despatologización. Se desarrollan las cuestiones centrales de la Ley de Identidad de Género y se exponen sus antecedentes internacionales y nacionales. Se brinda información básica a los equipos de salud sobre esta normativa para contribuir con su cumplimiento efectivo en los establecimientos de salud y mejorar, de este modo, la calidad de la atención.

En sintonía con el nuevo marco legal vigente, se toma la perspectiva de derechos para evitar la definición de lo humano desde esencias, naturalezas o identidades fijas, y para no clasificar a las personas y sus comportamientos. Comenzar con el planteo del horizonte legal que rige las prácticas en las instituciones públicas y privadas de salud obliga a enfocar la lectura del material en función de asumir el desafío de pensar un modelo de atención en clave despatologizadora, que reconozca la ampliación de ciudadanía.

El capítulo segundo, en lugar de presentar un glosario de definiciones y/o clasificaciones, propone una breve historización de los conceptos y nociones claves que permiten entender la construcción del tradicional enfoque de la patologización, y algunas de sus principales críticas, hasta llegar a los debates actuales sobre los que se basa la Ley de Identidad de Género en Argentina. Evidenciar que esas concepciones están históricamente construidas ayuda a empezar a desnaturalizarlas, e invita a repensar las prácticas y los discursos médicos para que, desde los paradigmas actuales de derecho nacional e internacional, se pueda desmontar la discriminación hacia las personas trans en el sistema de salud y en la sociedad en general.

A pesar de sus premisas de carácter universalizante, las ciencias no son neutras, se desarrollan y cambian al calor

2. Es importante aclarar que la situación de las personas trans que a su vez son intersex amerita una especificación médica que excede los límites de la investigación en la que se basa este trabajo.

de los debates y las situaciones históricas concretas. Por ese motivo es importante repensar las referencias nacionales e internacionales que son incongruentes con la Ley de Identidad de Género, y revisar los procesos de formación que, en muchos casos, toman como centrales definiciones que sostienen la patologización³.

El capítulo tercero presenta la situación actual de las personas trans en Argentina, apoyándose en los datos estadísticos disponibles. A pesar de la vigencia del nuevo paradigma legal, las personas trans siguen siendo vulneradas y discriminadas en diversos ámbitos, incluyendo el sistema de salud.

El capítulo cuarto recopila, organiza y ofrece claves para la atención de la salud integral de personas trans desde un modelo de atención centrado en la despatologización. Se sugieren estrategias para abordar las consultas, pautas para solicitar exámenes médicos y de laboratorio, entre otras medidas de prevención y seguimiento. Incluye, también, algunas cuestiones específicas en relación con la salud sexual y la salud reproductiva.

El capítulo quinto se focaliza en las especificidades de la salud en relación con la construcción corporal de las personas trans. Ofrece información sobre diversas técnicas y estrategias para que los equipos de salud mejoren la calidad de la

atención en relación con cuestiones concretas que estas suscitan. Aborda algunas estrategias de construcción corporal “no invasivas”; el uso de las siliconas líquidas y/o aceites, sus consecuencias y posibles tratamientos; los procesos de hormonización, sus esquemas, efectos e interacciones medicamentosas, y las cirugías de modificación corporal.

Este material se propone contribuir a mejorar la calidad de la atención integral de las personas trans en el sistema de salud, abandonando el modelo de patologización anterior. Al ser Argentina pionera en implementar legalmente el paradigma de despatologización a nivel internacional, este documento debate muchas de las convenciones médicas, psiquiátricas y psicológicas con las que se han formado quienes integran los equipos de salud. Por su complejidad, es el resultado de un trabajo interdisciplinario que recopiló y procesó diversos materiales producidos a nivel nacional e internacional, y sumó el aporte de equipos de salud, de diferentes lugares del país, que tienen experiencia en la atención de personas trans, así como de activistas y organizaciones LGBTIQ.

En el proceso fue necesario realizar una revisión y actualización de cierta terminología médica habitual que asume el binario de género y el paradigma patologizador. Por ejemplo, se optó por usar la denominación “cirugías de modificación genital” en lugar de “cirugías de reafirmación y/o afirmación y/o

3. En esta línea se enmarcan especialmente las distintas ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (reconocido por sus siglas en inglés como *DSM*) de la Asociación Americana de Psicología (conocida por sus siglas en inglés como APA) y de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sus sucesivas modificaciones.

reasignación sexual o de género”; “genitalidad de nacimiento” o “sistemas genitales de nacimiento” en lugar de “sexo biológico o anatómico”, entre otras.

Mujeres y varones, mujeres y varones/hombres trans, feminidades y masculinidades trans, travestis, transgéneros y transexuales, son algunos de los múltiples modos que las personas usan para reconocerse e identificarse en los géneros. Todas las personas tienen diversas maneras de transitar, habitar, identificarse y/o reconocerse en los géneros y las sexualidades. Esto es lo que la Ley de Identidad de Género reconoce, protege y garantiza. Desde esta perspectiva, el género es un proceso, una vivencia singular y fluida.

El sistema de salud tiene la obligación de garantizar el derecho de cada persona a ser reconocida y nombrada de la manera en la que lo explicita, independientemente de tener un documento de identidad acorde con esta decisión.

En este material se busca tomar distancia del paradigma binario sexo-genérico, de acuerdo con el marco jurídico legal vigente que reconoce y garantiza otros tránsitos y vivencias. Por ese motivo, se evita el uso de la declinación binaria, excepto en los casos en los que se vuelve ineludible esta diferenciación.

En este sentido, se decidió utilizar la “x” para evitar la declinación de género, tanto en lugar de la “a” o la “o”, como en los casos de “as/os”. También existen otras opciones, como el uso de la “@” y el “*”. En este material se optó por la “x” porque interrumpe la nominación binaria, abre una pregunta sobre el género y permite incluir otras autopercepciones.

En los casos en los que fue ineludible, se definió usar feminidades y/o masculinidades trans⁴ para mencionar a las personas trans en relación con su identidad y/o expresión de género, pero no se desconoce que las diferentes personas se reconocen y nombran de maneras diversas. Con esta decisión tampoco se intenta excluir o resumir estas experiencias.

Se agradecen especialmente las revisiones y los aportes de equipos de salud, profesionales de distintas disciplinas, así como de organizaciones y activistas LGTBIQ en distintas etapas del proceso de elaboración de la guía. El intercambio de experiencias es fundamental para dar pasos en la implementación de un modelo de atención basado en la perspectiva de derechos, y requiere de la articulación de experiencias profesionales y personales, de saberes interdisciplinarios y de conocimientos prácticos para hacer efectivo el reconocimiento de los derechos de las personas trans, y para garantizarlos en todas las instituciones de salud.

4. Esta decisión obedece a que todo varón u hombre se asume a su vez como masculinidad pero no necesariamente toda masculinidad lo hace como varón u hombre. Lo mismo sucede con feminidades trans en relación con mujeres trans y travestis, entre otras expresiones que pudiera desconocer este material. De esta manera se intenta incluir no solo las identidades de género masculinas y femeninas o de varón/hombre y mujer, sino también las expresiones y/o identidades de género que franquean y/o impugnan su clasificación binaria apelando a otras formas de nombrarse (como travestis, *queer*, *gender-queer*, sin género, etcétera), o a ninguna. En ese sentido, se sigue el consenso marcado por el último material realizado por una organización LGTBQ local: *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud* (Capicúa).

El nuevo marco legal en Argentina contrasta con la patologización todavía vigente en muchos países como requisito insoslayable para el reconocimiento de las identidades de género. En este sentido, esta publicación retoma y reformula algunos argumentos que aún se sostienen internacionalmente, a la vez que otros son puestos en debate a partir de la perspectiva de ampliación de derechos que establece la Ley de Identidad de Género, una ley pionera en el mundo.

Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud se propone aportar al fortalecimiento de una perspectiva despatologizadora de la atención de la salud de personas trans. Por ese motivo, requiere de actualizaciones a partir de la elaboración y reformulación de herramientas, protocolos y estadísticas a nivel nacional. Este material tiene como desafío y como expectativa profundizar esta nueva perspectiva de derechos en pos de eliminar las barreras de acceso de las personas trans al sistema de salud para hacer efectiva una atención integral de calidad. ●



Capítulo 1

El derecho a la identidad de género y a la atención de la salud integral de personas trans: nuevo marco legal

En este capítulo se reelabora y actualiza la información legal nacional e internacional que tiene como referencia *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud del colectivo Capicúa.*

El derecho a la identidad de género y a la atención de la salud integral de personas trans: nuevo marco legal

El 9 de mayo de 2012 se sancionó en la Argentina la Ley nacional 26743 de Identidad de Género. Esta ley surgió en el marco de las luchas por la despatologización trans a nivel nacional e internacional. Se trata de un logro muy importante, resultado de una amplia articulación entre activistas y organizaciones políticas trans, LGTBIQ y de derechos humanos, que instala el reconocimiento legal de la identidad de género en el campo de los Derechos Humanos. Esa articulación fue potenciada por el impulso de un proceso de democratización de la ciudadanía desde 2005, a partir del Decreto 1086/2005 que aprobó el *Plan Nacional contra la Discriminación*.

La Ley 26743 constituye un hito a nivel nacional y también mundial, por el cambio de paradigma que representa. Garantiza a toda persona el reconocimiento de su identidad de género autopercebida y el acceso a la salud integral de acuerdo con su expresión de género, sin someterla a ningún diagnóstico y/o peritaje médico, psicológico y/o psiquiátrico. Tampoco la obliga a cumplir con requisitos que son incompatibles con los derechos humanos, ni judicializar el reconocimiento legal de la propia identidad, a diferencia de lo que ocurre en legislaciones de otros países. A su vez, todas las prestaciones de salud contempladas en la ley quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

La sanción de la Ley 26743 implica asumir el desafío de abandonar el paradigma basado en la idea de que hay identidades de género “anormales” o “patológicas”, para avanzar hacia un nuevo modelo de atención centrado en la perspectiva de derechos y en las necesidades singulares de cada persona.

Garantizar el cumplimiento efectivo del derecho a la salud de todas las personas, con independencia de sus expresiones e identidades de género, de sus corporalidades, de sus prácticas y sus orientaciones sexuales, es parte de las obligaciones y responsabilidades médico-legales de quienes integran los equipos de salud. Implica modificar, entre otras cuestiones, las prácticas y los protocolos que basan la atención en diagnósticos como el de “disforia de género” y el de “trastorno de identidad de género”.

La Ley de Identidad de Género en la Argentina

La Ley de Identidad de Género garantiza que cada persona pueda decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género de acuerdo con su propia autopercepción, sin obligación de someterse a protocolos y/o diagnósticos médicos, psicológicos y/o psiquiátricos, ni pasar por ninguna instancia judicial¹, ni someterse a procedimientos de modificación

corporal. En este sentido, habilita, a través de un simple trámite administrativo, el cambio registral de *nombre* y “*sexo*”² en toda la documentación de las personas que no se sientan identificadas con el género que les fue asignado al nacer.

Así, la ley reconoce la autonomía y la responsabilidad de las personas trans en relación con sus propios cuerpos, en tanto sujetos activxs de derecho, con capacidad para decidir y expresarse por sí mismxs en lo referente a sus propias experiencias y deseos.

De esta manera se impulsa un cambio en el trato y la consideración sobre los cuerpos y las vidas de las personas, que requiere abandonar el paradigma de la patologización por parte de las instituciones de salud. Ese paradigma se basa en señalar y tratar como enfermas a las personas trans y en priorizar la potestad psico-médica y judicial por encima de la autonomía de la experiencia trans y su legitimidad.

En su artículo 1° la Ley 26743 establece que “Toda persona tiene derecho:

- a) al reconocimiento de su identidad de género;
- b) al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumen-

1. Solo se requiere intervención judicial cuando una persona que no cumplió los 18 años quiere acceder a una cirugía de modificación corporal, o cuando desea hormonizarse y/o realizar el cambio registral y no cuenta con la conformidad de sus representantes legales.

2. Si bien el documento nacional de identidad (DNI) diferencia a la ciudadanía en dos “sexos” (masculino o femenino), la presente guía problematiza esa concepción. En el capítulo 2 se relevan los debates que critican este paradigma y se abre otra apuesta epistemológica desde las conceptualizaciones de los géneros.

tos que acreditan su identidad respecto del/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada”. La ley indica que esto rige para todas las personas, incluso para quienes no cumplieron los 18 años.

¿Qué se entiende por identidad de género?

En consonancia con los Principios de Yogyakarta³, el artículo 2 de la Ley 26743 define la *identidad de género* como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

Al momento del nacimiento el equipo médico define, a través de la observación de los genitales⁴, el “sexo” de una persona, que después es ratificado en el registro civil por la inscripción y la elección de los nombres que hacen sus progenitorxs o tutorxs legales. A través de los años, muchas personas construyen su identidad asimilando esta primera asignación que se realizó sin su consentimiento, mientras que otras no.

Históricamente, las personas que vivían en un género diferente al que les era asignado al nacer han sido socialmente señaladas, calificadas como enfermas y/o criminales y estigmatizadas. Se las sometió, así, a una desprotección legal y una exclusión civil que permitió su persecución y maltrato policial e institucional. Esto derivó recurrentemente en el deterioro de su salud, la privación de su libertad e incluso la muerte.

Al poner en el centro el reconocimiento de la autopercepción y la vivencia de las personas sobre su propio cuerpo, la Ley 26743 garantiza que cada persona pueda decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género. Esto contempla el uso de ropas, modales y gestos, entre otros modos de expresarla. Asimismo, y solo en tanto sea expresamente decidido por la persona, garantiza también el acceso a la modificación corporal a través de hormonizaciones y/o intervenciones quirúrgicas. Ambas pueden realizarse sin necesidad de someterse a diagnósticos psiquiátricos, autorización judicial o cambio registral. Solo se requiere la autorización judicial y/o de lxs representantes legales para las personas que no cumplieron los 18 años, en los supuestos taxativamente contemplados por la norma.

Estos procedimientos de modificación corporal están incluidos en el PMO y se encuentran detallados en la reglamentación del artículo 11 de la Ley de Identidad de Género (Decreto 903/2015).

3. Los Principios de Yogyakarta establecieron, en 2007, los estándares fundamentales para que las Naciones Unidas y los Estados garanticen la protección de los Derechos Humanos a las personas LGBTBI.

4. Es necesario subrayar que no siempre el examen visual resulta médicamente suficiente para realizar tal asignación y, así, muchas veces se recurre a otra serie de dispositivos diagnósticos y de intervención médica para garantizarla.

Acceso al libre desarrollo personal

El artículo 11 de la Ley de Identidad de Género garantiza el “derecho al libre desarrollo personal”. La ley establece que “todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán (...) a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa”. En ambos casos solo se requiere el consentimiento informado de la persona. Establece además, que para acceder a la hormonización no es necesario acreditar la voluntad de intervención quirúrgica de modificación genital.

La Ley de Identidad de Género deroga el artículo 19, inciso 4, de la Ley 17132 del Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, que prohibía y penaba las cirugías de modificación genital.

Tanto para quienes hayan llegado a los 18 años como para quienes no, la ley exige que la persona interesada preste su conformidad expresa, a través de un consentimiento informado, para el acceso a prácticas de hormonización y a cirugías de modificación corporal.

Al garantizar los procedimientos hormonales y quirúrgicos exclusivamente para quienes lo solicitan de manera explícita, se busca no condicionar la libre construcción del propio cuerpo. En cambio, en otros países, constituyen requisitos –entre otros protocolos de intervención médica– los procedimientos

hormonales y quirúrgicos para el reconocimiento legal de la identidad de género y la modificación de los documentos.

Para niñxs y jóvenes que no han cumplido los 18 años y desean acceder expresamente a procedimientos de hormonización, la ley establece que se debe contar con la conformidad de sus representantes legales, además de su propio consentimiento informado. De no contar con dicha conformidad, o cuando no resulte posible obtenerla, el artículo 5 establece que se podrá recurrir –con la asistencia de unx abogadx del niñx– a la intervención de la autoridad judicial competente.

La intervención de unx abogadx del niñx se exige únicamente si hubiera conflicto de intereses entre la persona que no cumplió los 18 años y sus representantes legales, según lo establece el artículo 26 del nuevo Código Civil y Comercial Unificado, que rige a partir del 1 de agosto de 2015, y el artículo 27 de la Ley 26061, que la exige cuando la persona se encuentre afectada por un procedimiento administrativo o judicial. En este sentido, para cumplir con el principio de la capacidad progresiva e interés superior de niñxs y jóvenes de acuerdo con las normativas constitucionales vigentes, la actuación de unx abogadx del niñx deberá patrocinar sus derechos respetando su autonomía para la toma de decisiones y, de ningún modo, anteponiendo las voluntades ajenas de lxs adultxs involucradxs.

Si una persona que no ha alcanzado los 18 años decide realizarse alguna cirugía de modificación corporal, la ley exige, además de la conformidad de sus representantes legales, la

conformidad de la autoridad judicial competente. Esta debe velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior de cada niñx, de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada al artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, y en la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, a fin de resguardar su autonomía. Debe expedirse en un plazo no mayor de 60 días.

Por su parte, mediante el artículo 11 la Ley de Identidad de Género establece que los efectores de todo el sistema de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente las prestaciones que esta ley reconoce y que incluye en el PMO.

La Ley garantiza que las personas accedan al reconocimiento legal de su identidad, incluida su corporalidad, sin que para ello deban modificar sus genitales a través de cirugías, anular su capacidad reproductiva por medio de prácticas quirúrgicas y/u hormonales, y/o adoptar rasgos, gestos o modos que tradicionalmente son considerados como típicos del género autopercebido.

Cualquier condicionamiento por parte de las instituciones de salud, sean públicas o privadas, constituye una barrera para acceder a estos procedimientos e intervenciones, y cercena el derecho a la libre identidad de género reconocido por la ley. En los casos en que los equipos de salud incumplan sus obligaciones, las instituciones, sus directivos y el personal médico y no médico son susceptibles de sanciones legales.

Bajo este marco legal, las instituciones y los equipos de salud tienen la responsabilidad de abordar la salud de las personas trans de manera integral, comprendiendo la importancia del reconocimiento de su identidad de género en todos los aspectos de la vida. Es necesario ir más allá de las propias ideas, creencias y prácticas que puedan tener quienes integran los equipos de salud, para evitar imponer las propias expectativas, normas morales y religiosas. En este sentido, es central escuchar y reconocer a las personas en sus decisiones.

Cada persona tiene diferentes maneras de percibirse, pensarse y expresarse, y no todas tienen las mismas expectativas sobre su corporalidad. Por eso, brindar información oportuna y comprensible basada en la escucha atenta de las necesidades singulares de cada persona, acompañar un proceso de toma de decisión libre e informada por parte de lxs usuarixs, y realizar el consentimiento informado, son fundamentales para garantizar el ejercicio del derecho al libre desarrollo personal.

Trato digno: respetar el nombre y el género autopercebido

El artículo 12 de la Ley 26743 establece el “trato digno” por el que debe “respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación,

registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados. (...) En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada”.

Existe así una obligación legal para todxs lxs ciudadanxs, como así también para las instituciones públicas y privadas, de tratar y llamar a las personas con el nombre y en el género en que cada cual se autopercibe, luego de ser simplemente expresado. Esto debe respetarse independientemente de que el cambio registral esté realizado o no.

En este sentido, es fundamental tener en cuenta que, dentro del sistema de salud, las personas deben ser respetadas en su nombre y género de elección, tanto en relación con la sala en que deben ser internadas, como en los instrumentos de registro (expedientes, historia clínica, planillas, certificados, etcétera).

Cambiar el punto de vista: de la patologización a los Derechos Humanos

Desde la década de 1970, en diferentes países, se sancionaron leyes para dar un reconocimiento estatal a las identidades trans. Así, sucedió en Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982), Holanda (1985), Australia (1988 y 1993), Turquía (1988), Nueva Zelanda (1995), Finlandia (2002), Sudáfrica (2003), Reino Unido (2005), España (2007), Bélgica

(2007), México DF (2008), Uruguay (2009) y Portugal (2011). Sin embargo, estas normativas autorizan el cambio registral de *nombre* y *“sexo”* en los documentos solo a aquellas personas que se someten a protocolos psico-médicos de evaluación y diagnóstico del género autopercebido. Esas leyes sostienen como requisito obligatorio la adecuación a las características físicas que se reconocen como socialmente típicas para cada género. Así, ponen requisitos como la esterilización, la modificación genital y la hormonización.

Con el avance de los debates y las luchas de grupos activistas LGTBIQ y de derechos humanos a nivel internacional, se formuló un nuevo paradigma que reconoce las expresiones y/o las identidades de género de las personas, y su autonomía en las decisiones relacionadas con sus corporalidades, como derechos humanos fundamentales que no deben ser vulnerados.

Así lo plantean diversos informes y documentos, entre los que se destacan: los Principios de Yogyakarta (2007), que establecieron los estándares fundamentales para que las Naciones Unidas y los Estados garanticen la protección de los derechos humanos a las personas LGTBI; el Informe “Derechos Humanos e Identidad de Género” (2009) de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, y una Resolución aprobada por el Parlamento Europeo sobre Derechos Humanos, Orientaciones Sexuales e Identidades de Género de las Naciones Unidas (2011), por la que se insta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a dejar de considerar a las expresiones y/o identidades trans como “trastornos mentales”.

A través de un trabajo sistemático y prolongado, activistas y organizaciones trans han conseguido remover del capítulo sobre “trastornos mentales”, de la versión beta de la *Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11)* de la OMS, las categorías diagnósticas que patologizaban las identidades trans.

Así, en la actualidad se reconoce la importancia de la despatologización y desjudicialización de las expresiones de género e identidades trans. Eso significa entender estas experiencias no como patologías o anormalidades, sino como vivencias y formas de expresarse y nombrarse desde trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, que deben ser reconocidas y garantizadas desde el paradigma de derechos humanos.

A partir de la aprobación de la Ley 26743, el Estado Argentino se compromete con este nuevo paradigma de despatologización. Para su cumplimiento efectivo, el desafío es avanzar hacia un modelo de atención centrado en una perspectiva de derechos y en las necesidades singulares de cada persona.

En ese camino, es clave problematizar las maneras de hacer y pensar de quienes integran los equipos de salud. Sus obligaciones y responsabilidades giran en torno a brindar información, y acompañar un proceso de toma de decisión, sin juzgar las formas de vivir las identidades y/o expresiones de género de las personas, sus orientaciones y prácticas sexuales.

Legislación argentina en relación con la salud y los derechos de personas trans

Históricamente, el sistema de salud funcionó como un lugar expulsivo para las personas trans. Los discursos psico-médicos fueron el punto de partida para la patologización de sus identidades y expresiones. Eso también sirvió de fundamento para la persecución institucional, policial, judicial y social. A partir de argumentos bio-médicos, se instaló y naturalizó la idea de que solo existen dos géneros (masculino o femenino), que están ligados, al mismo tiempo, al reconocimiento de dos tipos de “sexo”, en conformidad con la clasificación binaria de los sistemas genitales. Así, la diversidad corporal fue sometida a una clasificación binaria que borra las singularidades de cada genitalidad bajo una agrupación taxativa que condiciona, en especial, la intervención médica compulsiva sobre personas intersex y/o trans.

Es habitual que las personas trans no concurren a las instituciones de salud o dejen de hacerlo para evitar maltratos y actos de discriminación. En la sociedad en general, y también en las instituciones de salud, la estigmatización y la discriminación hacia las personas trans se traduce en actos que son vejatorios y menoscabadores de derechos. Que las personas trans sean llamadas públicamente por el nombre asignado al nacer y no por el nombre elegido, que sean internadas en pabellones distintos a los del género expresado⁵, que se condicione o niegue la atención por su identidad

5. Esto ha producido situaciones recurrentes de agresión verbal y/o física e, incluso, violaciones.

y/o expresión de género, son todos actos de discriminación y de violencia que vulneran derechos.

Para frenar la vulneración de los derechos de las personas trans, mediante intervenciones institucionales de organizaciones y activismos LGTBIQ y de derechos humanos, se logró que varias jurisdicciones en diferentes niveles adopten medidas concretas para evitar la discriminación de las personas trans. Estas medidas son antecedentes de la Ley de Identidad de Género, que consagra definitivamente estos derechos y los garantiza en todo el territorio nacional. Entre ellas pueden mencionarse:

- Fallo del 21 de noviembre de 2006 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Autorizó la personería jurídica de la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT).
- Resolución Ministerial de la Provincia de Buenos Aires 2359/07. Estableció que las personas trans que recurren a los servicios de salud deben ser reconocidas públicamente por su nombre de elección.
- Resolución 2/2011 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Estableció la obligatoriedad de respetar la identidad de género autopercebida de lxs usuarixs por parte del personal de los hospitales provinciales. Esto implicó la modificación de historias clínicas y de toda documentación extendida por los hospitales públicos.
- Resolución 2272/07 del Ministerio de Salud de la CABA. Determinó que todos los servicios de salud deben respetar la identidad de género autopercebida de quienes con-

Ampliación de ciudadanía

En la última década el Estado avanzó en un proceso institucional de ampliación de los derechos de la ciudadanía, que se expresa en un marco legal amplio que los garantiza y protege.

Como un hito central en este proceso se destaca la Ley nacional 26618, comúnmente conocida como Ley de Matrimonio Igualitario, aprobada en 2010, que autorizó las modificaciones pertinentes en el Código Civil para permitir el casamiento entre personas de cualquier género.

Por su parte, la Ley nacional 26994, que aprueba el nuevo Código Civil y Comercial Unificado, modifica numerosos paradigmas en diversas materias: ejercicio de los derechos de las personas que no cumplieron aún los 18 años, derechos personalísimos, matrimonio, régimen patrimonial del matrimonio y sucesoria, entre otras. Este nuevo Código se encuentra en concordancia con la Ley 26743 en lo referente al cambio de nombre y el reconocimiento del derecho a la identidad de género.

curran. En 2009, dió lugar a la sanción de la Ley 3062.

- Resolución 1877/09 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Garantizó que en todos los establecimientos de salud se debe respetar “la orientación sexual y la identidad de género adoptada o autopercebida de las personas que concurran a ser asistidas”.
- Resolución 146 de 2011 del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Aprobó la inscripción en la historia clínica del nombre de elección de lxs usuarixs.
- Fallo del 19 de noviembre de 2010 del fuero contencioso administrativo de la CABA. Permitió el cambio de documentación de Florencia Trinidad (conocida como Florencia de la V). Otro fallo del 29 de diciembre de 2011 autorizó el cambio registral de B.R., subrayando que ninguna persona debe someterse a procedimiento médico alguno para obtener el reconocimiento legal de su identidad de género.

Otro aporte importante en ese camino fue la sanción, en 2002, de la Ley 25673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. La ley establece los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas y garantiza el ejercicio de esos derechos sin coerción, discriminación ni violencia. También reconoce el derecho a acceder a una atención de calidad de la salud sexual y la salud reproductiva. El Programa, creado en 2003, tiene desde entonces el objetivo de promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y garantizar su cumplimiento efectivo.

Entre 2003 y 2004 se dio otro paso fundamental: una comisión convocó a organizaciones y movimientos sociales, que peleaban contra distintos modos de discriminación, para elaborar un instrumento legal que permita luchar institucionalmente contra los mismos. Esto cumplía con compromisos asumidos por el Estado nacional en el marco de la *Conferencia Internacional contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y Otras Formas Conexas de Intolerancia* de Durban, Sudáfrica, en 2001. Así, se creó el *Plan Nacional contra la Discriminación*, que fue aprobado en 2005 a partir del Decreto 1086/05, y promovió, desde el Estado nacional, una política de “ampliación de la ciudadanía”. Este paso permitió la sanción de un sistema de leyes que apuntan a garantizar la igualdad de trato y de oportunidades entre lxs ciudadanxs, reconociéndolxs como sujetxs de derecho.

El marco normativo que rige la atención de la salud integral de personas trans está conformado por una serie de leyes que reconocen el derecho a la atención médica sin discriminación, y establecen los parámetros legales de toda atención sanitaria. En este sentido, además de las normativas ya mencionadas que encuadran el ejercicio profesional para la atención de las personas trans, se incluyen:

La Ley nacional 26529 de *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*,

sancionada en 2009, y su modificación por Ley 26742, aprobada en 2012. Establece que toda persona tiene derecho a:

- Ser asistida por los profesionales de la salud sin menoscabo por sus ideas, creencias religiosas, políticas, con-

dición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.

- Recibir un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad.
- Recibir la información vinculada a su salud y las opciones terapéuticas disponibles, que se deben transmitir de forma clara y acorde a sus capacidades.
- Aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos, con o sin expresión de causa.

El profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

La Ley nacional 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes estableció en 2005 un nuevo marco jurídico-legal que reconoce a lxs niñxs como sujetos de derecho, lo que implica que deben ser escuchadxs y

tenidxs en cuenta en sus opiniones, inquietudes y deseos. Se destituye así el paradigma del patronato tutelar que lxs consideraba “menores” y se acota el arbitrio de la patria potestad.

La Ley nacional 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, sancionada en 2010, transforma completamente la normativa jurídica en esta materia, al exigir que lxs “pacientes” sean tratadxs como “sujetos de derecho” y autoriza la internación solo como último recurso. La misma establece que “En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de (...) la elección o identidad sexual”.

La Ley nacional 26862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, aprobada en 2013, reconoce como derecho, y garantiza el acceso gratuito, a diversos tratamientos para la consecución del embarazo a quienes lo necesiten y soliciten, independientemente de su orientación sexual, identidad de género y/o estado civil.





Capítulo 2

Expresiones e identidades de género

En este capítulo se retoma, profundiza y reelabora parte de la investigación que Ilona Aczel y Juan Péchin sumaron a *Aportes para pensar la salud de personas trans*. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud del colectivo Capicüa.



Expresiones e identidades de género

Todas las personas vivencian los géneros de un modo singular. Hay múltiples maneras de identificarse con ellos y/o expresarlos. La singularidad de cada expresión e identidad de género es inalienable y debe ser respetada.

No obstante, históricamente se ha justificado la persecución, castigo, represión, tratamiento y/o cura de algunas identidades y/o expresiones de género desde los estándares binarios tajantes de los géneros masculino y femenino, que se han impuesto socialmente como referentes naturales. Este binarismo también se reproduce desde la diferenciación normativa que se sostiene entre personas trans y no trans¹ y entre personas intersex y no intersex, entre otras posibles.

En cumplimiento con la orientación despatologizante de la Ley de Identidad de Género, se debe, desde el sistema de salud, promover y garantizar el ejercicio pleno de la autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, abandonando la jerarquización entre las distintas formas de vivir y expresar los géneros.

Esto supone producir una serie de cambios institucionales en diferentes niveles, entre los que están el desafío de repensar el modelo de atención vigente y las prácticas de atención integral de la salud de las personas trans.

1. Retomando la diferenciación jerárquica que expone la noción de "sexismo" entre hombre y mujer, algunos activismos y organizaciones trans plantean la existencia del "cissexismo" para señalar desigualdades entre personas no trans y personas trans a nivel económico, político, social y cultural. El prefijo latino "cis" significa "en este lado de" o "de este lado" y "trans" se traduce "a través de" o "del otro lado".

El binarismo sexo-genérico: una forma de clausurar la diversidad humana

Desde el campo de las ciencias médicas, se desarrollaron conceptualizaciones que se instalaron y naturalizaron como lenguaje común para entender lo humano en sí mismo: genitalidades de macho o hembra, formas masculinas o femeninas, e identidades de varón o mujer. De este modo, se fue imponiendo un binarismo sexo-genérico que estandariza la diversidad humana y que se institucionaliza en la división tradicional de la ciudadanía entre varones y mujeres. Esta división queda reflejada, por ejemplo, en instrumentos legales básicos como el documento de identidad.

Desde sus comienzos, las prácticas médicas, psiquiátricas, psicológicas y sexológicas sostuvieron la existencia de solo dos conjuntos de genitales, gónadas y cromosomas a los que han asociado respectivamente dos identidades humanas posibles, sobre la base de una supuesta complementariedad que tiene su centro en el interés por la reproducción. Desde este patrón, se señaló toda excepción a esta estandarización binaria como anomalía, anormalidad, síndrome, trastorno o patología. Sin embargo, la diversidad de cuerpos y las distintas experiencias, percepciones, expresiones e identidades, en términos de géneros y sexualidades, cuestionan aquella reducción biológica y psico-médica. En este sentido, las identidades trans interpelan directamente las bases de la formación de los equipos de salud, y lo hacen hoy con nuevas garantías legales.

Para superar el paradigma de patologización de las identidades trans es necesario desnaturalizar, desarmar y repensar aquel sistema clasificatorio de tipos humanos que las estigmatiza al diferenciarlas, jerárquicamente, de las demás. Cada persona vive el cuerpo, el género y la sexualidad de modo personal y distinto, por lo que no corresponde clasificar la singularidad de sus experiencias. Las construcciones de género se han ido definiendo de manera fluida y cambiante a lo largo de la historia en cada sociedad, desafiando las asociaciones automáticas entre los cuerpos y las expresiones de género que se hacen corresponder con las categorías de macho y hembra, varón y mujer, masculino y femenino.

Si bien en Argentina las identidades travestis, transexuales y transgéneros –entre otras menos visibilizadas como *cross-dressers*, *drag-queens*, *drag-kings*, sin género y *genderqueer*– conviven bajo la expresión trans como síntesis, cada una responde a distintas estrategias conceptuales, vivenciales y políticas. Así, las identidades trans abarcan diferentes experiencias culturales de identificación, expresión y corporización desde las coordenadas sexo-genéricas. La expresión trans comúnmente engloba a quienes se identifican con, expresan y/o corporizan un género distinto al asignado al nacer y a quienes desafían, con la apariencia y/o la auto-denominación, aquellas expectativas asociadas con el género impuesto socialmente desde el nacimiento.

La imposición del binarismo sexo-genérico: desigualdades y jerarquías

A lo largo de la historia, las diversas culturas fueron determinando distintas prácticas para diferenciar y jerarquizar socialmente a las personas. Así, la división entre varones y mujeres se constituyó como una primera jerarquización ciudadana (varón/mujer) a partir de una correspondencia entre genitalidad (macho/hembra) y rol social (masculino/femenino). De manera arbitraria se han ido dictaminando vestuarios, gestos, campos de reflexión, conversación, circulación, intereses y actividades de manera diferencial a quienes son reconocidos como “varones” y a quienes son señaladas² como “mujeres”.

Actualmente, estas formas de transitar los géneros –tensionadas entre los polos de lo masculino y lo femenino– son entendidas como expresiones de género desde las que se referencian y oponen tradicionalmente los roles sociales: varones activos y dominantes, mujeres pasivas y dóciles. En este sentido, los signos, las prácticas y los gestos que definen la “masculinidad” y la “feminidad” van variando histórica y geopolíticamente.

Esta clasificación ha sido problematizada como binarismo sexo-genérico. De todos modos, aunque persista la idea de

que la humanidad está dividida entre varones y mujeres, en ninguna cultura las personas cumplen con todos los rasgos asignados a un género u otro, sino que van asimilando algunos y dejando de lado, o tensionando, otros.

La variedad de sistemas genitales humanos muestra que la distribución de las personas en solo dos grupos (varones y mujeres) es artificial. Hay tantos sistemas genitales como seres humanos existen. Sin embargo, actualmente, la consideración médica de un clítoris “demasiado grande” o un pene “demasiado pequeño” es un fundamento para practicar intervenciones quirúrgicas en bebx, no por una cuestión de salud sino solo para “ajustar” su cuerpo a los parámetros culturales binarios sexo-genéricos. Este acto violento se basa en una división totalizadora no natural, sino naturalizada, que responde a formas culturales de percibir, valorar y constituir los cuerpos y las subjetividades.

Si bien el paradigma binario de género se ha ido globalizando para delimitar los modos de entender lo humano, en diferentes épocas y culturas han existido personas que transgreden el rol de género asignado socialmente al nacer. Muchas sociedades les atribuyen características positivas a estas personas. Algunos ejemplos son: *hijras* de la India, *muxes* zapotecas, *two-spirits* nativxs norteamericanxs, *kathoey*s de Tailandia, *fa'afafines* de Polinesia y *takatapis* maoríes.

2. Desde las tradiciones feministas se ha denunciado que la distribución jurídica entre “varones” y “mujeres”, sostenida a través de la diferenciación de los sistemas genitales y cromosomas, fue históricamente usada para garantizarles la ciudadanía plena a los primeros y excluir a las segundas. En este sentido, la palabra “mujer” ha funcionado culturalmente como señalamiento, mientras que “varón” ha constituido un reconocimiento ciudadano. Las mujeres en Argentina recién lograron el derecho al voto en 1947.

Por el contrario, la cultura occidental tendió a regular las prácticas sexuales y los roles de género para imponer un modelo único de familia, monogámico y patriarcal. Ese modelo está legitimado sobre la división jerárquica y binaria varón/mujer, y ha tenido como objetivo la reproducción y no el intercambio afectivo, el autoconocimiento, la sociabilidad, el placer o el disfrute. Así, se persiguieron y condenaron todas las prácticas que no tenían un fin reproductivo, como la masturbación, y se fueron penando y estigmatizando todas las prácticas sexuales, identidades y expresiones de género que desafían la división binaria.

Desde su constitución, las ciencias modernas fueron permeables a los prejuicios y valores religiosos. La construcción de los Estados se produjo en diálogo con la fundación del paradigma científico positivista, y toma como axiomáticos sus puntos de vista. Así, asimila y traduce las matrices morales trazadas por la cultura occidental: el régimen del “pecado” fue dando lugar al de la “patología” y la “anormalidad”.

Los discursos científicos se fueron legitimando como único marco interpretativo que, desde las instituciones, permitió entender las sexualidades y los géneros. La complementariedad entre identidades excluyentes de varones o mujeres y la heterosexualidad obligatoria fueron, y son, aun hoy, claves bajo las que funcionan las instituciones jurídicas, policiales, educativas, de salud, entre otras.

La segunda década del siglo XXI en Argentina, con la aprobación de la Ley de Identidad de Género, se constituye en el

escenario histórico que pone en discusión esta matriz, para reconocer y garantizar otros tránsitos y maneras de vivir la ciudadanía.

Las luchas por los derechos y el origen de la patologización de las identidades trans

Las principales categorías diagnósticas que actualmente definen las identidades de género nucleadas como trans surgieron, históricamente, en la tensión y el diálogo entre el discurso psico-médico y los primeros activismos que discutieron la heterosexualidad obligatoria y la distribución social tajante de las personas entre varones y mujeres. Estos primeros movimientos usaron como estrategia política, para evitar la criminalización que recaía sobre sus propios modos de vivir los géneros y las sexualidades, la explicación médica de las identidades y expresiones de género, y de las orientaciones y prácticas sexuales de las personas.

Este uso concreto del dispositivo psico-médico, con el que surgen las conceptualizaciones de homo y heterosexualidad, y las de travestismo y transexualidad, estuvo directamente ligado a garantizar los derechos de las personas, y no a condenarlas socialmente con diagnósticos descalificantes. Sin embargo, la continuidad institucional de esos primeros usos activistas de los discursos médicos fue instalándolos en imaginarios de anormalidad y patología, reorientando un proceso de persecución policial e institucional, exclusión social y ciudadana, y criminalización.

Las primeras teorizaciones sobre heterosexualidad, homosexualidad, travestismo y transexualidad

Hacia finales del siglo XIX, surgió en Alemania un primer movimiento en contra de la sanción de un artículo que penaba legalmente la sodomía. En 1869, el escritor húngaro Károly Mária Kertbeny utilizó por primera vez en sus panfletos las palabras “homosexual” y “heterosexual”. En ellos retomaba las teorizaciones del jurista Karl Heinrich Ulrichs que justificaba su preferencia sexual por otros varones como una naturaleza diferente y que llamó “uranismo”. Al sostenerla como innata, intentaba destruir la base jurídica y moral de la persecución que se centraba en calificar estas prácticas como antinaturales.

Desde esta perspectiva, al tratarse de una tendencia natural y no de una mera elección, el “uranismo” no debía ser penado. Se sostenía que “aquel hombre que ama a otro hombre” adopta un rol erótico femenino por tratarse de “mujeres atrapadas en cuerpos de hombres”. A pesar de haber sido sistemáticamente criticada, esta conceptualización sigue funcionando actualmente como imaginario.

En este sentido, la tendencia a ligar “homosexualidad masculina” y expresión de género convencionalmente femenina es un recurso utilizado para deslegitimar los corrimientos del género masculino tradicional al asociarlos a un grupo que, históricamente, fue excluido y minorizado de la ciudadanía: las mujeres.

La estrategia de Ulrichs para lograr la despenalización fue impulsar que este tema pase de la esfera jurídica a la médi-

ca. Kertbeny, simulando ser un médico, convenció al zoólogo Gustav Jäger para adoptar sus teorías en su libro *El descubrimiento del alma* (1880). Su éxito hizo que los términos “homosexual” y “heterosexual” se difundieran rápidamente, terminando por imponerse primero en el discurso científico y, luego, en el lenguaje popular.

Estas primeras teorizaciones, que consolidaron la noción de “orientación sexual”, terminaron por volverse herramientas para clasificar, diferenciar y jerarquizar a las personas en relación con sus prácticas sexuales. De esta forma, “homosexual” y “heterosexual” son rótulos que, más que nombrar una preferencia personal, imponen una serie de rasgos como estables y determinantes de la conducta y la personalidad.

Las sociedades modernas produjeron, de esta manera, un cambio de paradigma: desde finales del siglo XVIII estos actos y prácticas aparecen ya no como situaciones contingentes o aisladas, sino como definitorias del carácter o de la naturaleza de la persona. Estas primeras caracterizaciones mezclaban diversos tipos de experiencias, debido a que tenían en el centro de su definición la clasificación a partir de las prácticas sexuales, por lo que se homologaban la “homosexualidad” con la “transexualidad”. Poco más tarde fueron distinguiéndose como identidades y/o expresiones de género.

A finales del siglo XIX y principios del XX, en las grandes ciudades del mundo occidental, incluyendo Buenos Aires, se visibilizó y consolidó una subcultura “uranita”. En Alemania se formaron varias asociaciones que reclamaban la despe-

nalización de la sodomía y la plenitud de los derechos civiles y políticos para quienes la practicaran. A estos reclamos se sumaron varios científicos que usaron la argumentación del innatismo tanto para defender sus derechos como para patologizar sus prácticas. En 1897 se creó en Berlín el Comité Científico Humanitario. Uno de sus fundadores, el médico Magnus Hirschfeld, en su libro *Los travestidos* (1911) acuñó este término para definir un cuadro clínico descrito como “el deseo de usar ropas del sexo opuesto”. En 1919 Hirschfeld también creó y dirigió el Instituto para la Ciencia Sexual que inició los estudios sobre sexualidad a nivel mundial, y los promovió a través de congresos internacionales. Esta institución, a su vez, constituyó la Liga Mundial por la Reforma Sexual que reclamaba por los derechos civiles y la aceptación social de “homosexuales” y “travestis”.

En 1910 Eugen Steinach expuso los efectos morfológicos de las hormonas sexuales en el cuerpo, comenzando los primeros experimentos de hormonización y operaciones de modificación genital en ese instituto. La primera cirugía exitosa se practicó en 1952, en Copenhague, a Christine Jorgensen, que dos años después fue elegida “Mujer del año”.

El trabajo de Hirschfeld fue continuado en Estados Unidos por el endocrinólogo alemán Harry Benjamin. En 1948 comenzó a tratar con estrógenos a una persona que había sido criada como niño pero que se autopercibía como niña. En 1954 introdujo el término “transexual” en la comunidad médica para nombrar a aquellas personas que desean una modificación genital. Este término había sido usado por primera

vez entre 1949 y 1950 por el sexólogo David O. Cauldwell, ya que hasta entonces no se diferenciaba de travestismo.

La patologización después de la Segunda Guerra Mundial

Después de la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos atravesó una etapa de represión y control de la sexualidad, que incluyó la censura. En esta época, y desde ese país, se produjeron las principales justificaciones para patologizar la homosexualidad, la transexualidad, el travestismo y la intersexualidad. En 1952 se publicó la primera versión del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría*, conocido por sus siglas en inglés como *DSM*. Su objetivo era simplificar los debates de las diversas escuelas de psiquiatría y psicología en una única perspectiva: el padecer psíquico se reduce a una serie de signos y síntomas que permiten una clasificación sin necesidad de indagar en las causas y características específicas de cada persona.

Las diversas prácticas y orientaciones sexuales que se distanciaban de la heterosexualidad tradicional con fines reproductivos, al igual que las distintas expresiones e identidades de género que no cumplían con las convenciones establecidas, fueron incluidas como diagnósticos. Esto se produjo sin tener en cuenta aportes teóricos significativos como los de Sigmund Freud, que proponía la bisexualidad como innata, o los de Alfred Kinsey que demostraba, a través de una investi-

gación sostenida varios años, que la mayoría de la población encuestada había tenido experiencias no heterosexuales por lo que no podían ser proclamadas patologías mentales.

Entre las décadas de 1950 y 1970, comenzaron a funcionar dentro de programas universitarios concretos los primeros equipos que combinaron las variables médicas y psicológicas en el abordaje de las identidades de género, en pos de realizar hormonizaciones e intervenciones quirúrgicas. Este tipo de prácticas se fue extendiendo por Estados Unidos y fue exportado a otras latitudes.

El sistema sexo-género y la problematización del modelo heteronormativo y patriarcal

Emigrado a Estados Unidos, John Money, psicólogo y médico neozelandés cercano a Benjamin, introdujo, primero en 1955, la noción de “rol de género” y, después, la de “identidad de género”. Apartándose del determinismo biológico, tomó el concepto de “género” de las ciencias del lenguaje y lo llevó al campo de la salud para subrayar la educación como determinante del comportamiento de varones y mujeres, en tensión con los condicionantes biológicos o genéticos. La concepción de “rol de género” señala modelos culturales identitarios contrapuestos, que orientan actuaciones diferenciadas para varones y mujeres a través de actividades, vestimentas, juegos, colores, gestos, etcétera.

En 1966 Money creó la primera Clínica de Identidad de Género en la Universidad Johns Hopkins, que se especializó en las intervenciones de modificación genital. Alentaba a realizarlas lo antes posible, incluso a bebx intersex, porque consideraba que el género se asimilaba muy tempranamente. Las consecuencias físicas y emocionales que estos procedimientos produjeron fueron fuertemente denunciadas desde la década de 1990, al formarse la Sociedad Intersex de Norte América (ISNA por sus siglas en inglés). Este colectivo en defensa de los derechos de personas intersex, activo en Argentina desde mediados de esa década, narró en primera persona estas traumáticas experiencias, y produjo marcos críticos y políticos para exigir que se deje de someter a bebx y niñxs a este tipo de intervenciones hasta el momento en el que pudieran dar su consentimiento informado, en el caso de desear algún tipo de intervención.

En 1968 Robert Stoller, psiquiatra y psicoanalista norteamericano, profundizó la propuesta de Money acercando la noción de “identidad de género” a lo psicológico y llevando la de “rol de género” hacia la definición de la experiencia y la expectativa social que se tiene sobre el género de las personas. En los años setenta, Lionel Oversey y Ethel Person formularon la clasificación “transexualismo primario y secundario” para marcar grados de autenticidad de acuerdo con estándares predeterminados según se fuera desarrollando, respectivamente, desde la infancia o después de esta. Aún hoy se basan en esta clasificación ciertas prácticas que apelan a los diagnósticos psiquiátricos.

Paralelamente, a partir de la década de 1960, movimientos activistas denunciaron que la psiquiatría justificaba la discriminación que sufrían tanto las mujeres como aquellas personas cuyas prácticas sexuales, expresiones e identidades de género no se ajustaban a la heterosexualidad hegemónica y al binario varón masculino/mujer femenina. Estos movimientos iniciaron intercambios con la academia, interviniendo desde distintas disciplinas en clases, eventos y congresos, para debatir los saberes existentes. Se realizaron, de hecho, alianzas con miembros de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), primero para solicitar la eliminación de la “homosexualidad” del *Manual de Diagnósticos y Estadísticas*, lograda en el *DSM-II* de 1974, y luego, para avanzar en la despatologización de las identidades trans.

En la década de 1970, y en relación con estos debates entre activismos y academia, las teorizaciones sobre género se trasladaron de la medicina y, especialmente, de la psiquiatría, a las ciencias sociales. En *Sexo, género y sociedad*, Ann Oakley usó la noción de “sexo” para hacer referencia a las determinaciones biológicas e introdujo la de “género” para señalar las expectativas sociales y culturales sobre el comportamiento sexuado de las personas. Estas teorizaciones fueron retomadas por los feminismos para denunciar el rol subordinado que se le asignó a las mujeres en la sociedad, exponiendo que esta desigualdad histórica no se relaciona con causas biológicas o naturales sino sociales y culturales y, por lo tanto, políticas.

Desde esta perspectiva, en 1975 Gayle Rubin, antropóloga y activista norteamericana, precisó el sistema sexo/género

como alusión a las coordenadas a través de las que cada cultura percibe, entiende y transforma la sexualidad presuntamente biológica en producto de la actividad humana. Este sistema se define, entonces, como el conjunto de disposiciones que regulan el sexo y la procreación a través de la distribución jerarquizada de funciones diferenciales para mujeres y varones, produciendo estereotipos y prescripciones para cada género según una matriz política que sostiene la heterosexualidad obligatoria y la autoridad patriarcal sobre fundamentos científicos perimidos.

Estos lineamientos dieron base a los “estudios de género” que se extendieron rápidamente a partir de la década de 1980, y colaboraron directamente con la despatologización de las expresiones e identidades de género en diálogo con los movimientos políticos y sociales y, especialmente, con los movimientos feministas y LGTBIQ.

El diagnóstico de “disforia de género”

A pesar de los debates que en esa época se venían produciendo, en 1973 Norman Fisk forjó el diagnóstico de “disforia de género”. “Disforia” se define como lo contrario a “euforia” y se utiliza para referir al disgusto o malestar que una persona supuestamente tiene en relación con el “sexo” que le fuera asignado al nacer. Este diagnóstico reemplazó al de “transexualismo” de Benjamin y se popularizó rápidamente, apareciendo en el *DSM III*, publicado en 1980. Esta edición diferenció las “parafilias” –que reemplazaban la categoría de

“desviaciones sexuales”– de las “disfunciones psicosexuales” y de los “trastornos de identidad de género”, entre los que se sumó el “trastorno de la identidad de género en la infancia”. Por su parte, la *CIE-10* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicada en 1992, incluyó la “transexualidad” y los “trastornos de identidad de género en adolescentes o adultos” dentro de las enfermedades mentales, y definió tres trastornos diferentes: “trastorno de la identidad sexual de la infancia”, “travestismo de rol doble” y “transsexualismo”.

En consonancia con estas clasificaciones, se fue desarrollando un abordaje “preventivo” con respecto a niñxs y jóvenes para reforzar los roles tradicionales de género en pos de la familia patriarcal. Entre otros referentes, el psiquiatra Richard Green, discípulo de Harry Benjamin, John Money y Robert Stoller, formuló en 1977 el “síndrome del niño mariquita” con el que se difundió desde el ámbito médico el prejuicio que sostiene que el “comportamiento afeminado durante la infancia” es un signo que devela a una familia enferma. Luego, la misma teoría se extendió para las “machonas”.

En 1979 se fundó la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin, llamada actualmente Asociación Profesional Mundial de la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés). Esta institución creó el primer protocolo oficial para los tratamientos de “reasignación de género” que se denomina “Estándares de atención para los desórdenes de la identidad de género”, conocido como SOC por sus siglas en inglés. Tomando el diagnóstico de Benjamin,

este protocolo puntualiza la manera en la que deben realizarse los tratamientos psiquiátricos, endocrinológicos y quirúrgicos en las personas trans. A partir de entonces, muchos países, especialmente los europeos y Estados Unidos, usan este instrumento para establecer distintos protocolos médicos en los servicios de psiquiatría de hospitales públicos, que son los que han orientado la formación y/o capacitación profesional en Argentina.

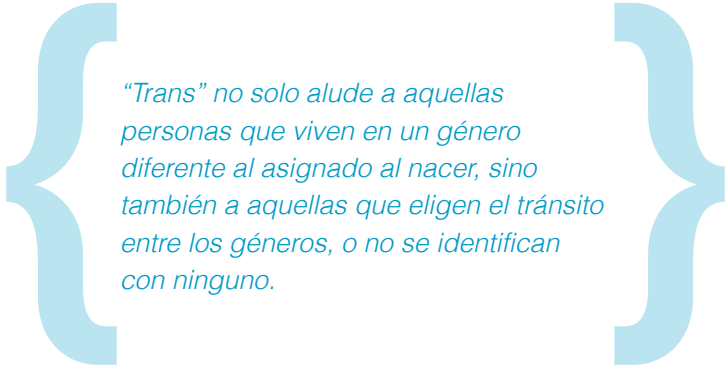
Estos protocolos, que se extendieron a nivel internacional, siguen presentando a la “transexualidad” y/o el “travestismo” como enfermedades mentales desde los diagnósticos de “disforia de género” y/o “trastorno de identidad de género”. Esto no solo contribuye a continuar con la patologización de las identidades trans, sino que ha generado que, históricamente, en otros países que tienen leyes y/o fallos judiciales al respecto, se obligue a las personas trans a someterse a evaluaciones y/o seguimientos psiquiátricos, y a protocolos de hormonización y/o quirúrgicos, para obtener el cambio de identidad en los documentos públicos. Este diagnóstico supone que las personas trans deben asumir que nacieron en “cuerpos equivocados”, lo que estimula, social y científicamente, su percepción y autopercepción como anomalía y enfermedad, y legítima, entonces, que sus cuerpos y sus gestos sean permanentemente examinados, estigmatizados, corregidos, medicalizados y señalados en su diferencia. La naturalización cultural de estas argumentaciones y protocolos psico-médicos ha condicionado, así, a muchas personas trans a construir sus propias narrativas e identidades desde diagnósticos psico-médicos.

Campaña nacional e internacional por la despatologización trans

Desde 2007 se realiza la campaña mundial “Stop Patologización Trans” (*Stop Trans Pathologization*). Esta campaña se organiza con el objetivo de que se retiren la “disforia de género” y los “trastornos de la identidad de género” de las próximas ediciones de los catálogos diagnósticos internacionales, como la *CIE* de la OMS y el *DSM* de la APA. También, para profundizar la lucha por el acceso pleno a los derechos a la salud integral de las personas trans. Propone, además, la inclusión de una mención no patologizante en la *CIE-11* para facilitar la cobertura pública de la atención sanitaria de las personas trans³.

Esta actualización es fundamental porque, a partir de aquellas clasificaciones, muchos países producen los protocolos para el tratamiento y el cuidado de la salud para las personas trans. Al reducir estas identidades a desórdenes o trastornos psiquiátricos, se habilita que las instituciones de salud apliquen de manera obligatoria un proceso de evaluación médico-psiquiátrica para determinar cómo se autopercibe la persona y si, entonces, merece o no la hormonización, los procedimientos quirúrgicos y el cambio registral en los documentos. De esta manera, se desautoriza la autonomía personal sobre las propias vivencias, deseos y derechos.

La revisión del *DSM-5* (2012) sigue siendo muy criticada a nivel nacional e internacional. Allí se propone el cambio de “Trastorno de identidad de género” por el de “Disforia de género”. El foco patológico en la identidad es reemplazado por el foco en el malestar (disforia) que pudiera ocasionar la incongruencia entre el género atribuido al nacer y la autopercepción. Lo que en apariencia es una instancia superadora, mantiene la perspectiva de “normalización”, que pasa de diagnosticar la identidad a diagnosticar el sufrimiento. Establece, de esta manera, un ideal de congruencia corporal, identitaria y expresiva, entendida como “bienestar”. Así, lo que se presenta como avance, en realidad tutela el reconocimiento de la identidad, limita la vivencia singular de los géneros y condiciona los procedimientos de construcción



“Trans” no solo alude a aquellas personas que viven en un género diferente al asignado al nacer, sino también a aquellas que eligen el tránsito entre los géneros, o no se identifican con ninguno.

3. Ver <http://www.stp2012.info/old/es>.

La referencia a la identidad de género es independiente a la de “orientación sexual”. Las personas trans pueden identificarse como heterosexuales, gays, lesbianas, bisexuales, pansexuales o *queer*, entre otras posibilidades.

Así como las experiencias y/o expresiones de género son tan variadas como personas existen, los modos de vivir las sexualidades son múltiples, y muchas veces las personas no se identifican o ajustan a ninguna de esas terminologías disponibles, o las van cambiando y/o tensionando en distintos momentos*.

* Sin embargo, es necesario considerar que las experiencias trans del cuerpo y las sexualidades siguen condicionadas por regulaciones de la diversidad corporal y por modelos hetero y homonormativos.

corporal sobre la base del sufrimiento, al reelaborar la clasificación anterior de “desorden de la identidad de género” como “incongruencia de género”.

Por su parte, la finalización del proceso de revisión de la *CIE-11* será en 2017, a partir de su aprobación por parte de la Asamblea Mundial de la Salud. A través de diversas acciones e intercambios que han producido las organizaciones trans a

nivel nacional e internacional, se han logrado modificaciones significativas. En la *CIE-10* las categorías que se referían a cuestiones de las personas trans estaban incluidas en el capítulo V, titulado “Trastornos mentales y de comportamiento”. En agosto de 2014, el Grupo de Trabajo de la OMS, que se especializa en la clasificación de trastornos sexuales y salud sexual, publicó un documento con sus recomendaciones. En él se anunció el retiro de las categorías que aluden a lo trans del capítulo V, y la introducción de dos categorías nuevas: “Incongruencia de género en adolescentes y adultos” e “Incongruencia de género en la infancia”. Finalmente, el documento sugirió sumarlas en un nuevo capítulo llamado “Condiciones relacionadas con la salud sexual”.

Las organizaciones trans han rechazado unánimemente la nueva nomenclatura propuesta, “Incongruencia de género en la infancia”, ya que se la considera una forma clara de “repatologización de la homosexualidad”. Además, han criticado esta forma diagnóstica porque no cuenta con un adecuado respaldo científico, es irrelevante en relación con lograr o mejorar el acceso sanitario y el reconocimiento legal, no tiene utilidad clínica, es inconsistente con otras propuestas que son parte de la misma revisión de la *CIE-10*, y por estar seriamente influenciada por sesgos culturales binarios. Se subraya que las variaciones en los géneros durante la infancia no ameritan intervenciones médicas en relación con la construcción corporal, como hormonizaciones y/o cirugías. Sin embargo, lxs niñxs necesitan información y apoyo en relación con la libre exploración de sus identidades y expresiones de género, y también para poder afrontar la hos-

tilidad que, generalmente, viven a diario. Por eso, a su vez, se recomienda asesorar a sus familias cuando lo requieran.

En Argentina, con anterioridad a la campaña mundial de “Stop Patologización Trans”, y luego en consonancia con sus reclamos a nivel mundial, los distintos activismos trans, transgéneros, transexuales y travestis han debatido e intervenido críticamente en relación con el peso que ha tenido la clasificación diagnóstica como estrategia histórica para garantizar la legalidad y la legitimidad de ciertas construcciones identitarias. En ese sentido, la Ley de Identidad de Género, aprobada en 2012, impulsa la autodeterminación de la persona y desestima todo peritaje psico-médico.

Actualmente, desde varias organizaciones nacionales e internacionales se promueve el uso de la palabra “trans” para identificar a “transexuales”, “travestis”, “transgéneros”, y otras formas afines de expresarse y nombrarse, para resaltar el valor político de la autodeterminación identitaria y diferenciarse de las denominaciones psico-médicas. Desde esta perspectiva, “trans” no solo alude a aquellas personas que viven en un género diferente al asignado al nacer, sino

también a aquellas que eligen el tránsito entre los géneros, o no se identifican con ninguno, sin importar que se hayan realizado o no modificaciones hormonales y/o quirúrgicas.

Ya desde la década de 1990 el término “transgénero” –acuñado en la de 1970– impactó como una nueva forma de expresarse y nombrarse en línea con las luchas activistas para abandonar las connotaciones psico-médicas de la “transexualidad” y el “travestismo”. Sin embargo, aunque hoy en día se ha popularizado su simplificación en el término “trans” para englobar las demás autopercepciones, algunas personas todavía se reivindican como “transexuales” o “travestis”, entre otros, pero muchas veces resignificando sus sentidos originales. Así, los diferentes debates en Argentina han planteado que una persona trans, transgénero, travesti o transexual construye su identidad de género independientemente de las intervenciones quirúrgicas, modificaciones hormonales y de otros tipos. Por lo tanto, el uso de estos modos de nombrarse a sí mismx en la propia experiencia de género no obedece a definiciones exhaustivas preestablecidas, sino a los diferentes modos de personalizar y/o politizar los términos disponibles. ●



Capítulo 3

Población trans: mapa de la situación
socio sanitaria en Argentina



Población trans: mapa de la situación sociosanitaria en Argentina



Garantizar el acceso a la atención de la salud de manera integral, en consonancia con los derechos consagrados en la Ley de Identidad de Género, supone transformar las prácticas, los protocolos y los procedimientos que organizan los procesos de atención-cuidado en el sistema de salud, para que se orienten hacia formas más inclusivas y accesibles a la población trans. La importancia de estos cambios es central, ya que el promedio de vida estimado de una persona trans es de 35 años¹, muy por debajo de la expectativa de vida del resto de la población, que en Argentina es de 75 años².

En la actualidad, no se dispone de datos oficiales sobre la situación de la población trans en nuestro país. Entre las primeras encuestas y estudios específicos pueden mencionarse los realizados por organizaciones LGBTQ. Por ejemplo, *Cumbia, copeteo y lágrimas*, llevada a cabo en 2006 por la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transsexual (ALITT), y *Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*, realizada en 2013 por la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) y la Fundación Huésped.

1. Por carecer de estadísticas oficiales, este dato ha sido estimado a partir de investigaciones de diversas organizaciones como ALITT y ATTTA y otras fuentes (ver bibliografía).

2. *Indicadores básicos. Argentina 2014*. Dirección de Estadísticas e Información Pública en Salud. DEIS. Ministerio de Salud de la Nación.

El Ministerio de Salud de la Nación junto con ATTTA y la Fundación Buenos Aires Sida realizó en 2006 el estudio *Seroprevalencia de VIH en personas trans y su asociación a prácticas de riesgo*, a través del entonces Programa Nacional de Sida. Además de los datos de prevalencia, en la investigación se tomaron en cuenta variables socio-demográficas, problemas jurídico-legales y aspectos socioculturales³.

Recién entre 2011 y 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI) implementaron una prueba piloto de la Primera Encuesta sobre Población Trans en Argentina, dando los primeros pasos desde el Estado para relevar, sistematizar y disponer de información socio-demográfica que oriente la elaboración de políticas públicas más inclusivas.

Datos sobre la situación sociosanitaria de las personas trans en Argentina

A pesar de la ausencia de datos oficiales y representativos de la totalidad de la población trans, los diversos estudios realizados permiten dar cuenta de la especificidad de sus condiciones de existencia y exponen una alarmante brecha con respecto al resto de la población. Estos datos muestran un panorama actual de múltiples exclusiones y vulneraciones de derechos que las personas trans viven cotidianamente.

El subsistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans. La encuesta realizada por el INDEC indica que el 80% de la población trans encuestada no tiene cobertura de obra social o prepaga o incluso plan estatal.

La Ley de Identidad de Género establece que el sistema de salud debe garantizar la atención integral de la salud de las personas trans. Esto incluye el acceso a hormonizaciones e intervenciones quirúrgicas a las personas trans que lo requieran. En ese sentido, un dato importante a considerar es qué modificaciones corporales son las más utilizadas y en qué condiciones se practican, tanto en el contexto del sistema de salud como por fuera de él.

De acuerdo con la primera encuesta llevada a cabo por INDEC-INADI, más de la mitad de las personas encuestadas se realizó hormonizaciones, siendo más frecuentes en feminidades (61%) que en masculinidades (19%). Un dato relevante es que nueve de cada diez personas trans manifestaron realizar hormonizaciones sin asesoramiento ni acompañamiento de un profesional de la salud. Del total de personas encuestadas, el 54% efectuó modificaciones corporales, siendo la más habitual la inyección de siliconas o aceites. Casi nueve de cada diez personas se aplicaron inyecciones, y dos de cada diez se realizaron implantes mamarios. A su vez, siete de cada diez manifestaron que por motivos económicos no pudieron acceder a ninguna modificación corporal.

3. Pueden verse algunos resultados en el documento: *Salud, VIH-sida y sexualidad trans*. MSAL y OPS (2008).

La encuesta de ATTTA y Fundación Huésped arroja datos similares: en relación con las intervenciones para la construcción corporal, el 68% de las feminidades trans⁴ se realizó hormonizaciones, y en más de la mitad de los casos las hormonas fueron administradas por cuenta propia. Seis de cada diez personas se aplicaron inyecciones con aceites industriales o silicona líquida, y cuatro de cada diez se colocaron implantes. A su vez, el 40% de las feminidades trans accedió a cirugías estéticas y casi el 2% a intervenciones quirúrgicas de modificación genital. Nueve de cada diez de las feminidades trans que se aplicaron inyecciones con aceite y siliconas líquidas lo hizo por medio de otra persona trans. En el caso de las masculinidades trans, casi el 34% se realizó procesos de hormonización. Del total de personas encuestadas, la mitad lo hizo por su cuenta y solo el 38% con asesoramiento médico. De las 46 masculinidades trans encuestadas, siete se realizaron una mastectomía y solo dos personas accedieron a cirugías de modificación genital (ATTTA-Fundación Huésped, 2013).

Las situaciones de discriminación y violencia vividas en instituciones públicas, incluidos los establecimientos de salud, son mencionadas en todos los estudios consultados. De acuerdo con la encuesta realizada por ALITT en 2007, el 91% de las personas encuestadas señaló haber sufrido situaciones de violencia en escuelas, hospitales, transportes y oficinas públicas. En relación con los efectores de salud, la encuesta reali-

zada por ATTTA y Fundación Huésped señala que las personas sufrieron discriminación tanto por parte de otrxs usuarixs de los servicios como por distintxs integrantes del equipo de salud, en especial personal médico y administrativo.

Los datos sobre las consecuencias de la discriminación en el ámbito de la salud muestran que tres de cada diez personas encuestadas abandonaron tratamientos médicos por ese motivo, y que cinco de cada diez personas dejaron de concurrir al efector de salud como consecuencia de la discriminación sufrida por su identidad de género (INDEC-INADI).

En relación con la esperanza de vida, la encuesta realizada por ALITT afirma que sobre una muestra de 592 personas trans fallecidas, el 43% murió entre los 22 y los 31 años,

El subsistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans.

4. Si bien en la encuesta citada se utilizan las expresiones “mujeres trans” y “hombres trans”, en la presente guía se alude a “feminidades” y “masculinidades trans”, de acuerdo con el criterio expresado en la Introducción.

el 33% entre los 32 y los 41, y el 9% antes de cumplir los 21 años. Entre las principales causas de muerte de las feminidades trans se menciona en primer lugar el VIH/sida. Casi el 55% murió por esta causa, cifra que da cuenta de las barreras para acceder a los servicios de salud. En segundo lugar se encuentran los asesinatos, que representan más del 16% del total de esas muertes. Otras causales de muerte mencionadas son el suicidio, el cáncer, sobredosis, ataques cardíacos, diabetes, cirrosis, complicaciones derivadas de la auto-administración de hormonas y/o siliconas o aceites, entre otras (ALITT, 2007).

Otro dato significativo en relación con la salud de personas trans es el que arroja el Estudio de Seroprevalencia de VIH en personas trans⁵. De acuerdo con los testeos realizados a 441 personas trans con identidad de género femenina, el estudio establece que la prevalencia de VIH es de un 34%⁶.

Educación, trabajo y vivienda como determinantes de la salud

Se entiende la salud integral como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud individual y colecti-

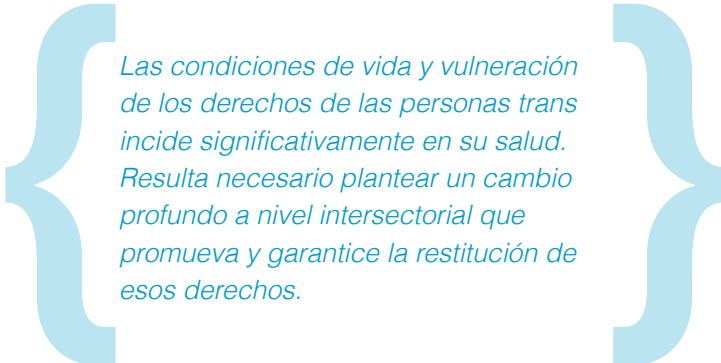
va se define, entonces, a través de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos, políticos y sociales, por lo que el acceso a la educación, al trabajo y a la inclusión social y ciudadana aparece como aspecto básico de una vida saludable.

En este sentido, es necesario tener en cuenta la precarización histórica que ha recaído sobre las vidas de las personas trans, debido a que las instituciones, de manera recurrente, las excluyeron o expusieron a condiciones discriminatorias y/o violentas.

Una de las dificultades más frecuentes con la que se enfrentan las personas trans es el acceso al sistema educativo. De acuerdo con la primera encuesta elaborada por INDEC-INADI, solo el 64% de la población trans encuestada aprobó el nivel primario o EGB, el 20% terminó el nivel secundario o polimodal y el 2% finalizó el nivel terciario o universitario. Las diferentes organizaciones LGTBQ, investigaciones académicas e instituciones públicas, como el INADI, han argumentado la inhospitalidad del sistema educativo para las personas trans. Quienes lograron recibirse han denunciado discriminación y/o violencia por cuestiones relativas a su identidad de género, tanto durante la cursada de sus estudios como, así también, en la búsqueda de inserción laboral.

5. *Salud, VIH-sida y sexualidad trans*. MSAL y OPS (2008).

6. Si bien este estudio data de 2006, los resultados de prevalencia de infección por VIH no difieren de otro realizado recientemente por el INBIRS (Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida), Prevalencia de infección por VIH y *Treponema Pallidum* en poblaciones vulnerables en Argentina. Identificación de patrones de Testeo, consumo de drogas, prácticas sexuales y uso del preservativo (2013-2014).



Las condiciones de vida y vulneración de los derechos de las personas trans incide significativamente en su salud. Resulta necesario plantear un cambio profundo a nivel intersectorial que promueva y garantice la restitución de esos derechos.

El acceso al mercado laboral es otro de los puntos vulnerables expuestos por distintos estudios. Según datos de la encuesta de INDEC-INADI, el 20% de la población trans no realiza ninguna actividad remunerada. El 80% restante se dedica a actividades relacionadas con la situación de prostitución y/o el trabajo sexual, u otras tareas de precaria estabilidad y trabajos no formales. Siete de cada diez personas sostienen no estar buscando otras fuentes de ingresos y ocho de cada diez aseguran que su identidad de género dificulta esta tarea.

La encuesta de ATTTA y Fundación Huésped especifica que las feminidades trans están ocupadas por cuenta propia en

un 71%, mientras que el 13% trabaja en relación de dependencia. Del total de las encuestadas el 61% se encuentra en situación de prostitución o ejerce trabajo sexual. El 23% afirma haberlo hecho pero no realizarlo actualmente, mientras el 15% declara no haberlo ejercido nunca. La mayoría comenzó a hacerlo al manifestar su identidad de género, momento en el que suelen ser expulsadas de sus hogares familiares. Por su parte, las masculinidades trans consultadas trabajan por cuenta propia en un 39%, y un 37% lo hace en relación de dependencia. Del total de las personas encuestadas solo una declara estar en situación de prostitución y/o ejerciendo el trabajo sexual, y dos haberlo hecho en algún momento.

Las condiciones de trabajo a las que han sido frecuentemente expuestas las personas trans repercute directamente en su situación habitacional. De acuerdo con la encuesta de INDEC-INADI el 50% de las personas trans encuestadas reside en viviendas deficitarias.

Estas cifras muestran un panorama de precarización de las condiciones de vida y vulneración de los derechos de las personas trans que incide significativamente en su salud. Resulta necesario plantear un cambio profundo a nivel intersectorial que promueva y garantice la restitución de esos derechos. ●



Capítulo 4

Salud integral de las personas trans:
abordaje desde el equipo de salud



Salud integral de las personas trans: abordaje desde el equipo de salud

La Ley 26743 establece el derecho de todas las personas a que se reconozca y respete su identidad de género, al libre desarrollo personal conforme a esa identidad autopercebida, y a ser tratadas e identificadas de acuerdo a esta, en los instrumentos que acreditan su identidad. En el campo de la salud, la ley garantiza el pleno acceso de todas las personas a la atención integral, desde una perspectiva de derechos, lo que obliga a la eliminación de cualquier tipo de enfoque patologizador.

Estos logros alcanzados en materia de derechos, a partir del trabajo de distintas organizaciones sociales, presentan nuevos desafíos para los equipos de salud. Por un lado, el surgimiento de demandas de atención sobre temáticas o situaciones hasta el momento invisibilizadas. Por otro, la presencia de personas usuarias que asumen una nueva posición, al ser reconocidas y reconocerse como sujetxs de derecho.

Las maneras de hacer de quienes integran el equipo de salud responden, explícita o implícitamente, a una concepción de sujetx, a un modo de entender el proceso de salud y su cuidado, y a la forma en que se construyen los saberes y se aprenden las prácticas. El desafío es contribuir en la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan subjetividades diversas, y que puedan integrar el trabajo de acompañamiento, reconocimiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas, desde un modelo de atención que propicie la confianza y el respeto en lugar de la crítica y la exclusión.

Para avanzar en esta construcción es fundamental que los equipos de salud orienten el proceso de atención desde un nuevo enfoque, enmarcando sus acciones en el reconocimiento y el cumplimiento de los derechos de todas las personas.

El enfoque despatologizador de las identidades trans

La despatologización supone reconocer a las identidades trans como parte de la diversidad humana, dejando de lado las categorías que las definen como una enfermedad o un problema. Significa abandonar la tradicional oposición binaria varón-mujer, y la presunción de heterosexualidad obligatoria, en función de una concepción que tenga en cuenta las trayectorias singulares de las personas en relación con modos fluidos de transitar y expresar la experiencia de los cuerpos, los géneros y las sexualidades.

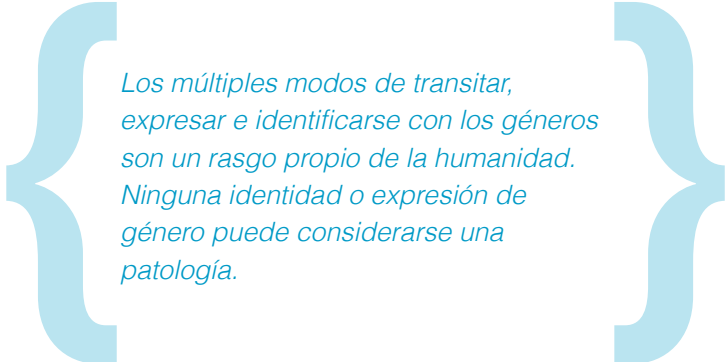
Los múltiples modos de transitar, expresar e identificarse en los géneros son un rasgo propio de la humanidad. La transexualidad, la transgeneridad, el travestismo, lo trans no son una enfermedad ni un problema. Lo que sí constituye un grave riesgo para la integridad de las personas es la discriminación por identidad de género presente en la sociedad. Esta afecta la salud de las personas al obstaculizar el libre desarrollo de quienes no se adecuan a las normas de género socialmente impuestas, lo que promueve y justifica prácticas de exclusión, desigualdad y violencia.

La diagnosis patologizadora de las identidades trans está centrada en la institucionalización del modelo binario y heteronormativo que diferencia y clasifica a las personas como trans y no trans. A lo largo del tiempo ha contribuido a desarrollar mecanismos que generan estigma, discriminación, desigualdad y violencia. A su vez, ha justificado la delega-

ción de la autonomía de las decisiones de las personas trans en profesionales de diferentes campos, como el de la salud, el jurídico y el de la bioética.

Para la construcción de un modelo de atención desde un enfoque despatologizador, se vuelve central el reconocimiento de las personas trans como sujetxs activxs de derecho, con capacidad para decidir por y sobre sí mismas. Esto supone restituir la voz a las personas en relación con sus propias necesidades, experiencias y deseos, y reivindicar su autonomía y responsabilidad sobre sus propios cuerpos y vidas.

Se requiere poner en juego la capacidad de problematizar cómo se realizan las tareas, aportar una mirada diferente e instalar la posibilidad de cambiar el modo de hacer en la práctica. Es indispensable repensar la acción para dejar de lado un modelo tradicional de atención normativo y evaluador, y construir nuevas maneras de hacer que permitan el acompañamiento de las personas en sus trayectorias y subjetividades diversas, respetando sus formas de vivir el género y significar el cuerpo.



Los múltiples modos de transitar, expresar e identificarse con los géneros son un rasgo propio de la humanidad. Ninguna identidad o expresión de género puede considerarse una patología.

El modelo de atención propuesto se basa en los siguientes principios¹:

- El reconocimiento de que las expresiones, trayectorias e identidades de género son múltiples.
- El reconocimiento de la singularidad en los modos de vivenciar, expresar y/o transitar los géneros como un derecho humano.
- El reconocimiento de las personas trans como sujetxs activxs de derecho.
- El abordaje de la salud desde una mirada integral.
- El acceso a una atención sanitaria de calidad.
- La atención desde un enfoque despatologizador de las identidades trans.
- La atención centrada en la autonomía de las personas para la toma de decisiones.
- El derecho a la no discriminación en la atención sanitaria y a no padecer ninguna forma de violencia.

El acceso de las personas trans a los servicios de salud: avances y nuevos desafíos

Las personas trans históricamente han evitado concurrir al sistema de salud por vivir en él recurrentes modos de exclusión, discriminación y violencia, basados en su identidad y/o expresión de género².

En las últimas décadas, las acciones implementadas desde el sistema sanitario en relación con la salud de las personas trans han estado centradas en cuestiones específicas, como la atención y prevención del VIH, y los procedimientos de modificación corporal. Por ello, los servicios especializados, como infectología, urología y cirugía, fueron consolidándose como los puntos de encuentro entre esta población y el sistema de salud. Debido a la falta de mecanismos adecuados de articulación dentro del propio sistema, muchas veces estos espacios no han logrado constituir puertas de acceso a una atención integrada e integral. A su vez, la atención de las personas trans ha dependido, en varias ocasiones, de prácticas profesionales aisladas por parte de quienes se comprometen con las necesidades y demandas de esta po-

1. Esta enumeración de principios retoma ideas desarrolladas en el documento: *Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos*. (STP 2012).

2. En 2010 se llevó a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la *Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos*, organizada por el Ministerio de Salud de la Nación, en la que participaron diversas organizaciones LGTB. En la misma se identificaron y señalaron, entre otras, las siguientes barreras de acceso a los servicios de salud: la falta de reconocimiento de la identidad de género de las personas trans; los procedimientos burocráticos y administrativos que dificultan el ingreso al sistema de salud; la presunción de heterosexualidad en la atención médica; los prejuicios, concepciones y creencias de los equipos de salud hacia la comunidad LGTB que pueden constituirse en prácticas discriminatorias y/o violencia directa; la falta de servicios capacitados en los cuidados y los derechos de la salud sexual y la salud reproductiva de las personas LGTB; la presunción del no deseo de maternidad y/o paternidad de las personas trans; la escasez de equipos capacitados a nivel nacional para realizar las intervenciones de modificación genital; la falta de conocimientos adecuados en relación con tratamientos hormonales, y las dificultades para la atención en los servicios de ginecología, urología y proctología.

blación, sin la posibilidad de que se institucionalicen esas acciones. Estas situaciones facilitaron el acceso al sistema de salud, pero también han contribuido a que el proceso de atención-cuidado se organice de manera fragmentada.

Asimismo, en los últimos años se crearon *consultorios amigables* para la población LGBTQ, en muchos casos en articulación con organizaciones sociales. Si bien constituyeron un avance sustancial en la eliminación de barreras de acceso al sistema de salud, y permitieron visibilizar temas hasta entonces no contemplados, el desafío actual es afianzar una atención integral, igualitaria y de calidad en toda la estructura del sistema.

El modelo de atención debe centrarse en el fortalecimiento del primer nivel de atención, y en la articulación efectiva de los distintos niveles que conforman el sistema sanitario. La propuesta es poner en marcha acciones que, desde una mirada amplia de la salud, vayan más allá de un enfoque de riesgo, y tengan en cuenta las múltiples dimensiones de las demandas y necesidades de las personas trans. Se busca que los procesos de atención y de cuidado ganen en niveles de calidad, adecuándose a las especificidades y trayectorias singulares de cada persona.

Es fundamental la sensibilización y la capacitación de todos los agentes del sistema sanitario, incluidos el personal administrativo, de seguridad y de mantenimiento. Los procesos de formación deben basarse en un enfoque de derechos, así como en las perspectivas de género y de diversidad se-

xual y corporal. Esto es necesario para mejorar las prácticas en la atención y evitar situaciones de maltrato que, aunque muchas veces no sean intencionales, constituyen formas de violencia institucional.

A su vez, para dar respuesta a las múltiples situaciones del proceso de atención-cuidado de las personas, es importante conocer los recursos con los que se cuenta, recurrir a los saberes del propio equipo e implementar diferentes estrategias de atención, de acuerdo con las realidades y posibilidades concretas, además de crear y fortalecer redes interinstitucionales y con otros actores de la comunidad. En este contexto, cobra especial valor la participación de los equipos de salud y la comunidad en espacios de discusión y decisión, y el desarrollo de articulaciones con organizaciones sociales, especialmente trans y/o LGTBQ.

Algunas claves para una atención integral de calidad

Brindar una atención de calidad implica actuar desde un enfoque despatologizador basado en el reconocimiento y el respeto de la identidad de género expresada por la persona. Además, requiere el despliegue de una escucha activa, atenta y respetuosa, que habilite una relación de confianza. Esto hace posible brindar un acompañamiento que respete los deseos y necesidades de las personas, y que no interfiera de manera coactiva en sus decisiones.

El rol de quienes integran los equipos de salud no es el de imponer, valorar, dirigir o limitar las experiencias, sino el de otorgar información apropiada que posibilite una toma de decisiones autónoma, consciente e informada, en un marco de respeto, intimidad y confidencialidad. Cada situación es única y requiere de intervenciones singulares, centradas en fortalecer la autonomía de las personas para la toma de decisiones sobre su salud.

El reconocimiento de la identidad de género y el respeto de la autonomía de las personas, en el marco de una escucha atenta y activa, son claves para una atención de calidad.

El reconocimiento de la identidad de género

Una importante barrera de acceso al sistema de salud y, por lo tanto, a una atención oportuna y de calidad, es la falta de reconocimiento por parte de lxs integrantes de los equipos de salud de la existencia de diversas maneras de expresar, transitar e identificarse con los géneros, así como de las múltiples formas de comprender y experimentar las sexualidades. Las sexualidades, con sus diversas prácticas y expresiones,

son un tema conflictivo no solo para el personal de salud, sino para la sociedad en general. Las dificultades que muchas veces encuentran quienes integran los equipos de salud se vinculan con el tabú que implica la sexualidad misma en nuestra cultura. Las identidades trans interpelan el binarismo de género y la heteronormatividad, puntos nodales y naturalizados en la sociedad. Por ello, su abordaje puede generar distintos sentimientos, como incomodidad, desconcierto, temor, sorpresa, enojo, entre otros.

Uno de los grandes desafíos para los equipos de salud, y también una responsabilidad, es actuar a través de prácticas y procedimientos centrados en el reconocimiento de la libre expresión, y los múltiples tránsitos en los géneros, como un derecho de todas las personas. Esto supone trabajar los propios prejuicios, concepciones y creencias, para que no funcionen como obstáculos en el acceso a la atención ni generen prácticas discriminatorias y/o violentas.

La mayoría de lxs integrantes de los equipos de salud no han recibido formación desde una perspectiva de trabajo centrada en el reconocimiento de las identidades de género. Las instituciones educativas vinculadas con la formación de profesionales de la salud reproducen y transmiten determinadas concepciones de sujetx, de las sexualidades y las identidades de género. En general, parten de una perspectiva que naturaliza como visión científica y única una distribución genital, gonadal y cromosómica de solo dos sexos (varón-mujer), apoyada en una jerarquización cultural y social de solo dos roles de género (masculino-femenino), que se

complementan a partir de reconocer una única sexualidad: la heterosexualidad reproductiva.

Es necesario, entonces, desarrollar saberes, competencias y actitudes profesionales acordes con la tarea de acompañar, brindar información y contribuir a crear las mejores condiciones posibles para que cada persona decida sobre su cuerpo y su salud. Para esto, es importante generar espacios de capacitación y reflexión sobre las propias prácticas y sobre la construcción de los saberes que las orientan.

La Ley de Identidad de Género establece, en su artículo 12, el derecho de todas las personas a ser reconocidas y nombradas en su identidad autopercebida desde el momento en que lo explicitan, sin importar que hayan realizado o no el trámite de cambio registral. Para hacer efectivo ese derecho es fundamental revisar los procedimientos, registros y protocolos instalados en las instituciones de salud. Requiere adecuar el modo en que se elaboran las historias clínicas, las entrevistas estandarizadas, los formularios para tramitación de insumos y los modos de internación, entre otras prácticas.

Además, es central tener en cuenta que no se deben prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona por el solo hecho de ser trans, cualquiera sea su edad. Las personas comienzan a construir sus identidades y/o expresiones de género a muy temprana edad. Por eso, es fundamental que el equipo de salud acompañe el libre desarrollo de niñxs y jóvenes, incluidas sus elecciones en relación con la construcción de su identidad. El rol del personal

de salud no es el de garantizar los deseos y las expectativas de padres, madres y/o tutorxs, ni los propios, sino los de lxs niñxs y jóvenes, informándoles adecuadamente sobre sus derechos y acompañándolxs en sus decisiones sin patologizarlxs. Al respecto, es importante destacar que el artículo 12 de la Ley de Identidad de Género establece que lxs niñxs y jóvenes también deben ser tratadxs en el género expresado y por el nombre de elección desde el momento en que lo explicitan.

En todo el proceso de atención, garantizar el respeto de la identidad de género de las personas incluye:

- Preguntar a la persona cuál es su nombre y de allí en más utilizarlo.
- Llamar a la persona por su apellido cuando no se tiene seguridad si el nombre que figura en los registros es el que utiliza, y no es posible confirmarlo. Esto evita que las personas vivan situaciones discriminatorias que pueden resultar no solo incómodas, sino incluso humillantes.
- Nombrar y referirse siempre a la persona de acuerdo con el género expresado, por ejemplo, referirse en masculino a un varón aun si está embarazado.
- Evitar el uso de expresiones que señalen género (“señorita”, “caballero”, etcétera) cuando este no se conoce.
- Incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes, etcétera) únicamente el nombre expresado por la persona.
- Contemplar la amplitud de experiencias en relación con los géneros, las sexualidades y las corporalidades, incluso en los instrumentos de registro.

- No prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona por su identidad y/o expresión de género.
- Internar a las personas en salas acordes con el género expresado, siempre con su consentimiento, bajo condiciones adecuadas de privacidad y seguridad.
- Asegurar la privacidad y la confidencialidad en la consulta.

Estas prácticas deben llevarse a cabo siempre, independientemente de que la persona haya realizado o no el cambio registral. Se debe tener en cuenta, además, que la presentación del documento de identidad en ningún caso puede ser un requisito para acceder a la atención en el sistema de salud.

La Ley de Identidad de Género establece el derecho de todas las personas a ser reconocidas y nombradas en su identidad autopercebida desde el momento en que lo explicitan, sin importar que hayan realizado o no los trámites para el cambio registral. Para hacer efectivo ese derecho es necesario revisar los procedimientos, registros y protocolos instalados en las instituciones de salud.

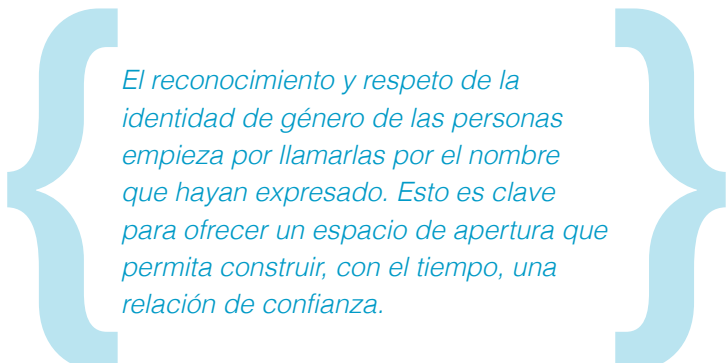
La consulta: espacio de encuentro e intercambio

Debido a la estigmatización y patologización que han sufrido las personas trans, puede suceder que se encuentren especialmente nerviosas, retraídas o tengan una actitud defensiva en el ámbito de la consulta de salud, sobre todo en el primer encuentro. El reconocimiento y respeto de la identidad de género de las personas, que empieza por llamarlas por el nombre que hayan expresado, es clave para ofrecer un espacio de apertura que permita construir, con el tiempo, una relación de confianza.

En el marco de toda consulta, entre el personal de salud y las personas usuarias, se ponen en juego relaciones de poder y de saberes que han sido valorados de manera desigual y asimétrica. El desafío es hacer de la consulta un encuentro que permita la construcción conjunta de saberes. Se trata de habilitar un espacio que reconozca los recursos de cuidado propios de cada persona. En este sentido, es necesario tener en cuenta las diversas experiencias y prácticas que muchas personas trans han desarrollado en relación con la construcción corporal, frente a su histórica expulsión del sistema sanitario. Lxs integrantes de los equipos de salud no deben intimidarse ni enojarse al ser interpeladxs desde estos saberes y prácticas no incluidos en los libros. Es importante poder recuperarlos y, en caso de que se asocien con riesgos para la salud, problematizarlos en un marco de respeto. Además, es central que quienes integran los equipos de salud trabajen sobre sus propios prejuicios y

concepciones, para habilitar la construcción de relaciones que no vulneren los derechos de las personas ni anulen sus saberes y experiencias.

La singularidad de cada persona hace de la consulta una situación original. Por ese motivo no debe pensársela como un espacio formado por momentos fijos e invariables, sino por instancias lo suficientemente flexibles que permitan ordenar la relación entre lxs integrantes del equipo de salud y las personas usuarias, sin determinarla. Estas instancias variables se articulan en base al vínculo y la comunicación, y parten de las demandas y necesidades de cada persona. No obstante, se pueden describir algunos momentos centrales de la consulta, y ponerlos en consideración en virtud de situaciones de atención de la salud integral de personas trans. Esas instancias son: la entrevista, el examen físico y las acciones preventivo-promocionales.



El reconocimiento y respeto de la identidad de género de las personas empieza por llamarlas por el nombre que hayan expresado. Esto es clave para ofrecer un espacio de apertura que permita construir, con el tiempo, una relación de confianza.

La entrevista

Es importante que durante la entrevista se habilite un espacio de diálogo e intercambio. En este sentido, resulta útil mencionar algunas claves para el desarrollo de la comunicación y el vínculo:

- Asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por la intimidad.
- Escuchar lo que la persona dice, generando un clima respetuoso y contenedor.
- Dar lugar al intercambio y habilitar a que la persona se anime a preguntar, relatar sus experiencias y expresar sus necesidades.
- Respetar los silencios.
- No indagar en cuestiones que la persona no desea compartir.
- Asumir una actitud y un tono que no resulten valorativos, sancionadores, taxativos o terminantes.
- Utilizar un lenguaje no patologizante ni discriminatorio.
- Brindar información en términos claros y comprensibles.
- No presuponer las orientaciones sexuales ni las prácticas sexuales de las personas.

El tipo de preguntas y la información brindada dependerán de las situaciones que se vayan generando. No obstante, hay cuestiones centrales a abordar en las distintas consultas de salud:

Motivo de consulta. Realizar preguntas abiertas tales como “¿qué te trae por acá?”, “¿por qué consultás?” o “¿cómo estás?” es un buen comienzo para habilitar un diálogo que permita a la persona usuaria poner en palabras sus inquietudes y necesidades.

Antecedentes médicos personales. Es necesario consultar los antecedentes clínico-quirúrgicos de la persona, incluidos el uso de medicación y los tratamientos no farmacológicos. En este sentido, es importante contemplar la utilización de sustancias de relleno, como silicona líquida o aceites, y la realización de cirugías de modificación corporal y/o hormonización.

Antecedentes médicos familiares. Es importante consultar por los antecedentes familiares en relación con los protocolos habituales. Resulta necesario, además, en caso de que la persona se esté hormonizando o desee comenzar a hacerlo, focalizar en las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, como así también en las patologías oncológicas hormonodependientes.

Aspectos psicosociales. Es importante tener en cuenta las redes afectivas y sociales y la situación laboral, económica, educacional y de vivienda de la persona. A su vez, hay que considerar que el rechazo familiar, el aislamiento social y la estigmatización, entre otras formas de violencia y/o discriminación que sufren muchas personas trans, influyen significativamente en su salud. En este sentido, es central detectar situaciones de violencia, abuso sexual y/o maltrato familiar, entre otras cuestiones que pueden menoscabar la salud de la persona.

El examen físico y los estudios complementarios

Antes de realizar el examen físico, corresponde explicar por qué se necesita hacerlo y respetar los tiempos y deseos de cada persona. En la primera consulta, el examen exhaustivo puede resultar intimidante. Una buena práctica es realizarlo de forma dirigida en relación con el motivo de consulta o la demanda de la persona, e ir completándolo en las consultas posteriores, cuando se haya afianzado el vínculo. Es preferible no abordar en la primera consulta los exámenes mamario, genital y/o anal, salvo que la situación lo amerite. Otra cuestión clave en relación con el examen físico, es la necesidad de revisar los preconceptos sobre las corporalidades de las personas y sobre la forma en que estas nombran las partes de su cuerpo. En caso de tener dudas, es conveniente preguntar de manera respetuosa.

Respecto a los estudios complementarios, es importante que su solicitud e interpretación estén basadas en la anatomía de la persona, sus antecedentes médicos personales y familiares, y su condición clínica actual. En caso de solicitar estudios cuyos resultados deben ser interpretados según la genitalidad de nacimiento, aclarar a la persona que es necesario consignar este dato en la orden de solicitud.

Las prácticas de cuidado de la salud y de prevención de enfermedades

Se deben ofrecer todos los exámenes médicos y de laboratorio de rutina que correspondan, incluyendo los ginecológicos

a toda persona que por su corporalidad lo requiera. Es necesario, además, consultar sobre el proyecto de vida de las personas para asesorarlas sobre las estrategias y posibilidades de procreación o de anticoncepción, dependiendo de sus deseos y expectativas. Como parte de las medidas preventivas, se deben tener presentes las inmunizaciones a aplicar en cada caso, como así también las siguientes pautas de rastreo:

Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares

El seguimiento, tanto desde la prevención primaria como desde la secundaria, debe realizarse de manera habitual, buscando controlar los factores de riesgo. Es importante tener presente la posibilidad de tromboembolismo asociado con el uso de estrógenos, especialmente etinil-estradiol en altas dosis.

Hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT) y dislipidemia

En aquellas personas que no estén utilizando hormonas, el rastreo de HTA, DBT y dislipidemia sigue las pautas habituales. En caso de utilizarse estrógenos o testosterona, se sugiere monitorear la tensión arterial (TA) y solicitar glucemia y perfil lipídico cada tres meses, durante el primer año de hormonización; luego con una periodicidad semestral.

Osteoporosis

Actualmente, no existe evidencia de que el uso de estrógenos y antiandrógenos incremente el riesgo de osteoporosis³. Por lo tanto, no se recomienda realizar el rastreo en aque-

llas personas que utilizan estrógenos y no fueron orquiectomizadas, ni presentan factores de riesgo adicionales para la pérdida de masa ósea. La evaluación con densitometría ósea (DMO) se sugiere en caso de existir factores de riesgo, como antecedentes familiares de osteoporosis, tabaquismo, alcoholismo, tirotoxicosis, hiperparatiroidismo, entre otros.

La administración de estrógenos en dosis de mantenimiento es necesaria luego de la orquiectomía, para reducir el riesgo de osteoporosis. En caso de existir contraindicaciones para el uso de estrógenos, se sugiere indicar suplementos de calcio y vitamina D. Frente a la presencia de factores de riesgo adicionales para la pérdida de masa ósea, hay que realizar tratamiento preventivo con bifosfonatos.

Se recomienda DMO en personas mayores de 60 años que no hayan utilizado estrógenos por más de cinco años después de la orquiectomía. El rastreo también se requiere en personas orquiectomizadas con factores de riesgo adicionales para osteoporosis.

Los estudios existentes muestran resultados contradictorios en cuanto a los efectos de la testosterona sobre la densidad ósea en personas no ooforectomizadas⁴. Existe evidencia que sugiere un aumento del riesgo de pérdida de densidad ósea después de la ooforectomía en aquellos casos en los que el uso de testosterona se interrumpe, se realiza de forma

3. Mueller y otros. (2005).

4. Feldman y otros. (2006).

irregular o las dosis administradas son inadecuadas. Hay que considerar la terapia preventiva con bifosfonato cuando existen contraindicaciones para el uso de testosterona.

Puede solicitarse una DMO en aquellas personas mayores de 50 años, con o sin ooforectomía, que hayan utilizado testosterona por más de cinco años. Es recomendable realizar el rastreo más tempranamente si la persona presenta, además, riesgos adicionales para osteoporosis.

VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

Se recomienda brindar información adecuada, oportuna y comprensible sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), haciendo énfasis en las formas de prevenir su transmisión. Es central reforzar el uso del preservativo y el campo de látex como estrategias preventivas fundamentales, y ofrecer el testeo voluntario de VIH y otras ITS, a partir de un asesoramiento adecuado que habilite la toma de decisiones de manera informada. Asimismo, resulta importante evaluar, según los factores de riesgo, la necesidad de otras medidas preventivas como la vacunación contra las hepatitis A y/o B.

Una barrera importante en el acceso al tratamiento del VIH es la información errónea que muchxs profesionales tienen respecto a la forma en que este interfiere con la hormonización. Las personas trans que se encuentran hormonizándose, o desean hacerlo, pueden recibir las pautas de tratamiento antirretroviral generales, teniendo en cuenta algunas posibles

interacciones. El uso concomitante de antirretrovirales con las drogas utilizadas para la hormonización puede resultar en el aumento o disminución de las hormonas en sangre. En este sentido, es importante que lxs profesionales que realizan el seguimiento de la hormonización contemplen la necesidad de modificar las dosis hormonales administradas. Por su parte, la utilización de las drogas para hormonización no parece impactar con la eficacia del tratamiento antirretroviral.

Cáncer de mama

En el caso de aquellas personas que no se hayan hormonizado, ni realizado cirugías a nivel mamario, las pautas de rastreo son las habituales de acuerdo con la genitalidad de nacimiento y los antecedentes familiares y personales de cáncer de mama.

Se sugiere la realización de mamografía bilateral en personas mayores de 50 años que realizan, o realizaron, hormonización con estrógenos, y presentan factores de riesgo adicionales como: antecedentes familiares de cáncer de mama, uso combinado de estrógenos y progestágenos por más de cinco años y/o índice de masa corporal (IMC) mayor a 35⁵. No hay sólida evidencia de que la testosterona modifique el riesgo de cáncer de mama, por lo que no variarían las pautas de rastreo con el uso de esta hormona.

La mamoplastía en aumento no incrementa el riesgo de cáncer de mama. En caso de realizarse una mamografía, es ne-

5. Feldman y otros. (2006).

cesario considerar este antecedente quirúrgico para que la misma se realice con la técnica adecuada, debido al riesgo de rotura de las prótesis y a las posibles interferencias con la sensibilidad del estudio.

La mastectomía bilateral reduce el riesgo de cáncer de mama. No obstante, el grado de reducción depende de la cantidad de tejido mamario conservado y la edad de la persona al momento de la cirugía. La recomendación de rastreo mediante mamografía y/o ecografía mamaria se basa en la cantidad de tejido mamario remanente.

Cáncer cervicouterino

Se recomienda realizar el Papanicolaou (PAP) en todas las personas con cuello de útero y vagina, según las pautas de rastreo habituales. Cuando la persona no ha tenido penetraciones vaginales, la muestra se obtiene a través de hisopado a ciegas, sin colocación de espéculo.

El rastreo citológico no es necesario en aquellas personas a las que se les ha realizado una histerectomía total debido a enfermedad benigna local o como parte de una plastía genital. En caso de existir antecedentes de displasia cervical de alto grado o cáncer cervicouterino, se sugiere hacer PAP del manguito vaginal.

No hay evidencias de que el uso de testosterona aumente o

disminuya el riesgo de cáncer cervicouterino⁶. No obstante, se debe tener presente que su utilización puede asociarse con cambios atróficos a nivel del epitelio cervical, capaces de simular displasia en el extendido citológico. Por lo tanto, se recomienda remitir la muestra informando el uso prolongado de testosterona.

No está indicada la toma de muestra para examen citológico en personas con vaginas realizadas con piel del cuerpo de pene, debido a que se trata de un epitelio queratinizado. En estos casos, se recomienda realizar especuloscopías periódicas a fin de descartar la presencia de lesiones.

El PAP podría indicarse en aquellas personas con un cérvix creado a partir del glande⁷, debido a que la mucosa del mismo presenta, en relación con la piel del cuerpo del pene, mayor probabilidad de cambios cancerosos y progresión a carcinoma invasor⁸.

Cáncer de endometrio

No hay evidencia de que el uso de testosterona aumente el riesgo de cáncer de endometrio. Sin embargo, hay estudios que muestran que la testosterona puede producir cambios tróficos sobre el endometrio, predominantemente atrofia. En caso de existir sangrado genital luego del cese de las menstruaciones, se sugiere solicitar una ecografía ginecológica para evaluar la presencia de hiperplasia endometrial⁹.

6. Feldman y otros. (2006).

7. Feldman y otros. (2006).

8. Lawrence y otros. (2001).

9. Feldman y otros. (2006).

Cáncer de ovario

Si bien la utilización de testosterona se habría asociado a un incremento en el riesgo de carcinoma de ovario, no hay evidencia que lo respalde. Sin embargo, es importante tener presente que dentro de los posibles efectos adversos del uso de testosterona se encuentra la aparición de cambios histológicos compatibles con poliquistosis ovárica.

Cáncer de próstata

En caso de que la persona no se haya hormonizado, ni realizado cirugías de modificación genital, las pautas de rastreo son las habituales.

La utilización de antiandrógenos parece disminuir el riesgo de cáncer de próstata, pero se desconoce el grado de reducción^{10,11}; por lo tanto, en personas mayores de 50 años que se encuentren hormonizándose, se recomienda realizar periódicamente la exploración digital rectal de la glándula prostática¹². En estos casos, no se encuentra indicada la determinación de los niveles séricos de Antígeno Prostático Específico (PSA) como parte del rastreo, debido a que los antiandrógenos pueden disminuir los valores séricos de este marcador tumoral, obteniéndose resultados falsamente negativos¹³.

Es importante mantener la recomendación de rastreo de cáncer de próstata en aquellas personas que se hayan rea-

lizado una plastía genital, debido a que este tipo de cirugía no incluye la remoción de la glándula prostática. Además, es necesario tener en cuenta que, como la vagina se crea a partir de un espacio virtual comprendido entre el recto y la próstata, la correcta exploración de la glándula podría requerir la realización de un tacto transvaginal¹⁴.

Cáncer anal

Existen estudios que demuestran el incremento en el riesgo de cáncer anal por Virus del Papiloma Humano (VPH) en personas con prácticas anales penetrativas, principalmente en personas con VIH y bajo recuento de CD4, u otra causa de inmunosupresión, y antecedente de lesiones anales por VPH. En estos casos podría recomendarse el rastreo de cáncer de ano mediante la realización de PAP anal. No obstante, es limitada la evidencia en relación con la evolución natural de las neoplasias intraepiteliales anales, la fiabilidad de los métodos de detección y la respuesta a los tratamientos. Además, para poder recomendar la realización del PAP anal resulta necesario contar con personal especializado en anatomía patológica que sea capaz de interpretarlo. Asimismo, se debe tener identificado el circuito de derivación frente a un resultado patológico, situación en la que se requerirá la realización de una anoscopía de alta resolución y seguimiento por el servicio de proctología o, en su defecto, cirugía general¹⁵.

10. Levy y otros. (2003).

11. Feldman y otros. (2006).

12. Unger. (2015).

13. Leo y otros. (1991).

14. Unger. (2015).

15. Workowski y Berman. (2010).

Consejerías en salud sexual y salud reproductiva

Las consejerías en salud sexual y salud reproductiva tienen por objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que puedan tomar decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva, de la manera más consciente e informada posible¹⁶. Pueden adoptar distintas formas y darse en diversas situaciones de atención. La particularidad de esos encuentros es que están centrados en la necesidad de cada persona. Se trata de espacios privados donde el respeto por la intimidad y la confidencialidad guían el quehacer de los equipos de salud.

Una modalidad puede ser la *consejería propiamente dicha*, un espacio pensado específicamente para propiciar reflexiones acerca de la sexualidad, brindar información y asesoramiento, y acompañar a la toma de decisiones. Otra modalidad puede ser *la oportunidad en la asistencia*, una propuesta que puede darse en el consultorio cuando la persona se acerca por otro motivo, en espacios de internación, como así también en otros momentos.

En cualquiera de las dos modalidades, el espacio debe estar orientado hacia las perspectivas de género y de diversidad sexual y corporal. Esto supone tener en cuenta las

desigualdades existentes entre las personas en base al género. A su vez, implica reconocer que todas las personas vivencian y transitan diversas identidades y/o expresiones de género, orientaciones y/o prácticas sexuales. Requiere, por lo tanto, brindar un trato igualitario, cordial y respetuoso, sin ningún tipo de discriminación o violencia. Asimismo, es central que la consulta apunte al cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas usuarias.

En este contexto, las acciones no se centran en la medicalización de la sexualidad sino en el trabajo preventivo y la construcción de prácticas de cuidado. El rol de quienes integran los equipos de salud es generar un espacio favorable para que las personas puedan plantear sus dudas, deseos y necesidades en torno a los temas de salud ligados a los diversos modos de experimentar las sexualidades. Esto requiere asumir un rol activo pero no invasivo por parte del equipo de salud, que facilite herramientas y recursos para que las personas puedan tomar sus propias decisiones¹⁷.

Los temas que se pueden abordar en un espacio de consejería en salud sexual y salud reproductiva son múltiples, y varían según las demandas y necesidades singulares de cada persona. Entre muchos otros posibles, algunos de esos temas son:

16. Para más información sobre el modelo de consejerías consultar: *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Documento de trabajo. PNSSyPR, (2014).

17. *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva*. PNSSyPR, (2014).

Métodos anticonceptivos

Es importante ofrecer, en el caso de aquellas personas que no desean tener hijxs pero mantienen relaciones sexuales con posibilidad de procrear, un asesoramiento oportuno sobre

métodos anticonceptivos acorde con sus inquietudes y singularidades. Se busca que la persona pueda, con la información necesaria, optar y acceder al método anticonceptivo que mejor se adapte a su situación de salud y a sus preferencias.

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados.

Los derechos sexuales se refieren al disfrute de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con la posibilidad de evitar los riesgos de ITS y con respeto por las prácticas y/u orientaciones sexuales, y por las expresiones y/o identidades de género de cada persona, sin discriminación. En la consejería se debe respetar el nombre y el género expresados; formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad; identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia familiar, sexual, institucional o social, y habilitar una escucha atenta, activa y respetuosa de los temores, molestias y dificultades de las personas en relación con el disfrute de su sexualidad.

Los derechos reproductivos se refieren a la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijxs, el momento de tenerlx, cuántxs y con quiénes, incluso el espaciamiento entre sus nacimientos.

En la actualidad, la Argentina dispone de un marco legal amplio y garantista de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. La Ley 25673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley 26130 de Anticoncepción Quirúrgica, la Ley 26150 de Educación Sexual Integral, la Ley 26618 de Matrimonio Igualitario, la Ley 26743 de Identidad de Género y la Ley 26862 de Fertilización Asistida son algunos de los avances en el reconocimiento de esos derechos.

Si la persona se hormoniza, es necesario contemplar cuestiones vinculadas a esta situación particular que puedan ser relevantes en la elección del método anticonceptivo. Por ejemplo, es importante en el contexto de la hormonización con testosterona, aclarar que el uso de esta hormona no constituye un método anticonceptivo, porque si bien produce el cese de las menstruaciones, no garantiza la inhibición de la ovulación¹⁸. En este caso, es aconsejable recomendar métodos de barrera, DIU o quirúrgicos, en vez de anticonceptivos hormonales, debido a que no se cuenta actualmente con evidencia científica sobre los efectos de los estrógenos en interacción con la testosterona. Además, es importante informar que la testosterona, por poseer riesgo teratogénico, no puede ser utilizada durante el embarazo ni la lactancia.

Infecciones de transmisión sexual

Uno de los temas posibles a abordar en las consejerías de salud sexual y salud reproductiva es la prevención y el seguimiento de ITS. La estrategia preventiva fundamental se basa en la recomendación del uso del preservativo y/o del campo de látex. También es aconsejable asesorar sobre la posibilidad de testeo voluntario y confidencial de VIH y otras ITS.

Situaciones de violencia

Es importante tener presente que las personas pueden vivir situaciones de violencia física y sexual que incluyen abusos

y/o violaciones. En estos casos cobra especial importancia la atención de la urgencia, si es necesaria, así como prever articulaciones y recursos destinados al acompañamiento y abordaje integral de la situación¹⁹. Además, si se produce un embarazo producto de violación o violencia sexual, se deberá informar acerca del derecho de acceder a su interrupción legal.

Situaciones de aborto y causales de interrupción legal del embarazo

Ante la situación de un embarazo no deseado, es ideal una adecuada consejería en reducción de riesgos y daños para evitar abortos inseguros, y prevenir así los riesgos para la salud y la vida de las personas. En ese marco es necesario también informar las causales de interrupción legal del embarazo (ILE), según lo establece el artículo 86 inciso 1 del Código penal argentino.

Derechos reproductivos

Las personas trans, como cualquier otra, pueden desear tener hijxs, por lo que resulta necesario asesorar sobre las posibilidades de procreación en cada situación particular. Quienes así lo deseen pueden decidir tener hijxs a través de embarazos propios o de sus parejas. Además, de acuerdo a la normativa vigente, pueden realizar tratamientos de reproducción médicamente asistida o adoptar, solas o en pareja.

18. Dahl y otros. (2006).

19. *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de Salud*. 2015.

Es necesario informar a las personas que quieran hormonizarse, o busquen acceder a una cirugía de modificación genital, cuáles son los efectos que dichas intervenciones pueden producir en relación con la fertilidad. No se debe asumir que todas las personas conocen estos efectos o que, aun conociéndolos, estén decidiendo relegar su posibilidad de procrear por querer acceder a este tipo de procedimientos. Asimismo, en el caso de una mastectomía bilateral, es necesario precisar las consecuencias de esta práctica, por ejemplo, el impedimento definitivo para amamantar si se lo deseara.

También es importante brindar información sobre la Ley 26862 de Fertilización Asistida²⁰, que establece el derecho de todas las personas mayores de edad, sin importar su orientación sexual, identidad de género o estado civil, a acceder a diferentes procedimientos y técnicas de reproducción asistida. Esta ley contempla en especial a quienes debido a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas vean comprometida su capacidad de procrear en el futuro. La cobertura debe ser gratuita en hospitales públicos, obras sociales y prepagas, e incluye, entre otras prestaciones, procedimientos de inseminación artificial y fertilización in vitro, además de la criopreservación de gametas. Es importante tener en cuenta que si bien la ley reconoce el derecho a acceder a estas prestaciones, se requiere aún de la creación de condiciones necesarias para garantizar su cumplimiento efectivo, en particular en relación a las técnicas de alta complejidad.

Si ya se han llevado a cabo procedimientos quirúrgicos u hormonales, el compromiso a nivel de la fertilidad dependerá del tipo de intervención realizada. Si existe el deseo de procrear, y se ha iniciado la hormonización, es necesario suspenderla y realizar una adecuada valoración de la capacidad reproductiva de la persona. Esto permite informar las diferentes opciones posibles de procreación y proceder adecuadamente sobre cada caso en particular, proveyendo acompañamiento en el proceso. Por ejemplo, si a la persona no se le ha realizado una histerectomía u ooforectomía y solo ha utilizado testosterona, es posible que recupere su capacidad reproductiva sin necesidad de tratamientos médicos, aunque ello puede demorarse algunos meses, debido a los cambios sufridos a nivel ovárico. En otras situaciones, puede ser necesario recurrir a técnicas de reproducción médicamente asistida. ●

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles. Son tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados.

20. El texto de la normativa puede consultarse en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>



Capítulo 5

Atención de la salud en relación con procesos de modificación corporal



Atención de la salud en relación con procesos de modificación corporal

La Ley de Identidad de Género vigente en Argentina pone en el centro la autopercepción y la vivencia de las personas sobre su propio cuerpo. No establece, a diferencia de lo que ocurre con las leyes de otros países, ningún tipo de tratamiento psicológico, protocolo o procedimiento médico (psiquiátrico, hormonal, quirúrgico u otro) como requisito para el reconocimiento de la identidad. A su vez, garantiza el acceso a las modificaciones corporales a través de la hormonización y/o intervenciones quirúrgicas, siempre y cuando sean expresamente decididas y solicitadas por la persona, sin necesidad de someterse a diagnósticos psiquiátricos, autorización judicial¹ o cambio registral.

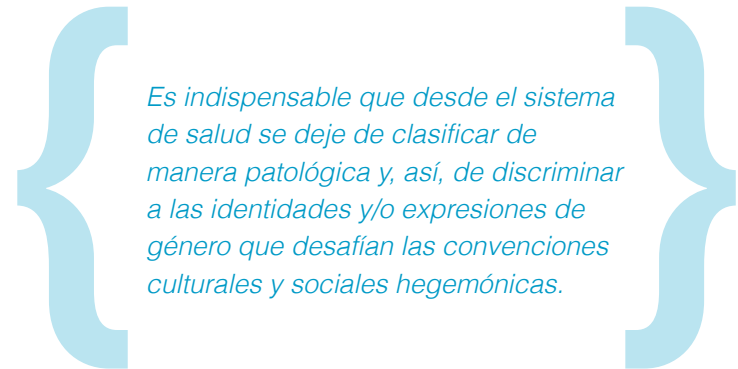
No todas las personas tienen las mismas expectativas sobre su construcción corporal ni todas desean llevar a cabo modificaciones. Muchas personas no se sienten de un género o de otro, sino que construyen su identidad en un tránsito entre los géneros, franqueándolos y/o negándolos.

1. Solo se requiere intervención judicial cuando una persona que no cumplió los 18 años quiere acceder a una cirugía de modificación corporal, o cuando desea hormonizarse y no cuenta con la conformidad de sus representantes legales.

El cumplimiento efectivo de la Ley de Identidad de Género implica transformar el modelo de atención actual basándose en un enfoque despatologizador. Esto supone entender las identidades trans no como una patología o una anomalía, sino como un conjunto de construcciones y elecciones que determinan trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, propias de las vivencias de género de todas las personas. En ese sentido, resulta indispensable que desde el sistema de salud se deje de clasificar de manera patológica y, así, de discriminar a las identidades y/o expresiones de género que desafían las convenciones culturales y sociales hegemónicas. A partir de la sanción de la Ley 26743, tal clasificación diagnóstica ha quedado fuera del marco legal vigente.

La hormonización y las intervenciones quirúrgicas son una decisión personal. No todas las personas tienen las mismas expectativas sobre su construcción corporal ni todas desean llevar a cabo modificaciones. Muchas no se sienten de un género o de otro, sino que construyen su identidad en un tránsito entre los géneros, franqueándolos y/o negándolos.

Brindar información adecuada sobre cuáles son los procedimientos más seguros para cada situación particular, y acompañar a las personas para que puedan tomar decisiones con autonomía, son funciones de quienes integran el equipo de salud. Es importante generar espacios de confianza, donde se respete la privacidad de las personas y se tengan en cuenta sus necesidades, intereses e inquietudes.



Es indispensable que desde el sistema de salud se deje de clasificar de manera patológica y, así, de discriminar a las identidades y/o expresiones de género que desafían las convenciones culturales y sociales hegemónicas.

Estrategias y técnicas “no invasivas” para la construcción corporal y la expresión de género²

Aparte de la hormonización y los procedimientos quirúrgicos, existen una serie de técnicas y estrategias que las personas trans desarrollan para la construcción de su corporalidad y su expresión de género. Algunas de ellas son: la adopción de gestos y posturas, el entrenamiento y manejo de la voz, el uso de vestimenta e indumentaria, el peinado, modificaciones en el vello corporal, la cosmética y el maquillaje, entre otras.

Existen técnicas que permiten modificar el aspecto del busto sin necesidad de recurrir a intervenciones quirúrgicas o farmacológicas. Para aumentarlo, algunas personas utilizan maquillajes, corpiños con relleno y/o prótesis externas de si-

2. Para este apartado se tomó como referencia *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud* de la organización Capicüa.

licona. Otras, en cambio, lo aplanan a través del uso de camisas o chalecos compresores, fajas y/o vendas elásticas, siendo las dos primeras opciones las más recomendables.

Los distintos elementos destinados a aplanar el busto pueden usarse posicionando las mamas hacia arriba, lo que contribuye a retrasar la pérdida de la elasticidad de la piel, o hacia abajo, lo que para muchas personas resulta menos molesto. Se recomienda evitar, en cualquier caso, el ajuste excesivo para no comprometer la mecánica ventilatoria, y prescindir de su uso la mayor cantidad posible de horas al día, a fin de evitar la aparición de dolor y lesiones cutáneas. Es importante, además, mantener una adecuada humectación de la zona mediante el uso de cremas hidratantes.

La utilización de cinta de embalaje para disminuir o aumentar el aspecto del tamaño del busto se encuentra desaconsejada, debido a que puede comprometer los movimientos ventilatorios y generar afecciones a nivel de la piel, en ocasiones de gravedad.

Otra técnica implementada por algunas personas es el ocultamiento de los testículos y el pene. Para ello se colocan los testículos en el conducto inguinal, se lleva hacia atrás la bolsa escrotal con el pene y se los sostiene mediante ropa interior ajustada. Si bien esta práctica puede, inicialmente, producir dolor, este suele ceder con el tiempo. Otras personas, en cambio, abultan la zona púbica a través del uso de prótesis, dildos u otros elementos.

Los orinadores son dispositivos que permiten o facilitan la micción de pie. Se pueden comprar o realizar caseramente. Se recomienda higienizarlos con frecuencia y no utilizarlos más que el tiempo necesario, debido a que el uso por períodos prolongados puede favorecer la aparición de infecciones urinarias.

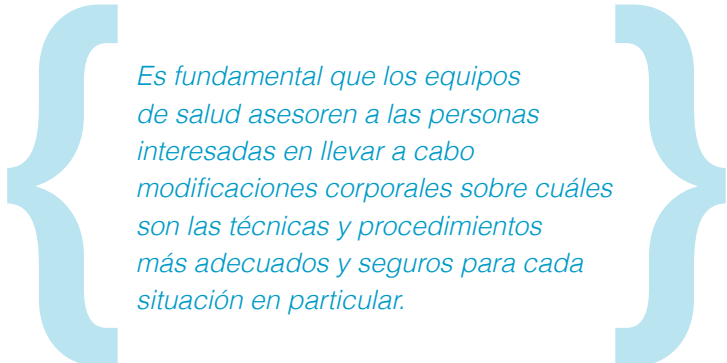
Sustancias de relleno: aceites y silicona líquida

Existen distintas sustancias químicas, como los aceites (industriales, minerales o vegetales) y la silicona líquida, que se infiltran en diferentes zonas del cuerpo (mamas, nalgas, caderas, nariz, labios, mentón) a modo de material de relleno.

Actualmente, la utilización de estas sustancias se encuentra prohibida por su alto riesgo de morbimortalidad. No obstante, han sido ampliamente utilizadas en el pasado y, aun hoy, su uso persiste como una práctica a la que recurren muchas personas, debido al desconocimiento sobre sus efectos adversos y/o la imposibilidad para acceder a procedimientos seguros.

Es fundamental que desde los equipos de salud se brinde información clara y oportuna sobre los riesgos asociados al uso de estas sustancias y se asesore a las personas interesadas en llevar a cabo modificaciones corporales sobre cuáles son las técnicas y procedimientos más adecuados y seguros para cada situación en particular.

Puede ser que las personas que consultan hayan recurrido a la utilización de aceites, silicona líquida u otra sustancia de relleno; en estos casos resulta indispensable realizar una evaluación clínica adecuada a fin de descartar la presencia de efectos adversos o complicaciones, y evaluar la posibilidad de tratamiento. Además, si la persona se está hormonizando o desea hacerlo, es importante tener presente que no se deben aplicar inyecciones en zonas infiltradas y que se debe evitar la colocación de geles o parches con hormonas sobre la piel de áreas afectadas.



Es fundamental que los equipos de salud asesoren a las personas interesadas en llevar a cabo modificaciones corporales sobre cuáles son las técnicas y procedimientos más adecuados y seguros para cada situación en particular.

Efectos adversos

La utilización de las sustancias de relleno puede asociarse a complicaciones sumamente graves, incluso a la muerte. El período de latencia de los signos y síntomas varía de horas a varios años, en algunos casos décadas. Un agravante frecuente es el desconocimiento de la sustancia inyectada.

Entre las complicaciones locales se encuentran: dolor, aumento de temperatura, eritema, induración, ulceraciones, fibrosis, formación de granulomas y/o abscesos, atrofia cutánea, sobreinfección, fístulas con expulsión de la sustancia de relleno, cicatrices queloides, discromías y deformación de la zona afectada. La aparición de estas complicaciones puede traer aparejadas alteraciones funcionales (por ejemplo, dificultad para caminar), muchas veces severas. Además, es posible que el material inyectado migre de manera gravitacional a zonas más declives o, a través de la vía linfática, a otras regiones del cuerpo.

La aparición de complicaciones sistémicas puede deberse a procesos inflamatorios crónicos, a reacciones autoinmunes, al efecto carcinogénico de algunas de las sustancias (por ejemplo, carcinoma de células escamosas asociado con la inyección de aceite mineral) y/o al embolismo del material de relleno.

Tratamiento

La gran mayoría de las veces, el abordaje terapéutico se limita al manejo de las complicaciones mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides y/o corticoides. Se recomienda no utilizar corticoides de aplicación local por períodos prolongados a fin de evitar la aparición de atrofia cutánea. La resección quirúrgica del tejido infiltrado, con su posterior reconstrucción, es una intervención muy compleja y riesgosa, que podría realizarse en caso de zonas afectadas no muy extensas y de límites definidos, situación que es poco habitual.

De lo contrario, no se aconseja tratar quirúrgicamente, debido al alto riesgo de morbilidad de la zona afectada.

Hormonización: conceptos generales

La hormonización consiste en la administración de distintos fármacos con la finalidad de modificar algunos caracteres físicos que se asocian convencionalmente con lo masculino y/o lo femenino, denominados desde el campo de la medicina “caracteres sexuales secundarios”.

Los distintos esquemas de hormonización deben ser individualizados en base a las metas que explicita cada persona, su estado clínico y la relación riesgo-beneficio de las diferentes drogas. En este contexto, resulta necesaria una adecuada evaluación clínica que posibilite conocer el estado de salud general de la persona y descartar la presencia de contraindicaciones. En la presente guía no se abordan los esquemas de hormonización que suprimen el desarrollo puberal mediante la administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).

Cuando las personas consultan para iniciar o continuar un proceso de hormonización, o para asesorarse sobre el tema, resulta indispensable que desde el equipo de salud se habilite un espacio de diálogo que permita abordar sus dudas, temores, expectativas y deseos. Es central que en la consulta se recuperen los conocimientos prácticos y la experiencia que las personas usuarias puedan tener en relación con la

utilización de hormonas. También es importante brindar información sobre los alcances y los límites de la hormonización, como así también sobre los posibles efectos adversos y los beneficios que esta práctica ha reportado en personas con experiencias similares.

Previo al inicio de la hormonización es fundamental que lxs profesionales de la salud expongan claramente cuáles son los efectos que dichos procedimientos pueden producir en relación con la fertilidad. No se debe asumir que todas las personas conocen estos efectos o que, aún conociéndolos, estén decidiendo relegar su posibilidad de procrear por querer acceder a este tipo de prácticas. Por eso, es importante brindar información acerca de la preservación de gametas, teniendo en cuenta que si bien la Ley de Fertilización Asistida reconoce el derecho a acceder a esta prestación, se requiere aún de la creación de condiciones necesarias para garantizar su cumplimiento efectivo.

Por haber sido expulsadas por años del sistema de salud, muchas personas trans han recurrido a la auto-administración de hormonas. Al momento de la consulta, es necesario que lxs integrantes de equipos de salud actúen de manera receptiva y respetuosa respecto de las distintas experiencias y deseos expresados en relación con la construcción de la identidad y/o corporalidad. Revisar junto a las personas usuarias los esquemas auto-administrados permite evaluar la necesidad de modificaciones que apunten a minimizar el riesgo de complicaciones, y mantener o mejorar los resultados en relación con sus expectativas.

La hormonización debe brindarse en el contexto de un abordaje integral de la salud. No se requiere de una especialización profesional por parte de quienes integran los equipos de salud para dar respuesta a las demandas y necesidades de las personas que acuden a la consulta para iniciar o continuar un proceso de hormonización, o para solicitar asesoramiento sobre esta práctica. Sin embargo, es fundamental que quienes presten este servicio cuenten con la formación y la actualización pertinentes. Además, es importante que tengan presente e informen a las personas que no existen, en la actualidad, investigaciones y/o estudios sobre los efectos de la hormonización a largo plazo.

Requisitos para acceder a la hormonización

La Ley de Identidad de Género, en su artículo 11, reconoce y garantiza el “derecho al libre desarrollo personal”. Establece que las personas mayores de 18 años que deseen acceder a la hormonización tienen como único requisito su consentimiento informado, sin necesidad de autorización judicial o administrativa.

Para las personas que todavía no alcanzaron esa edad, la solicitud deberá ser realizada por sus representantes legales, con la expresa conformidad de la persona interesada. Si sus representantes legales se niegan, deberá darse intervención a un/a abogado/a del niñ/x (Ley 26061) para recurrir a la vía sumarísima, que debe tener en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niñ/x o joven

de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

El proceso de consentimiento informado supone habilitar un espacio de diálogo en el que se brinde información comprensible, precisa, adecuada y oportuna sobre el estado de salud de la persona, como así también acerca del procedimiento a llevar a cabo (y los alternativos), sus alcances y los posibles efectos adversos. Es central que la persona tenga la posibilidad de realizar consultas, expresar sus deseos, expectativas y temores, y despejar aquellas dudas que la información recibida pudiera generar. Es importante, a su vez, que pueda contar con el tiempo necesario para reflexionar acerca de su decisión. El objetivo es habilitar una toma de decisiones de manera autónoma y realmente informada.

Este proceso de consentimiento puede incluir la firma de la declaración de voluntad por parte de la persona usuaria, donde se deja asentada su conformidad. Al final de este capítulo se presenta un modelo que puede ser implementado en el contexto de la hormonización.

Efectos previsibles y resultados alcanzados

No todas las personas buscan obtener los mismos resultados de la hormonización. Por tal motivo, es muy importante conocer y considerar sus deseos y expectativas. Se debe tener presente que los efectos posibles de alcanzar, como así

también los plazos requeridos para que se hagan evidentes, pueden ser diferentes en cada persona, en relación con la singularidad misma de los cuerpos.

Seguimiento

Durante el primer año de hormonización, se recomienda realizar el seguimiento con una periodicidad trimestral. Posteriormente, las consultas pueden ser pautadas cada seis o doce meses³. No obstante, la frecuencia podrá modificarse según las condiciones clínicas de cada persona.

La importancia del seguimiento radica en poder realizar, de manera adecuada y oportuna, valoraciones clínicas periódicas que permitan ir monitoreando los resultados alcanzados y detectar la aparición de efectos adversos y complicaciones.

El esquema de hormonización administrado puede ser modificado en virtud de las expectativas de las personas, su nivel de satisfacción en relación con los resultados obtenidos, su estado clínico general y la aparición o no de efectos adversos, procurando mantener en todo momento una aceptable relación riesgo-beneficio.

Las consultas de seguimiento representan, además, una oportunidad para afianzar el vínculo establecido con la per-

sona. Constituyen un espacio de encuentro e intercambio propicio para reforzar propuestas ligadas a la prevención de enfermedades y al cuidado de la salud, como así también para abordar otros aspectos de la vida de las personas vinculados a su salud integral.

Suspensión

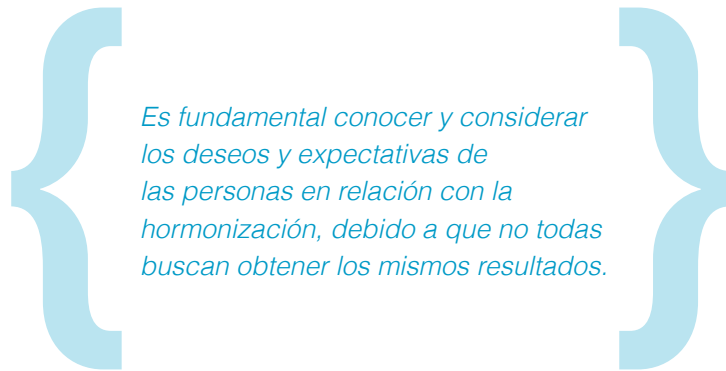
Cada persona puede suspender la hormonización en el momento en que lo desee. La aparición de efectos adversos y/o co-morbilidades que contraindiquen su uso representa otro motivo de interrupción. Además, es necesario suspender temporalmente la utilización de estrógenos previo a la realización de una cirugía mayor, como así también en casos de movilidad reducida o inmovilidad por tiempo prolongado, a fin de disminuir el riesgo de tromboembolismo. Algunos estudios recomiendan hacerlo con cuatro a seis semanas de anticipación, aunque este tiempo puede modificarse según las características clínicas de cada persona, la vida media del fármaco usado, la dosis y la vía de administración⁴.

Luego de realizada una gonadectomía como parte de una plastía genital, o en aquellos casos en que se haya producido “atrofia gonadal” debido al uso prolongado de hormonas, no se aconseja suspender la administración de estrógenos o testosterona. Resulta conveniente sostener dosis de

3. Hembree y otros. (2009).

4. Juvany Roig y otros. (2004).

mantenimiento que eviten el hipogonadismo y prevengan la aparición de osteoporosis. En cambio, la administración de antiandrógenos se interrumpe frente a cualquiera de estas situaciones, debido a que actúan a nivel de la testosterona endógena.



Hormonización con estrógenos y/o antiandrógenos

Vías de administración y dosis

Estrógenos (Cuadro 1)

El 17-beta estradiol es el estrógeno de primera elección. Administrado por vía oral, es rápidamente metabolizado por el hígado para formar estrona y sus conjugados. Por el con-

trario, cuando es administrado por vía transdérmica experimenta un metabolismo muy limitado, debido a la ausencia del efecto de primer paso hepático, lo que determina que se necesiten dosis totales menores que las requeridas por vía oral. La vía de administración intramuscular no se recomienda como primera opción⁵ debido a que se asocia con mayores fluctuaciones en las concentraciones séricas de estrógenos, con incremento en el riesgo de efectos adversos. Además, por tratarse de formulaciones de depósito, en caso de que aparecieran efectos adversos, y fuera necesario interrumpir su uso, los niveles sanguíneos de estradiol tardarían semanas en descender.

Si bien la vía de administración se determina en base a la preferencia de las personas, en aquellas mayores de 40 años, o con factores de riesgo cardiovascular y/o tromboembólico, es preferible la vía transdérmica^{6,7,8}, ya sea en forma de parches o geles, por ser la que se asocia con un menor riesgo de tromboembolismo⁹. Esta forma de administración también representa una opción válida en aquellos casos en los que se requieren dosis hormonales de mantenimiento por gonadectomía o “atrofia gonadal”. Los parches recomendados son aquellos que producen una liberación diaria de 50 o 100 mcg (microgramos) de estradiol, aplicados de forma bisemanal (cada tres o cuatro días). Para los geles, la dosis recomendada es 0,75 a 1,5 mg de estradiol (uno o dos pulsos de gel al 0,06%) cada doce horas. En personas menores

5. Frade Costa & Mendonca. (2014).

6. Hembree y otros. (2009).

7. Dahl y otros. (2006).

8. Gooren y otros. (2014).

9. Asscheman y otros. (1989).

de 40 años, y sin factores de riesgo, es posible utilizar la vía oral. La dosis recomendada es de 2 a 4 mg por día.

En aquellos casos en que sea recomendable la administración transdérmica, pero no sea posible contar con formulaciones aplicables por esta vía, o la persona prefiera tomar comprimidos, se podría adecuar las dosis utilizadas por vía oral¹⁰, siempre y cuando no existan contraindicaciones absolutas para su uso y sea posible controlar los factores de riesgo.

El uso de etinil-estradiol no se recomienda por presentar mayor riesgo de efectos adversos tromboembólicos^{11,12}.

Existen estudios que demuestran la relación entre las dosis crecientes de etinil-estradiol y el aumento en el riesgo de aparición de eventos cardiovasculares como accidente cerebrovascular (ACV) trombótico e infarto agudo de miocardio (IAM)¹³.

Progestágenos

No existe evidencia de que el agregado de progestágenos en los esquemas de hormonización aumente los efectos deseables, mientras que hay estudios científicos que muestran un aumento en la posibilidad de desarrollar efectos adversos debido a su acción pro-inflamatoria¹⁴.

Cuadro 1. Estrógenos: vías de administración y dosis				
Droga	Vía de administración	Presentación	Esquema	Dosis
Estradiol	Oral	Comprimidos	Toma diaria	2 a 4 mg
	Transdérmica	Parches	Aplicación bisemanal (cada 3 o 4 días)	50 o 100 mcg
		Gel	Aplicación 2 veces por día	0,75 a 1,5 mg (1 o 2 pulsos de gel al 0.06%)

10. Coleman y otros. (2011).

11. Toorians y otros. (2003).

12. Gooren y otros. (2014).

13. Lidegaard y otros. (2012).

14. Zitzmann y otros. (2005).

Antiandrógenos (Cuadro 2)

La *espironolactona* es un diurético, del grupo de los ahorradores de potasio, que inhibe el receptor androgénico y disminuye la actividad de la 5- α -reductasa, enzima que transforma la testosterona en dihidrotestosterona, su molécula activa. Por su efecto diurético, mejora la retención hídrica producida por los estrógenos. La dosis recomendada es de 50 a 200 mg por día vía oral. Es conveniente que el incremento de la dosis se realice de forma gradual¹⁵.

El *acetato de ciproterona* es un progestágeno que inhibe la acción de los andrógenos debido a que disminuye la actividad de la 5- α -reductasa, inhibe la producción de hormona luteinizante (LH) e interfiere con la unión de la testosterona

en los sitios receptores. La dosis recomendada es de 50 a 100 mg por día vía oral.

El *finasteride* es un análogo sintético de la testosterona que actúa inhibiendo la enzima 5- α -reductasa. Si bien posee un efecto antiandrogénico sistémico más débil que otras drogas, su uso se basa en sus efectos beneficiosos en la prevención de la calvicie¹⁶. La dosis recomendada es de 2,5 a 5 mg por día vía oral.

Valoración clínica inicial

Como parte de la valoración clínica inicial es necesario determinar las medidas antropométricas (peso, talla e índice

Cuadro 2. Antiandrógenos: vías de administración y dosis.

Druga	Vía de administración	Esquema	Dosis
Espironolactona	Oral	Toma diaria	50 a 200 mg
Acetato de ciproterona	Oral	Toma diaria	50 a 100 mg
Finasteride	Oral	Toma diaria	2,5 a 5 mg

14. Zitzmann y otros. (2005).

15. Dahl y otros. (2006).

16. Dahl y otros. (2006)

de masa corporal), controlar la TA y realizar una adecuada evaluación cardiovascular. Además, se requiere solicitar análisis de glucemia, perfil lipídico, función renal, hepatograma, testosterona libre, prolactina y tiotropina (TSH). En caso de ser posible, dosar hormona folículo estimulante (FSH) y LH. Si el esquema incluye espironolactona, pedir ionograma.

Efectos previsibles

Debe considerarse que cada persona busca obtener resultados diferentes en su proceso de construcción corporal. A su vez, cada cuerpo responde de manera distinta a la hormonización con estrógenos y/o antiandrógenos. No obstante, a partir de distintos estudios científicos se han estandarizado algunos efectos previsibles con el fin de orientar las expectativas de las personas:

- Disminución de las erecciones espontáneas
- Redistribución de la grasa corporal
- Disminución de la masa muscular
- Piel más suave y menos grasa
- Crecimiento mamario
- Disminución del volumen testicular
- Disminución del vello corporal
- Disminución de la producción de semen*
- Disfunción eréctil*

Efectos adversos

Es importante asesorar a las personas sobre los posibles efectos adversos de la hormonización con estrógenos y/o antiandrógenos. Si la persona se encuentra hormonizándose, es necesario prestar atención a la aparición de estos efectos y, en caso de presentarse, consultar de qué manera afectan su calidad de vida. Esto, junto a la realización de una adecuada evaluación clínica, permite valorar la necesidad de modificar el esquema hormonal utilizado o suspender la hormonización (ver Cuadro 3).

Las consultas de seguimiento representan una oportunidad para afianzar el vínculo establecido con la persona. Constituyen, además, un espacio de encuentro e intercambio propicio para reforzar propuestas ligadas a la prevención de enfermedades y abordar otros aspectos vinculados al cuidado de la salud integral.

*Algunas personas pueden vivenciar estos cambios como efectos adversos.

Cuadro 3. Estrógenos y antiandrógenos: efectos adversos

Droga	Efectos adversos	Droga	Efectos adversos
Estradiol <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea - Dolor abdominal - Náuseas - Cambios del estado de ánimo - Disminución de la libido - Enfermedad tromboembólica - Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular - Retención hidrosalina - Edema - Hiperprolactinemia - Disfunción hepática - Litiasis biliar - Cáncer de mama - Migraña - Infertilidad 		Antiandrógenos	
		Espironolactona	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea - Náuseas y vómitos - Cefalea - Somnolencia - Hipotensión arterial - Hiperpotasemia e hiponatremia - Disfunción eréctil
		Acetato de ciproterona	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga y adinamia - Cefalea - Náuseas - Vértigo - Aumento o disminución de peso - Sofocos - Disminución de la libido - Inhibición reversible de la espermatogénesis - Estado de ánimo depresivo - Intranquilidad - Disnea - Hepatotoxicidad - Eventos tromboembólicos - Disfunción eréctil
		Finasteride	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la libido - Disfunción eréctil - Trastorno de la eyaculación - Estado de ánimo depresivo

Contraindicaciones y precauciones

En el Cuadro 4 se detallan las contraindicaciones y precauciones en relación con el uso de estrógenos y antiandrógenos.

Cuadro 4. Estrógenos y antiandrógenos: contraindicaciones y precauciones		
Droga	Contraindicaciones	Precauciones
Estradiol	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad - Presencia activa o antecedentes de tromboembolia venosa confirmada - Enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente - Trombofilias - Enfermedad hepática activa o insuficiencia hepática - Insuficiencia renal aguda o avanzada - Hipertrigliceridemia severa 	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad mórbida - HTA - DBT - Dislipemias no controladas - Várices moderadas a severas - Migraña - Litiasis biliar
Antiandrógenos	Espironolactona <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad - Insuficiencia renal aguda o deterioro significativo de la función renal - Enfermedad de Addison - Hiperpotasemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatopatías - DBT
	Acetato de ciproterona <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad - Hepatopatías - Síndrome de Dubin-Johnson y síndrome de Rotor - Presencia o antecedentes de tumores hepáticos - Enfermedades caquéticas (excepto carcinoma de próstata hormonodependiente) - Depresión crónica grave - Presencia o antecedentes de procesos tromboembólicos - DBT grave con alteraciones vasculares - Anemia de células falciformes - Presencia o antecedentes de meningioma 	<ul style="list-style-type: none"> - DBT
	Finasteride <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia hepática

Interacciones medicamentosas

Estradiol

- Su eficacia puede verse reducida con el uso de fármacos que inducen enzimas microsomales, como rifampicina, antiepilépticos (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina) y algunos antirretrovirales.
- Puede elevar la concentración de algunas benzodiazepinas, como diazepam.
- Puede alterar el metabolismo y la unión proteica de los corticosteroides, con incremento en el tiempo necesario para su eliminación y, por lo tanto, producir el aumento de sus efectos tóxicos.
- Puede disminuir la fracción de hormona tiroidea disponible, al aumentar su unión a las globulinas. Por eso, las personas en tratamiento con levotiroxina pueden requerir adecuación de la dosis.
- Puede disminuir la eficacia de los anticoagulantes y anti-diabéticos orales.
- El empleo simultáneo con algunos antirretrovirales puede potenciar el riesgo de hepatotoxicidad, complicaciones trombóticas y alteraciones metabólicas.

Espironolactona

- El uso concomitante con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de la angiotensina II, heparina, suplementos potásicos y/o medicamentos que contienen potasio en su formulación (por ejemplo, penicilina G) puede aumentar el riesgo de hiperpotasemia, especialmente en casos de insuficiencia renal.
- Puede alterar los resultados de las pruebas que deter-

minan los niveles de digoxina, produciendo falsos incrementos en los valores medidos. Esta interacción también puede producir una reducción del aclaramiento renal y de los efectos inotrópicos positivos de este digitalico.

- Puede mostrar efectos aditivos con otros antihipertensivos o diuréticos. Si bien esto puede tratarse de un efecto deseable, en algunos casos puede asociarse al desarrollo de hipotensión ortostática.

Acetato de ciproterona

- Puede variar las dosis requeridas de antidiabéticos orales e insulina, al disminuir su efecto hipoglucemiante.
- Puede afectar la eficacia de anticoagulantes orales, fibratos, antihipertensivos y antidepresivos.
- El uso concomitante con estatinas puede aumentar el riesgo de miopatía o rabdomiólisis.
- Puede intensificar la acción de glucocorticoides, teofilina y diazepam.
- Su eficacia puede disminuirse por el consumo de alcohol.

Finasteride

- No se han identificado interacciones farmacológicas de relevancia clínica.

Seguimiento

En cada consulta se aconseja evaluar el peso corporal y la TA, y realizar una adecuada valoración cardiovascular. La evaluación bioquímica debe incluir análisis de glucemia, perfil lipídico, hepatograma, uremia, creatininemia y, en caso de utilizarse espironolactona, ionograma. Dosar, además,

testosterona libre y estradiol (hasta alcanzar los valores compatibles con el rango fisiológico correspondiente a la etapa premenopáusica), TSH y prolactina.

En caso de detectarse niveles elevados de prolactinemia, será necesario, de acuerdo con los valores obtenidos y con la situación clínica que presenta la persona, reducir la dosis hormonal o, incluso, suspender la hormonización. Cuando la prolactinemia persiste elevada luego de interrumpida la administración de hormonas, se aconseja realizar una evaluación neuroendocrinológica, a fin de descartar la presencia de prolactinoma. Si bien se han descripto casos con el uso de altas dosis de estrógenos, no se pudo inferir una relación directa entre la utilización de estrógenos y la inducción de prolactinoma¹⁷.

Hormonización con testosterona

Vías de administración y dosis (Cuadro 5)

La testosterona puede administrarse tanto por vía intramuscular como transdérmica. Existe evidencia de que con ambas vías de administración se logran efectos similares, aunque la aparición de estos puede darse de forma más lenta con la utilización de formulaciones transdérmicas. No se recomienda el empleo de derivados alquilados de la testosterona (metiltestosterona, oxandrolona, danazol), de administración oral, debido a su mayor efecto hepatotóxico.

Para uso intramuscular se dispone de preparaciones de ésteres de testosterona (enantato, cipionato y undecanoato),

Cuadro 5. Testosterona: vías de administración y dosis

Droga	Vía de administración	Presentación	Esquema	Dosis
Testosterona	Intramuscular	Enantato inyectable	Aplicación quincenal	250 mg
		Cipionato inyectable	Aplicación quincenal	250 mg
		Undecanoato inyectable	Aplicación trimestral (cada 10 a 14 semanas)	1000 mg
	Transdérmica	Parches	Aplicación diaria	2,5 a 10 mg
		Gel	Aplicación diaria	50 a 100 mg (5 a 10 g de gel al 1%)

17. Mueller & Gooren. (2008).

que producen una liberación hormonal gradual y sostenida. El enantato y el cipionato de testosterona se aplican con una periodicidad quincenal, a dosis de 250 mg^{18,19,20,21}. La utilización de estas formulaciones se asocia con concentraciones séricas de testosterona fluctuantes que pueden alcanzar valores por fuera del rango fisiológico. El undecanoato de testosterona se administra cada diez a catorce semanas, con una dosis recomendada de 1000 mg. Su uso se asocia con menor fluctuación en los niveles hormonales séricos.

La administración transdérmica, ya sea en forma de parches o geles, es preferible cuando existen factores de riesgo, efectos adversos vinculados con la administración intramuscular o en caso de que la persona prefiera obtener resultados de manera más paulatina. Esta forma de administración también podría ser recomendable para personas que inician la hormonización. Las preparaciones transdérmicas dan por resultado concentraciones hormonales séricas más constantes que las obtenidas tras la administración intramuscular de ésteres de testosterona. Además, en caso de ser necesario suspender la hormonización debido a la aparición de efectos adversos, los niveles sanguíneos de hormona descienden más rápidamente. La dosis recomendada para los parches es de 2,5 a 10 mg por día. En el caso de los geles al 1%, la dosis recomendada es de 5 a 10 g de gel por día, equivalente a 50 y 100 mg de testosterona respectivamente.

Valoración clínica inicial

Para la valoración clínica inicial es necesario determinar las medidas antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal), controlar la TA y llevar a cabo una adecuada evaluación cardiovascular. También se debe solicitar hemograma, hepatograma, glucemia, perfil lipídico y testosterona libre. De ser posible dosar, además, FSH y LH.

Efectos previsibles

Debe considerarse que cada persona busca obtener resultados diferentes en su proceso de construcción corporal. A su vez, cada cuerpo responde de manera distinta a la hormonización con testosterona. No obstante, a partir de distintos estudios científicos se han estandarizado algunos efectos previsibles con el fin de orientar las expectativas de las personas:

- Redistribución de la grasa corporal
- Cese de la menstruación
- Crecimiento del clítoris
- Atrofia vaginal
- Crecimiento del vello facial y/o corporal
- Aumento de la masa muscular*
- Voz más grave
- Calvicie**

18. Gooren y otros. (2014).

19. Asscheman y otros. (2011).

20. Gooren & Giltay. (2008).

21. Frade Costa & Mendonca. (2014).

* El aumento de la masa muscular alcanzado dependerá de la actividad física realizada.

** Algunas personas pueden vivir este cambio como efectos adversos.

Efectos adversos

Es importante asesorar a las personas sobre los posibles efectos adversos de la testosterona. Si la persona se está hormonizando, es necesario prestar atención a la aparición

de estos efectos y, en caso de presentarse, consultar de qué manera afectan su calidad de vida. Esto, junto a la realización de una adecuada evaluación clínica, permite valorar la necesidad de modificar el esquema hormonal utilizado o suspender la hormonización (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Testosterona: efectos adversos

Droga	Efectos adversos	
Testosterona	<ul style="list-style-type: none"> - Acné y piel grasa - Diarrea - Artralgias - Cefalea - Aumento de peso - Policitemia - Ictericia colestásica 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del perfil lipídico (patrón aterogénico) - Retención hidrosalina, edemas y aumento de la TA - Fluctuaciones emocionales - Inducción o empeoramiento de apnea del sueño obstructiva - Disfunción hepática - Cambios histológicos a nivel ovárico compatibles con poliquistosis - Infertilidad

Contraindicaciones y precauciones

Las contraindicaciones y precauciones a tener en cuenta en relación con el uso de la testosterona se detallan en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Testosterona: contraindicaciones y precauciones

Droga	Contraindicaciones	Precauciones	
Testosterona	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad - Embarazo - Lactancia - Tumores hepáticos actuales o pasados 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad pulmonar crónica - Apnea del sueño - Insuficiencia cardíaca - Insuficiencia renal 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia hepática - Epilepsia - Migraña

Interacciones medicamentosas

Testosterona

- Puede aumentar la actividad de los anticoagulantes orales y de aquellas drogas con acción hipoglucemiante, como la insulina.
- Los fármacos inductores de las enzimas microsomales pueden aumentar la depuración de esta hormona y, por lo tanto, disminuir su eficacia.
- Al igual que el bupropión, reduce el umbral convulsivo, por lo que se recomienda evitar el uso simultáneo de ambas drogas.

Seguimiento

Como parte de las consultas de seguimiento es conveniente solicitar análisis de laboratorio que incluyan hemograma, glucemia, hepatograma y perfil lipídico. Es recomendable realizar, además, el dosaje de testosterona libre cada tres meses, hasta lograr niveles acordes con las expectativas de cada persona, y en relación con el rango considerado fisiológico para personas con testículos. En caso de utilizarse enantato o cipionato por vía intramuscular, la determinación de los niveles sanguíneos de hormona se realiza a la mitad del período comprendido entre dos aplicaciones. Si la formulación administrada es el undecanoato, las concentraciones de testoste-

rona se determinan justo antes de la siguiente aplicación. En caso de utilizar la vía transdérmica, los niveles hormonales pueden ser medidos en cualquier momento luego de la primera semana de uso²².

Cirugías de modificación corporal

Existen distintos tipos de cirugías de modificación corporal a los que pueden recurrir las personas trans. Entre ellas, las cirugías de modificación genital o genitoplastías han sido comprendidas desde una mirada binarista como “el punto final” de un recorrido necesario y obligado entre dos estereotipos de género. Sin embargo, desde la perspectiva de la diversidad sexual y corporal, estas intervenciones son concebidas como un posible componente más del proceso de construcción corporal que, adecuándose a los deseos de las personas, contribuye al desarrollo de las diversas singularidades. Es necesario tener presente que no todas las personas trans desean modificar su cuerpo a través de intervenciones quirúrgicas y, en caso de que sí lo deseen, no siempre esperan obtener de ellas los mismos resultados.

Es importante mencionar que, si bien existen experiencias satisfactorias con estos procedimientos, algunas organizaciones y activistas dan cuenta de testimonios de personas que han manifestado disconformidad con los resultados o que han

22. Hembree y otros. (2009).

presentado consecuencias graves como alteraciones neurológicas con afectación motora y/o sensitiva. También señalan su preocupación ante los casos de suicidios posteriores a las cirugías. En ese sentido, critican el tradicional sostenimiento de normas y patrones binarios de género que muchas veces condicionan a las personas, alentando el rechazo del propio cuerpo y/o la voluntad de modificarlo sin que, necesariamente, se haya reflexionado la decisión de manera informada, con los riesgos irreversibles que revisten algunos procedimientos.

En este contexto, es central que el personal especializado a cargo de la realización de estas cirugías, además de poseer el conocimiento necesario y ser técnicamente competente, sea capaz de contemplar las necesidades y expectativas de las personas y de asesorarlas sobre las distintas alternativas quirúrgicas, sus alcances y limitaciones, y las posibles consecuencias y/o complicaciones a corto, mediano y largo plazo. En este sentido, es una responsabilidad profesional informarles que no se cuenta actualmente con evidencia científica suficiente respecto a los resultados de las intervenciones quirúrgicas de modificación genital y las posibles consecuencias y/o complicaciones en el posoperatorio no inmediato, especialmente en relación con el modo en que estas afectan a las funciones fisiológicas, la sensibilidad y el placer sexual.

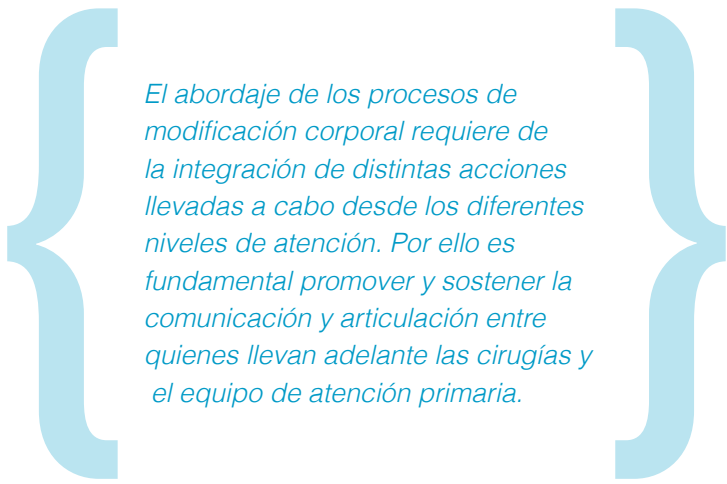
El abordaje de los procesos de modificación corporal requiere de la integración de distintas acciones llevadas a cabo desde los diferentes niveles de atención. Para que se pueda garantizar la continuidad de la asistencia, resulta necesario que se promueva y sostenga, a través del fortale-

cimiento de los circuitos de referencia-contrarreferencia, la comunicación y articulación entre quienes llevan adelante las cirugías y el equipo de atención primaria. Es indispensable que desde el primer nivel de atención se acompañe a las personas durante el proceso. Esto implica, entre otras acciones, ofrecer un asesoramiento integral en las etapas previas a la cirugía y realizar un adecuado seguimiento del postoperatorio no inmediato, que comprende los cuidados necesarios como así también la detección y el eventual manejo de las complicaciones.

Requisitos para acceder a las cirugías de modificación corporal

La Ley de Identidad de Género, en su artículo 11, reconoce el “derecho al libre desarrollo personal”. Para ello, garantiza el acceso a cirugías de modificación corporal a las personas mayores de 18 años que lo soliciten, con el solo requisito de su consentimiento informado, sin necesidad de autorización judicial o administrativa. La hormonización tampoco constituye un requisito para acceder a este tipo de cirugías.

Para quienes todavía no alcanzaron los 18 años, la solicitud deberá ser realizada por sus representantes legales, con la expresa conformidad de la persona interesada, necesitando, además, la autorización judicial. En caso de que sus representantes legales se nieguen o, por alguna razón, no puedan realizar la solicitud, deberá intervenir unx abogadx del niñx (Ley 26061) para recurrir a la vía sumarísima, que



El abordaje de los procesos de modificación corporal requiere de la integración de distintas acciones llevadas a cabo desde los diferentes niveles de atención. Por ello es fundamental promover y sostener la comunicación y articulación entre quienes llevan adelante las cirugías y el equipo de atención primaria.

debe tener en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o joven de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Cirugías de modificación genital

Plastía vaginal

Este tipo de intervención consta de dos instancias, realizadas en un solo tiempo quirúrgico. La primera consiste en la resección de los testículos (orquiectomía), los cuerpos eréctiles penianos y parte del glande. La segunda implica la reconstrucción uretral y la creación de una vagina (vaginoplastía), clítoris (clitoroplastía) y labios mayores y menores (labioplastía).

Existen múltiples técnicas quirúrgicas que utilizan diferentes tejidos para la construcción vaginal, generalmente piel de pene y escroto y, menos frecuentemente, injertos de colon sigmoidees o ciego. Las vaginas realizadas a partir de injertos de intestino grueso, a diferencia de las construidas con piel de pene y escroto, no requieren dilatación y poseen propiedad autolubrificante.

El método más utilizado para la clitoroplastía consiste en retener una pequeña fracción del glande, con conservación de sus terminaciones nerviosas. El introito y los labios mayores y menores se construyen, habitualmente, a partir del remodelado de la piel del prepucio y cuerpo del pene.

Entre las complicaciones de este tipo de cirugía se incluyen estenosis de la vagina, alteraciones estéticas, escasa profundidad vaginal, fístulas y estenosis uretral.

Metadoioplastía y faloplastía

La metadoioplastía implica la liberación del clítoris, previamente aumentado de tamaño por efecto de la testosterona. Como resultado se obtiene un pene con capacidad eréctil moderada sin necesidad de prótesis.

La faloplastía es un procedimiento quirúrgico más complejo, que consiste en la construcción de un pene mediante la utilización de colgajos pediculados o libres. Actualmente se prefiere el colgajo obtenido del antebrazo, debido a que permite preservar la sensibilidad de tipo erógeno. La capacidad eréctil se consigue mediante la colocación, en forma

diferida, de una prótesis peneana²³. Esta técnica quirúrgica presenta resultados variables tanto desde el punto de vista estético como funcional, con una alta tasa de complicaciones, entre las que se incluyen necrosis total o parcial del pene y la morbilidad de la zona donante.

La uretroplastía implica la reconstrucción del canal uretral a través del clítoris hipertrofiado o el pene producto de la faloplastía. Generalmente se realiza en forma simultánea a la plastía genital y tiene como finalidad posibilitar la micción en posición de pie.

La escrotoplastía consiste en la construcción de una bolsa escrotal, donde se implantan las prótesis testiculares, mediante la utilización de tejido proveniente de los labios mayores. Si bien este procedimiento suele acompañar a la metadoioplastía o a la faloplastía, su realización puede llegar a darse en un segundo tiempo quirúrgico.

La colpectomía supone la sutura de las paredes vaginales entre sí, previa ablación de la mucosa.

En ocasiones, este tipo de cirugía de modificación genital puede incluir la resección del útero (histerectomía), asociada o no la remoción de las trompas de Falopio y los ovarios (anexectomía).

Cirugías mamarias

Mamoplastía en aumento

Esta cirugía produce el incremento del tamaño mamario mediante la colocación de prótesis.

Mastectomía con reconstrucción pectoral

Esta intervención consiste en disminuir el volumen mamario, crear surcos subpectorales rectos, y reducir y reposicionar (lateralizar) los complejos areola-pezones. La técnica de mastectomía empleada varía de acuerdo con el tipo de mamas, pero en todos los casos conserva parte del tejido glandular mamario a fin de mejorar los resultados.

Entre las complicaciones de este tipo de cirugía se incluyen la aparición de hematomas o seromas, infección, alteraciones en la cicatrización, asimetrías, necrosis del pezón, cicatrices hipertróficas y alteraciones en la sensibilidad del complejo areola-pezones.

Tiroplastía remodelativa

Este procedimiento quirúrgico consiste en la reducción del cartílago tiroideo prominente (nuez de Adán). ●

23. Las prótesis peneanas se clasifican en maleables (o semirígidas) e hidráulicas. Las primeras poseen como ventajas su fácil colocación y su bajo costo, mientras que su principal inconveniente es que generan rigidez peneana permanente, lo que puede tornarse incómodo para muchas personas. Por su parte, las prótesis hidráulicas otorgan estados de flacidez y rigidez similares a los fisiológicos, pero el proceso de colocación es más complejo y se asocia, por lo tanto, a un mayor riesgo de complicaciones.

Modelo para la firma de la declaración de voluntad

Lugar, de de 20...

Mi firma abajo confirma que:

Yo, solicito a profesional de la medicina matrícula N°..... realizar hormonización con, conforme a lo establecido en la Ley Nacional 26743 de Identidad de Género.

Reconozco haber recibido, en un espacio de diálogo e intercambio, información clara y comprensible sobre los distintos esquemas de hormonización posibles, sus alcances y limitaciones, y los efectos adversos y complicaciones asociados a su uso.

Firma persona solicitante:.....

Firma profesional:

Aclaración:.....

Aclaración:.....

El proceso de consentimiento informado en el contexto de la hormonización supone habilitar un espacio de diálogo en el que se brinde información comprensible, precisa, adecuada y oportuna sobre el estado de salud de la persona, como así también acerca del procedimiento a llevar a cabo, explicitando el esquema de hormonización propuesto y los alternativos, sus alcances y los posibles efectos adversos. El objetivo es habilitar la toma de decisiones de manera realmente informada; por eso, es importante que cada persona cuente con el tiempo necesario para expresar sus deseos, expectativas y temores, realizar consultas y despejar sus dudas. Este proceso de consentimiento puede incluir la firma de la declaración de voluntad efectuada por la persona, donde se deja asentada su conformidad.

Glosario
Bibliografía



Glosario

ACV: accidente cerebro vascular

DBT: diabetes

DMO: densitometría ósea

FSH/LH: hormona estimulante del folículo/hormona luteinizante

HDL: lipoproteínas de alta densidad

VPH: virus del papiloma humano

HTA: hipertensión arterial diastólica

IAM: infarto agudo de miocardio

IMC: índice de masa corporal

ITS: infecciones de transmisión sexual

LDL: lipoproteína de baja densidad

LH: hormona luteinizante

PAP: Papanicolaou

PSA: antígeno prostático específico

TA: tensión arterial

TSH: hormona tiroestimulante o tirotropina

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

LGTBIQ: lesbianas, gays, trans, bisexuales, intersex y/o queer. A lo largo del material, esta sigla se usa completa o en parte para nombrar, específicamente, a los colectivos a los que se esté refiriendo. A su vez, su utilización puede suponer los adjetivos correspondientes en lugar de los sustantivos, por ejemplo: organizaciones LGTBIQ (lésbicas, gays, trans, bisexuales, intersex y/o *queer*).



Bibliografía

Aczel, I. (2013). *Ley de Identidad de Género en Argentina: el género como derecho*. Ponencia. IV Coloquio de Género y Ciencias Sociales, organizado por el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género en colaboración con DAAD. Mimeo.

Aczel, I. (2012). La debilidad de la mujer. En *Revista Mora*. Vol. 18, N° 1, enero-julio 2012. Buenos Aires. (Versión online ISSN 1853-001X). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000100004&lng=es&nrm=iso [Consultado el 02/02/2015]

Aczel, I.; Casavieja, T.; Péchin, J.; Prieto, A.; Romero, S.; Valinotti, JS. (2014). *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de Derechos Humanos en salud*. Buenos Aires: Subsecretaría de Vinculación Ciudadana de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires y la Jefatura de Gabinetes de Ministros de la Presidencia de la Nación. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://capicuauniversidad.org/#!/-guia-de-salud>

Aczel, I. y Péchin, J. (2006). Las reformas del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: regulaciones democráticas y represión política. En *Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires: documentos, normas, debates y luchas políticas* (CD). Buenos Aires: Área Queer, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Alcaraz, R. y Alcaraz, A. (2008). *El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género*. Textos del caracol, N° 4. México. Disponible en: <http://enp4.unam.mx/diversidad/Descargas/Diversidad/Derecho%20No%20discriminacion%20identidad%20%20sexogenerica.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Alonso, G. (2009). Inquietar las miradas. En *No se nace heterosexual*. Cuadernillo N° 1, Año 1, junio 2010, Serie La Revuelta Pedagógica, Proyecto de Extensión "Por una educación pública antidiscriminatoria, no androcéntrica, no sexista, no heterosexista", Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue.

Alonso, H. y Zurbriggen, R. (2008). Talleres de educación sexual. Efectos del discurso heteronormativo. En Morgade, G. y Alonso, G. (comp.) *Cuerpos y sexualidades en la escuela: de la "normalidad" a la disidencia*. Buenos Aires: Paidós.

Amado, JA. y Flórez, J. (2003). Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. En *Farmacología Humana*. 4° ed., pp. 887-911. Barcelona: Masson. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.hvil.sld.cu/bvs/ar>

chivos/641_50hormonas%2520sexuales%2520estrogenos,%2520gestagenos,%2520androgenos.pdf

APA (American Psychiatric Association) (2012). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

APA (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Área de Diversidad Sexual de la Secretaría de Promoción Social y la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Rosario. *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011* [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia>

Área Queer (2006). *Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires: documentos, normas, debates y luchas políticas*. Buenos Aires: Área Queer, Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. (Formato digital).

Asscheman H.; Giltay EJ.; Megens JA.; de Ronde WP.; van Trotsenburg MA. y Gooren LJ. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. En *European Journal of Endocrinology*. Vol. 164, N° 4, abril 2011, pp. 635-642. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://ej-eonline.org/content/164/4/635.full.pdf+html>

Asscheman H.; Gorren L. y Eklund P. (1989). Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. En *Metabolism*, 869-873.

ATTTA y Fundación Huésped (2014). *Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Buenos Aires: ATTTA y Fundación Huésped. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2015/01/Ley-de-identidad-de-g%C3%A9nero-y-acceso-al-cuidado-de-la-salud-personas-trans-en-Argentina.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Barrancos, D. (2007). *Mujeres en la sociedad argentina: una historia de cinco siglos*. Buenos Aires: Sudamericana.

- Bazán, O. (2004). *Historia de la homosexualidad en la Argentina. De la Conquista de América al siglo XXI*. Buenos Aires: Marea.
- Bellucci, M. (1992). De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino. En Fernández, AM. (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Berkins, L. (comp.) (2007) *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT.
- Berkins, L. y Fernández, J. (coords.) (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: PUEG-Paidós.
- Cabral, M. (2013). *La paradoja transgénero*. Disponible en: <https://programadssr.files.wordpress.com/2013/05/la-paradoja-transgc3a9nero.pdf> [Consultado el 02/02/2015]
- Cabral, M. (2009). Interdicciones. *Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Disponible en: <http://aloefresa.blogspot.com/2009/03/mauro-cabral-edita-nuevo-libro.html>. [Consultado el 02/02/2015]
- Cabral, M. (2003). De monstruos conjurando: intersexualidad y biotecnologías de la identidad. En *Revista Mora*. N° 9/10, 2003/2004. Buenos Aires: Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Cabral, M. y Mafía, D. (2003). Los sexos ¿son o se hacen? En Mafía, Diana (comp.) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Cangiano, C. y DoBois, L. (1993). *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Centurión, M.L.; Duranti, RE.; Hessling, MM.; Leone, GD. y Sotelo, J. (2008). *Salud, VIH-sida y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf
- Coiffman, F. (2008) Alogenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad. En *Revista Cirugía Plástica Ibero-americana*. Vol. 34, N° 1, pp. 1-10. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: http://www.filacp.org/web/espanol/revista-pdf/volumen34/volumen_34_no_1.pdf
- Coleman, E.; Bockting, W.; Botzer, M.; Cohen-Kettenis, P.; DeCuypere, G.; Feldman, J. y Zucker, K. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People Version 7. En *International Journal of Transgenderism*. Vol. 13, pp. 165-232.
- Coll-Planas, G. (2010). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Madrid: Egales.
- Córdoba, D.; Sáez, J. y Vidarte, P. (2005). Teoría Queer. *Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Madrid: Egales.
- Dahl, M.; Feldman, JL.; Goldberg, J. y Jaberí, A. (2006). Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy. Assessment of Hormone Eligibility and Readiness. En *Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines*. Canadá. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/guidelines-endocrine.pdf>
- Davidson, A. (2004). *La aparición de la sexualidad*. Barcelona: AlphaDecay.
- Delfino, S. (1999). Género y regulaciones culturales. El valor crítico de las diferencias. En Forastelli, F. y Triquell, X. *Las marcas del género. Configuraciones de la diferencia en la cultura*. Centro de Estudios Avanzados, UNC.
- Delfino, S. y Salomón, G. (2003). Regulaciones culturales y luchas políticas: el caso del Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires. En *Revista Jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico*. Vol. 38, N° 1, pp. 151-167. Facultad de Derecho.
- Derechos humanos e identidad de género. Informe temático de Thomas Hammarberg, Consejo de Europa, Comisario de Derechos Humanos*. Transrespeto versus transfobia en el mundo (TvT). Serie de publicaciones, Vol. 1. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_es.pdf
- Di Segni, S. (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Duby, G. y Perrot, M. (Directores) (2000). *Historia de las mujeres, Tomo 4: El siglo XIX*. Madrid: Taurus.
- Duranti, R.; Hessling, M. y Leone, G. (2007). *Atención de la salud de personas travestis y transexuales*. Buenos Aires: Coordinación Sida y ONUSIDA. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/publicaciones/atencion_personas_travestis_y_transexuales.pdf [Consultado el 02/02/2015]
- Elizalde, S. y Péchin, J. (2009). El otro placard. Regulaciones institucionales en torno a la diversidad sexual juvenil. En *Revista de Ciencias Sociales*. N° 74. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Facio, A. y Fries, L. (editoras) (1999). *Género y derecho*. Santiago de Chile: Lom Ediciones/La Morada.

FALGBT y ATTA (2011). *"Ley de identidad de género" por el derecho a ser quien cada uno y cada una es. Por el derecho a todos los derechos*. Buenos Aires: FALGBT y ATTA.

Feldman JL. y Goldberg J. (2006). *Transgender primary medical care: suggested guidelines for clinicians in British Columbia*. Vancouver (BC): Transgender Health Program. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: http://lgbtqn.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Guidelines-primarycare.pdf

Fernández, AM. y Siqueira Peres, W. (eds.) (2013). *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Buenos Aires: Biblos.

Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires: Edhasa.

Ferro, G. (2010). *Degenerados, anormales y delincuentes. Gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*. Buenos Aires: Marea.

Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1999). *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1996). *Genealogía del racismo*. La Plata: Altamira.

Frade Costa, EM. y Mendoca, BB. (2014). Clinical management of transsexual subjects. En *Arq Bras Endocrinol Metab*. Vol. 58, Nº 2, 2014, pp. 188-96. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000200188&lng=en&nrm=iso

Fundación Húésped (2014). *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Resumen ejecutivo. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2015/01/Ley-de-identidad-de-g%C3%A9nero-y-acceso-al-cuidado-de-la-salud-personas-trans-en-Argentina.pdf>

GATE (Global Action for Trans Equality) (2013). *Propuesta crítica y alternativa a la categoría "Incongruencia de género en la infancia" en la CIE-11*. Documento de trabajo resultado de una reunión con activistas y organizaciones trans nacionales y locales. Buenos Aires, abril de 2013. Mimeo.

GATE y STP (Campaña Internacional Stop Trans Pathologization) (2014). *Información complementaria: nuevos desarrollos en el proceso de revisión de la CIE*. Disponible en: http://www.stp2012.info/Informacion_complementaria.pdf [Consultado el 02/02/2015]

GATE y STP (2013). *Nuevos desarrollos en el proceso de revisión de la CIE*. Disponible en: <http://www.clam.org.br/ES/destaque/conteudo.asp?cod=11751> [Consultado el 02/02/2015]

Gemetro, F. y Bacin, G. (2012). *Guía para personal de salud sobre salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia hacia población LGTB*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Área Políticas de Género, Programa para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas y Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Guia-para-el-Personal-de-Salud-sobre-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-Prevencion-de-la-Violencia-hacia-poblacion-LGTB.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Gooren, LJ. y Giltay, EJ. (2008). Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: Effects and risks of administration of androgens to females. En *J Sex Med*. Vol. 5, pp. 765-776. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.hormonebalance.org/images/documents/Gorren%2008%20F%20to%20M%20Review%20JSM.pdf>

Gooren, LJ.; Wierckx, K. y Giltay, EJ. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. En *European Journal of Endocrinology*. Vol. 170, pp. 809-819.

Green, R. (2008). *The Three Kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller*. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-008-9392-3?LI=true#page-1> [Consultado el 02/02/2015]

Hammarberg, T. (2010). *Derechos Humanos e identidad de género*. Disponible en: http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_es.pdf [Consultado el 02/02/2015]

Hembree, WC.; Cohen-Kettenis, P.; Delemarre-van de Waal, HA.; Gooren, LJ.; Meyer, WJ.; Spack, NP.; Tangpricha, V. y Montori, VM. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. En *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol. 94, Nº 9, pp. 3132-3154. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2009-0345>

Hernández García, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. En *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, Nº 13. (ISSN-e 1578-6730). Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/13/yhgarcia.html> [Consultado el 02/02/2015]

INADI, INDEC (2012). *Primera Encuesta sobre Población trans 2012: travestis, transsexuales, transgéneros y hombres trans. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza. 18 al 29 de junio 2012*. Buenos Aires: INDEC. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/micro_sitios/WebEncuestaTrans/pp_encuesta_trans_set2012.pdf [Consultado el 02/02/2015]

Juvany Roig, R.; Mercadal Orfila, G. & Jódar Masanés, R. (2004). Manejo perioperatorio de la medicación crónica no relacionada con la cirugía. En *Anales de Medicina Interna*. Vol. 21, Nº 6, pp. 291-300.

Lavigne, L. (2009). La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes. En Cabral, M. *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Disponible en: <http://alofresa.blogspot.com/2009/03/mauro-cabral-edita-nuevo-libro.html>. [Consultado el 02/02/2015]

Lawrence, AA. (2007). Transgender health concerns. En Meyer, IH. y Northridge, ME. (eds.) *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. Pp. 473-505. Nueva York: Springer.

Lawrence, AA. (2001). Vaginal neoplasia in a male-to-female transsexual: case report, review of the literature, and recommendations for cytological screening. En *Int J Transgender*. Vol 5, Nº 1.

Leo, ME.; Bilhartz, DL.; Bergstralh, EJ. y Oesterling, JE. (1991). Prostate specific antigen in hormonally treated stage D2 prostate cancer: is it always an accurate indicator of disease status? En *Journal of Urology*. Vol. 145, pp. 802-806.

Levy, A. y Crown, A. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. En *Clinical endocrinology*. Vol. 55, pp. 409-418. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x/epdf>

Lidegaard, O.; Ellen Løkkegaard, E.; Jensen, A.; Wessel Skovlund, C. y Niels Keiding, N. (2012). Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. En *N Engl J Med*. Vol. 366, pp. 2257-2266. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1111840>

Llamas, R. y Vidarte, F. (2001). *Extravíos*. Madrid: Espasa-Calpe.

Llamas, R. y Vidarte, F. (1999). *Homografías*. Madrid: Espasa Calpe.

MacKenzie, GO. (1994). *Transgender Nation*. Ohio: Bowling Green State University Popular Press.

Martín Díaz, M.; Martínez López, MM.; Romero Otero, J.; Díaz Gutiérrez, AJ.; Cabezón Hedo, MA. y García Martínez, A. (2011). Faloplastia mediante colgajo libre microquirúrgico antebraquial radial con doble tunelización: A propósito de un caso. En *Cir. plást. iberolatinoam*. Vol. 37, Nº 2, junio 2011, pp. 137-142. [Citado 2015 Feb 18] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922011000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922011000200005>

Meccia, E. (2008). Siempre en agenda: una perspectiva sociológica acerca de la cuestión de la no heterosexualidad en la programática del Estado argentino, En *Cuadernos de estudios latino-americanos*, Nº. 6, Sep/Dez. Disponible en: <http://www.cecies.org/>

[imagenes/edicion_314.pdf](#) [Consultado el 02/02/2015]

Ministerio de Salud Pública (2014). Dirección General de la Salud. División de Programación Estratégica en Salud. Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. República Oriental del Uruguay. *Pautas de atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Capítulo Hormonización en personas trans.

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos. Argentina 2012*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación e INADI (XXXX). *Trabajo sin discriminación. Colectivo Trans*. Disponible en Inclusión laboral para el colectivo trans.

Missé, M. (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Madrid: Egales.

Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.) (2011). *El género desordenado. Crítica en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.

Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. En Norte de salud mental. Vol. VIII, Nº 38, pp. 44-55. Disponible en: <http://antigua.ome-aen.org/norte/38/44-55%20corr.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Mouratian, P. (2013). *Derecho al trabajo sin discriminación: hacia el paradigma de la igualdad de oportunidades*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, INADI. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2014/02/derecho_al_trabajo_sin_discriminacion.pdf

Mueller, A.; Dittrich, R.; Binder, H.; Kuehnel, W.; Maltaris, T.; Hoffmann, I. y Beckmann, MW. (2005). High dose estrogen treatment increases bone mineral density in male-to-female transsexuals receiving gonadotropin-releasing hormone agonist in the absence of testosterone. En *European Journal of Endocrinology*. Vol. 153, pp. 107-113. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://eje-online.org/content/153/1/107.long>

Mueller, A. y Gooren, L. (2008). Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. En *European Journal of Endocrinology*. Vol. 159, pp. 197-202. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.eje-online.org/content/159/3/197.full.pdf+html>

Murillo-Godínez, G. (2010). Uso ilícito de modelantes y efectos adversos. En *Med Int Mex* 2010. Vol. 26, Nº 4, pp. 346-349. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: http://cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido04_08.pdf

Nieto, JA. (comp.) (1998). *Transexualidad, transgenderismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid, Talasa.

Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud*, décima revisión (CIE-10). Disponible el volumen 1 en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>; el volumen 2 en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>; el volumen 3 en <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

ONUSIDA (2010a). *El diagnóstico de VIH: prácticas del equipo de salud y experiencias de testeo en personas homosexuales, bisexuales y trans*. Condiciones de vulnerabilidad al VIH-Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina. Disponible en: <http://www.onusida-latina.org/images/DOCUMENTOS/argentina/EI%20diagn%C3%B3stico%20de%20VIH.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

ONUSIDA (2010b). *Las experiencias de atención médica y los cuidados del cuerpo en personas travestis/trans*. Condiciones de vulnerabilidad al VIH-sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina. Disponible en: <http://www.onusida-latina.org/images/DOCUMENTOS/argentina/Atenci%C3%B3n%20trans.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

ONUSIDA (2010c). *Representaciones y prácticas del equipo de salud en la atención de personas homosexuales, bisexuales y trans en la Ciudad de Buenos Aires. Diversidad sexual: herramientas para la prevención del VIH*. Disponible en: <http://www.onusida-latina.org/images/DOCUMENTOS/argentina/investigacion%20GTB%20y%20area%20DivSex.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Parlamento Europeo (2011). *European Parliament resolution of 28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations*. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0/EN&language=EN> [Consultado el 02/02/2015]

Péchin, J. (2013a). ¿Cómo construye varones la escuela? Etnografía crítica sobre rituales de masculinización en la escena escolar. En *Dossier Monográfico de la Revista Iberoamericana de Educación*. N° 62, mayo-agosto.

Péchin, J. (2013b). De la indicación de "perversiones" por parte de la(s) norma(s) a la "perversión" política de la (a)normalización: ¿sujetxs de deseo como sujetxs de derecho? En *Revista Les online*. Vol. 5, N° 1, junio 2013, pp. 47-60.

Péchin, J. (2011). *Géneros, sexualidades y resistencias políticas a la normalización. Etnografía sobre procesos identitarios en/desde la escolaridad del siglo XXI en Buenos Aires*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Perrone, AM.; Cerpolini, S.; María Salfi, NC.; Ceccarelli, C.; De Giorgi, LB.; Formelli, G.; Casadio, P.; Ghi, T.; Pelusi, G.; Pelusi, C. y Meriggiola, MC. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FTM) transsexuals. En *Journal of Sexual Medicine*. Vol. 6, N° 11, Nov 2009, pp. 3193-3200.

Platero Méndez, R. (2009). Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. En *Política y sociedad*. Vol. 46, N° 1 y 2, pp. 107-128. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/23002>. [Consultado el 02/02/2015]

Platero Méndez, R. y Gómez Ceto, E. (2008). *Herramientas para combatir el bullying homofóbico*. Madrid: Talasa Ediciones.

Preciado, B. (2002). *Manifiesto contrasexual*. Madrid: Ópera Prima.

Principios de Yogyakarta (2007). *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Disponible en: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm [Consultado el 02/02/2015]

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable (2011). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud*. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/salud-sexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles. Cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos*. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino (2010). *Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Rapisardi, F. y Modarelli, A. (2001). *Fiestas, baños y exilios. Los gays porteños en la última dictadura*. Buenos Aires: Sudamericana.

Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2012). *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*. Disponible en: <http://stp2012.info/guia/STP-propuesta-sanidad.pdf> [Consultado el 02/02/2015]

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. En *Nueva antropología*. Vol. VIII, N° 30. México. Publicación original: The Tra\$ic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex. En Reiter, R. (ed.) (1975) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press. Reeditado en *Second Wave: A Feminist Reader* y en otras colecciones. Disponible online.

Rubin, G. (1984). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. Disponible en: http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/beatriz_suarez/rubin.pdf. [Consultado el 02/02/2015]

Sabsay, L. (2011). *Fronteras sexuales: espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires: Paidós.

Sáez, J. (s/f). *Freud, Lacan: el sexo a la deriva*. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.geocities.com/westhollywood/6742>.

Salessi, J. (2000). *Médicos maleantes y maricas*. Rosario: Beatriz Viterbo.

Secretaría de Promoción Social, Área de Diversidad Sexual, y Secretaría de Salud Pública de Rosario (2012). *Atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011*. Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia> [Consultado el 02/02/2015]

STP (Stop Trans Pathologization) (2014). *Nota de prensa. Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014*. Disponible en: http://www.stp2012.info/STP_Nota_de_Prensa_Octubre_2014.pdf [Consultado el 02/02/2015]

STP (2012). *Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos*. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexiones_CIE.pdf

STP (2010). *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*. Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español. Disponible en: <https://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf>[Consultado el 02/02/2015]

Talbur, S. y Steinberg, SR. (eds.) (2005). *Pensando queer. Sexualidad, cultura y educación*. Barcelona: Graó.

Tin, LG. (2012). *La invención de la cultura heterosexual*. Buenos Aires: El Cuenco de Plata.

Toorians, AW.; Thomassen, MC.; Zwegman, S.; Magdeleyns, EJ.; Tans G.; Gooren LJ. y Rosing, J. (2003). Venous Thrombosis and Changes of Hemostatic Variables during Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual People. En *J. Clin. Endocrinol. Metab.* Vol. 88, pp. 5723-5729. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2003-030520>

Unger, CA. (2014). Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. En *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 210, N° 1, pp. 16-26. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)00522-X/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)00522-X/pdf)

Villalpando, W. (Coord.) (2005). *Hacia un Plan Nacional contra la discriminación*. Buenos Aires: INADI.

World Professional Association for Transgender Health. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. En *International Journal of Transgenderism*. Vol. 13, pp 165-232. [Citado 18 Feb 2015]

Disponible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf

Workowski, KA. y Berman, S. (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. En *MMWR Recomm Rep*. Vol. 59, N° RR12, diciembre 2010, pp. 1-110. Errata en *MMWR Recomm Rep*. Vol. 60, N° RR1, enero 2011, pp. 18. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5912.pdf>

Zitzmann, M.; Erren, M.; Kamischke, A.; Simoni, M. y Nieschlag, E. (2005). Endogenous progesterone and the exogenous progestin norethisterone enanthate are associated with a proinflammatory profile in healthy men. En *J Clin Endocrinol Metab*. Vol. 90, N° 12, diciembre 2005, pp. 6603-6608. [Citado 18 Feb 2015] Disponible en: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2005-0847>

Zubiaur, I. (ed.) (2007). *Pioneros de lo homosexual*. Barcelona: Anthropos.

Zurbriggen, R. (2008). Intolerables transgresiones para el orden escolar: los cuerpos (y las vidas) de las travestis. En *No se nace heterosexual*. Cuadernillo N° 1, Año 1, junio 2010, Serie La Revuelta Pedagógica, Proyecto de Extensión "Por una educación pública antidiscriminatoria, no androcéntrica, no sexista, no heterosexista", Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue.

Leyes, decretos y resoluciones

Identidad de Género. Ley 26743/12 del 23 de mayo. Boletín Oficial N° 32404 (24-05-2012).

Educación Sexual Integral. Ley 26150 del 4 de octubre de 2006. Boletín Oficial N° 31017 (24-10-2006).

Contracepción Quirúrgica. Ley 26130 del 9 de agosto de 2006. Boletín Oficial N° 30978 (29-08-2006).

Hacia un plan nacional contra la discriminación: la discriminación en Argentina. Decreto 1086/05 (07-09-2005).

Arte de curar. Ley 17132/67 del 31 de enero. Boletín Oficial N° 21119 (31-01-1967).

Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 26061/05 del 26 de octubre. Boletín Oficial N° 30767 (26-10-2005).

Orientación sexual e identidad de género en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. P7_TA (2011)0427. Resolución del Parlamento Europeo (28-09-2011). [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+PDF+V0//ES>

Resolución N° 2359/07 del Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Resolución N° 02/11 del Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Resolución N° 2272/07 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Resolución N° 1877/09 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Resolución N° 146/11 del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos. Ley 25673/02 del 30 de octubre. Boletín Oficial N° 30032 (22-11-2002).

Protección contra la violencia familiar. Ley 24417/05 del 07 de diciembre. Boletín Oficial N° 28052 (03-01-1995).

Derechos del paciente. Ley 26529/09 del 21 de octubre. Boletín Oficial N° 31785 (20-11-2009)

Matrimonio civil. Ley 26618/10 del 15 de julio. Boletín Oficial N° 31949 (22-07-2010).

Derecho a la protección de la salud mental. Ley 26657/10 del 25 de noviembre. Boletín Oficial N° 32041 (03-12-2010).

Reproducción medicamente asistida. Ley 26862/13 del 05 de junio. Boletín Oficial N° 32667 (26-06-2013).

Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26994/14 del 01 de octubre. Boletín Oficial N° 32985 (08-10-2014).

Artículos periodísticos

Alcaraz, MF. (2014). Las personas trans de más de 40 son prácticamente sobrevivientes. En *InfoJus Noticias*. 27 nov 2014. Sección Nacionales. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.infojusnoticias.gov.ar/nacionales/las-personas-trans-de-mas-de-40-son-practicamente-sobrevivientes-6600.html>

Magnani, R. (2012). Es un deber el pedir perdón. En *Página 12*. 23 ene 2012. Sección Sociedad. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-186020-2012-01-23.html>

TELAM. (2014) Advierten que la expectativa de vida para trans es de 35 años. En *Diario de Cuyo*. 18 may 2014. Sección Noticias. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: http://www.diariodecuyo.com.ar/home/new_noticia.php?noticia_id=622535

Páginas web

Fundación Huésped [Internet]. Campaña "Expectativas". Actualizado el 16 may 2014. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/campana-expectativas/>

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) [Internet]. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://inadi.gob.ar/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo 2010. [Internet]. [Citado 02 Feb 2015] Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/index.asp>

0800 222 3444

saludsexual@msal.gov.ar

www.msal.gov.ar/saludsexual

