

ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS, TRAVESTISTAS Y NO BINARIAS

Guía para equipos de salud

Actualización 2020



Dirección de
Generos y Diversidad

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina



Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias

Guía para equipos de salud



Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministro de Salud

Ginés González García

Secretaría de Acceso a la Salud

Carla Vizzotti

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Directora de Géneros y Diversidad

Candela Cabrera



Prólogo

La Ley de Identidad de Género, sancionada en 2012, ha representado un hito a nivel nacional e internacional en lo que respecta a la desjudicialización y despatologización de las identidades de género. Impulsada por organizaciones y activistas travestis y trans, representa el reconocimiento desde el Estado argentino del derecho a la identidad de género como un Derecho Humano.

En el marco de su implementación, el Ministerio de Salud de la Nación publicó en el año 2015, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSR), el libro “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”, donde se proponen lineamientos destinados a favorecer el acceso de la población trans y travesti a una atención sanitaria integral, integrada y de calidad.

A lo largo de estos años, dicha publicación ha constituido un elemento clave en la conformación de nuevos espacios de atención y el fortalecimiento de otros ya existentes en todo el territorio nacional.

En esta oportunidad se presenta una actualización de ese material desde la Dirección de Géneros y Diversidad, recientemente creada en esta cartera sanitaria para llevar adelante la transversalización de la perspectiva de género y diversidad, junto a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en la que se enmarca el PNSSR.

En esta edición se incorpora una lectura conjunta de la Ley de Identidad de Género con el Código Civil y Comercial y la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, y se suma información actualizada referida a la situación sociosanitaria de la población trans y travesti en la Argentina. A su vez, en función de la evidencia científica disponible y la experiencia de los equipos de referencia en este campo, se actualizan las recomendaciones en cuanto a la atención integral de la salud de las personas trans, travestis y no binarias, en general, y sobre los procesos de modificación corporal, en particular.

Esta actualización tiene lugar en un momento histórico inédito en que las reivindicaciones y luchas de los colectivos LGBTI+ asumen una expresión prioritaria en las políticas públicas, en un proceso por construir una sociedad igualitaria, que respete la diversidad, libre de discriminaciones y violencias. En este sentido, los aportes y el compromiso de equipos de salud y profesionales de distintas disciplinas, así como de referentes de organizaciones y activistas, han sido y son imprescindibles. A ellos nuestro agradecimiento y el compromiso de seguir trabajando por una salud pública para todas, todos y todes.

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Valeria Isla

*Directora Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva*

Candela Cabrera

Directora de Géneros y Diversidad

Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias

Guía para equipos de salud

Segunda edición: septiembre, 2020.

Actualización de contenidos: Diego Javier García (DGyD), Cecilia Calvar (Jefa de Servicio de Endocrinología del Hospital Fernández, CABA), María del Rosario Blasco (ENIA - DNSSyR), Christian Rivero (ENIA - DNSSyR), Anibal Obaid (Cirujano plástico del Equipo de Salud Trans, Municipalidad de Rosario), Luis Otero y Ariel Aguirre (Equipo Fonoaudiología CESAC 11, CABA), Eleonora Lamm (Doc-tora en Derecho y Bioética. Subdirectora de Derechos Humanos, Suprema Corte de Justicia de Mendoza), Luciana Azcárate (DNSSyR), Mailén Burgos (DGyD), Alicia Comas (DGyD), Rubi Fagioli (DNSSyR), Yamila Hadad (DGyD), Tali Miculitzki (DNSSyR), Ofelia Musacchio (DNSSyR), Matías Ostropolsky (DGyD), Victoria Pedrido (DNSSyR), Irina Perl (DGyD), Jose Barletta (DRVIHVT), Julia Recchi (DRVIHVT), Juan Sotelo (DRVIHVT).

Colaboraciones: Cecilia Marzoa y Mariano Lozza (Consultorio Amigable Chivilcoy), Carlos Sanz (Jefe Servicio Adolescencia, Hospital Elizalde, CABA), Valeria Pavan (Coordinadora de Políticas de Salud Inclusivas, Subsecretaría de Políticas de Diversidad, MMGD), María del Carmen Salvo (PSSyR, Salta), Fabiana Reyna (Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda, Tucumán), Claudia Capandegui (Hospital Ricardo Gutiérrez, La Plata), Carolina Vilela Weisz (Residencia de Medicina General, CABA), Alejo Bande (ENIA - DNSSyR), Agostina Chiodi (DAYJ), Ezequiel Enz (SAS), Luciana Mignoli (DGyD), Claudia Ortiz Guerreiro (DNSSyR).

Coordinación general y edición: Alicia Comas (DGyD), Tali Miculitzki (DNSyR) y Ofelia Musacchio (DNSSyR).

Diseño: Walter Oxley (DNSSyR).

Se agradece la contribución financiera y técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

Primera edición: junio 2015.

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 Fairman (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.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud de la Nación

Av. Rivadavia 875, Piso 7 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gob.ar

Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

Dirección de Géneros y Diversidad Ministerio de Salud de la Nación

Av. Rivadavia 875, Piso 7 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfonos: (+54 11) 4342-3374/3470

Correo electrónico: generosydiversidad@msal.gov.ar

Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

Índice

Capítulo 1

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

La Ley de Identidad de Género

- Cambio Registral

- Trato digno: respeto del nombre y del género autopercebido

Acceso a modificaciones corporales en el marco de la Ley de Identidad de Género

- Acceso a modificaciones corporales en personas menores de 16 años

Ley de identidad de género y derechos de las personas con discapacidad

Cambiar el punto de vista: de la patologización al reconocimiento de los derechos humanos

Legislación argentina en relación con la salud y los derechos de personas trans, travestis y no binarias

10

11

12

13

14

15

17

18

20

Capítulo 2

Expresiones e identidades de género

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

La imposición del binarismo sexo-genérico: desigualdades y jerarquías

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

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

- La patologización luego de la Segunda Guerra Mundial

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

- El diagnóstico de “disforia de género”

Disputas en torno a la despatologización de las identidades trans

- Posturas contrarias a los derechos sexuales

- Avance en el reconocimiento de derechos de las personas trans en la Argentina

25

27

28

30

30

32

32

34

35

37

38

Capítulo 3

Población trans y travesti: mapa de la situación sociosanitaria en Argentina	39
Educación, trabajo y vivienda como determinantes de la salud	42
Situación de salud y acceso a la atención sanitaria	45

Capítulo 4

Salud integral de las personas trans, travestis y no binarias: abordaje desde el equipo de salud	49
Modelo de atención desde un enfoque despatologizador	50
Algunas claves para una atención integral de calidad	52
- El reconocimiento y respeto de la identidad de género	53
La consulta en salud: espacio de encuentro e intercambio	54
- Entrevista	55
- Examen físico y estudios complementarios	56
Abordaje de la salud mental	56
Acciones preventivas	58
- Prevención de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	58
- Prevención de osteoporosis	59
- Screening de patologías oncológicas	60
Salud sexual y salud reproductiva	63
- Anticoncepción	63
- Prevención de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)	64
- Interrupción legal del embarazo	66
- Capacidad reproductiva y fertilización medicamente asistida	66

Capítulo 5

Atención de la salud en relación con la construcción de la corporalidad y la expresión de género	69
Técnicas no farmacológicas ni quirúrgicas	71
- Terapia de la voz	72
Hormonización: conceptos generales	74
- Requisitos para acceder a la hormonización	74
- Efectos esperables	75
- Seguimiento clínico	75
- Suspensión	76
Hormonización con estrógenos y antiandrógenos	77
- Vías de administración y dosis	77
- Seguimiento clínico	81
- Efectos secundarios y reacciones adversas	81
- Contraindicaciones y precauciones	82
- Interacciones medicamentosas	84
Hormonización con testosterona	85
- Vías de administración y dosis	85
- Seguimiento clínico	87
- Efectos esperables	88
- Efectos secundarios y reacciones adversas	89
- Contraindicaciones y precauciones	89
- Interacciones medicamentosas	89
- Cese menstrual	90

Inhibición del desarrollo puberal	91
- Momento de inicio, efectos esperables y reversibilidad	92
- Vías de administración y dosis	92
- Efectos secundarios y reacciones adversas	93
- Contraindicaciones y precauciones	93
Cirugías de modificación corporal	94
- Requisitos para acceder a las cirugías de modificación corporal	94
- Cirugías de modificación genital	95
- Cirugías mamarias	97
- Cirugías de modificación de la voz	98
- Otras cirugías	99
Prácticas inseguras de modificación corporal: uso de aceites y silicona líquida	99
- Afecciones producidas por sustancias de relleno	100
- Tratamiento de las afecciones por el uso de aceites o silicona	100
Solicitud y consentimiento informado	101

Cuadros

Cuadro 1. Estradiol: vías de administración y dosificación	78
Cuadro 2. Antiandrógenos: vías de administración y dosis	79
Cuadro 3. Hormonización con estrógenos y antiandrógenos: efectos esperables	80
Cuadro 4. Estrógenos y antiandrógenos: contraindicaciones y precauciones	83
Cuadro 5. Testosterona: vías de administración y dosificación	86
Cuadro 6. Hormonización con testosterona: efectos esperables	88
Cuadro 7. Testosterona: contraindicaciones y precauciones	90



Capítulo 1

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

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

El 9 de mayo de 2012 se sancionó en la Argentina la Ley nacional 26.743 de Identidad de Género. Esta ley fue propuesta en el marco de las luchas por la despatologización, la descriminalización y la desjudicialización de las identidades trans a nivel internacional, regional y nacional. Representa el reconocimiento del Estado argentino del derecho a la identidad de género como un Derecho Humano y es el resultado de la histórica lucha de organizaciones y activistas travestis y trans¹.

La Ley 26.743 constituye un hito a nivel nacional y mundial porque es la primera en despatologizar las identidades de género. La Ley garantiza a toda persona el reconocimiento de su identidad de género autopercebida a través de un trámite administrativo 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; incluyendo el acceso a modificaciones corporales, siempre que sea expresamente solicitado por la persona y sobre la sola base del consentimiento informado. En ningún caso se demanda el cumplimiento de requisitos patologizantes e incompatibles con los derechos humanos, como el diagnóstico, la esterilización, el divorcio o la realización de procedimientos quirúrgicos y tratamientos hormonales no deseados por la propia persona.

Su sanción implica abandonar el paradigma de la patologización, que ha sostenido la idea de que existen identidades de género “anormales” o vinculadas a alguna “enfermedad”, para avanzar hacia un nuevo paradigma centrado en los derechos humanos, en la autonomía en la toma de decisiones y en las necesidades específicas de cada persona.

1. La sanción de esta Ley se dio en el marco de un proceso de ampliación de derechos ciudadanos desde 2005, a partir del Decreto 1086/2005 que aprobó el Plan Nacional contra la Discriminación (<http://www.obserdiscriminacion.gob.ar/wp-content/uploads/2009/10/plannacional.pdf>).

La Ley de Identidad de Género establece obligaciones propias del ámbito de la salud. Los equipos de salud (de servicios públicos, privados y de obras sociales) tienen la obligación y la responsabilidad legal de garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas, con independencia de sus diversas expresiones e identidades de género, corporalidades, prácticas y orientaciones sexuales. Esto implica la revisión y modificación de prácticas y protocolos contrarios a la Ley, incluyendo aquellos que requieren diagnósticos patologizantes, tales como “disforia de género” o “trastorno de identidad de género”.

La sanción de la Ley 26.743 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 los derechos humanos, en la autonomía en la toma de decisiones y en las necesidades específicas de cada persona.

La Ley de Identidad de Género

La Ley 26.743 reconoce la identidad de género de todas las personas, así como su potestad para decidir, desarrollar y expresarla libremente, sin necesidad de someterse a diagnósticos

psicológicos y/o psiquiátricos, procedimientos de modificación corporal no deseados, ni a una instancia de decisión judicial. En su artículo 1º 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 instrumentos que acreditan su identidad respecto del/los nombre/s de pila, imagen y sexo² con los que allí es registrada”.

La Ley indica que esto rige para todas las personas, incluso para niñas y adolescentes.

Así, la Ley reconoce la autonomía y la responsabilidad de todas las personas en relación con sus cuerpos, en tanto titulares de derechos, con capacidad para decidir y expresarse por sí mismas en lo referente a sus experiencias y deseos.

De este modo, 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 considera que aquellas personas que se identifican en un género distinto al que les fue asignado al nacer, sufren de un trastorno y requieren tutela psico-médica y/o judicial. De esta manera, se deslegitiman sus identidades y expresiones de género y se vulnera su capacidad para tomar decisiones autónomas.

2. Si bien el documento nacional de identidad (DNI) diferencia a la ciudadanía en dos “sexos” (masculino o femenino), la categoría “sexo” que allí se indica hace referencia en realidad al género. Cuando una persona nace, lo que se consigna en este documento es el género que se le ha asignado. Por lo tanto, en aquellos casos en que se realiza el cambio registral, se consigna el género definido por la propia persona.

En consonancia con los Principios de Yogyakarta³, el artículo 2 de la Ley 26.743 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”.

Al momento del nacimiento, el equipo médico asigna el sexo de la persona de acuerdo a los genitales externos⁴, el cual luego es ratificado en el registro civil por la inscripción que hacen sus progenitores o representantes legales. Muchas personas construyen su identidad en consonancia con esta primera asignación (personas cis), mientras que otras se identifican de un modo distinto a esa asignación inicial (personas trans, travestis, no binarias, etc.).

Al poner en el centro el reconocimiento de la autopercepción y subrayar la autodeterminación y autonomía de las personas sobre su propio cuerpo, la Ley 26.743 garantiza el derecho de todas las personas a decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género.

Asimismo, y solo en tanto sea expresamente decidido por la persona, la Ley establece la obligación del sistema de salud de garantizar el acceso a aquellas modificaciones corporales (tales como la hormonización y/o las intervenciones quirúrgicas) que cada persona juzgue necesarias para expresar su identidad de género, sin que para ello deba someterse a diagnósticos psiquiátricos, autorización judicial o cambio registral.

Cambio registral

La Ley de Identidad de Género habilita, a través de un trámite administrativo, el cambio registral de *nombre* y “*sexo*”⁵ en la documentación de las personas que no se identifican con el género que les fue asignado al nacer: partida de nacimiento, DNI, pasaporte, entre otros. Se garantiza así el reconocimiento legal de la identidad, sin otro requisito más que la solicitud y la expresión del nombre de pila elegido.

En Argentina, a diferencia de otros países, para acceder al cambio registral, no es requisito someterse a esterilización, modificar los genitales, realizar tratamiento hormonal y/o adoptar rasgos, gestos o modos que tradicionalmente son considerados típicos del género en el que la persona se identifica.

3. Los Principios de Yogyakarta en 2006 y Yogyakarta +10 en 2017 establecen los estándares fundamentales para orientar a los Estados en la aplicación de la legislación sobre cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género. Estos Principios recuperan los instrumentos internacionales vinculantes (Tratados, Pactos y Convenciones) que los Estados deben cumplir.

4. Es necesario subrayar que no siempre el examen visual resulta médicamente suficiente para realizar tal asignación y, en ocasiones, se recurre análisis hormonales y/o genéticos. Cuando se designa a una persona como “intersex” en su nacimiento, muchas veces se realizan intervenciones quirúrgicas de modificación genital para adecuar los genitales al “sexo masculino” o “sexo femenino”. Estas intervenciones han sido denunciadas como violaciones a los derechos humanos por los sistemas nacional, regional e internacional de Derechos Humanos.

5. Existen antecedentes en los que se autorizan inscripciones por fuera del binario mujer/varón. En Mendoza, la Resolución 420/18 del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas hace lugar a la solicitud de rectificación registral de dos personas y habilita que en la partida de nacimiento y el DNI no se consigne sexo alguno. En marzo del 2019, el Juzgado Nacional en lo Civil N° 7 de CABA, dicta una sentencia en la que reconoce el derecho a registrar la identidad como “Femeneidad Travesti” (Lara María Bertolini, Sentencia “Bertolini, Lara María C/ nn-M Interior Op y V S/ Información Sumaria”).

La Ley 26.743 garantiza el cambio registral y el acceso a las modificaciones corporales como derechos independientes, es decir: para acceder al reconocimiento legal de la identidad no es requisito previamente realizar una modificación corporal, ni viceversa⁶. Exigir lo contrario sería violatorio de derechos humanos⁷, como sucedía en la Argentina antes de la sanción de esta legislación y como sucede aún en otros países⁸.

Para la solicitud del cambio registral en niñas y adolescentes, la Ley de Identidad de Género debe leerse en forma conjunta con lo previsto en el art. 26 del Código Civil y Comercial (CCyC), en vigencia desde agosto del 2015.

La Ley 26.743 garantiza el cambio registral y el acceso a las modificaciones corporales como derechos independientes: para acceder al reconocimiento legal de la identidad no es requisito realizar una modificación corporal, ni viceversa. Exigir lo contrario es violatorio de derechos humanos.

Trato digno: respeto del nombre y del género autopercebido

El artículo 12 de la Ley 26.743 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 de tratar y llamar a las personas con el nombre y el género en el que se presentan, luego de que lo hayan expresado e independientemente de que el cambio registral esté realizado o no.

Es habitual que las personas travestis y trans no concurren a las instituciones de salud o dejen de hacerlo para evitar mal-

6. Eleonora Lamm. “Identidad de género. Sobre la incoherencia legal de exigir el sexo como categoría jurídica”, 2018.

7. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos sostuvo que el proceso para el reconocimiento legal de género debe: a) basarse en la autodeterminación; b) permitir el reconocimiento de identidades no binarias; c) ser un proceso administrativo simple; d) otorgar a las niñas acceso al reconocimiento de su identidad de género, y; e) no requerir que las personas solicitantes presenten certificación médica, se sometan a cirugía o se divorcien. United Nations, OHCHR, “Living Free and Equal: what States are doing to tackle violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people” (HR/PUB/16/3), 2016.

8. Solo a modo de ejemplo, es posible mencionar a Bélgica, Finlandia e Italia. Puede consultarse un panorama completo de leyes y procedimientos administrativos para el reconocimiento legal de la identidad de género en todo el mundo en “Informe de Mapeo Legal Trans. Reconocimiento ante la ley” (2017). Disponible en: <https://ilga.org/es/mapeo-legal-trans>

tratos y actos de discriminación. Que las personas sean llamadas públicamente por un nombre distinto al elegido, que sean internadas en pabellones no acordes con su género, que se condicione o niegue la atención por su identidad y/o expresión de género, son actos de discriminación y violencia que vulneran derechos.

Es fundamental que se respete el nombre y género referido por cada persona en toda institución, tanto pública como privada. En el sistema de salud, esto implica tener en cuenta tanto los instrumentos de registro (expedientes, historia clínica, planillas, certificados, etcétera), como también la sala de internación.

Acceso a modificaciones corporales en el marco de la Ley de Identidad de Género

El artículo 11 de la Ley de Identidad de Género reconoce el derecho al libre desarrollo personal y establece que todas las personas pueden, a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para “adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género”.

Al garantizar los procedimientos hormonales y quirúrgicos exclusivamente para quienes lo solicitan de manera explícita, se busca garantizar la autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo.

En consonancia con lo establecido en la Ley 26.529 de Derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de salud, la Ley de Identidad de Género establece como único requisito⁹ para el acceso a prácticas de hormonización y cirugías de modificación corporal, el consentimiento informado de la persona interesada. No puede exigirse ninguna autorización judicial ni administrativa, ni realización de pericias psicológicas y/o psiquiátricas o de terapias de apoyo.

El artículo 11 de la Ley 26.743 establece que los efectores de todo el sistema de salud, ya sean estatales, privados o de obras sociales, deben garantizar en forma permanente las prestaciones que la Ley reconoce y que se incluyen en el Programa Médico Obligatorio (PMO). La Resolución 3159/19 efectiviza dicha incorporación y establece una cobertura del 100% en insumos para hormonización, incluida la medicación utilizada para la inhibición del desarrollo puberal.

Es importante considerar que frente a la falta de acceso en ámbitos de salud, muchas personas recurren, o podrían recurrir, a diversos procesos para expresar su identidad de género que ponen en riesgo la salud y/o la vida, incluyendo: auto hormonización, uso de métodos anticonceptivos con fines feminizantes, inyección de aceites y/o siliconas líquidas, etc.

9. Niños y adolescentes deben brindar su consentimiento informado del modo previsto por el CCyC. Ver apartado “Acceso a modificaciones corporales en personas menores de 16 años” del presente capítulo.

El Decreto 903/15, que reglamenta el artículo 11 de dicha Ley, enumera -a modo meramente enunciativo y no taxativo- una serie de procedimientos de modificación corporal y explicita que toda cirugía que ayude a adecuar el cuerpo a la identidad de género de las personas queda comprendida en el marco de la Ley 26.743.

Cabe mencionar que, mediante el artículo 14 de la Ley, se deroga el inciso 4 del artículo 19 de la Ley 17.132 del Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, que prohibía y penaba la realización de las cirugías de modificación genital.

Cuando existan condicionamientos por parte de las instituciones de salud -sean públicas, privadas u obras sociales- que impliquen barreras para acceder a los procedimientos e intervenciones mencionados, las instituciones, quienes ejerzan cargos directivos, y el personal de salud son susceptibles de sanciones legales por incumplimiento de sus obligaciones.

El artículo 11 de la Ley 26.743 establece que los efectores de todo el sistema de salud, ya sean estatales, privados o de obras sociales, deben garantizar en forma permanente las prestaciones que la Ley reconoce y que se incluyen en el Programa Médico Obligatorio (PMO). La Resolución 3159/19 efectiviza dicha incorporación y establece una cobertura del 100% en insumos para hormonización.

Acceso a modificaciones corporales en personas menores de 16 años

En el caso de niños y adolescentes, es importante tener en cuenta que los criterios etarios que establece la Ley de Identidad de Género sancionada en 2012, y en particular su artículo 11, deben leerse en sintonía con las modificaciones que establece el CCyC en materia de autonomía y presunción de capacidad de las personas. Es por eso que los rangos etarios que son considerados para el acceso autónomo a prácticas de modificación corporal surgen de lo establecido en el CCyC vigente desde 2015, en armonía con lo determinado por la Constitución Nacional y las Convenciones vigentes.

La interpretación normativa de acuerdo con los principios constitucionales pro persona y pro minoris, implica preferir la aplicación del artículo 26 del CCyC, que resulta más protectorio del ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNyA), tal como lo señala la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación. En función de esto:

- Las personas de 16 años o más son consideradas como adultas para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. Pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado para acceder a las prestaciones de modificación corporal contempladas en la Ley de Identidad de Género, incluidas las cirugías.

- En el caso de adolescentes entre 13 y 16 años, pueden brindar su consentimiento en forma autónoma, a menos que se trate de prácticas que puedan implicar un riesgo grave para su salud o su vida. Únicamente para estas situaciones será necesario, además de su consentimiento, el asentimiento de al menos una **persona adulta referente** (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos).

- Para el acceso a prácticas de modificación corporal en niños y adolescentes de menos de 13 años, podrán brindar su consentimiento con el asentimiento de al menos una **persona adulta referente** (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos).

El consentimiento de la persona interesada nunca es sustituible. Por ello, el asentimiento implica el acompañamiento a la decisión de la persona titular del derecho, es decir del adolescente o niño. El principio de autonomía progresiva debe guiar el accionar del equipo de salud y de las personas adultas que acompañan, para propiciar la participación de los niños en la toma de decisiones sobre su persona. Los niños y adolescentes son quienes consienten siempre.

En los casos en que se requiera asentimiento¹⁰, este puede ser brindado por una persona adulta referente (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos)¹¹. De acuerdo al artículo 645 del CCyC, no se requiere para dichas prácticas el asentimiento, en el caso que los hubiera, de los dos progenitores.

Para el acceso a **intervenciones quirúrgicas** en menores de 16 años, en función de lo dicho anteriormente, se requiere el consentimiento del niño o adolescente y el asentimiento de una **persona adulta referente** (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos). En ningún caso se requiere autorización judicial para que los profesionales de la salud garanticen la práctica¹².

Para el acceso a **hormonización** en adolescentes de entre 13 y 16 años, debe considerarse que:

- Cuando el equipo de salud determine que el acceso a la práctica solicitada no se asocia a un riesgo grave para la salud o la vida, se deberá garantizar que la persona acceda, requiriéndose únicamente su consentimiento informado.

10. Cuando el consentimiento del adolescente o niño requiera del asentimiento de una persona adulta responsable y esta figura no exista, o hubiera conflicto de intereses entre ambas partes, éste debe resolverse desde el equipo de salud, teniendo en cuenta el interés superior del niño, siempre sobre la base del criterio médico respecto a las consecuencias de la realización o no de la práctica y desde una mirada integral de la salud.

11. En consonancia con la reglamentación del artículo 7 de la Ley 26.061 (Decreto 415/2006) que desarrolla y amplía la noción de familia.

12. Si bien la Ley de Identidad de Género menciona la autorización judicial como requisito para el acceso a cirugías en menores de 18 años, en la lectura conjunta con el CCyC, prevalece la aplicación del criterio contenido en el artículo 26 de dicho Código.

- Únicamente en aquellos casos en que el equipo de salud considere que la práctica puede implicar un riesgo grave para la salud o la vida de la persona (sin estar clínicamente contraindicada) o que no existe suficiente evidencia científica para evaluarlo, se requiere, además del consentimiento de la persona, el asentimiento de una persona adulta referente¹³.

- El equipo de salud siempre debe realizar un abordaje de la situación desde una perspectiva integral de la salud, contemplando: la última evidencia científica disponible, los beneficios y las consecuencias que pudieran asociarse tanto al acceso como al no acceso al tratamiento de hormonización o inhibición de la pubertad. Es importante considerar que, frente a la falta de acceso a ámbitos de salud, muchas personas recurren o podrían recurrir a diversos procesos para encarnar y/o expresar su identidad de género, que ponen en riesgo la salud y/o la vida, incluyendo: auto hormonización, uso de métodos anticonceptivos con fines feminizantes, inyección de aceites y/o siliconas líquidas, etc. A la vez, la falta de acceso a la hormonización, en muchos casos, se vincula con conductas autolesivas, depresión y/o intentos de suicidio¹⁴.

Para el acceso a **hormonización** en niños y adolescentes menores de 13 años, éstos podrán brindar su consentimiento con el asentimiento de una persona adulta referente¹⁵.

El consentimiento de la persona interesada nunca es sustituible. Por ello, el asentimiento implica el acompañamiento a la decisión de la persona titular del derecho, es decir, de la adolescente o niño.

El principio de autonomía progresiva¹⁶ debe guiar el accionar del equipo de salud y de las personas adultas que acompañan, para propiciar la participación de los niños en la toma de decisiones sobre su persona. Los niños y adolescentes son quienes consienten siempre.

Ley de identidad de género y derechos de las personas con discapacidad

El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), en sintonía con el artículo 12 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPCD), establece en sus artículos 22, 23 y 31 que la capacidad jurídica para el ejercicio de los derechos corresponde a todas las personas por igual. Esto implica que las personas con discapacidad son quienes deben y pueden brindar consentimiento para las prácticas y prestaciones de salud que las involucran, incluidas aquellas que conciernen a su expresión e identidad de género.

13. Este rol pueden cumplirlo progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas "allegadas" o referentes afectivos.

14. Las consecuencias asociadas al no acceso a la hormonización no pueden generalizarse. De ningún modo debe interpretarse que los riesgos mencionados existen para todas las personas. Es necesario evaluar cada situación en particular.

15. Idem Nota 13.

16. Es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento. Es decir, la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente, tomar decisiones. (PENSIA 2018).

Además, el artículo 25 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que las personas con discapacidad (PCD) tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. En este sentido, es necesario que se tomen medidas para asegurar el acceso de las PCD a los servicios de salud, de modo que puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas.

De este modo, tanto la CPCD como el CCyC reconocen a las personas con discapacidad como titulares de derechos. Esto implica su pleno reconocimiento como personas sexuadas, con diversidad funcional, diversos modos de vivir sus identidades de género y su sexualidad, con una posición activa y capacidad de decidir por sí mismas¹⁷.

Este reconocimiento es fundamental, teniendo en cuenta la larga historia de invisibilización y desconocimiento de los derechos vinculados a la identidad de género y demás derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad.

Cambiar el punto de vista: de la patologización al reconocimiento de los derechos humanos

Las personas trans y travestis han sido históricamente estigmatizadas, patologizadas y criminalizadas en nuestras socieda-

des. Durante muchos años fueron sometidas a una desprotección legal y una exclusión civil que posibilitó su persecución y maltrato policial e institucional, llegando incluso a la privación ilegítima de su libertad. Aún hoy, la discriminación y violencia que sufre esta población impacta negativamente en su salud y su vida.

Desde la década del 70, en diferentes países, se han sancionado leyes para dar un reconocimiento estatal a las identidades trans. A través de esas normas, varios países procuraron regular las solicitudes de cambio registral de género y el acceso a tratamientos de modificación corporal bajo la mediación judicial y psico-médica. Es decir, desde una perspectiva patologizante.

En el marco de dichas legislaciones, la persona que solicita el cambio de género en su documento y desea acceder a algún tratamiento de modificación de su cuerpo, debe acreditar un diagnóstico médico sobre su identidad (trastorno de la identidad, disforia de género, son algunos de los más frecuentes). En algunos países, los procedimientos hormonales y quirúrgicos, son aún requisitos para el reconocimiento legal de la identidad de género.

Con el avance de los debates y las luchas de grupos activistas LGBTI+ y de los derechos humanos a nivel internacional, se construyó un nuevo paradigma superador de la perspectiva patologizante, que defiende, como derechos humanos funda-

17. "Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad", en Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS), 2016.

mentales, el reconocimiento legal de la identidad de género de todas las personas, sin necesidad de requisitos psico-médicos y/o jurídicos, así como su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo¹⁸.

A mediados de la década del 2000 se inicia la Campaña Internacional *STOP Trans Pathologization*, la cual lucha contra la patologización de las personas trans, afirmando que sus identidades de género no constituyen una enfermedad y que el acceso a derechos humanos no puede estar condicionado a procedimientos psico-médicos, tales como pericias, diagnósticos, tratamientos hormonales y/o procedimientos quirúrgicos. Para esto, la campaña busca la remoción de las categorías relacionadas a la salud trans del capítulo de trastornos mentales del *Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En mayo de 2019 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la *CIE 11*, que entrará en vigencia el 1 de enero de 2022. En esta versión de la Clasificación se han eliminado todas las categorías que patologizaban a las personas trans del capítulo sobre trastornos mentales, y se introdujeron dos nuevas categorías en el capítulo sobre “Condiciones relacionadas con la Salud Sexual”. Estas categorías son: “incongruencia de género en la adolescencia y la adultez” e “incongruencia de género en la

infancia”. La inclusión de las mismas, busca evitar patologizar las identidades y expresiones de género trans, limitando la referencia diagnóstica a un conjunto limitado de situaciones definidas por la propia persona.

La *CIE 11* ha avanzado en un proceso de despatologización de las personas trans. La inclusión de la categoría de “incongruencia de género en la adolescencia y la adultez” tiene como propósito asegurar el acceso al reconocimiento legal de la identidad de género y a la salud transicional en aquellos países donde todavía se requiere alguna referencia diagnóstica. Sin embargo, la categoría de “incongruencia de género en la infancia” no cumple ese rol, por lo que se ha demandado su remoción.

En los últimos años, son varios los países de la región, además de la Argentina, que han incorporado leyes que reconocen el derecho a la identidad de género y a la rectificación registral sin necesidad de modificaciones corporales como requisito¹⁹.

El Estado argentino, a partir de la aprobación de la Ley 26.743, se compromete con el 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.

18. Estas luchas han incidido e inciden en el marco internacional de derechos humanos, el cual, a partir de distintos instrumentos jurídicos, busca proteger los derechos a la identidad de género, orientación sexual y expresión de género. Cabe destacar que el corpus internacional sobre derechos humanos cuenta con resoluciones respecto a los actos discriminatorios contra estos derechos, en los que se hace especial énfasis en la exigencia de medidas concretas por parte de los Estados. Opinión Consultiva Corte Interamericana de Derechos Humanos CIDH-OEA. Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf

19. Algunos de ellos son: Bolivia, Colombia, Ecuador, México (Ciudad de México), Uruguay y Chile. Para ver el panorama completo de la región puede consultarse: <https://ilga.org/es/mapeo-legal-trans>

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 autónoma, sin juzgar las formas de vivir las identidades, expresiones de género, orientaciones y prácticas sexuales.

Legislación argentina en relación con la salud y los derechos de personas trans, travestis y no binarias

El marco normativo de la atención de la salud integral de personas trans está conformado por una serie de leyes que reconocen el derecho a la atención en salud sin discriminación, y establecen los parámetros legales de toda atención sanitaria. Entre las normativas que encuadran el ejercicio profesional para la atención de las personas trans, travestis y no binarias pueden destacarse:

La Ley nacional 26.529 de *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*, sancionada en 2009, y su modificación por Ley 26.742, aprobada en 2012. Establece que toda persona tiene derecho a:

- Ser asistida por profesionales de la salud sin menoscabo por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.

Ampliación de ciudadanía

Entre 2003 y 2004 se convocó a organizaciones y movimientos sociales para elaborar un instrumento legal que permitiera avanzar institucionalmente contra distintos modos de discriminación. Se creó así el Plan Nacional contra la Discriminación, aprobado en 2005 a partir del Decreto 1086/05. Se promovió un proceso institucional de ampliación de los derechos de ciudadanía y la sanción de un sistema de leyes orientado a garantizar la igualdad de trato y de oportunidades.

Como un hito central en este proceso se destaca la Ley nacional 26.618, conocida como Ley de Matrimonio Igualitario, aprobada en 2010, que realizó las modificaciones pertinentes en el Código Civil para permitir el casamiento entre personas de cualquier género.

Por su parte, la Ley nacional 26.994, que aprueba el Código Civil y Comercial vigente desde 2015, realizó modificaciones que avanzan en el reconocimiento de derechos, conforme al paradigma de derechos humanos, en diversas materias: ejercicio de los derechos de las personas (niños y adolescentes y personas con discapacidad), derechos personalísimos, matrimonio, régimen patrimonial del matrimonio y sucesoria, entre otras.

- 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.

Por otra parte, esta ley establece que quien sea profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente de la atención de la persona otre profesional competente.

La Ley nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada en 2005, se enmarca en un nuevo paradigma jurídico-legal que reconoce a les niñas como titulares de derechos, lo que implica que sus opiniones, inquietudes y deseos deben ser escuchados y tenidos en cuenta. Se avanza así en superar el paradigma del patronato tutelar que les consideraba “menores” y se acota el arbitrio de la patria potestad.

La Ley nacional 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, sancionada en 2010, transforma completamente la normativa jurídica en esta materia. Exige que las personas usuarias del sistema de salud sean tratadas como personas titulares de derechos y autoriza la internación solo

como último recurso, la cual debe ser supervisada. Por otro lado, 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 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en 2002, con su Decreto reglamentario 1282/2003. La ley crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación²⁰, destinado a la población en general, sin discriminación alguna. Se establecen entre sus objetivos:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos anticonceptivos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

La Ley nacional 26.862 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.

20. Actual Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación.

Antecedentes de la Ley de Identidad de Género

Previo a la sanción de la Ley 26.743, en varias jurisdicciones y en diferentes niveles se logró mediante intervenciones institucionales de organizaciones y activismos LGBTI+ y de derechos humanos, que se adoptaran medidas concretas para evitar la vulneración de derechos de las personas trans y travestis. Entre ellas, pueden mencionarse:

- Resoluciones dictadas en materia de salud por los Ministerios de CABA y de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba que establecen la obligatoriedad de respetar la identidad de género autopercibida en el marco de la atención en salud: utilización del nombre de elección, inscripción de este nombre en la historia clínica, entre otras cuestiones (Resoluciones 2359/07 y 2/2011 de Provincia de Buenos Aires; Resolución 2272/07 de CABA; Resolución 1877/09 de Santa Fe y Resolución 146 de 2011 de Córdoba).
- En relación al cambio registral, el fallo del fuero contencioso administrativo de la CABA del 19 de noviembre de 2010, permitió el cambio de documentación de Florencia Trinidad (conocida como Florencia de la V). Asimismo, el 29 de diciembre de 2011 se dictó otro fallo que 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.

Resoluciones 1507, 1508 y 1509 del Ministerio de Salud de la Nación, sobre *Donación de sangre*, emitidas en 2015, eliminan la prohibición y/o impedimento para donar sangre según la orientación sexual y/o la identidad de género de las personas.

Artículo 86 del Código Penal, Interrupción Legal del Embarazo (*Aborto No Punible*). Establece las situaciones donde la interrupción del embarazo es legal:

- Si el embarazo es producto de una violación (una relación no consentida o bajo presión, incluso dentro de un noviazgo o matrimonio).
- Si el embarazo pone en riesgo la salud (física, mental y/o social) o la vida de la persona gestante.

En estos casos el aborto está permitido por la ley y debe ser garantizado por los servicios de salud sin necesidad de denuncia ni de autorización judicial, como lo indica el **fallo F., A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012**.

Ley nacional 25.929 de *Parto Humanizado*, aprobada en 2004, garantiza los derechos de la persona gestante en relación con el embarazo, el parto y el postparto. La persona puede ser acompañada por quien elija durante el parto y

tiene derecho a no ser sometida a intervenciones innecesarias, ni a medicamentos que aceleren el proceso del parto, cuando no hacen falta.

Ley nacional 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, aprobada en 2009. Protege el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia y define, entre otras, la violencia que se relaciona con la salud sexual y la salud reproductiva: violencia sexual, violencia contra la libertad reproductiva y violencia obstétrica. Si bien esta ley refiere al sujeto “mujeres”, en una lectura en consonancia con la Ley de Identidad de Género, y los principios de Yogyakarta, sus alcances deben incluir a toda la comunidad LGBTI+.

Ley 26.378, Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, aprobada en 2008. Reconoce a las personas con discapacidad como titulares de derechos. Esto implica su pleno reconocimiento como personas sexuadas con vidas diversas, con diversidad funcional, con diversos modos de vivir la sexualidad, con una posición activa y con capacidad de decidir por sí mismas. También reconoce que la voluntad de las PCD nunca puede ser sustituida. Establece, además, los

derechos a acceder a información accesible y comprensible así como recibir los apoyos necesarios y las adaptaciones en el entorno para que las personas puedan ejercerlos.

Ley 27.360 Convención interamericana sobre protección de los derechos humanos de las personas mayores, sancionada en 2017. Establece que las personas mayores tienen derecho a la salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación (entre ellas, las vinculadas a la orientación sexual y a la identidad de género). Fomenta políticas públicas sobre salud sexual y salud reproductiva. Busca desarrollar un sistema integral de cuidado que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad, privacidad e integridad física y mental de las personas mayores.

Cabe mencionar que en los últimos años se han impulsado diversos proyectos legislativos que buscan llevar adelante la implementación del cupo laboral travesti y trans. En el ámbito de la Administración Pública Nacional, a través del decreto 721/2020, se establece un mínimo del 1% de la totalidad de cargos y contratos para personas travestis, transexuales y transgénero. También se han elaborado proyectos de reparación histórica frente a situaciones de violencia institucional, iniciativas que buscan reconocer una desigualdad estructural que es necesario transformar.



Capítulo 2

Expresiones e identidades de género

En este capítulo se retoman y reelaboran contenidos de "Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud", de Capicúa Diversidad.

Expresiones e identidades de género

Este capítulo propone una breve historización de los conceptos 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 los conceptos están históricamente contruidos ayuda a empezar a desnaturalizarlos, 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, travestis y no binarias en el sistema de salud y en la sociedad en general. Las ciencias no son neutras, se desarrollan y cambian al calor de los debates y las situaciones históricas concretas. Por ese motivo es importante repensar las categorías y prácticas que son incongruentes con el paradigma de los derechos humanos y revisar los procesos de atención en salud que, en muchos casos, siguen utilizando definiciones que sostienen la patologización.

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

No obstante, históricamente se ha justificado la persecución, el castigo, la represión, el tratamiento y/o “corrección” 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 referencias naturales. Este binarismo también se reproduce desde la diferenciación entre personas trans y no trans y entre personas intersex y no intersex, entre otras posibles.

En cumplimiento con la orientación despatologizante de la Ley de Identidad de Género, desde el sistema de salud se debe 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, travestis y no binarias.

El binarismo sexo-genérico: una forma de desconocer 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: genitales 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 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 corporal (especialmente de los genitales) 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, travestis y no binarias, 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 supone, se corresponden con las categorías de macho y hembra, varón y mujer, masculino y femenino.

Si bien en la Argentina las identidades travestis, transexuales, transgéneros, no binarias, sin género o de género fluido 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 autodenominación, aquellas expectativas asociadas con el género

impuesto socialmente desde el nacimiento. Por otro lado, el término “cis” o “cis-género” refiere a aquellas personas cuya identidad de género coincide con el género que les fue asignado al momento del nacimiento en función de la genitalidad¹.

El término cis es utilizado originalmente por activismos LGBTI+ para visibilizar la existencia del “cissexismo”, una jerarquización social que entiende lo trans como anormal o patológico, en contraposición a lo cis, que representa lo normal o correcto. La utilización del término cis busca dejar en evidencia el carácter sociocultural y contingente de la identidad de género de todas las personas y visibilizar las desigualdades existentes entre personas cis y personas trans a nivel económico, político, social y cultural.

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 social (varón/mujer) a partir de una correspondencia entre genitalidad (macho/hembra) y rol social (masculino/femenino). De manera arbitraria se han ido asignando vestimentas, gestos, campos de reflexión, conversación, circulación, intereses y actividades de manera diferencial a “varones” y “mujeres”. En este sentido, los

signos, las prácticas y los gestos que definen la “masculinidad” y la “feminidad” van variando histórica y geopolíticamente.

En las sociedades modernas, podemos identificar expresiones de género tensionadas entre dos polos, lo masculino y lo femenino, vinculadas con roles sociales diferenciados y jerarquizados: varones activos y dominantes, mujeres pasivas y dóciles. 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.

A su vez, 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, la consideración médica de un clítoris “demasiado grande” o un pene “demasiado pequeño” ha sido un fundamento para practicar intervenciones quirúrgicas en bebés, no por una cuestión de salud sino para “adecuar” su cuerpo a los parámetros culturales binarios sexo-genéricos. Estas intervenciones en personas intersex², además de resultar violentas, se basan en una división no natural, sino naturalizada, que responde a formas culturales de percibir, valorar y constituir los cuerpos y las subjetividades.

1. El prefijo latino “cis” significa “en este lado de” o “de este lado” y “trans” se traduce “a través de” o “del otro lado”.

2. Suele denominarse “intersex” a las personas cuya corporalidad (principalmente los genitales, pero también puede ser a nivel de las hormonas sexuales y/o de los cromosomas) varía respecto de los parámetros culturales de corporalidad femenina o masculina. Ocurre aproximadamente en uno de cada 2.000 a 4.500 nacimientos, una frecuencia similar a la de las personas pelirrojas.

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, kathoeys de Tailandia, fa'afafines de Polinesia y takatapuis maoríes.

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, tomando como axiomas sus puntos de vista. Así, desde la ciencia, se 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, permitieron 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.

En la segunda década del siglo XXI, con la aprobación de la Ley de Identidad de Género, la Argentina se constituyó como un escenario histórico que puso en discusión esta matriz, para reconocer y garantizar otros tránsitos y maneras de vivir la identidad en el marco de los derechos de ciudadanía.



La referencia a la identidad de género es independiente a la de orientación sexual. Por ejemplo, las personas trans pueden identificarse como heterosexuales, gays, lesbianas, bisexuales, pansexuales, 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.

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 excluyente 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, tuvo originalmente la intención de garantizar los derechos de las personas, y no la de 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, reorientándose hacia 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 las mujeres, un grupo históricamente excluido y minorizado de la ciudadanía.

La estrategia de Ulrichs para lograr la despenalización fue impulsar que este tema pase de la esfera jurídica a la médica. 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 agrupaban 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”. Tiempo después fueron distinguiéndose como orientaciones sexuales y/o identidades 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 despenalización 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 descripto 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, quien 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 luego 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 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*.

El objetivo del DSM es simplificar los debates de las diversas escuelas de psiquiatría y psicología en una única perspectiva: el padecer psíquico se reduce a partir de este manual 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 pensaba la bisexualidad como innata, o los de Alfred Kinsey que demostraba, a través de una investigación sostenida varios años y publicada a fines de la década del 40 en Estados Unidos, que la mayoría de la población encuestada había tenido experiencias no heterosexuales, por lo que no podrían ser proclamadas patologías mentales.

A su vez, entre 1950 y 1970, comenzaron a funcionar dentro de programas universitarios 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

John Money -psicólogo y médico cercano a Benjamin- introdujo en 1955 la noción de “rol de género” y, luego, 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 deter-

minante del comportamiento de mujeres y varones, en tensión con los condicionantes biológicos o genéticos. La concepción de “rol de género” señala modelos culturales identitarios contrapuestos, que orientan actuaciones diferenciadas para mujeres y varones 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 bebés 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).

El 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 deje de someterse a bebés y niñas a este tipo de intervenciones hasta el momento en el que puedan 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.

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 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 1974³, 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

3. Este avance se consolida recién en 1990, año en que se quita a la homosexualidad del CIE 10 (*Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud*).

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.

Las teorizaciones sobre “sexo” y “género” fueron retomadas por los feminismos para denunciar el rol subordinado asignado a las mujeres en nuestras sociedades, exponiendo que esta desigualdad histórica no se relaciona con causas biológicas o naturales sino sociales y culturales y, por lo tanto, políticas.

En 1975 Gayle Rubin, antropóloga y activista norteamericana, construyó el concepto de sistema sexo/género para referirse y problematizar 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 sustenta la heterosexualidad obligatoria y la autoridad patriarcal sobre fundamentos de determinadas teorías científicas.

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

El diagnóstico de “disforia de género”

A pesar de los debates que en esa época se venían produciendo, en 1973 Norman Fisk forjó el controvertido 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.

El diagnóstico de “disforia de género” reemplazó al de “transsexualismo” 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 décima edición del *Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicada en 1992, incluyó la “transsexualidad” 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 patologizantes, se fue desarrollando un abordaje “preventivo” con respecto a niños 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 puntualizó el modo de realizar los tratamientos psiquiátricos, endocrinológicos y quirúrgicos en personas trans. Muchos países, especialmente los europeos y Estados Unidos, han utilizado este instrumento para establecer distintos protocolos médicos en los servicios de psiquiatría.

Algunos de estos protocolos, que se extendieron a nivel internacional, presentan 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 con la patologización de las identidades trans, sino que ha generado que, históricamente, en 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

como requisito para obtener el cambio de identidad en los documentos públicos, lo que claramente contradice el paradigma internacional que garantiza los derechos humanos.

Este diagnóstico supone que las personas trans deben asumir que nacieron en “cuerpos equivocados”, lo que legitima, entonces, que sus cuerpos y sus gestos sean permanentemente examinados, estigmatizados, corregidos, medicalizados y señalados en su diferencia. La naturalización de estas argumentaciones y protocolos psico-médicos ha condicionado, así, a muchas personas trans a construir sus propias identidades desde estos diagnósticos psico-médicos, ligando la autopercepción de su género con la anomalía y la enfermedad.

Disputas en torno a la despatologización de las identidades trans

A mediados de la década del 2000 se inicia una campaña internacional en la que confluyen activistas y organizaciones trans e intersex en pos de retirar a las identidades trans de los manuales internacionales de diagnóstico, como la *CIE* de la OMS y el *DSM* de la APA. Esta campaña, conocida a nivel mundial como la iniciativa STOP Pathologization, tiene como objetivo la despatologización de las identidades trans y el reconocimiento de la identidad de género como derecho humano.

En junio de 2018 la OMS publicó la versión preliminar de la edición 11° del Manual de la *CIE* cuya elaboración significó un



Desde varias organizaciones nacionales e internacionales se ha promovido el uso de la palabra trans para referirse a personas transexuales, travestis, transgéneros, no binarias y otras formas de expresar y nombrar vivencias de género que no se ajustan al sistema de clasificación binario. Se busca, de este modo, 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 personas que eligen el tránsito entre los géneros, o bien no se identifican con ninguno, como las personas no binarias, de género fluido o agénero.

Ya desde la década de 1990 el término transgénero 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 como paraguas, algunas personas se reivindican, por ejemplo, como transexuales o travestis, muchas veces resignificando sus sentidos originales.

Las personas trans, transgénero, travestis, transexuales o no binarias pueden construir su identidad de género más allá de intervenciones quirúrgicas, hormonizaciones y de otras prácticas de modificación corporal. Por lo tanto, el uso de estos modos de nombrarse 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.

proceso de 10 años en el que han participado profesionales de la salud e incidido diversas organizaciones trans e intersex, específicamente en lo concerniente a las clasificaciones relativas a la identidad de género. Estas modificaciones de la *CIE-11* fueron presentadas en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS de 2019 para su adopción por los Estados Miembros, y entrarán en vigencia el 1 de enero de 2022.

Como resultado de la incidencia de las organizaciones en este debate, se removieron las categorías relacionadas con las identidades trans del capítulo sobre salud mental, y pasaron a un nuevo capítulo denominado “Condiciones relacionadas con la Salud Sexual”. Este cambio, sin embargo, no ha logrado una perspectiva completamente despatologizadora de las identidades trans, ya que se han introducido dos nuevas categorías en reemplazo de las anteriores: “Incongruencia de género en la adolescencia y adultez” e “Incongruencia de género en la infancia”.

Desde organizaciones de la sociedad civil y desde ámbitos de gestión académicos vinculados a la salud, se hace una lectura crítica de estos cambios, planteando la necesidad de continuar trabajando por el reconocimiento de las identidades trans, travestis y no binarias, para que dejen de ser consideradas por los organismos internacionales de referencia como categorías relacionadas a trastornos, incongruencias o malestares relativos a la salud.

Por su parte, la edición vigente del *DSM-5*, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* del 2013, sigue siendo muy criticada a nivel nacional e internacional. Esta edición cambia el diagnóstico “trastorno de identidad sexual” por el de “disforia de género”. El foco en lo patológico es reemplazado por el foco en el malestar (disforia) que pudiera ocasionar la incongruencia entre el “sexo” atribuido al nacer y la autopercepción. Lo que en apariencia es una instancia superadora, mantiene sin embargo la perspectiva de “normalización”, estableciendo, de esta manera, un ideal de congruencia corporal, identitaria y expresiva, entendida como “bienestar”, del que las personas trans siguen sin formar parte.

Posturas contrarias a los derechos sexuales⁴

En los últimos años grupos conservadores religiosos y laicos han desarrollado acciones de oposición a los derechos relativos a la orientación sexual e identidad de género que intentan

incidir en la implementación de las políticas públicas. Postulan que aplicar principios y legislación basada en los derechos humanos para abordar los derechos sexuales, como la orientación sexual y la identidad de género, equivale a “crear nuevos derechos” y a “privilegiar” a ciertas poblaciones (en clara referencia a la población LGBTI+) en detrimento de otras.

El argumento más utilizado por estos grupos en contra del derecho de las personas a vivir libremente su orientación sexual e identidad de género es el de la invalidación. Sostienen que la atracción entre personas del mismo género y las identidades trans no son naturales, y por tanto, no son normales. Estas vivencias se plantean como moralmente no deseables, a la vez que (necesariamente) modificables. Dichas premisas son la base de la justificación de las “terapias de conversión” sexual orientadas a corregir comportamientos sexuales desviados (de la norma heterosexual), que de forma alarmante se expanden en América Latina.

Para justificar los argumentos discriminatorios y contrarios a la legislación nacional vigente, los sectores conservadores utilizan fuentes pseudo científicas y lenguaje engañoso, y apelan a la autonomía legislativa para acatar normas que no emanan de sus jurisdicciones y a los valores y sensibilidades culturales. Además, invocan a la potestad de “los padres” para decidir por sobre sus hijos, omitiendo el derecho de niños y adolescentes a ejercer sus derechos sexuales.

4. Fuente: Derechos en Riesgo. Informe sobre tendencias en derechos humanos. Observatorio sobre la Universalidad de Derechos. (2017).

Avance en el reconocimiento de derechos de las personas trans en la Argentina

En nuestro país, con anterioridad a la campaña STOP Pathologization, y 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.

La Ley de Identidad de Género, aprobada en 2012, impulsa la autodeterminación de la persona y desestima todo peritaje psico-médico. Asimismo, la Ley nacional 26.657 de Salud Mental establece que en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o la identidad sexual.

En este sentido, la legislación argentina reconoce la importancia de la despatologización y desjudicialización de las expresiones de género e identidades trans, travestis y no binarias.

Eso significa entender estas experiencias no como patologías, anormalidades, o incongruencias, sino como vivencias legítimas y formas de expresarse y nombrarse desde trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, que deben ser reconocidas y garantizadas acorde al paradigma de derechos humanos.

En cumplimiento con la orientación despatologizante de la Ley de Identidad de Género, desde el sistema de salud se debe 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.

El reconocimiento y respeto de la identidad de género autopercebida de las personas debe garantizarse desde la infancia y a lo largo de todo el ciclo vital, incluyendo a personas adultas y adultas mayores, y las diversas instituciones (familiares, escolares, de salud, entre otras) deben adecuar sus prácticas a los fines de garantizar estos derechos.

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, travestis y no binarias.



Capítulo 3

Población trans y travesti: mapa de la situación
socio sanitaria en la Argentina

Población trans y travesti: mapa de la situación sociosanitaria en la Argentina

Si bien en la actualidad no se dispone de datos oficiales y representativos a nivel nacional sobre la situación de la población trans y travesti, existe una serie de estudios de diverso alcance que muestran un panorama de múltiples exclusiones y vulneraciones de derechos y permiten dar cuenta de la especificidad de las condiciones de existencia de esta población, que presenta una alarmante brecha con respecto a la población cis¹.

La iniciativa de organizaciones de la sociedad civil, particularmente LGBTI+ fue primordial para impulsar las primeras en-

cuestas y estudios específicos. Pueden mencionarse a modo de 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. 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.

1. El prefijo latino "cis" significa "en este lado de" o "de este lado" y se utiliza para hacer referencia a las personas que se identifican con el género asignado al nacer.

Además de los datos de prevalencia, en la investigación se tomaron en cuenta variables socio-demográficas, problemas jurídico-legales y aspectos socio culturales.

Entre 2011 y 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI) implementaron, en el partido de La Matanza, la 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 para orientar la elaboración de políticas públicas más inclusivas.

En los últimos años en varias jurisdicciones se llevaron adelante, de manera conjunta entre organizaciones sociales y distintos ámbitos estatales, estudios para conocer las condiciones de vida de las personas trans y travestis a nivel local. En el norte del país, por ejemplo, se publicó en 2016 el informe preliminar *Conociendo a la población trans en Misiones*, elaborado por el Ministerio de Derechos Humanos de esa provincia, el Instituto Provincial de Estadística y Censos y la Asociación LGBT Misiones. En Jujuy, la Dirección Provincial de Estadísticas junto con la Fundación Damas de Hierro y el Fondo de Mujeres del Sur desarrollaron en 2018 el *Censo de población trans femenina*.

En el mismo año, en el sur del país, el Municipio de Bariloche realizó la *Encuesta a la población trans e identidades disidentes* y se llevó a cabo en Río Negro y Neuquén, el relevamiento

TRANSformando realidades, elaborado en conjunto por organizaciones activistas, la Universidad del Comahue, y áreas de Diversidad y Derechos Humanos.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en provincia de Buenos Aires también se realizaron recientemente estudios. El Ministerio Público de la Defensa de CABA publicó en 2017 *La Revolución de las Mariposas, a diez años de la Gesta del Nombre Propio*, una investigación realizada junto al Bachillerato popular Trans Mocha Celis. En la provincia de Buenos Aires, la Secretaría de Derechos Humanos realizó en 2019 el *Primer relevamiento sobre condiciones de vida de la población travesti/trans* de esa jurisdicción, que incluyó a personas privadas de su libertad en unidades penitenciarias.

Cabe señalar que los estudios más recientes, a diferencia de los anteriores, incluyen más datos sobre los varones trans. Esta modificación en las muestras permite una mayor aproximación a las especificidades de las condiciones de vida y vulneraciones que experimenta cada grupo. En relación a las personas de género no binario, si bien algunos estudios comienzan a relevar su situación, el pequeño tamaño de las muestras incluidas no permite aun realizar una caracterización de dicha población.

En los próximos años se espera contar con datos cuantitativos de mayor calidad y alcance respecto de la población trans, travesti y no binaria en la Argentina, dado que se ha

incorporado la variable de identidad de género en el próximo censo nacional. Esto implica un avance crucial en materia de políticas censales y un valioso insumo para la elaboración de políticas públicas integrales.

Educación, trabajo y vivienda como determinantes de la salud

Hablar del acceso efectivo al derecho a la salud implica contemplar aspectos básicos como el acceso a la educación, al trabajo y a la inclusión social y ciudadana. La salud -tanto individual como colectiva- se encuentra atravesada por complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos, políticos y sociales. En este sentido, para conocer la situación de salud de la población trans y travesti, es necesario dar cuenta de su situación en relación a la vivienda, el empleo y la educación.

Sobre las vidas de las personas trans y travestis recae una histórica precarización. Las instituciones, de manera recurrente, suelen excluirlas y exponerlas a condiciones discriminatorias y/o violentas. En muchos casos el ámbito familiar es

la primera instancia de rechazo y expulsión. Gran parte de la población trans y travesti no cuenta con el acompañamiento familiar desde el momento en que expresa socialmente su identidad de género.

Los estudios realizados dan cuenta que gran parte de las mujeres trans y travestis se van o son expulsadas de sus hogares de origen a edades muy tempranas. Según el *Primer Relevamiento sobre condiciones de vida de la población travesti/trans de la provincia de Buenos Aires*, seis de cada diez se mudaron de sus hogares de origen antes de los 18 años. *La Revolución de las Mariposas* presenta resultados similares. El porcentaje se reduce en el caso de las masculinidades trans, siendo uno de cada diez los varones trans que se mudaron de sus hogares de origen antes de dicha edad².

La partida del hogar de origen se encuentra fuertemente vinculada al momento en que se expresa socialmente la identidad de género, ya que en muchos casos esto desencadena una serie de conflictos y violencias en el ámbito familiar. En busca de un espacio menos hostil para realizar la transición, lejos de la mirada de sus familiares, muchas personas trans y travestis deciden además migrar a otras ciudades o provincias.

2. El menor porcentaje de varones trans que se mudaron de sus hogares de origen antes de los 18 años, puede vincularse con una expresión social más tardía del género autopercebido en el grupo encuestado.

Edades de autopercepción y expresión social de la identidad de género

Los diferentes estudios realizados coinciden en que la gran mayoría de las personas trans y travestis percibieron que su género era distinto al asignado al momento del nacimiento antes de los 13 años.

En el estudio *La Revolución de las Mariposas*, más de la mitad de las travestis y mujeres trans encuestadas manifestaron haberlo percibido antes de los 8 años. Sin embargo, pudieron expresarlo socialmente entre los 12 y 18 años.

Los varones trans allí encuestados manifestaron haberse autopercebido en un género distinto al asignado a una edad similar al de las mujeres trans y travestis, pero lograron expresarlo a una edad más tardía, entre los 18 y 35 años.

Una de las dificultades más frecuentes con la que se enfrentan las personas trans y travestis está vinculada a la permanencia y egreso del sistema educativo. Todas las encuestas realizadas reflejan que un alto porcentaje de las mujeres trans y travestis no han finalizado el nivel secundario, establecido en la actualidad como obligatorio por el Estado. Según *La Revolución de las Mariposas* casi el 60% de las encuestadas no terminó dichos estudios. Este porcentaje duplica al de la población cis de la misma jurisdicción que no logró terminar

el secundario (solo el 29% de la población mayor de 25 años de CABA no logró finalizarlo).

Del 40% de las mujeres trans y travestis entrevistadas en este estudio que terminaron la secundaria, un 24% realizó el nivel secundario completo, mientras que un 10% contaba con estudios terciarios o universitarios incompletos y el 6% logró completar los estudios terciarios o universitarios.

En el caso de los varones trans encuestados en dicho estudio, el 27% no finalizó el nivel educativo secundario. Esta mejor situación respecto de las mujeres trans y travestis puede vincularse con la expresión social más tardía del género autopercebido por parte de los varones trans. En el ámbito educativo, sin embargo, los varones trans experimentan situaciones de discriminación, violencia y estigmatización similares a las mujeres trans y travestis.

En diferentes estudios se menciona entre los principales motivos de abandono escolar por parte de las personas trans el haber vivenciado situaciones de discriminación en la escuela. De acuerdo al *Informe sobre Acoso Escolar en Argentina*, realizado por la organización Capicúa en el año 2015, el 77% de les adolescentes de la encuesta presenció o conoce situaciones de acoso escolar, e identifican entre los principales motivos de discriminación las características físicas (34%) y el “ser o parecer gay, lesbiana, bisexual o trans” (20%).

Al relacionar el nivel de educación alcanzado con la edad en que se asume socialmente el género, se observa que mientras más tardíamente se expresa la identidad de género, más alto es el nivel educativo alcanzado. Sin duda, la discriminación por la identidad y expresión de género tiene un impacto negativo en las trayectorias educativas de esta población.

Ante este panorama, resulta fundamental la implementación de acciones para visibilizar, despatologizar y respetar las identidades trans en todas las etapas de la vida y, particularmente, en la infancia y adolescencia. Garantizar a niñas y adolescentes trans el ejercicio efectivo de sus derechos posibilita una trayectoria de vida con mayores oportunidades.

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

Otro aspecto importante vinculado a las trayectorias educativas y familiares descriptas es el del acceso al mercado laboral. Los diferentes estudios disponibles dan cuenta de las importantes dificultades que la población trans y travesti tiene para acceder a trabajos formales. Las personas encuestadas refieren que la discriminación y la violencia por cuestiones re-

lativas a su identidad de género actuaron como obstáculos en su inserción laboral, incluso en quienes completaron sus estudios secundarios y/o realizaron cursos y capacitaciones. Esto lleva a que un gran porcentaje se desenvuelva dentro del trabajo informal³.

Sólo el 9% de las mujeres trans y travestis encuestadas en *La Revolución de las Mariposas* refirieron tener un empleo formal, el 15% manifestó desarrollar tareas informales de carácter precario, el 4%, ser beneficiarias de planes sociales, mientras que para más del 70% la principal fuente de ingresos es el trabajo sexual o la prostitución.

Un indicador preocupante que da cuenta de la precariedad de las condiciones de vida de esta población y que se vincula tanto con las expulsiones tempranas de los hogares de origen como con las dificultades para la continuidad educativa y para el acceso a trabajos de calidad, es la edad de inicio de la prostitución. De las mujeres trans y travestis cuya fuente de ingresos es la prostitución, casi el 30% comenzó con esta actividad entre los 11 y los 13 años, el 46% entre los 14 y los 18 años y un 24%, luego de los 19 años.

La situación laboral de los varones trans encuestados en *La Revolución de las Mariposas* es algo más ventajosa. El 85% dijo contar con un trabajo: el 49% de carácter informal, mientras que el 36% de carácter formal. El 15% de los encuestados expresaron vivir de la ayuda familiar.

3. La lucha por el cupo laboral trans es actualmente una de las principales reivindicaciones de este colectivo.

Respecto de la vivienda, las condiciones de trabajo expuestas, sumadas a la temprana salida de los hogares de origen, repercuten directamente en la situación habitacional de las personas trans y travestis. Según lo desarrollado en *La Revolución de las Mariposas*, seis de cada diez mujeres trans y travestis viven en condiciones de vivienda precarias, como cuartos de alquiler dentro de hoteles, pensiones o en inmuebles “tomados”. Distinta es la situación para los varones trans, donde se identifica una mayor proporción de quienes habitan en viviendas alquiladas o propias (ocho de cada diez) y un menor porcentaje de quienes viven en habitaciones de hotel, pensión o de casa particular.

Situación de salud y acceso a la atención sanitaria

El promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años⁴, muy por debajo de la expectativa de vida de la población general, que en la Argentina es de 77 años⁵.

Los datos recabados por *La Revolución de las Mariposas* en CABA indican que las mujeres trans y travestis fallecen, en promedio, a los 32 años, producto de la sistemática y estruc-

tural violencia y exclusión social, política y económica. De 192 mujeres trans y travestis fallecidas entre los años 2011 y 2016, el 83% tenían menos de 40 años al momento de su muerte. De acuerdo a este estudio, la principal causa de muerte es el VIH o enfermedades asociadas, como ser tuberculosis, neumonía o pulmonía (64%) y la segunda causa son los homicidios (15%). Otras causas mencionadas son: cirrosis, sobredosis, problemas derivados de las inyecciones de silicona y el suicidio.

Según el *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 36 (diciembre 2019)*, la prevalencia de VIH en mujeres trans es de un 34%, mientras que para personas jóvenes y adultas de la población general la prevalencia baja al 0,4%.

En relación a la segunda causa de muerte mencionada, de acuerdo al informe del Observatorio Nacional de Crímenes de odio LGBT⁶, durante el año 2018 se registraron 94 crímenes de odio⁷ contra personas trans y travestis, población sobre la que se ejerce discriminación y hostigamiento con especial brutalidad e insensibilidad.

Existe un subregistro de los crímenes de odio dado que en muchos casos no se realizan las denuncias. Los asesinatos

4. Este dato ha sido estimado a partir de investigaciones de diversas organizaciones como ALITT y ATTTA, *La Revolución de las Mariposas* y otras fuentes (ver bibliografía).

5. Esperanza de vida al nacer, 2015 – INDEC, en Indicadores básicos. Argentina 2018. Dirección de Estadísticas e Información Pública en Salud. DEIS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf>

6. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1GcB59UQRM-l8ie9_wLcDbmX7W09MVFGA/view

7. El Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT define este tipo de crímenes como un “acto voluntario consiente, generalmente realizado con saña, que incluye –pero no se limita– violaciones del derecho a la dignidad, a la no discriminación, a la igualdad, a la integridad personal, a la libertad personal y a la vida. Esta agresión tiene la intención de causar daños graves o muerte a la víctima, basada en el rechazo, desprecio, odio y/o discriminación hacia un colectivo de personas históricamente vulnerado y/o discriminadas”.

son la expresión más grave de los crímenes de odio: en 2018 se registraron 11 asesinatos perpetrados a mujeres trans y travestis.

Travesticidio

Nuestro país registra un antecedente jurisprudencial que marcó un antes y un después en la condena a delitos cometidos contra las personas trans y travestis. En junio de 2018, se llevó adelante el juicio por el homicidio de la reconocida activista travesti Diana Sacayán. En la sentencia, por mayoría, los jueces calificaron este hecho como un travesticidio. La utilización de este término, más allá de que no existe tal figura en nuestro Código Penal, es un mensaje simbólico que reconoce y denuncia la especificidad de la situación de exclusión y violencia sistemática en la que se encuentran las personas travestis.

Respecto del acceso a la atención sanitaria, el subsistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans. Casi la totalidad de los estudios mencionados indican que un gran porcentaje de esta población, entre el 70% y el 80%, no cuenta con obra social o prepaga, y se atiende mayoritariamente en hospitales o centros de salud públicos.

Tanto el estudio *La Revolución de las Mariposas* como el *Primer Relevamiento sobre condiciones de vida de la población trans/travesti de la Pcia. de Buenos Aires* muestran una mejora en el ejercicio del derecho a la salud a partir de la sanción de la Ley 26.743. El 61% de las mujeres trans y travestis y el 51% de los varones trans encuestados para el estudio *La Revolución de las Mariposas* consideran que el acceso a la salud mejoró luego de la sanción de la dicha Ley. De modo similar lo percibe el 60% de las personas encuestadas en el segundo estudio mencionado.

De acuerdo a *La Revolución de las Mariposas*, los motivos de consulta en los servicios de salud de las mujeres trans y travestis encuestadas que controlan con regularidad su salud (87%) son: por estar realizando un tratamiento (46%), por chequeos preventivos (41%). Por otro lado, el 13% restante, acude al sistema de salud solo ante situaciones de urgencia médica. Del total de las personas que manifestaron acudir al médico por motivos de tratamiento, seis de cada diez lo hace por VIH y dos de cada diez por controles de tratamientos hormonales.

Si bien del análisis de los datos de las mujeres trans y travestis que controlan regularmente su salud podría pensarse que su acceso al sistema sanitario es alto, es necesario considerar el contexto en el que fueron recogidos los datos. La muestra del estudio *La Revolución de las Mariposas* es de carácter intencional, no probabilística, y fue construida mediante la técnica bola de nieve⁸. Además, estuvo conformada por personas

8. Esta técnica consiste en que cada persona encuestada sugiere a otra persona para ser entrevistada y así sucesivamente.

que residen en CABA y muchas se encuentran vinculadas a organizaciones sociales. Es decir, estos datos no pueden generalizarse y no son estadísticamente representativos.

Lo mismo ocurre para el caso de los varones trans. De los varones trans encuestados, el 76% refirió controlar de manera regular su salud, mientras que el 24% restante no lo hace. Dentro de quienes asisten al sistema de salud regularmente (76%), se destacan como motivos de consulta los vinculados a tratamientos (82%), en su gran mayoría relacionados a la hormonización (nueve de cada diez).

Entre los varones trans encuestados no se mencionan consultas por motivos de prevención, lo que puede vincularse con las dificultades que encuentran para acceder a una atención de salud integral que reconozca su identidad de género y contemple su corporalidad y sexualidad. La atención integral a varones trans debe tener en cuenta las necesidades singulares de la persona que consulta. Esto implica poder ofrecer prácticas como la prevención de infecciones de transmisión sexual, la realización de PAP, la consejería y dispensa de métodos anticonceptivos, el acceso a interrupción legal del embarazo (ILE), entre otras prestaciones vinculadas a la salud sexual y la salud reproductiva.

Teniendo en cuenta que la Ley de Identidad de Género establece que el sistema de salud debe garantizar la atención integral de la salud de las personas trans, lo que incluye el acceso a diferentes técnicas de modificación corporal a quie-

nes lo requieran, un dato importante a considerar es cuáles son las intervenciones más realizadas y en qué condiciones se practican, es decir, si se realizan en el contexto del sistema de salud y bajo seguimiento o por fuera de él (como ser la auto administración de hormonas o la inyección de aceites o siliconas líquidas).

Los estudios consultados reflejan que la gran mayoría de las personas trans y travestis, entre el 60% y el 85%, han realizado modificaciones corporales. Los porcentajes más altos corresponden a los estudios realizados en CABA y provincia de Buenos Aires.

En el relevamiento *La Revolución de las Mariposas* realizado en CABA, siete de cada diez travestis y mujeres trans refirieron haber realizado tratamientos hormonales. No obstante, el 75% de este grupo se auto administraban hormonas al momento de ser encuestadas. Por otra parte, seis de cada diez refirió haberse colocado prótesis o implantes mamarios y siete de cada diez haberse inyectado aceites o siliconas líquidas, práctica sumamente riesgosa para la salud. Sólo el 6% manifestó haberse realizado una intervención quirúrgica genital.

De los varones trans que realizaron cambios en su cuerpo, de acuerdo al mismo estudio de CABA, nueve de cada diez lo hizo a través de tratamientos hormonales y sólo el 3% de este grupo se auto administraba hormonas al momento de la encuesta. Casi la mitad se realizó una mastectomía y pocos se realizaron una intervención quirúrgica genital (7%).

Todos los estudios consultados mencionan situaciones de discriminación y violencia sufridas por esta población en instituciones públicas, incluidos los establecimientos de salud. Como consecuencia, un alto porcentaje de personas dejan de concurrir al lugar de atención. Por ejemplo, en el *Primer Relevamiento sobre condiciones de vida de la población trans/travesti de la provincia de Buenos Aires*, cuatro de cada diez personas entrevistadas mencionan que experimentaron situaciones de violencia en centros de salud y hospitales, ejercidas principalmente por integrantes de equipos de salud.

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, travesti y no binaria.

Todas las investigaciones consultadas 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. Frente a esto, resulta necesario y urgente plantear un cambio profundo a nivel intersectorial que promueva y garantice la restitución de esos derechos.



Capítulo 4

Salud integral de las personas trans, travestis y no binarias:
abordaje desde el equipo de salud

Salud integral de las personas trans, travestis y no binarias: abordaje desde el equipo de salud

Las maneras de hacer de quienes integran los equipos de salud responden, explícita o implícitamente, a una concepción de persona y a un modo de entender el proceso de salud y su cuidado. Estas maneras de hacer se construyen desde el aprendizaje de saberes y prácticas.

En la Argentina, se han producido avances en materia de derechos a partir de las luchas y la incidencia de activistas y organizaciones sociales. En relación con esto, algunas personas usuarias asumen una nueva posición, en tanto titulares de derechos, y aparecen nuevas demandas de atención en torno a temáticas o situaciones hasta el momento invisibilizadas.

En este contexto, el desafío para los equipos de salud es contribuir en la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan diversas subjetividades, y que puedan integrar el trabajo de acompañamiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas, propiciando la confianza y el respeto en lugar de la crítica y la exclusión. El proceso de atención debe orientarse desde un nuevo enfoque, basado en el reconocimiento y el cumplimiento de los derechos de todas las personas.

Modelo de atención desde un enfoque despatologizador

Los múltiples modos de transitar, expresar e identificarse en los géneros son un rasgo propio de la humanidad. Las identidades trans, travestis y no binarias no son una enfermedad o un problema. Es la discriminación por identidad de género presente en la sociedad la que genera una serie de situaciones de vulnerabilidad y riesgos para la salud, la integridad y el libre desarrollo de aquellas personas que no se adecuan a las normas de género socialmente impuestas.

La despatologización supone reconocer a dichas identidades como parte de la diversidad humana, dejando de lado toda categoría o diagnóstico que resulte patologizante. Significa abandonar la tradicional oposición binaria varón-mujer, y la presunción de heterosexualidad, 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.

Sin embargo, en algunas prácticas de atención se siguen utilizando categorías tales como “disforia de género”, “trastorno de la identidad de género” e “incongruencia de género”. Esto da cuenta de la persistencia del modelo patologizador, incompatible con el actual sistema internacional de derechos humanos y el marco legal vigente en la Argentina. Dicho modelo es el que ha justificado el no reconocimiento de la autonomía de las personas trans y travestis, delegando la toma de decisiones en manos de profesionales de diferentes campos, como el de la salud, el jurídico y el de la bioética.

Es así que, para la construcción de un modelo de atención desde un enfoque despatologizador, resulta central el reconocimiento de las personas trans, travestis y no binarias como personas activas y titulares de derechos, con capacidad para decidir por y sobre sí mismas.

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.

Desde los equipos de salud se requiere poner en juego la capacidad de problematizar el modo de hacer para dejar de lado un modelo de atención normativo y evaluador, que ha tenido un rol central en el desarrollo y la perpetuación de mecanismos generadores de estigma, discriminación y violencia.

Los “consultorios amigables” para la población LGBTI+, en muchos casos gestionados en articulación con organizaciones sociales, constituyeron un avance sustancial en la eliminación de barreras de acceso al sistema de salud, y permitieron visibilizar temas hasta entonces no contemplados¹. El desafío actual es afianzar una atención integral, igualitaria y de calidad en toda la estructura del sistema.

El modelo de atención propuesto se basa en los siguientes principios²:

- El reconocimiento de que las expresiones, trayectorias e identidades de género son múltiples.
- El reconocimiento de la singularidad de los modos de vivenciar, expresar y/o transitar los géneros como un derecho humano.
- El reconocimiento de las personas como titulares de derechos, independientemente de su identidad de género y orientación sexual.
- El abordaje de la salud desde una mirada integral y una perspectiva que contemple la diversidad sexual y corporal.
- El acceso a una atención sanitaria de calidad, centrada en la autonomía y en la escucha de las personas.
- La atención desde un enfoque despatologizador de las identidades travestis, trans y no binarias.
- El derecho a la no discriminación en la atención sanitaria y a no padecer ninguna forma de violencia.

1. Para más información ver: “Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2017).
2. 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).

Algunas claves para una atención integral de calidad

Brindar una atención de la salud de calidad implica el reconocimiento y el respeto de la identidad de género de las personas; es decir, su género autopercebido. Requiere el despliegue de una escucha activa, atenta y respetuosa, que habilite una relación de confianza. Esto hace posible brindar un acompañamiento que contemple las expectativas y necesidades de las personas, y que no interfiera de manera coactiva en sus elecciones. No se trata de imponer, valorar, dirigir o limitar las decisiones de quienes consultan, sino de otorgar información adecuada 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.

Es indispensable que quienes integran los equipos de salud contemplen y respeten las diversas maneras de vivir y expresar los géneros y las sexualidades. Esto constituye una responsabilidad y, a la vez, un desafío, en tanto requiere problematizar y transformar los propios aprendizajes, configurados desde un modelo binario y cisheteronormativo. Por lo tanto, resulta fundamental la sensibilización y la capacitación de la totalidad del equipo de salud, incluidos personal administrativo, de seguridad y de mantenimiento.

El proceso de consentimiento informado

supone generar un espacio de diálogo en el que se brinde a quien consulta información comprensible, precisa, adecuada y oportuna sobre su estado de salud, así como también acerca de los procedimientos que pueden llevarse a cabo en las distintas situaciones. Esto implica explicitar los alcances y limitaciones de cada intervención y sus posibles efectos adversos y/o complicaciones. Es central que la persona usuaria tenga la posibilidad de expresar sus expectativas, necesidades y temores y, además, despejar aquellas dudas que la información recibida pudiera generar. Asimismo, es importante que pueda contar con el tiempo necesario para reflexionar acerca de su decisión.

Las instituciones educativas vinculadas con la formación de profesionales de la salud, en general, reproducen y transmiten concepciones de las subjetividades, las sexualidades y las identidades de género que 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.

En este sentido, es importante generar espacios de capacitación y reflexión sobre las propias prácticas y sobre la construcción de los saberes que las orientan. Supone trabajar los propios prejuicios, concepciones y creencias para que no funcionen como

obstáculos en el acceso de las personas usuarias a la atención, ni generen prácticas discriminatorias y/o violentas.

El propósito es 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 pueda decidir sobre su cuerpo y 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 y respeto de la identidad de género

La Ley de Identidad de Género establece, en su artículo 12, el derecho de todas las personas, cualquiera sea su edad, 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 este derecho es fundamental revisar los procedimientos, registros y protocolos instalados en las instituciones de salud. Requiere adecuar, entre otras cosas, el modo en que se elaboran las historias clínicas, las entrevistas estandarizadas, los formularios para tramitación de distintas medicaciones y los lugares de internación.

Las personas comienzan a construir sus identidades y/o expresiones de género a muy temprana edad, y en muchos casos toman conciencia de la misma tempranamente. Por lo tanto, es fundamental que el equipo de salud acompañe el libre desarrollo de niños y adolescentes, incluidas sus vivencias y elecciones en relación con la construcción de su identidad, sin patologizar.

Se debe actuar en pos de garantizar los derechos de niños y adolescentes, y no los deseos y/o expectativas de padres, madres y/o tutores, ni los propios. Al respecto, el artículo 12 de la Ley de Identidad de Género establece que los niños y adolescentes deben ser tratados en el género expresado y por el nombre de elección desde el momento en que lo explicitan.

Garantizar el reconocimiento y respeto de la identidad de género de todas las personas durante el proceso de atención 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.
- Utilizar los pronombres y artículos en masculino, femenino o neutro³ de acuerdo con la identidad de género de la persona. Cuando existan dudas respecto a cuál usar, como puede suceder en el caso de las identidades no binarias, es importante pre-

3. La utilización del género neutro, como parte del lenguaje inclusivo, supone usar la “e” para salir de la denominación binaria entre masculino y femenino.

guntarle a la persona con qué pronombre desea ser nombrada y, a partir de ese momento, hacer siempre referencia al mismo.

- Evitar el uso de expresiones basadas en estereotipos de género, como por ejemplo: “señorita”, “campeón”, “princesa”.
- Incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes, etcétera) únicamente el nombre expresado por la persona, respetando su identidad de género.
- No prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona por su identidad y/o expresión de género ni por su orientación sexual.
- Respetar el derecho de las personas a ser internadas en salas acordes a su identidad de género. Para ello debe contarse con su consentimiento y garantizar las condiciones adecuadas de seguridad y privacidad.
- 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 consulta en salud: espacio de encuentro e intercambio

Frente a la histórica expulsión del sistema sanitario que han sufrido las personas trans y travestis, resulta central que en la con-

sulta se tengan en cuenta las diversas experiencias y prácticas que éstas han desarrollado en relación con su construcción corporal. Es importante que quienes integran los equipos de salud muestren receptividad ante estos saberes y prácticas, a fin de poder recuperarlos, y, en caso de que se asocien con riesgos para la salud, problematizarlos en un marco de respeto.

Hay que tener en cuenta que en toda consulta se ponen en juego, entre quienes integran los equipos de salud y las personas usuarias, relaciones de poder y de saberes que han sido valorados de manera desigual y asimétrica. El desafío es hacer de la consulta un espacio de encuentro que permita la construcción conjunta de saberes, reconociendo los recursos de cuidado propios de cada persona.

La singularidad de quien asiste a la consulta hace de la misma una situación única. Por ese motivo, no se la debe entender como un espacio formado por momentos fijos e invariables, sino por instancias lo suficientemente flexibles como para lograr articularse según las demandas y necesidades de cada persona usuaria, y en base al vínculo y la comunicación existentes. No obstante, es posible mencionar algunos momentos centrales de la consulta médico-clínica, como ser la entrevista y el examen físico. A su vez, hay que tener en cuenta que en tal espacio puede surgir la oportunidad para la realización de acciones preventivo-promocionales y/o la necesidad de otras consultas específicas.

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:

- Dar lugar al intercambio y habilitar a que la persona pueda preguntar, relatar sus experiencias y expresar sus necesidades, expectativas y/o temores.
- Escuchar lo que la persona dice, generando un clima respetuoso y contenedor.
- No indagar en cuestiones que la persona no desea compartir, aclarándole que no tiene la obligación de responder aquellas preguntas que prefiere no contestar. Respetar sus silencios.
- Asumir una actitud y un tono que no resulten valorativos, sancionadores o taxativos.
- No presuponer la identidad de género, la orientación sexual ni las prácticas sexuales de las personas.
- No utilizar lenguaje patologizante, sexista ni discriminatorio.
- Brindar información en términos claros, comprensibles y adecuados.
- Asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por la intimidad.

El tipo de preguntas y la información brindada dependerán de la situación. No obstante, hay cuestiones centrales para abordar en las distintas consultas:

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, necesidades y expectativas.

Antecedentes de salud personales. Es necesario consultar los antecedentes clínico-quirúrgicos, incluidos el uso de medicación y los tratamientos no farmacológicos. En este sentido, es importante preguntar sobre la realización de terapia hormonal (TH) sin acompañamiento médico, teniendo en cuenta que las personas usuarias pueden no identificar como auto hormonización al uso de ciertas medicaciones de aplicación transdérmica, como ser los geles de estradiol o testosterona. Otros antecedentes a consultar son la utilización de sustancias de relleno (para más información ver capítulo 5, página 99), la realización de cirugías de modificación corporal y las “prácticas de trucaje” (para más información ver capítulo 5, “Técnicas no farmacológicas ni quirúrgicas”).

Antecedentes de salud familiares. Es importante preguntarle a la persona usuaria si conoce antecedentes familiares de enfermedad. La historia familiar de patología cardiovascular (incluidos sus factores de riesgo) y de cánceres hormono dependientes son antecedentes de relevancia en el contexto de hormonización.

Aspectos psicosociales. Es importante tener en cuenta las redes afectivas y sociales, así como la situación laboral, económica, educacional y de vivienda de la persona. Es central detectar situaciones de discriminación, violencia, uso problemático de alcohol y/u otras drogas, abuso sexual y/o maltrato familiar, entre otras cuestiones que pueden menoscabar la salud. El aislamiento social, la estigmatización y el rechazo familiar son algunas de las formas de violencia y/o discriminación que sufren muchas personas trans, travestis y no binarias, las cuales influyen significativamente en su salud.

Ante situaciones de violencia física y/o sexual es fundamental tanto la atención de la urgencia, como el prever articulaciones y recursos destinados al acompañamiento y abordaje integral de cada situación. La atención de urgencia debe incluir la curación de lesiones, la provisión de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en caso de que corresponda, la realización de serologías, los tratamientos de profilaxis post exposición para la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), el asesoramiento sobre el derecho a denunciar y el resguardo de muestras, así como la contención psicosocial. Si se produce un embarazo producto de violación, se deberá garantizar el acceso a la interrupción legal de embarazo (ILE). Para más información, consultar el Protocolo de atención a víctimas de violaciones sexuales (PNSSyPR, 2015)⁴ o actualizaciones posteriores.

Examen físico y estudios complementarios

Es indispensable no efectuar exámenes físicos exhaustivos que puedan resultar intimidantes cuando no sean expresamente necesarios. Tampoco se deberá llevar a cabo el examen mamario, genital y/o anal si la situación no lo amerita. La realización de todas las prácticas debe estar guiada por el motivo de consulta y la situación clínica de la persona, requiriéndose siempre su consentimiento (verbal). Es importante explicar cuál es el sentido de dichas prácticas, y realizarlas respetando los tiempos y necesidades de quien consulta.

La solicitud de estudios complementarios debe estar basada en la anatomía de la persona, su situación clínica actual, sus antecedentes de salud personales y familiares, la medicación que pudiera estar utilizando, incluida la terapia hormonal, y la presencia de situaciones que pudieran incrementar la vulnerabilidad frente a determinadas patologías.

Abordaje de la salud mental

En salud mental existen diferentes modalidades de trabajo: terapia de grupo, terapia individual, grupos de pares, grupos de familias, entre otras. Es importante tener en cuenta la existencia de experiencias positivas en el trabajo con grupos de pares o de familias, que pueden ser realizados en diferentes ámbitos: efectores de salud, organizaciones sociales, institu-

4. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_atencion_victimasyviolaciones.pdf

ciones educativas, entre otros. En ocasiones, estos dispositivos cuentan con el acompañamiento de profesionales de salud mental, pero en muchos casos son coordinados por referentes de organizaciones sociales. El valor de encontrarse con otras personas que transitan situaciones similares en relación con el género o la sexualidad, radica en prevenir el aislamiento, proporcionar un espacio de referencia y dar lugar al intercambio de experiencias, favoreciendo a su vez la socialización.

Es importante tener presente que las personas trans, travestis y no binarias no deben ser derivadas de manera compulsiva al servicio de salud mental. La atención en salud mental es un derecho de todas las personas y debe responder a una demanda explícita de la persona usuaria. En caso de detectarse signos de padecimiento subjetivo, es importante que sea ofrecida. Es necesario que quienes integran el equipo de salud realicen una escucha atenta y sensible a los signos de padecimiento subjetivo, que permitan habilitar canales de consulta. Ante situaciones que puedan configurar un riesgo concreto para la persona, la derivación protegida debe ser realizada de forma urgente.

La consulta o el diagnóstico en salud mental en ningún caso puede constituir un requisito para el acceso a prácticas de hormonización, cirugías de modificación corporal o cualquier otra prestación garantizada por la Ley de Identidad de Género. No corresponde “corroborar” la identidad de género, ni mucho menos “corregirla”. La vivencia individual del género debe

ser siempre respetada, tal como lo establece la Ley 26.743. A su vez, la Ley 26.657, de Derecho a la Protección de la Salud Mental, dispone que en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o identidad sexual.

Sin embargo, históricamente, se le ha atribuido al área de salud mental una función evaluadora y correctora. Ejemplos de esto son las “terapias de conversión” sexual u otros tratamientos normalizadores, orientados a corregir comportamientos considerados “desviados” o identidades que escapan a la norma cisheterosexual.

Incorporar la perspectiva de diversidad genérica, sexual y corporal con un enfoque despatologizante requiere transformar los marcos teóricos existentes, revisar prejuicios y creencias personales, dar lugar a interrogantes sobre la propia práctica y tolerar la incertidumbre de no tener todas las respuestas. Parte de esta tarea es examinar, continuamente, la reproducción de binarismos, que pueden limitar la práctica y obstaculizar el proceso terapéutico⁵.

En el marco de la consulta de salud mental, para que las personas puedan desplegar el relato de sus vivencias, es importante sostener una escucha atenta, abierta y respetuosa de la auto-percepción y construcción singular de la identidad de género, la sexualidad y la corporalidad de cada persona. Asimismo, es preciso respetar los tiempos, sin acelerar procesos, evitando

5. Esto no implica la necesidad de una acreditación formal específica en diversidad sexual y corporal, pero sí la formación continua de los trabajadores de la salud mental y la reflexión sobre las propias prácticas. El conocimiento y el compartir experiencias con organizaciones sociales LGBTI+ suele ser de gran utilidad para la formación y la reflexión.

obturar sentidos con categorías cerradas y dando relevancia a los aspectos relacionados con la corporalidad.

Es indispensable tener en cuenta que los procesos de construcción identitaria no conllevan necesariamente un estado de padecimiento. Sin embargo, en esta sociedad en que la concepción binaria y heterocisexistista continúa siendo hegemónica, pueden generarse contextos o situaciones en los que las personas se sientan condicionadas a ocultar su identidad de género o visibilizarla de manera selectiva. La sensación de no cumplir con las expectativas familiares, con los mandatos sociales, o sufrir reiteradamente discriminación y exclusión, puede vivirse con angustia, ansiedad u otro tipo de afectos.

En aquellas situaciones en donde se evidencian padecimientos significativos que pueden llevar a situaciones de riesgo a la persona, es importante ofrecer la atención de salud mental y asegurar el acceso urgente a la misma.

Para todas las personas trans, travestis y no binarias que así lo deseen, el campo de la salud mental puede configurarse como un espacio que las aloje, acompañando el libre desarrollo de su subjetividad, incluyendo la dimensión corporal, bregando por el reconocimiento de las diversas identidades y la toma de decisiones autónomas.

Acciones preventivas

Las acciones destinadas a la prevención de enfermedades constituyen un componente central en la atención integral de la salud. Las recomendaciones deben basarse en la edad de la persona, su corporalidad, su situación clínica actual, sus antecedentes de salud personales y familiares, la medicación que pudiera estar utilizando, incluida la hormonización, y la presencia de situaciones que pudieran incrementar la vulnerabilidad frente a determinadas patologías.

Prevención de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares

La prevención de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares debe centrarse en el rastreo y seguimiento de los factores de riesgo y en su eventual tratamiento. En este sentido, es importante contemplar el impacto metabólico que tienen ciertas medicaciones, como la terapia hormonal y los antirretrovirales, como así también el uso problemático de alcohol y/u otras drogas.

En aquellas personas que no están utilizando TH, el rastreo de dislipidemia, diabetes mellitus (DBT) e hipertensión arterial (HTA) sigue las pautas generales. En caso de hormonización con estradiol o testosterona, se sugiere monitorear la tensión arterial (TA) en cada consulta y solicitar perfil lipídico y glucemia cada tres meses durante el primer año de hormonización y luego con una periodicidad semestral o anual.

En relación con los efectos de la estrogenoterapia sobre el perfil lipídico, es importante tener presente que el estradiol impacta de manera distinta según la vía de administración. Existe evidencia en la que se observan valores séricos de triglicéridos significativamente menores en el caso de la administración transdérmica en comparación con la utilización oral⁶. En cuanto al uso de testosterona, si bien se encuentra asociado con cambios en el perfil lipídico de tipo aterogénico como así también a una mayor producción de glóbulos rojos, con el consecuente incremento del hematocrito, no se ha evidenciado un aumento de la frecuencia de eventos cardiovasculares en la TH con testosterona en las dosis recomendadas^{7 8}.

Respecto al riesgo de DBT tipo 2, estudios que evaluaron el impacto de la TH sobre la glucemia no observaron cambios significativos con el uso crónico de testosterona⁹. El riesgo podría incrementarse en caso de existir factores de riesgo subyacentes como obesidad, historia familiar y síndrome de ovario poliquístico. Con la estrogenoterapia, si bien no se observaron cambios en la glucemia, se constató aumento de la insulinemia con disminución de la sensibilidad a la insulina^{10 11}.

Los hallazgos sobre los cambios en la TA son contradictorios tanto en el caso de la TH con estradiol como con testosterona, siendo necesaria la realización de más estudios prospectivos para poder obtener conclusiones certeras al respecto

Prevención de osteoporosis

En aquellas personas trans, travestis y no binarias que no se encuentran bajo hormonización, se sugiere aplicar las pautas generales de tamizaje preventivo para osteoporosis.

En lo que respecta a personas bajo TH, la evidencia disponible muestra discrepancias en relación al incremento del riesgo de osteoporosis en asociación con la estrógenoterapia¹²; en cambio, no ha reportado aumento del riesgo en quienes utilizan testosterona^{13 14}.

Existe un aumento del riesgo de pérdida de la densidad ósea después de la gonadectomía cuando la terapia con testosterona o estradiol se interrumpe o es insuficiente. Por lo tanto, mantener dosis hormonales adecuadas luego de las cirugías de modificación genital es importante para preservar la masa ósea y prevenir la aparición de osteoporosis.

Se recomienda valorar la densidad mineral ósea (DMO) en quienes presentan factores de riesgo para osteoporosis (antecedentes familiares, uso crónico de corticosteroides, tabaquismo, alcoholismo, tirotoxicosis, hiperparatiroidismo, entre otros) y en personas gonadectomizadas que no hayan utilizado TH por más de cinco años después de la cirugía.

6. Maraka y otros. (2017)

7. Elamin y otros. (2010).

8. Virgen y otros. (2013).

9. Emi y otros. (2008).

10. Elbers y otros. (2003).

11. Giltay y otros. (1999)

12. Delgado Ruiz y otros. (2019).

13. Wiepjes y otros. (2017).

14. Singh-Ospina y otros. (2017).

Screening de patologías oncológicas

Cáncer cervicouterino

Es importante recomendar la realización de *screening* de cáncer cervicouterino a toda persona con cuello de útero, haya tenido o no penetración vaginal¹⁵. Se sugiere seguir las pautas de tamizaje generales, las cuales, al ser construidas desde una mirada binaria y cisnormativa, contemplan como única población destinataria a las mujeres cis.

El tipo de técnica a emplear (test de detección de VPH de alto riesgo oncológico o citología cervical) es uno de los factores que influye en la accesibilidad al rastreo, particularmente en algunos varones trans y otras personas con cuello de útero no binarias. En este sentido, la implementación del test de VPH constituye una estrategia potencial para disminuir las barreras en el acceso¹⁶. Por un lado, al posibilitar la autotoma de la muestra, permite evitar el dolor, la incomodidad y/o la situación traumática que puede ocasionarle a la persona la colocación del espéculo. Esto puede ser especialmente importante en quienes no han tenido penetración vaginal. Por otro lado, el test de VPH disminuye el número de citologías cervicales (PAP) inadecuadas o insatisfactorias¹⁷, y posibilita intervalos de rastreo mucho más amplios que en el caso del PAP¹⁸, debido a su elevado valor predictivo negativo¹⁹.

Sin embargo, el test de VPH no se encuentra actualmente disponible en todas las jurisdicciones del país, por lo que el PAP sigue siendo la técnica más utilizada. La realización del estudio citológico también se requiere en situación de embarazo o como complemento del test de VPH ante un resultado positivo²⁰. En todos los casos, es importante que la toma de la muestra en aquellas personas que no han tenido penetración vaginal se lleve a cabo a través la introducción a ciegas (sin colocación de espéculo) de un hisopo de algodón o un cepillo endocervical. Si bien esta forma de obtener la muestra puede afectar la sensibilidad de la prueba, su realización procura que la persona usuaria no padezca una situación traumática o de mucha incomodidad debido al uso del espéculo, o evite acceder al rastreo para no exponerse a ello.

No hay evidencia de que la androgenoterapia incida en el riesgo de cáncer cervicouterino. Por lo tanto, se recomienda mantener las pautas de screening generales en aquellas personas que se encuentran bajo TH con testosterona. En caso de realizarse PAP, es importante remitir las muestras informando el uso de dicha hormona, debido a que puede asociarse con cambios atróficos a nivel del epitelio cervical, capaces de simular displasia en el extendido citológico.

En aquellas personas a las que se les ha realizado una histerectomía total debido a enfermedad benigna local o como parte de una cirugía de modificación genital, no se recomienda la

15. Lui y otros. (2016).

16. Gelati y otros. (2019).

17. Gelati y otros. (2019).

18. Instituto Nacional del Cáncer. (2016).

19. Cuanto más alto es el valor predictivo negativo de una prueba diagnóstica, mayor el gra-

do de probabilidad de un verdadero negativo; es decir, de que la persona no presente la enfermedad o el evento que se está estudiando.

20. El test de VPH posee baja especificidad para la identificación de lesiones precancerosas; por lo tanto, en aquellas personas con test de VPH positivo se requiere la realización de PAP para diagnosticar y valorar el desarrollo de dichas lesiones.

realización de estudios citológicos. Por el contrario, en caso de existir antecedentes de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) de alto grado o cáncer cervicouterino, se sugiere hacer PAP del manguito vaginal.

En personas que tienen una vagina realizada a partir de la piel del cuerpo de pene no está indicada la toma de muestra para examen citológico o test de VPH, debido a que se trata de un epitelio queratinizado.

Cáncer de mama

En aquellas personas que no han realizado TH ni presentan antecedentes de cirugías de mamas (mastectomía con reconstrucción pectoral o mamoplastía en aumento) se recomiendan las pautas de screening de cáncer de mama de acuerdo al género que les fue asignado al momento del nacimiento.

En el marco de la hormonización con estradiol, la evidencia disponible resulta insuficiente para definir el riesgo de cáncer de mama asociado con el uso de dicha hormona. Si bien estudios actuales refuerzan el incremento del riesgo asociado con la estrogenoterapia (aunque siguen reportando una prevalencia muy baja de casos)²¹, son necesarios estudios prospectivos, de calidad metodológica, que permitan definir el riesgo y la conducta a seguir en la población usuaria de estradiol²². En este sentido, las guías actuales sugieren mantener las pautas de rastreo de cáncer de mama recomendadas para “mujeres”

(haciendo referencia a mujeres cis), especialmente en quienes presentan factores de riesgo: antecedentes familiares de cáncer de mama, TH por más de cinco años y/o índice de masa corporal (IMC) mayor a 35.

La mamoplastía en aumento no incrementa el riesgo de cáncer de mama. En aquellos casos en que se requiera la realización de mamografía, es importante contemplar este antecedente quirúrgico, a fin de prevenir la rotura de las prótesis y considerar las posibles interferencias con la sensibilidad del estudio.

La evidencia disponible no ha reportado un incremento en el riesgo de cáncer de mama en personas bajo TH con testosterona; sin embargo, se requieren más estudios para confirmar o refutar esta afirmación. Actualmente, se recomienda mantener en la población usuaria de testosterona no mastectomizada las pautas de screening mamario según el género asignado al nacer.

Se han documentado algunos casos de cáncer de mama en varones trans mastectomizados^{23 24 25}. Esto pone en evidencia que la mastectomía bilateral con reconstrucción pectoral, al conservar parte del tejido mamario (para más información sobre Mastectomía con reconstrucción pectoral, ver pág. 98 del capítulo 5), no es comparable a una mastectomía preventiva en lo que respecta a la reducción en el riesgo de cáncer de mama²⁶. Por este motivo, luego de la realización de la cirugía

21. de Block y otros. (2019).

22. Adaui y otros. (2018).

23. Nikolic y otros. (2012).

24. Gooren y otros. (2015).

25. Katayama y otros. (2016).

26. Castro y Nagelberg. (2019).

se recomienda mantener pautas de screening en virtud de la cantidad de tejido remanente, especialmente si existen antecedentes familiares u otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Cáncer de ovario

Hasta el momento, la evidencia disponible ha arrojado resultados contrapuestos en cuanto a las modificaciones anatómicas presentes a nivel de tejido ovárico en personas bajo TH con testosterona. Mientras algunos estudios reportaron disminución de la corteza y el estroma sin aumento en el número de folículos antrales²⁷, otros documentaron un mayor número de éstos con morfología de ovario poliquístico²⁸.

Por otro lado, se requiere evidencia de largo plazo y a gran escala sobre población no ooforectomizada, que permita obtener datos concluyentes respecto al riesgo de cáncer de ovario en personas bajo terapia androgénica. Si bien la utilización de testosterona por tiempo prolongado incrementa los niveles de estradiol por aromatización, y produce aumento de los receptores androgénicos y de la expresión de factores de crecimiento a nivel ovárico, actualmente no existen estudios que reporten mayor incidencia de cáncer de ovario en la población en cuestión.

Cáncer de endometrio

La evidencia disponible resulta insuficiente para determinar el riesgo de cáncer de endometrio asociado a la TH con testosterona. Algunos estudios han demostrado que la androgenoterapia puede producir cambios tróficos sobre el endometrio,

predominantemente atrofia. En caso de existir sangrado genital luego del cese de las menstruaciones, se sugiere solicitar ecografía ginecológica y cualquier otro estudio que pueda requerirse para descartar la presencia de hiperplasia endometrial²⁹.

Cáncer de próstata

En aquellas personas con próstata que no hacen uso de estrogenerapia, aplican las recomendaciones generales. Al respecto, es importante tener en cuenta que el *screening* de cáncer de próstata es objeto de controversia debido a que, si bien es una práctica habitual, la evidencia disponible ha resultado inconsistente y poco concluyente en demostrar que sus beneficios compensan los riesgos y daños asociados al sobrediagnóstico y sobretratamiento que conlleva su realización.

Al respecto, la Fuerza de tareas estadounidense de prácticas preventivas (USPSTF) ha desaconsejado el screening de cáncer de próstata en “hombres” (haciendo referencia a varones cis) sin factores de riesgo adicionales, cualquiera sea su edad. Esto es aplicable a toda persona con próstata, independientemente de su identidad de género.

Sin embargo, existen guías clínicas que siguen recomendando el ofrecimiento del rastreo mediante PSA a personas asintomáticas dentro de un rango etario determinado (variable entre una fuente y otra). En todos los casos se reconoce la necesidad de informarle a la persona usuaria los riesgos y beneficios asociados al rastreo, procurando que su realización se base en una decisión individual tomada de manera informada.

27. Ikeda y otros. (2013).

28. Perrone y otros. (2009)

29. Feldman y otros. (2006).

En lo que respecta a las personas bajo TH con estrógenos, la evidencia disponible ha reportado una baja incidencia de cáncer de próstata. Sin embargo, un porcentaje elevado de los casos documentados corresponden a un fenotipo tumoral independiente de andrógenos, que estaría asociado a mayor agresividad^{30,31}. Por tal motivo, algunas guías recomiendan que en dicha población se determinen rutinariamente los niveles de PSA a partir de los 40-50 años de edad. No obstante, la evidencia disponible resulta insuficiente para determinar el balance entre los beneficios y los daños asociados a dicha práctica.

Cáncer anal

Existen estudios que demuestran el incremento en el riesgo de cáncer anal asociado a Virus del Papiloma Humano (VPH) en quienes realizan sexo anal receptivo, principalmente en personas con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y bajo recuento de CD4, u otra causa de inmunosupresión, y antecedente de lesiones anales por VPH. Sin embargo, actualmente no existe consenso respecto al rastreo de cáncer de ano mediante la realización de citología anal (PAP anal).

En caso de requerirse la realización de PAP anal, es importante tener presente la necesidad de contar con personal especializado en anatomía patológica que sea capaz de interpretarlo. Asimismo, resulta central tener identificado el circuito de derivación frente a un resultado patológico, asegurándose que la persona usuaria tenga acceso a la anoscopia de alta resolución y al seguimiento por el servicio de proctología o, en su defecto, cirugía general.

Salud sexual y salud reproductiva

Anticoncepción

Es importante ofrecer, en el caso de aquellas personas que no desean tener hijos pero mantienen relaciones sexuales con posibilidad de procreación, asesoramiento oportuno sobre anticoncepción 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. En ese sentido, resulta central que desde el equipo de salud se repiense la población destinataria de los distintos métodos anticonceptivos, teniendo en consideración la corporalidad de las personas, más allá de su identidad de género. De esta manera, los métodos que han sido tradicionalmente contemplados para “mujeres” (haciendo referencia a mujeres cis) deben entenderse como una opción anticonceptiva válida para todas aquellas personas que tengan capacidad de gestar y mantengan relaciones sexuales con posibilidad de embarazo, independientemente de su género autopercebido. Asimismo, se hace necesario ampliar la potencial población destinataria del preservativo peneano y la vasectomía, incluyendo a todas las personas con pene y testículos, cualquiera sea su identidad de género.

Para las personas con capacidad de gestar que prefieren utilizar métodos anticonceptivos que no contengan estrógenos, los métodos de barrera, los anticonceptivos orales o inyecta-

30. Gooren y otros. (2014).

31. Turo y otros. (2013).

bles de solo progestágeno y los dispositivos intrauterinos con cobre o con levonorgestrel (DIU Cu y DIU LNG) son opciones anticonceptivas válidas³², teniendo en consideración la preferencia de la persona usuaria y los criterios médicos de elegibilidad³³. En caso contrario, el uso de anticonceptivos orales que combinan estrógenos con progestágenos representan otra opción efectiva.

Por otro lado, es importante tener presente que la testosterona no constituye en sí misma un método anticonceptivo, porque si bien produce el cese de las menstruaciones, no garantiza la inhibición de la ovulación. Las personas bajo androgenoterapia pueden hacer uso de todos los anticonceptivos mencionados anteriormente, incluso aquellos con componente estrogénico. Además, es necesario informarle a la persona usuaria que la testosterona, por poseer riesgo teratogénico, no puede ser utilizada durante el embarazo ni la lactancia.

Prevención de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

Es necesario que el equipo de salud brinde asesoramiento en relación con la infección por el VIH y otras ITS, procurando dar lugar a un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en las necesidades de la persona usuaria, que contribuya

a la toma de decisiones de manera informada. La información proporcionada sobre las formas de prevención debe ser adecuada, comprensible y oportuna. Se hace prioritario reforzar la importancia del uso correcto del preservativo, así como también facilitar el acceso al mismo. Además, es fundamental ofrecer sistemáticamente el testeo voluntario de VIH y otras ITS, y dar respuesta a las demandas de diagnóstico en tiempo y forma³⁴. Al respecto, es importante tener presente en la atención de la salud de mujeres trans, la elevada prevalencia de VIH y otras ITS en esta población³⁵.

Si bien el preservativo y el campo de látex representan las estrategias más difundidas para la prevención del VIH y otras ITS, también existen otras medidas destinadas a evitar la transmisión de algunas de estas infecciones, como ser la vacunación contra el VPH y los virus de la hepatitis A (VHA) y B (VHB), y las profilaxis pre y post-exposición al VIH y otras ITS. Es importante que desde el equipo de salud se contemplen estas posibilidades y se brinde información al respecto, manteniendo una visión integral con una perspectiva de prevención combinada, en la que los componentes sean complementarios entre sí y no se priorice el uso de ninguno de ellos.

Es importante que desde los equipos de salud se informe que las personas con VIH que reciben TARV y son adherentes al mismo, realizan los controles médicos necesarios en forma periódica y

32. Boudreau y otros. (2019).

33. Para más información ver "Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019" (o actualizaciones posteriores). Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

34. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. (2018).

35. Según el Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 36 (2019) la prevalencia de VIH en la población de mujeres trans es del 34%. Para más información ver: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf

mantienen una carga viral indetectable por al menos seis meses, no transmiten el virus en las relaciones sexuales. Esto se conoce como el concepto I=I (Indetectable = Intransmisible), que se encuentra respaldado por evidencia científica sólida y, como tal, debe contraponerse a los discursos estigmatizantes, culpabilizadores y excluyentes que recaen sobre las personas con VIH. Esta información debe garantizarse a las personas para la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, vida y salud sexual³⁶.

La vacuna contra el VHB tiene indicación universal; es decir, está recomendada su aplicación a toda persona que no esté vacunada o cuente con un esquema incompleto (menos de 3 dosis), cualquiera sea su edad. El esquema clásico consta de 3 dosis (0, 1 y 6 meses). Por su parte, la vacunación contra el VHA se recomienda en toda persona no vacunada que lleve a cabo prácticas sexuales orales-anales y presente serología de VHA de tipo IgG no reactiva.

Las profilaxis post-exposición (PEP) constituyen una herramienta efectiva para la prevención de ciertas ITS en personas con exposición esporádica. En el caso de la infección por VIH, la PEP consiste en utilizar medicación antirretroviral por un plazo de 28 días, iniciando dentro de las 72 horas posteriores a la exposición³⁷. En el caso de la infección por VHB, la PEP se

basa en iniciar o completar el esquema de vacunación lo antes posible, preferentemente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que se produjo la situación con posibilidad de transmisión.

Por su parte, la profilaxis pre-exposición (PrEP) para VIH es una estrategia preventiva que se recomienda en personas con riesgo sustancial de contraer la infección. Se basa en la utilización de la combinación de dos medicaciones antirretrovirales. Actualmente, no se encuentra disponible en la Argentina, si bien se están llevando adelante acciones para su futura implementación³⁸.

Frente a la no utilización de preservativo, sea por situaciones que imposibilitan negociar su uso o por decisión de la persona, el equipo de salud debe evitar una postura valorativa y/o sancionadora. Es importante, en dichos casos, que se refuerce la promoción del uso correcto del preservativo y/o del campo de látex y se remarque la existencia de otras medidas preventivas (vacunación, profilaxis pre y pos exposición). Asimismo, se requiere promover el testeo periódico y brindar pautas en relación con la aparición de signos y síntomas compatibles con ITS para favorecer el diagnóstico en etapas tempranas y, cuando corresponda, dar inicio de manera oportuna al tratamiento.

36. I=I Indetectable = Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, MSAL (2019). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intransmisible.pdf

37. Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Profilaxis Post-Exposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud. 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf

38. Para más información ver Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Prevención combinada y PrEP en la República Argentina. Guía de directrices clínicas para equipos de salud. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001669cnt-directrices-clinicas-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf>

Por otro lado, se debe tener presente que ni la infección por VIH ni la terapia antirretroviral representan *per se* un impedimento para iniciar o continuar TH³⁹. A su vez, ninguno de los esquemas recomendados de hormonización contraindica el uso de la medicación antirretroviral utilizada para el tratamiento de la infección por VIH, la PEP y la PrEP⁴⁰. La TH no interfiere con la eficacia del tratamiento antirretroviral. En cambio, algunos antirretrovirales pueden modificar la eficacia de los medicamentos empleados para hormonización. Es importante valorar en cada caso particular la necesidad y la posibilidad de cambiar a otro esquema antirretroviral o ajustar las dosis de los fármacos utilizados en la terapia hormonal⁴¹.

Asimismo, es importante tener en cuenta que las consultas de seguimiento de TH representan una oportunidad para ofrecer el testeo de VIH y otras ITS, así como para reforzar la importancia de los controles periódicos de salud en las personas con VIH.

Interrupción legal del embarazo

Ante la situación de un embarazo no planificado, es necesario informar que si el mismo es producto de una violación (relación no consentida libre y expresamente) o su continuidad pone en riesgo la vida o la salud física, mental o social de la persona gestante, es legal la interrupción como lo establece el art.86 del Código Penal. Es importante señalar que el riesgo implica un peligro potencial y no la certeza de la ocurrencia

de un daño, en cualquiera de los aspectos de la salud, entendida en forma integral.

Si el embarazo se encuadra en alguna de las causales de ILE y la persona decide acceder a la misma, el equipo de salud debe garantizar en forma perentoria la efectiva realización de la práctica. Para más información ver *Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019*. (DSSyR, 2019) o actualizaciones posteriores.

Capacidad reproductiva y fertilización médicamente asistida

Es importante que el equipo de salud tenga en cuenta los deseos y expectativas respecto a la filiación de quienes consultan. En función de ello, se deberá brindar información respecto a las posibilidades de procreación o gestación, sea través de relaciones sexuales o por medio de tratamientos de reproducción médicamente asistida, así como también de las posibilidades de adopción.

En relación con los efectos de la TH sobre la fertilidad, la evidencia disponible ha reportado fibrosis del tejido ovárico asociada a altas dosis de testosterona, con dificultad en la liberación de los ovocitos, y afectación de la espermatogénesis por ausencia de células de Leydig en las personas con

39. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. (2018).

40. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. (2018).

41. Para más información consultar: <http://www.interaccionesvih.com> y <https://www.hiv-druginteractions.org>

testículos bajo TH con estrógenos. Por ello, previamente al inicio de la hormonización, es fundamental brindar información sobre las consecuencias que ésta puede tener a nivel de la fertilidad. No se debe asumir que todas las personas conocen esos efectos o que, aun conociéndolos, estén decidiendo relegar su capacidad reproductiva por querer acceder a la TH.

En quienes realizan inhibición del desarrollo puberal mediante la utilización de análogos de GnRH, la capacidad reproductiva es potencialmente recuperable tras la suspensión del análogo, al producirse la estimulación gonadal por acción de las gonadotropinas endógenas o mediante estimulación. Sin embargo, se desconocen los efectos exactos a largo plazo sobre la fertilidad. Cuando le adolescente comienza la hormonización con estradiol o testosterona paralelamente a la terapia con análogos de la GnRH (inducción de la pubertad), no se produce el desarrollo necesario de sus gametas para alcanzar la capacidad reproductiva (para más información sobre inhibición del desarrollo puberal, ver capítulo 5, pág. 91).

Por otra parte, es necesario informar a las personas que soliciten acceder a cirugías de modificación genital, que dichas intervenciones incluyen la gonadectomía (extracción de los testículos o los ovarios) y, por lo tanto, tienen un efecto irreversible sobre la fertilidad. En el caso de la mastectomía bilateral, es

importante precisar el impedimento definitivo de amamantar en un futuro, si así se lo quisiera.

Respecto a la criopreservación de gametas, es importante tener presente que, si bien la Ley 26.862 de Fertilización Médicamente Asistida la reconoce como un derecho al que deben poder acceder todas aquellas personas que pudieran ver comprometida en el futuro su capacidad reproductiva debido a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas, actualmente no están dadas las condiciones necesarias para que se garantice su cobertura en el subsistema público de salud.

La mencionada ley establece, además, el derecho de todas las personas mayores de edad a acceder a diferentes procedimientos y técnicas de reproducción asistida, sin importar su orientación sexual, identidad de género o estado civil. Sin embargo, el acceso a esas prácticas tampoco está siendo asegurado de manera efectiva en el subsistema público, especialmente las de alta complejidad.

En aquellas personas que se encuentran bajo TH y deciden procrear, es necesario suspender la hormonización y realizar una adecuada valoración de su capacidad reproductiva. Esto permite informar las diferentes opciones posibles de procreación y proceder adecuadamente sobre cada caso en particular.



Capítulo 5

Atención de la salud en relación con la construcción de la corporalidad y la expresión de género

Atención de la salud en relación con la construcción de la corporalidad y la expresión de género

Cada persona se percibe, piensa y expresa de manera diferente en relación con el género. No todas las personas trans, travestis y no binarias tienen las mismas expectativas en torno a la construcción de su corporalidad. Hay quienes no pretenden llevar adelante modificaciones corporales y, a su vez, aquellas personas que sí quieren, no siempre buscan obtener los mismos resultados.

Desde un modelo de atención que propone dejar de lado una mirada binaria y cisexista, se deben comprender a los procesos de modificación corporal como trayectorias singulares, basadas en búsquedas diversas, y no como un pasaje entre modelos estereotipados de lo “masculino” y lo “femenino”. En este sentido, resulta central abandonar aquellos patrones binarios

de género que condicionan a las personas respecto a la vivencia de su corporalidad, alentando el rechazo del propio cuerpo.

El acceso a los procedimientos de modificación corporal debe enmarcarse en el cumplimiento del derecho al “libre desarrollo personal” tal como postula la Ley de Identidad de género. Implica la decisión y la solicitud explícita de cada persona, en el marco de un proceso de consentimiento informado (para más información sobre consentimiento informado, ver capítulo 4, pág. 52).

Los equipos de salud deben generar espacios de confianza, privacidad y escucha activa, donde se tengan en cuenta y respeten las necesidades y expectativas de las personas usuarias

en relación con los procesos de modificación corporal. Brindar información comprensible, adecuada y oportuna sobre las intervenciones seguras para cada situación, basándose en evidencia científica actualizada, resulta fundamental para contribuir a la toma de decisiones autónomas por parte de quienes consultan. Es importante que se especifiquen los alcances y las limitaciones de los distintos procedimientos, como así también sus posibles efectos adversos y complicaciones.

El artículo 11 de Ley de Identidad de Género establece que los procedimientos para la modificación de la apariencia o la función corporal, sean farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, deben ser garantizados en todo el sistema de salud; tanto en el subsector público, privado y de obras sociales.

Los procedimientos de modificación corporal y el cambio registral son derechos independientes entre sí, tal como lo establece la Ley 26.743. Es decir, para acceder a la hormonización y/o a las intervenciones quirúrgicas no se requiere contar con el cambio registral o el compromiso de hacerlo a futuro, ni viceversa.

Las vivencias en torno al género y los procesos de modificación corporal son diversas y singulares. No todas las personas tienen las mismas expectativas sobre su construcción corporal ni desean necesariamente llevar a cabo modificaciones.

Técnicas no farmacológicas ni quirúrgicas

Existen diferentes técnicas, además de la terapia hormonal (TH) y las intervenciones quirúrgicas, a las que recurren las personas trans, travestis y no binarias como parte de la expresión de su identidad de género y la construcción de su corporalidad. 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.

Quienes buscan un aparente mayor volumen mamario utilizan, generalmente, maquillaje, corpiños con relleno y/o prótesis externas de silicona. Para aplanar el busto, suelen utilizarse fajas, vendas elásticas o prendas compresoras. Estas últimas, conocidas también como *binders*, son la opción más recomendable debido a que ajustan uniformemente y no generan compromiso de la mecánica ventilatoria. Existen prendas compresoras tipo top, que cubren únicamente la parte del busto, o tipo camiseta.

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. Además, se sugiere no utilizarlos por más de 8 a 12 horas diarias, a fin de evitar la aparición de dolor y lesiones cutáneas. Es importante, también,

mantener una adecuada humectación de la zona mediante el uso de cremas hidratantes. La utilización de cinta de embalar a modo de vendaje se encuentra desaconsejada debido a que puede comprometer los movimientos ventilatorios y generar afecciones a nivel de la piel, en ocasiones de gravedad.

El ocultamiento de los testículos y el pene es otra de las técnicas de trucaje implementadas por algunas personas. Consiste en colocar los testículos en el conducto inguinal, llevar hacia atrás la bolsa escrotal junto con el pene y sostenerlos mediante ropa interior ajustada o prendas diseñadas para tal fin, denominadas *gaff*. Si bien esta práctica puede inicialmente producir dolor, este suele ceder con el tiempo.

Para abultar la zona púbica es posible utilizar prótesis de paquete u otros elementos. Los paquetes o *packers* son prótesis con forma de pene y testículos, generalmente de silicona. Existen modelos de tamaño, color y textura diferentes, con mayor o menor apariencia anatómica. Algunos paquetes poseen, además, capacidad eréctil y/o posibilitan la micción de pie. La sujeción del paquete puede darse mediante ropa interior ajustada (preferentemente de algodón para evitar el excesivo deslizamiento de la prótesis), calzoncillos con sistema de agarre o arneses.

Los orinadores son dispositivos que facilitan la micción de pie. Se pueden comprar o realizar caseramente. Actualmente, existen prótesis de paquete que cumplen, además, esta función.

Resulta central que el equipo de salud aborde lo referido a las distintas técnicas no hormonales ni quirúrgicas disponibles para lograr efectos sobre la expresión de género y/o la construcción corporal. En este sentido, es importante que quienes consultan puedan compartir, si así lo desean, las prácticas que vienen realizando, con el propósito de evaluar conjuntamente los posibles efectos que las mismas pueden tener sobre la salud e informar, cuando sea necesario, sobre otras posibilidades seguras que permitan lograr modificaciones similares.

Terapia de la voz

Todas las personas poseen un carácter de voz distinto. Las diversas acústicas vocales están definidas, principalmente, por la estructura laríngea y la aerodinámica vocal. No obstante, socioculturalmente se han determinado patrones vocales asociados con los estereotipos de género “masculino” y “femenino”. De esta manera, al oír una voz se la suele relacionar, en términos binarios, con alguno de estos dos géneros.

No todas las personas trans, travestis y no binarias buscan generar cambios en su voz. En quienes sí lo desean, es posible que los intentos de variar la acústica vocal, no guiados fonoaudiológicamente, originen conductas de esfuerzo con la aparición de disfonías. En este sentido, el acompañamiento fonoaudiológico contribuye al desarrollo saludable de la voz, en virtud de las expectativas singulares de cada persona.

El objetivo principal de la terapia de la voz es adaptar el comportamiento vocal a las necesidades y expectativas de quien consulta. No se trata de trabajar desde modelos vocales rígidos que fuercen los rasgos acústicos de las voces para que se ajusten a patrones estereotipados. Es fundamental que el abordaje fonoaudiológico se centre en el acompañamiento de las personas para el autodescubrimiento de las posibilidades vocales y, de esta manera, fomente la construcción o reconstrucción de una identidad vocal propia desde las vivencias internas.

La terapia fonoaudiológica puede incluir dos tipos de abordajes complementarios: uno individual, en formato de consultorio de la voz, y otro de modalidad grupal, donde se procura desarrollar y/o fortalecer aspectos colaborativos y de afianzamiento en la seguridad del uso de la voz. En ambos casos, también es necesario trabajar sobre patrones espontáneos de la expresión, por ejemplo, la risa, y en respuestas fisiológicas como la tos o el bostezo, debido a que en dichas situaciones pueden aparecer los rasgos acústicos vocales previos a la terapia.

La promoción de prácticas de cuidado vocal constituye un componente central de la terapia de la voz. En este sentido, algunas recomendaciones posibles son¹:

- Mantener una buena hidratación que contribuya a mejorar la flexibilidad de las cuerdas vocales, disminuyendo el riesgo de lesión ante conductas de esfuerzo vocal.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol, debido a que estas sustancias producen inflamación de la mucosa laríngea y

disminuyen el tono del esfínter esofágico superior, dando lugar a la acción irritante del reflujo de ácido gástrico. Asimismo, el alcohol puede provocar la deshidratación de las cuerdas vocales, disminuyendo su elasticidad.

Respecto a las modificaciones vocales asociadas con la hormonización, es importante tener presente que la utilización de testosterona produce agravamiento de la voz (por aumento de la masa muscular de las cuerdas vocales), mientras que los estrógenos y antiandrógenos no generan cambios en el tono vocal. Por tal motivo, si bien algunas personas que utilizan testosterona deciden iniciar terapia fonoaudiológica al considerar insuficientes los cambios alcanzados con la hormonización, la mayor parte de las personas que consultan actualmente son mujeres trans y travestis. Por otro lado, algunas personas bajo TH con estrógenos que estaban disconformes con su voz, mejoraron su relación con la misma a partir de vivir otros cambios físicos producidos por la hormonización, a pesar de que no se hayan dado modificaciones en los rasgos acústicos vocales.

Además de la terapia fonoaudiológica, existen diferentes intervenciones quirúrgicas que posibilitan modificar la voz, produciendo agudización del tono vocal. Estas cirugías se recomiendan como alternativa en aquellos casos en los que la terapia vocal exclusiva no resulta exitosa. A su vez, es importante que los distintos procedimientos quirúrgicos se acompañen de tratamiento fonoaudiológico para mejorar su rendimiento (para

1. Gómez Gil y Esteva de Antonio. (2006).

más información sobre cirugías de modificación de la voz, ver apartado en pag. 98 del presente capítulo).

Hormonización: conceptos generales

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

Los distintos esquemas de hormonización deben ser individualizados en base a las expectativas y necesidades que explice cada persona, su situación clínica y la relación riesgo-beneficio de las diferentes opciones terapéuticas.

En el marco de una consulta para iniciar o recomenzar la TH, o bien cuando se solicite asesoramiento al respecto, es indispensable que desde el equipo de salud se genere un espacio de diálogo que permita abordar las dudas, temores, expectativas y necesidades de la persona usuaria. Además, resulta central brindar información sobre los alcances y los límites de la hormonización, y explicar cuáles son los posibles efectos adversos y las contraindicaciones de los diferentes esquemas.

Es importante tener presente que muchas personas han recurrido a la auto-hormonización como parte de su proceso de

construcción corporal. En este sentido, es necesario que quienes integran los equipos de salud actúen de manera receptiva y respetuosa respecto de dichas experiencias, dejando de lado actitudes que puedan resultar valorativas y/o sancionadoras. Si la persona se encuentra haciendo uso de un esquema auto-administrado al momento de la consulta, es fundamental rever en conjunto con ella los fármacos y las dosis utilizadas, a fin de evaluar la necesidad de modificaciones que apunten a minimizar los riesgos y mantener o mejorar los resultados en relación con sus expectativas.

El abordaje de las terapias hormonales no debe entenderse restringido al campo de la endocrinología. Profesionales de otras especialidades médicas (como medicina general, clínica médica o ginecología) pueden brindar asistencia en materia de hormonización. En todos los casos, se requiere contar con la formación adecuada y la competencia técnica necesaria. Por otro lado, la conformación de redes asistenciales, que incluyan la actuación coordinada y colaborativa de los distintos niveles de atención, resulta fundamental para que cada situación pueda ser atendida en virtud de la complejidad que requiera.

Requisitos para acceder a la hormonización

En lo que respecta al acceso a las terapias de hormonización, es necesario tener presente que los criterios etarios contemplados en el artículo 11 de la Ley de Identidad de Género deben

ser leídos en sintonía con las incorporaciones que establece la reforma del Código Civil y Comercial (CCyC) en materia de autonomía y presunción de capacidad de las personas. En función de esto:

-Las personas de 16 años o más pueden decidir por sí mismas en lo que respecta al cuidado de su propio cuerpo. Por lo tanto, basta con su consentimiento informado para que puedan acceder a la TH.

-En el caso de adolescentes de 13 a 16 años, es necesario que el equipo de salud aborde la situación desde una perspectiva integral, contemplando la última evidencia científica disponible, y valorando los beneficios y las consecuencias que pudieran asociarse tanto al acceso como al no acceso a la TH o inhibición de la pubertad. Cuando la evaluación riesgo-beneficio determine que el acceso a la práctica solicitada no se asocia con riesgo para la vida o riesgo grave para la salud, se debe garantizar que acceda a la misma con su consentimiento autónomo e informado. En caso contrario, se requiere, además, el asentimiento de al menos una persona adulta referente (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas "allegadas" o referentes afectivos).

-Para que niños y adolescentes de menos de 13 años accedan a la inhibición del desarrollo puberal se requiere, además de su consentimiento informado, el asentimiento de al menos una

persona adulta referente (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas "allegadas" o referentes afectivos).

Para más información, consultar el Capítulo 1 de la presente Guía.

Efectos esperables

No todas las personas buscan obtener los mismos resultados de la hormonización. Por lo tanto, resulta fundamental conocer y considerar las expectativas y necesidades de quien consulta. Asimismo, es importante que desde el equipo de salud se brinde información respecto a los efectos posibles de alcanzar con las distintas terapias hormonales y los plazos de tiempo requeridos para que los mismos se hagan evidentes. Si bien dichas cuestiones varían entre una persona y otra, se han estandarizado, en base a observaciones clínicas, plazos de tiempo para la aparición de los diferentes cambios corporales asociados con la hormonización, lo que resulta de utilidad para orientar a las personas usuarias en virtud de sus expectativas.

Seguimiento clínico

Durante el primer año de la TH se recomienda realizar el seguimiento clínico con una periodicidad trimestral. Posteriormente,

las consultas pueden ser pautadas cada seis o doce meses². No obstante, la frecuencia podrá modificarse según la situación clínica y las necesidades singulares. 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/o complicaciones. A su vez, cada una de las consultas representa una oportunidad para afianzar el vínculo entre la persona usuaria y el equipo de salud.

Los esquemas utilizados, así como las dosis empleadas de cada uno de los fármacos, pueden variar de persona a persona. Incluso es posible que se lleven adelante cambios a lo largo de un mismo proceso de hormonización. Esta variabilidad se basa en las expectativas y necesidades de cada persona, su nivel de satisfacción en relación con los resultados obtenidos, su situación clínica general y la aparición o no de efectos adversos, procurando mantener en todo momento una aceptable relación riesgo-beneficio.

Suspensión

Cada persona puede suspender la hormonización en el momento en que lo solicite. La aparición de efectos adversos

y/o comorbilidades que contraindiquen su uso representa otro motivo de suspensión. Además, es conveniente interrumpir temporalmente la utilización de estrógenos en casos de movilidad reducida o inmovilidad por tiempo prolongado, a fin de disminuir el riesgo de tromboembolismo. Si bien es habitual que se recomiende la interrupción de la terapia estrogénica previamente a la realización de una cirugía mayor, la evidencia científica que respalda dicha conducta se basa mayormente en regímenes de estrógenos orales no adecuados para hormonización³.

Luego de realizada una gonadectomía o en situaciones de hipogonadismo de etiología variable, no se aconseja suspender la hormonización. Mantener la administración de estradiol o testosterona es fundamental para prevenir la aparición de osteoporosis y otros síntomas por privación.

Es fundamental conocer y considerar las expectativas de las personas en relación con la hormonización, debido a que no todas buscan obtener los mismos resultados.

2. Hembree y otros. (2017).

3. Boskey y otros. (2018).

Hormonización con estrógenos y antiandrógenos

Vías de administración y dosis

Estrógenos (Cuadro 1)

El estrógeno recomendado para los procesos de hormonización es el **estradiol**. Administrado por vía oral es rápidamente metabolizado por el hígado para formar estrona y sus conjugados. Por el contrario, cuando es utilizado por vía transdérmica experimenta un metabolismo más limitado debido a la ausencia del efecto de primer paso hepático, requiriéndose dosis más bajas para alcanzar los mismos efectos terapéuticos. Si bien la vía de administración se determina en base a la preferencia de las personas, en quienes presentan factores de riesgo cardiovascular y/o tromboembólico es recomendable el uso de estradiol transdérmico^{4,5}, particularmente en mayores de 40 años.

La formulación más utilizada por vía transdérmica son los geles de 17 β -estradiol al 0,06 %, que contienen 0,06 g de 17 β -estradiol cada 100 g de gel. Se recomienda una dosis diaria de 0,75 a 3 mg de 17 β -estradiol, equivalente a 1,25 y 5 mg de gel respectivamente. En algunos casos, es posible dividir la dosis en dos aplicaciones diarias, separadas por un intervalo de 12 horas. El gel debe aplicarse sobre piel no lastimada, limpia y seca, preferiblemente a nivel de brazos, antebrazos, hombros, muslos o abdomen. Se sugiere cubrir una superficie de

piel amplia, extendiendo el gel suavemente sin frotar, y esperar unos minutos luego de su aplicación antes de vestirse, a fin de permitir una adecuada absorción. No se lo debe colocar sobre las mamas ni en la zona genital debido a que puede producir irritación y dolor a nivel local. Es importante esperar a que el gel se absorba antes de ducharse o tomar un baño.

Otra variante de aplicación transdérmica son los parches de estradiol, actualmente no disponibles en el país. Están recomendados aquellos que producen una liberación diaria de 50 a 100 mcg de principio activo. Se sugiere el recambio cada 3 o 4 días.

En personas menores de 40 años y sin factores de riesgo cardiovascular y/o tromboembólico es posible utilizar la vía oral.

La formulación más empleada es el valerato de 17 β -estradiol en comprimidos. La dosis recomendada varía entre 2 a 6 mg por día⁶, en función de las expectativas de cada persona, los efectos obtenidos y la tolerabilidad al fármaco. Se recomienda tomar los comprimidos sin masticar, preferentemente a la misma hora todos los días. Es posible dividir la dosis en dos tomas diarias, dependiendo de la tolerabilidad.

No se recomienda el uso de etinil-estradiol como componente estrogénico de la TH, ya que incrementa considerablemente el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio^{7,8}.

4. Hembree y otros. (2017).

5. Dahl y otros. (2015).

6. Hembree y otros. (2009).

7. Toorians y otros. (2003).

8. Gooren y otros. (2014).

Cuadro 1. Estradiol: vías de administración y dosificación

Vía de administración	Presentación	Esquema	Dosis
Oral	Comprimidos de valerato de 17β-estradiol	1 o 2 tomas diarias	2 a 6 mg
Transdérmica	Gel de 17β-estradiol al 0,06 %	1 o 2 aplicaciones diarias	0,75 a 3 mg (1,25 a 5 mg de gel)
	Parche de estradiol	Recambio cada 3 o 4 días	50 a 100 mcg

Antiandrógenos (Cuadro 2)

La asociación de un fármaco con acción antiandrogénica a la TH con estradiol evita la necesidad de usar dosis más altas de dicho estrógeno, mejorando la relación riesgo-beneficio del tratamiento. Los antiandrógenos recomendados para hormonización son la espironolactona y el acetato de ciproterona.

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, ayuda a contrarrestar la retención hídrica producida por los estrógenos. La dosis diaria recomendada es de 50 a 200 mg vía oral, pudiéndose incrementar hasta 300 mg. Es conveniente que el incremento de la dosis se realice de forma

gradual⁹ y que se monitoreen los niveles plasmáticos de potasio por el riesgo de hiperpotasemia (para más información, ver apartado *Seguimiento clínico*, página 81 del presente capítulo).

El **acetato de ciproterona** es un progestágeno que suprime la acción de los andrógenos debido a que inhibe la producción de hormona luteinizante (LH), disminuye la actividad de la 5-α-reductasa e interfiere con la unión de la testosterona en los sitios receptores. Es el antiandrógeno más potente utilizado en los esquemas de hormonización. La dosis diaria recomendada es de 50 a 100 mg vía oral. Sin embargo, según la experiencia clínica de algunos equipos, con dosis de 25 mg es posible alcanzar niveles de testosterona considerados fisiológicos para “mujeres” adultas. Si bien los estándares contruidos desde la biomedicina hacen referencia

9. Dahl y otros. (2015).

únicamente a mujeres cis, desde una mirada no binaria ni cisexista, dichos valores de referencia son aplicables a toda persona con ovarios que no se encuentre bajo TH.

El finasteride es un análogo sintético de la testosterona que actúa inhibiendo la enzima 5-α-reductasa. Posee un efecto antiandrogénico débil y se asocia a un mayor riesgo de efectos adversos, por lo que actualmente no se recomienda como primera línea de tratamiento¹⁰.

Cuadro 2. Antiandrógenos: vías de administración y dosis			
Fármaco	Vía de administración	Esquema	Dosis
Espironolactona	Oral	Toma diaria	50 a 200 mg
Acetato de ciproterona	Oral	Toma diaria	50 a 100 mg

10. Chiriacò y otros. (2016)

Cuadro 3. Hormonización con estrógenos y antiandrógenos: efectos esperables.

Efecto	Inicio	Máximo efecto
Redistribución de la grasa corporal	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la masa muscular	3 a 6 meses	1 a 2 años
Piel más suave y menos grasa	3 a 6 meses	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disminución de las erecciones espontáneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disfunción eréctil	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución del volumen testicular	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la producción de semen	Desconocido	> 3 años
Disminución del vello corporal	6 a 12 meses	> 3 años

Seguimiento clínico

Como parte de la evaluación clínica se sugiere monitorear el índice de masa corporal y la TA en cada consulta. Las determinaciones bioquímicas a valorar, que incluyen glucemia, creatininemia, perfil lipídico y hepatograma, deben solicitarse al comienzo de la terapia, posteriormente cada 3 meses durante el primer año de tratamiento y luego con una periodicidad semestral o anual. Se recomienda realizar ionograma en caso de que el esquema incluya espironolactona, debido al riesgo de hiperpotasemia.

El perfil hormonal que es necesario solicitar comprende estradiol, testosterona total y/o libre, prolactina, tiotropina (TSH) y, de ser posible, hormona folículo estimulante (FSH) y LH. La testosterona y el estradiol tienen que evaluarse cada 3 meses durante el primer año de tratamiento y luego con una periodicidad semestral o anual, así como toda vez que se modifiquen las dosis o los fármacos utilizados. Es importante que los niveles hormonales se mantengan dentro del rango considerado fisiológico para la fase folicular media-tardía del ciclo menstrual, que comprende valores de estradiol entre 80 y 200 pg/ml y de testosterona menores a 0,55 ng/dl. El sostenimiento de valores de estradiol suprafisiológicos aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedad tromboembólica, mientras que los niveles compatibles con hipogonadismo se vinculan con un mayor riesgo de osteoporosis en personas gonadectomizadas.

La estrogénoterapia puede asociarse con un incremento en los niveles de prolactina debido al estímulo de las células lactotropas adenohipofisarias. En ese caso, es fundamental evaluar, en virtud de los valores de prolactina y la situación clínica de la persona, la necesidad de reducir la dosis estrogénica, sustituir el antiandrógeno si se está utilizando acetato de ciproterona o, incluso, suspender la TH. En la mayoría de los casos, los niveles séricos de prolactina retornan al rango fisiológico luego de la reducción de la dosis de estrógenos o la suspensión de la hormonización. Si esto no sucede, se recomienda realizar una evaluación neuroendocrinológica, a fin de descartar la presencia de prolactinoma. Es importante tener presente que, si bien se ha reportado el desarrollo de prolactinomas asociado a estrogénoterapia, se trata de una patología poco frecuente, generalmente vinculada al uso de muy altas dosis de estrógenos durante periodos de tiempo prolongados¹¹.

Efectos secundarios y reacciones adversas

Es importante asesorar a las personas sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas que pueden surgir en el marco de la hormonización con estrógenos y antiandrógenos. Frente a su aparición debe valorarse, según cada caso, la necesidad de modificar la dosis de uno o más fármacos, cambiar la vía de administración del estrógeno, sustituir un antiandrógeno por otro o discontinuar el uso de este tipo de fármaco o, incluso, suspender la TH.

11. Cunha y otros. (2015).

Las consultas de seguimiento representan una oportunidad para afianzar el vínculo establecido con la persona.

La TH con estradiol y antiandrógenos a las dosis recomendadas suele ser bien tolerada. Las reacciones adversas y los efectos secundarios observados con mayor frecuencia a corto plazo son: aumento de peso¹², mastodinia, tuforadas, disminución de la libido y de las erecciones¹³ y cambios de humor^{14 15}.

La incidencia de eventos tromboembólicos ha mostrado una disminución considerable a partir de la cesación del uso de etinilestradiol como componente estrogénico de los esquemas de hormonización¹⁶.

El riesgo protrombótico se encuentra incrementado en caso de tabaquismo, sedentarismo, obesidad, existencia previa de trastornos trombofílicos y edad mayor a 40 años. En dichas situaciones se recomienda el uso de estradiol por vía transdérmica. Por otro lado, según los estudios más recientes, no existiría mayor riesgo de mortalidad de causa cardiovascular en personas bajo TH con estradiol.

Respecto a la salud ósea, múltiples estudios demuestran que no existe un mayor riesgo de osteoporosis en personas que mantienen la TH con estrógenos. El incremento en el riesgo de pérdida de masa ósea se encuentra asociado con la discontinuidad de la estrogenoterapia o el uso de dosis insuficientes luego de la gonadectomía.

En cuanto a la aparición de tumores en órganos hormonosen­sibles en personas que reciben TH con estrógenos, no se ha podido demostrar a mediano plazo un incremento en el riesgo de cáncer de mama y/o próstata^{17 18 19}. Sin embargo, son escasas las investigaciones que han evaluado fehacientemente los efectos a largo plazo y, en general, lo han hecho en base a un acotado número de personas.

Contraindicaciones y precauciones

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

12. Gooren y otros. (2014).

13. Algunas personas pueden vivenciar la disminución de las erecciones como un efecto esperado.

14. Hembree y otros. (2009).

15. Wierckx y otros. (2014).

16. Hembree y otros (2017).

17. Brown y otros. (2015).

18. Gooren y otros. (2013).

19. Gooren y otros. (2014).

Cuadro 4. Estrógenos y antiandrógenos: contraindicaciones y precauciones

Droga	Contraindicaciones	Precauciones
Estradiol	• 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	• Obesidad mórbida • HTA • DBT • Dislipemias no controladas • Várices moderadas a severas • Migraña • Litiasis biliar
Acetato de ciproterona	• Hipersensibilidad • Hepatopatías • Síndrome de Dubin-Johnson y síndrome de Rotor • Presencia o antecedentes de tumores hepáticos • Enfermedades caquéticas (excepto carcinoma de próstatahormono-dependiente) • Depresión crónica grave • Presencia o antecedentes de procesos tromboembólicos • DBT grave con alteraciones vasculares • Anemia de células falciformes • Presencia o antecedentes de meningioma	• DBT
Espironolactona	• Hipersensibilidad • Insuficiencia renal aguda o deterioro significativo de la función renal • Enfermedad de Addison • Hiperpotasemia	• DBT • Hepatopatías

Interacciones medicamentosas

Estradiol

- Su eficacia puede verse reducida con el uso de fármacos que inducen enzimas microsomales, tales como rifampicina, anticonvulsionantes (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina) y griseofulvina.
- Puede elevar la concentración de algunas benzodiazepinas, por ejemplo, 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 aumentar los niveles plasmáticos de globulinas portadoras de hormonas tiroideas, con elevación de los niveles plasmáticos de hormonas totales. Sin embargo, al no afectar los niveles de hormonas libres, no suele requerirse ajustes de las dosis.
- Puede disminuir la eficacia de los anticoagulantes y anti-diabéticos orales.
- Los inhibidores de la enzima microsomal CYP3A4 como eritromicina, claritromicina, ketoconazol e itraconazol pueden aumentar las concentraciones séricas de estradiol.
- El empleo simultáneo con algunos antirretrovirales puede modificar los niveles de estradiol. Por ejemplo, el efavirenz y los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir disminuyen la concentración plasmática del estrógeno mientras que los esquemas que contienen cobicistat pue-

den aumentarla. En todos estos casos, se debe valorar la posibilidad de rotar el esquema antirretroviral para minimizar o eliminar las interacciones o, alternativamente, realizar ajuste de la dosis del estrógeno. Los esquemas basados en inhibidores de la integrasa (en particular dolutegravir) se destacan por la ausencia de interacciones de relevancia²⁰.

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, sobre todo en casos de insuficiencia renal.
- El uso concomitante con otros diuréticos puede producir hiponatremia dilucional.
- Puede alterar los resultados de las pruebas que determinan 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 del digitalico.
- Puede mostrar efectos aditivos con otros antihipertensivos, incrementándose el riesgo de hipotensión ortostática.
- El uso simultáneo con indometacina puede producir una hiperpotasemia severa.
- El uso concomitante con litio puede aumentar la toxicidad de este último, por disminución de su aclaramiento renal.

20. Para más información consultar: <http://www.interaccionesvih.com> y <https://www.hiv-druginteractions.org>

Acetato de ciproterona

- Puede variar las dosis requeridas de antidiabéticos orales e insulina debido a que incrementa los niveles de glucemia tanto por acción directa como por disminución del efecto hipoglucemiante de dichos fármacos.
- 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.
- El empleo simultáneo con algunos antirretrovirales puede modificar los niveles de ciproterona. Por ejemplo, el efavirenz los disminuye mientras que los esquemas que contienen ritonavir o cobicistat los aumentan. En todos estos casos, se debe valorar la posibilidad de rotar el esquema antirretroviral para minimizar o eliminar las interacciones o, alternativamente, realizar ajuste de las dosis del antiandrógeno. Los esquemas basados en inhibidores de la integrasa (en particular dolutegravir) se destacan por la ausencia de interacciones de relevancia²¹.

Hormonización con testosterona

Vías de administración y dosis

La **testosterona** puede administrarse por diferentes vías (Cuadro 5). En Argentina se utilizan las formulaciones de aplicación intramuscular o transdérmica. La vía de administración se determina en función de la preferencia de la persona usuaria, su situación clínica y sus expectativas en torno al proceso de modificación corporal. Existe evidencia de que con ambas vías se logran efectos similares, aunque la aparición de dichos efectos 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 y menor efecto androgénico. Para uso intramuscular se dispone de preparaciones de ésteres de testosterona: enantato, cipionato y undecanoato.

El enantato de testosterona y el cipionato de testosterona se aplican con una periodicidad quincenal, a dosis de 250 mg. Es posible incrementar el intervalo entre dosis a 3 semanas, en virtud de las expectativas de las personas usuarias. La utilización de estas formulaciones se asocia con concentraciones séricas de testosterona fluctuantes, que pueden alcanzar valores suprafisiológicos durante los días posteriores a la aplicación, sumado a un descenso significativo de la concentración sérica de hormona en los días previos a la próxima inyección.

21. Para más información consultar: <http://www.interaccionesvih.com> y <https://www.hiv-druginteractions.org>

El undecanoato de testosterona produce una liberación hormonal gradual y sostenida, provocando menor fluctuación en los niveles hormonales séricos²². Debe ser inyectado muy lentamente, durante un lapso de dos minutos. Se administra en dosis de 1000 mg (correspondientes a 631,5 mg de testosterona), habitualmente cada 10 a 14 semanas, en función de las expectativas de cada persona, los resultados obtenidos, los niveles plasmáticos de hormona alcanzados y la tolerabilidad al fármaco. Esta frecuencia de aplicación posibilita mantener los niveles hormonales séricos estables, sin ocasionar acumulación. El primer intervalo entre dosis puede reducirse hasta un mínimo de 6 semanas, realizando las siguientes aplicaciones con la periodicidad mencionada previamente. Esta dosis inicial de carga permite obtener más rápidamente concentraciones estables o en estado

de equilibrio. Una vez alcanzadas las metas, el intervalo entre dosis puede aumentarse hasta 16 semanas, siempre y cuando no comprometa la efectividad del tratamiento.

La administración transdérmica, en forma de geles de testosterona, es preferible cuando existen factores de riesgo, complicaciones vinculadas con la administración intramuscular o en caso de que se prefiera obtener resultados de manera más paulatina. Esta vía de administración se asocia con una menor variación en las concentraciones hormonales séricas en comparación con el uso intramuscular de ésteres de testosterona. Además, en caso de ser necesario suspender la hormonización debido a la aparición de efectos secundarios o reacciones adversas, los niveles sanguíneos de hormona

Cuadro 5. Testosterona: vías de administración y dosificación

Vía de administración	Presentación	Esquema	Dosis
Intramuscular	Enantato inyectable	Aplicación cada 15 a 21 días	250 mg
	Cipionato inyectable	Aplicación cada 15 a 21 días	250 mg
	Undecanoato inyectable	Aplicación trimestral (cada 10 a 12 semanas)	1000 mg
Transdérmica	Gel de testosterona al 1 %	Aplicación diaria	25 - 100 mg (2,5 a 10 g de gel)

22. Hembree y otros. (2009).

descienden más rápidamente. La dosis recomendada es de 2,5 a 10 g de gel al 1%, equivalente a 25 - 100 mg de testosterona respectivamente. Se recomienda su aplicación una vez al día, sobre piel no lastimada, limpia y seca, preferiblemente a nivel de brazos, antebrazos, hombros, muslos o abdomen. Se lo debe extender suavemente sin frotar. Luego de su colocación se sugiere dejar secar unos minutos antes de vestirse. La aplicación en el área genital puede producir irritación local. Es importante esperar a que el gel se absorba antes de ducharse o tomar un baño.

Seguimiento clínico

La evaluación clínica incluye la valoración de las medidas antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal) y de la TA. Es importante que los exámenes bioquímicos generales tales como hemograma, glucemia, perfil lipídico y hepatograma se soliciten al comienzo de la terapia, realizándose posteriormente cada 3 meses durante el primer año de tratamiento y luego con una periodicidad semestral o anual.

El perfil hormonal a valorar comprende testosterona total (en ocasiones libre), estradiol y, de ser posible, FSH y LH. En caso de que la persona se encuentre menstruando, la muestra de sangre se debe extraer durante la fase folicular temprana (primeros 7 días del ciclo menstrual), a fin de poder interpretar los resultados del perfil hormonal.

La determinación de la testosterona total se recomienda cada 3 meses hasta alcanzar niveles entre 3,5 y 7 ng/ml. La toma de la muestra de sangre debe realizarse previamente a la próxima inyección en caso de administrarse undecanoato o a la mitad del intervalo entre dosis, si la formulación utilizada es enantato o cipionato. Cuando se usa gel, los valores hormonales pueden valorarse en cualquier momento después de la primera semana. Es importante tener presente que durante los primeros meses del tratamiento, los niveles de testosterona total pueden ser altos (sobre todo en situaciones de obesidad). En estos casos, la determinación de la testosterona libre aporta información de mayor utilidad.

El mantener los niveles hormonales dentro de los márgenes establecidos procura disminuir, por un lado, el riesgo de reacciones adversas asociadas al uso crónico de testosterona, y por otro lado, las consecuencias a nivel óseo vinculadas a la presencia sostenida de valores hormonales compatibles con hipogonadismo en personas gonadectomizadas. Frente a la presencia de valores hormonales infra o suprafisiológicos se requiere evaluar la necesidad de ajuste del intervalo entre dosis, en caso de utilizarse formulaciones intramusculares, o de variar la dosis, si se está usando gel.

Es necesario monitorizar los niveles de estradiol durante los primeros seis meses de tratamiento o hasta que se produzca el cese menstrual. Se procura alcanzar concentraciones de hormona inferiores a 50 pg/ml, sin llegar a suprimirla completamente, en tanto ello incrementa el riesgo de complicaciones

cardiovasculares. En personas con obesidad puede resultar conveniente continuar con la valoración de los niveles de estradiol una vez al año debido a la mayor actividad de la enzima aromatasa a nivel de tejido graso.

Efectos esperables

Es importante tener presente que cada organismo responde de manera distinta a la hormonización con testosterona. En este sentido, tanto los efectos posibles de alcanzar como los plazos de tiempo necesarios para que se hagan evidentes pueden

Cuadro 6: Hormonización con testosterona: efectos esperables

Efecto	Inicio	Máximo efecto
Piel grasa/ acné	1 a 6 meses	1 a 2 años
Redistribución de la grasa corporal	1 a 6 meses	2 a 5 años
Cese de la menstruación	2 a 6 meses	-----
Atrofia vaginal	3 a 6 meses	1 a 2 años
Aumento del tamaño del clítoris*	3 a 6 meses	1 a 2 años
Crecimiento del vello facial y corporal*	6 a 12 meses	4 a 5 años
Cambios en la voz (agravamiento)*	6 a 12 meses	1 a 2 años
Aumento de la masa muscular	6 a 12 meses	2 a 5 años

*Cambios irreversibles

variar de persona a persona. No obstante, en base a observaciones clínicas, se han estandarizado parámetros cronológicos respecto a la aparición de los efectos esperables y el momento de alcance de la respuesta máxima (Cuadro 6). Hay personas que pueden vivenciar algunos de estos cambios como efectos no deseados. Por lo tanto, es importante abordar estas cuestiones en el marco de las consultas.

Efectos secundarios y reacciones adversas

Es importante asesorar a las personas sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas que pueden surgir en el marco de la TH con testosterona. Frente a su aparición debe valorarse, según cada caso, la necesidad de modificar la dosis, cambiar la vía de administración o, incluso, suspender la hormonización.

Según la evidencia disponible, los efectos secundarios y reacciones adversas más frecuentes de la hormonización con testosterona a corto plazo son: ligero aumento de peso²³, acné, inestabilidad de la voz y dolor a nivel del clítoris²⁴.

A pesar de que el tratamiento con testosterona se encuentra asociado con una mayor producción de glóbulos rojos, con el consecuente incremento del hematocrito, y a cambios en el perfil lipídico de tipo aterogénico (elevación de los niveles de colesterol LDL y triglicéridos y disminución del colesterol HDL),

no se ha evidenciado un aumento de la frecuencia de eventos cardiovasculares en la TH con testosterona a las dosis recomendadas^{25 26 27}.

La evidencia disponible hasta el momento no ha reportado un incremento en la incidencia y prevalencia de cánceres de ovario y de endometrio en asociación con la utilización crónica de testosterona. Sin embargo, para establecer el riesgo de cáncer de ovario en el marco de la TH con testosterona se necesitan estudios de cohorte a largo plazo, con un tamaño de muestra suficientemente grande, que comprenda población no anexo-histerectomizada. Por otro lado, respecto del cáncer de mama, la evidencia actual no demuestra un aumento vinculado con la TH con testosterona.

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.

Interacciones medicamentosas

Testosterona

- Puede aumentar la actividad de los anticoagulantes orales y de aquellas drogas con acción hipoglucemiante, como la insulina.

23. Gooren y otros. (2014).

24. Wierckx y otros. (2014).

25. Wierckx y otros. (2012).

26. Getahun y otros. (2018).

27. Maraka y otros. (2017).

Cuadro 7. Testosterona: contraindicaciones y precauciones

Contraindicaciones	Precauciones
• Hipersensibilidad • Embarazo • Lactancia • Tumores hepáticos actuales o pasados	• Enfermedad Pulmonar Crónica • Insuficiencia hepática • Apnea del sueño • Epilepsia • Insuficiencia cardíaca • Migraña • Insuficiencia renal

- 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 bupropion, reduce el umbral convulsivo, por lo que se recomienda evitar el uso simultáneo de ambas drogas.
- El empleo simultáneo con algunos antirretrovirales puede modificar los niveles de testosterona. Por ejemplo, el efavirenz los disminuye mientras que los esquemas que contienen cobicistat o ritonavir provocan su aumento. En esos casos, se debe valorar la posibilidad de rotar el esquema antirretroviral para minimizar o eliminar las interacciones o, alternativamente, realizar ajuste de la dosis de testosterona. Los esquemas basados en inhibidores de la integrasa (en particular dolutegravir) se destacan por la ausencia de interacciones de relevancia²⁸.

Cese menstrual

Las personas con ovarios que no se perciben en el género que les fue asignado al nacer pueden querer suprimir su menstruación. En caso de que se encuentren bajo TH con testosterona, es esperable que el cese menstrual se produzca dentro de los primeros seis meses de hormonización. Esto se debe a la supresión de la ovulación inducida por el andrógeno (que puede ser incompleta) y a la atrofia endometrial²⁹. En quienes realizan TH pero la amenorrea no se ha logrado en los tiempos esperables o en aquellas personas que no desean hormonizarse, es posible suprimir la menstruación utilizando progestágenos solos o asociados a estrógenos en bajas dosis, según la preferencia de la persona usuaria y la respuesta a los distintos esquemas.

28. Para más información consultar: <http://www.interaccionesvih.com> y <https://www.hiv-druginteractions.org>

29. Boudreau y Mukerjee (2019).

Entre los progestágenos más utilizados se encuentran:

- Acetato de medroxiprogesterona inyectable cada 11 a 13 semanas.
- Desogestrel, con una dosis diaria de 0,075 mg.
- Acetato de noretisterona, iniciando con una dosis diaria de 5 mg, la que puede elevarse hasta 20 mg por día.

La administración en forma continua de anticonceptivos orales que combinan estrógenos y progestágenos (omitiendo las pastillas inactivas o la semana de no toma) es también un método efectivo para lograr la amenorrea. Otra opción a contemplar es el Dispositivo Intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG), en tanto produce amenorrea en el 50 % de las personas usuarias a los 2 años de uso³⁰.

Inhibición del desarrollo puberal

El desarrollo puberal es un proceso caracterizado por una serie de cambios madurativos, mediante los cuales las personas adquieren la capacidad reproductiva y alcanzan el máximo crecimiento somático. Las modificaciones de la apariencia y las funciones corporales producidas durante esta etapa son interpretadas socialmente, en términos dicotómicos, como propias del género “masculino” o “femenino”. Por tal motivo, es posible que niños y adolescentes cuya identidad de género no sea coincidente con el género asignado al nacer quieran inhibir la aparición de tales manifestaciones.

Para lograr la inhibición puberal, la evidencia científica disponible recomienda suprimir el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal mediante el tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)^{31 32 33}, como triptorelina o leuprolide. Estos fármacos han constituido el tratamiento de elección en la pubertad precoz desde hace varias décadas, contándose con múltiple evidencia que demuestra su eficacia y su seguridad. No obstante, se requieren estudios de seguimiento que evalúen su utilización en el marco de los procesos de construcción corporal.

Los análogos de la GnRH surgen a partir de modificaciones en la molécula de la GnRH endógena, que le confieren mayor resistencia a la degradación enzimática, prolongando su vida media, y mayor afinidad por el receptor. Si bien estos compuestos tienen un efecto estimulador sobre la secreción de gonadotropinas (LH y FSH) cuando se utilizan de forma aguda, su administración sostenida induce una insensibilización hipofisaria a la acción de la GnRH. De esta manera, se produce inicialmente un período de hipersecreción de LH y FSH, seguido de una supresión prolongada de dichas hormonas, lo que genera una marcada inhibición de la actividad gonadal. Por lo tanto, la eficacia del tratamiento radica en mantener constantes los niveles del análogo, lo cual se logra a través de la utilización de formulaciones de depósito que liberan al fármaco de forma progresiva durante varias semanas.

30. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019*. Ministerio de Salud de la Nación.

31. Telfer y otros (2018).

32. Hembree y otros (2017).

33. WPATH (2012).

Momento de inicio, efectos esperables y reversibilidad

La utilización de análogos de la GnRH produce regresión o detención de los cambios puberales en función del nivel de desarrollo que se tenga al momento de inicio del tratamiento. Por tal motivo, se recomienda comenzar la supresión en etapas tempranas del desarrollo puberal, durante el estadio de Tanner II^{34 35 36}, a fin de evitar la aparición de cambios corporales irreversibles. Por ejemplo, en el caso de las personas con testículos, el comienzo del tratamiento en estadios de Tanner avanzados no genera modificaciones en el tono grave de la voz, el tamaño del cartílago cricoides y la configuración ósea (mandíbula, manos y pies) ya instaurados.

Le adolescente puede decidir mantener el uso de los análogos de la GnRH hasta comenzar TH con estradiol o testosterona. En dicho caso, en el momento oportuno se iniciará una titulación progresiva de la dosis de estrógeno o andrógeno (inducción de la pubertad)³⁷, continuando con la utilización del análogo hasta que la TH logre inhibir la producción de esteroides a nivel gonadal. Hasta el momento, no existe evidencia empírica que permita proporcionar recomendaciones respecto a la edad adecuada para iniciar la inducción de la pubertad³⁸. Por lo tanto, es importante evaluar cada caso en particular^{39 40}.

Si le adolescente quiere reanudar la progresión de su desarrollo puberal por acción de las hormonas gonadales endógenas, se deberá interrumpir el uso de los análogos de la GnRH en el momento en que lo solicite. Los cambios puberales comenzarán a progresar a los pocos meses de la suspensión del tratamiento. Es decir, la supresión que provocan los análogos de la GnRH es reversible.

Vías de administración y dosis

El análogo de la GnRH más empleado en Argentina es la triptorelina. Se usan formulaciones de aplicación intramuscular, tanto en forma de acetato como de pamoato de triptorelina. Ambos derivados son equivalentes en materia de farmacodinamia y toxicidad, y son intercambiables. Existen, a su vez, presentaciones de 3,75 mg de triptorelina, que permiten liberar gradualmente el principio activo durante las 4 semanas siguientes a la inyección (aplicación mensual) y de 11,25 mg, que lo hacen por un plazo de aproximadamente 12 semanas (aplicación trimestral).

La dosis de inicio recomendada varía entre 75 y 100 mcg/kg. Por razones prácticas, se suele utilizar una dosis fija correspondiente a una ampolla (3,75 mg en presentaciones de

34. La escala de Tanner clasifica y organiza, en etapas sucesivas, los cambios puberales observables a nivel de genitales, pecho y vello púbico. En las personas con ovarios, el estadio de Tanner II se caracteriza por el inicio de la telarquia, con existencia del botón mamario, y la aparición de vello púbico escasamente pigmentado, disperso a nivel de los labios mayores. En las personas con pene y testículos se observa nulo o escaso crecimiento del pene en relación a la etapa prepuberal y la aparición de algunos vellos largos y pigmentados, principalmente en la base del pene. El volumen testicular que se correlaciona con este estadio es igual o superior a 4 cc.

35. Telfer y otros (2018).

36. WPATH (2012).

37. Hembree (2017).

38. Telfer y otros (2018).

39. Telfer y otros (2018).

40. Hembree y otros (2017).

aplicación mensual u 11,25 mg en formulaciones para uso trimestral) si el peso es mayor de 20 kg, o a media ampolla si el peso es inferior de 20 kg.

Efectos secundarios y reacciones adversas

Los efectos adversos más frecuentes son sangrado vaginal leve a moderado (durante el primer mes de tratamiento, en aquellos casos en que el mismo se inicia en estadios más avanzados del desarrollo puberal); enojecimiento, dolor y/o nódulo en el sitio de inyección; cefalea; sofocos y reacciones de hipersensibilidad. Otras reacciones adversas descritas son aumento de peso, incremento de la tensión arterial, visión anormal o borrosa, dolor y/o malestar abdominal, vómitos, sangrado nasal, dolor muscular, cambios de humor y nerviosismo.

En relación al posible deterioro de la masa ósea asociado con el uso de análogos de la GnRH, existe evidencia que demuestra que la posterior TH con testosterona o estrógenos permitiría un catch-up recuperador de la masa ósea que acabaría igualando a la de la población en general^{41 42}. No obstante, se requieren más estudios que respalden esta afirmación. Es preciso evaluar la densidad ósea antes de iniciar el tratamiento y de forma periódica mientras se esté utilizando el análogo⁴³.

En lo que respecta a la fertilidad, es importante remarcar que mientras se está inhibiendo la pubertad con análogos de la GnRH no es factible la obtención de gametas para criopreservación⁴⁴. La capacidad reproductiva es potencialmente recuperable en caso de frenar el uso del análogo, al producirse la estimulación gonadal por acción de las gonadotropinas endógenas o mediante estimulación⁴⁵. Sin embargo, se desconocen los efectos exactos a largo plazo sobre la fertilidad. Cuando se comienza la hormonización con estradiol o testosterona paralelamente a la terapia con análogos de la GnRH, no es posible que le adolescente finalice el desarrollo necesario de sus gametas para alcanzar la capacidad reproductiva.

Es importante informar claramente y de forma comprensible estos posibles efectos adversos, para que adolescentes y niños puedan decidir en el proceso del consentimiento informado, ya sea con acompañamiento o en forma autónoma, según cada situación.

Contraindicaciones y precauciones

El uso de triptorelina se encuentra contraindicado en caso de hipersensibilidad conocida al fármaco o a cualquiera de los excipientes de la formulación. Además, deberá tenerse precaución en caso de hipersensibilidad conocida a la GnRH o a cualquier otro análogo de dicha hormona, por posible reacción cruzada.

41. Aday Eneros y otros (2017).

42. Guerrero Fernández y otros (2015).

43. Telfer y otros (2018).

44. Hembree y otros (2017).

45. Hembree y otros (2017).

Cirugías de modificación corporal

En el marco de un modelo de atención de la salud que reconoce y respeta la autopercepción y la autonomía de las personas, es crucial abandonar el sostenimiento de normas y patrones estereotipados de género que han alentado el rechazo del propio cuerpo. En este sentido, es importante tener presente que no todas las personas trans, travestis y no binarias pretenden modificar su cuerpo a través de intervenciones quirúrgicas y, en caso de sí quererlo, no siempre esperan obtener de ellas los mismos resultados. Por lo tanto, resulta necesario que quienes integran los equipos de salud contemplen las necesidades y expectativas de cada persona.

El abordaje integral de los procesos quirúrgicos de modificación corporal requiere del trabajo articulado por parte de diferentes integrantes del equipo de salud que, en virtud de sus competencias y responsabilidades, contribuyen a que se garantice una atención de calidad a través de la integración de las distintas acciones:

- Asesorar sobre las diferentes técnicas quirúrgicas, brindando información clara y comprensible.
- Realizar la valoración de la situación clínica actual de la persona usuaria y la estratificación del riesgo en relación a la cirugía.
- Llevar a cabo la evaluación de los factores de riesgo generales y su eventual tratamiento.
- Ofrecer y brindar, a quienes lo soliciten, acompañamiento psicológico pre y post operatorio.

- Desarrollar las distintas intervenciones quirúrgicas con una adecuada competencia técnica.
- Realizar los cuidados post cirugía: manejo del dolor, profilaxis antibiótica, taponajes, fajado, dilataciones, etc.
- Detectar y tratar las complicaciones a corto, mediano y largo plazo asociadas a la cirugía.
- Abordar los problemas de índole social que puedan resultar de relevancia en el contexto de la cirugía.

Requisitos para acceder a las cirugías de modificación corporal

La Ley de Identidad de Género y el Decreto 903/2015, que reglamenta su artículo 11, reconocen el “derecho al libre desarrollo personal”. En virtud de ello, garantizan el acceso a cirugías de modificación corporal. Es importante tener presente que los criterios etarios contemplados en las mencionadas normativas deben ser leídos en sintonía con las incorporaciones que establece la reforma del CCyC en materia de autonomía y presunción de capacidad de las personas. En función de esto:

- Las personas de 16 años o más son consideradas como adultas para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. Por lo tanto, basta con su consentimiento informado para que puedan acceder a las intervenciones quirúrgicas de modificación corporal. No se necesita autorización administrativa ni judicial. Tampoco se requiere estar bajo TH ni ningún tipo de evaluación psicológica o psiquiátrica.

-En el caso de quienes no hayan cumplido los 16 años de edad se requiere, además de su consentimiento informado, el asentimiento de al menos una persona adulta referente (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos). En ningún caso se requiere autorización judicial para que les profesionales de la salud garanticen la práctica⁴⁶.

El Decreto reglamentario 903/2015 enumera de manera enunciativa y no taxativa algunos de los procedimientos quirúrgicos de modificación corporal, a saber: mastoplastia de aumento, mastectomía, gluteoplastia de aumento, orquiectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia, anexohisterectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia y faloplastia con prótesis peneana. Estas intervenciones quirúrgicas, al igual que toda otra a la cual una persona quiera acceder como parte del proceso de construcción corporal en función de su género autopercebido, no deben ser entendidas, a la luz del marco legal vigente en Argentina, como intervenciones de índole estético, sino como parte del derecho a la identidad de género.

Tanto la Ley de Identidad de Género como el Decreto reglamentario de su artículo 11 establecen la incorporación de los procedimientos quirúrgicos de modificación corporal al Progra-

ma Médico Obligatorio (PMO). En este sentido, los servicios de salud de los tres subsistemas (público, privado y de la seguridad social) se encuentran obligados a incluir dichas prestaciones como parte de su cobertura.

Cirugías de modificación genital

Si bien las cirugías de modificación genital o genitoplastias han sido comprendidas en muchas ocasiones como “el punto final” de un recorrido necesario y obligado entre dos géneros este-reotipados, desde una perspectiva que respeta la diversidad sexual y corporal, estas intervenciones son concebidas como posibles componentes de procesos singulares de desarrollo y expresión de la identidad de género.

Se requiere que les profesionales a cargo de la realización de estas cirugías sean técnicamente competentes y, a su vez, tengan la capacidad de brindar asesoramiento⁴⁷ adecuado y oportuno a las personas usuarias sobre las distintas alternativas quirúrgicas, sus alcances y limitaciones y las posibles consecuencias y/o complicaciones a corto, mediano y largo plazo⁴⁸.

46. Si bien la Ley de Identidad de género menciona la autorización judicial como requisito para el acceso a cirugías en menores de 18 años, en la lectura conjunta con el CCyC prevalece la aplicación del criterio contenido en el artículo 26 de dicho código. Para obtener mayor información ver resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación.

47. En este proceso pueden aportar profesionales de otras especialidades médicas y disciplinas.

48. En relación a las cirugías de modificación genital, es importante mencionar que existen experiencias satisfactorias por parte de les usuaries. Sin embargo, algunas organizaciones y activistas dan cuenta de testimonios de personas que han manifestado disconformidad con los resultados o que han presentado complicaciones tales como alteraciones a nivel sensitivo. También señalan su preocupación ante algunos casos de suicidios posteriores a las cirugías. Por lo tanto, resulta fundamental que el acompañamiento brindado sea acorde a cada situación y que la decisión de acceder a dichos procedimientos se de en un proceso de consentimiento informado.

Vulvovaginoplastia

Esta intervención comprende la creación de labios mayores y menores (labioplastia), clitoris (clitoroplastia) y vagina (vaginoplastia), como así también la reconstrucción de la uretra (uretroplastia).

Actualmente, la técnica quirúrgica de primera elección es aquella que utiliza colgajo pediculado⁴⁹ peneano-escrotal. En este caso, para la realización de la vagina se usa la piel del pene⁵⁰, mientras que los labios mayores y menores se construyen a partir del remodelado de los colgajos cutáneos de escroto. La vagina es alojada en una cavidad creada entre la vejiga y la próstata por delante y el recto por detrás.

La clitoroplastia consiste en retener una pequeña fracción del glande, con conservación de su vascularización y sus terminaciones nerviosas. La porción restante de glande, los cuerpos eréctiles peneanos (cavernosos y esponjosos) y los testículos son reseccionados. La uretra es acortada y reposicionada, ubicándose el meato urinario por delante del introito vaginal.

La cirugía suele durar 5 a 6 horas y se realiza bajo anestesia general. La intervención finaliza con la colocación del taponamiento vaginal, los vendajes compresivos y los drenajes. Las dilataciones a diámetros progresivos, realizadas durante el corto y mediano plazo tras la cirugía, son necesarias para evitar la

estenosis de la vagina como consecuencia de la cicatrización. Si la persona que será operada se encuentra bajo TH, es recomendable suspender el uso de estrógenos entre 2 a 4 semanas previas a la intervención, a fin de disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda. Luego de la cirugía, se recomienda mantener la estrogenoterapia para prevenir el desarrollo de osteoporosis.

Entre las complicaciones específicas de este tipo de cirugía se incluyen: estenosis de la vagina y/o del meato uretral, alteraciones estéticas, escasa profundidad vaginal y fístulas recto-vaginales.

A pesar de que las técnicas quirúrgicas utilizadas actualmente procuran mantener la sensibilidad a nivel genital a través de la conservación de las terminaciones nerviosas, las experiencias en relación al disfrute sexual son variables de una persona a otra.

Metadoioplastia

Esta técnica quirúrgica permite la creación de un pene con capacidad eréctil (sin necesidad de prótesis) a partir del clitoris hipertrofiado por efecto de la testosterona. La intervención se realiza en dos tiempos quirúrgicos. El primero implica la liberación del clitoris del ligamento suspensor, mientras que el segundo comprende la reconstrucción del canal uretral a través del pene, posibilitando la micción de pie.

49. Un colgajo pediculado es una porción de tejido que se transfiere de una ubicación a otra, manteniendo su conexión vascular con el sitio de origen.

50. Existen procedimientos quirúrgicos que utilizan para la construcción de la vagina un segmento de intestino, habitualmente colon sigmoides. La vagina realizada a partir de un fragmento de intestino grueso, a diferencia de la creada con piel de pene, requiere menor tiempo de utilización de dilatadores y posee propiedad autolubrificante.

Esta cirugía suele incluir la sutura de las paredes vaginales entre sí, previa ablación de su mucosa (colpectomía). Además, puede acompañarse de la resección del útero (histerectomía), asociada o no a la remoción de las trompas de Falopio y los ovarios (anexectomía). La anexohisterectomía puede realizarse previamente a la metadoioplastía o durante el primer tiempo quirúrgico de esta. En caso de llevarse a cabo la remoción de los ovarios, se recomienda mantener el uso de testosterona luego de la cirugía a fin de reducir el riesgo de osteoporosis.

Faloplastia

Es un procedimiento quirúrgico más complejo que la metadoioplastía. Consiste en la creación 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 prótesis peneanas maleables (semirígidas) o hidráulicas. Las primeras poseen como ventaja su fácil colocación y su bajo costo, mientras que su principal inconveniente es que mantienen la rigidez peneana de manera 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 con mayor riesgo de complicaciones.

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.

Al igual que la metadoioplastía, puede asociarse a colpectomía y anexohisterectomía. La uretroplastía, que generalmente se realiza en forma simultánea a la plastia genital, tiene como finalidad posibilitar la micción de pie.

Escrotoplastia

Consiste en la construcción de una bolsa escrotal donde se implantan las prótesis testiculares, utilizando tejido proveniente de los labios mayores. Este procedimiento suele acompañar a la metadoioplastía o a la faloplastia.

Cirugías mamarias

Mamoplastia de aumento

Esta cirugía permite incrementar el tamaño mamario mediante la utilización de prótesis de gel de silicona. Habitualmente, los implantes son ubicados por debajo del pectoral (posicionamiento retromuscular), existiendo tres vías posibles de colocación: axilar, periareolar y submamaria.

La complicación más frecuente de este tipo cirugía es la denominada contractura capsular, que consiste en el endurecimiento y contracción de la cápsula fibrosa que rodea a la prótesis, provocando su compresión y la deformidad de la mama. Otras

complicaciones son la aparición de colecciones periimplantes (seromas, hematomas o infección) y la rotura de la prótesis (muy poco frecuente).

Mastectomía con reconstrucción pectoral

Esta intervención consiste en disminuir el volumen mamario mediante la extracción de gran parte del tejido glandular (se conserva una pequeña cantidad a fin de mejorar los resultados estéticos). Además, se crean surcos subpectorales rectos y se reducen y reposicionan (lateralizan) los complejos areola-pezones. La técnica de mastectomía empleada varía de acuerdo con el tipo de mamas.

Entre las complicaciones de este tipo de cirugía se incluyen la aparición de hematomas o seromas, infección, alteraciones en la cicatrización, irregularidades del tejido celular subcutáneo y alteraciones en la sensibilidad del complejo areola-pezones. Dentro de los riesgos más graves se encuentra la necrosis del pezón.

Cirugías de modificación de la voz

Son procedimientos quirúrgicos que permiten elevar el tono vocal mediante la modificación de las características de las cuerdas vocales: incremento de su tensión, disminución de su masa y/o aumento de su consistencia.

Todas las técnicas desarrolladas hasta el momento presentan limitaciones en lo que respecta a la adaptación vocal y la optimización de la función fonatoria tras la cirugía. Por tal motivo, este tipo de intervenciones se recomienda como alternativa en aquellos casos en los que la terapia fonoaudiológica exclusiva no resulta exitosa. A su vez, es importante que la realización de la cirugía se complemente con tratamiento fonoaudiológico para aportar mayor naturalidad y un funcionamiento óptimo a la voz.

Aproximación cricotiroides

Este procedimiento quirúrgico consiste en aumentar la tensión de las cuerdas vocales, desplazando y acercando los cartílagos tiroideos y cricoides. Se realiza a través de una incisión cervical que deja cicatriz visible. Si bien fue la técnica quirúrgica más utilizada hasta hace unos años, hoy se recomiendan otros tipos de cirugías con menor riesgo de complicaciones.

Vaporización con láser

Esta intervención comprende la eliminación de una fracción del borde libre de ambas cuerdas vocales mediante la aplicación de láser por vía microlaringoscópica. La disminución de la masa cordal y el incremento de la rigidez de las cuerdas por cicatrización conllevan al aumento del tono vocal.

Glotoplastia de Wendler

Es la técnica quirúrgica de agudización de la voz más utilizada en la actualidad. Implica la generación de una unión en la zona anterior de las cuerdas vocales, lo que provoca un acortamiento

de la zona de vibración. Puede incluir, además, la vaporización con láser de una porción del borde libre de las cuerdas vocales. Se realiza mediante laringoscopia directa, evitando la realización de una incisión cervical y la consecuente cicatriz visible.

Otras cirugías

Cirugías de modificación facial

Estas cirugías, denominadas comúnmente “de feminización de rostro”, comprenden la remodelación de las estructuras óseas y los tejidos blandos de la frente y rebordes orbitarios, pómulos, nariz, mandíbula, mentón y cartílago tiroideo (conocido como “Nuez de Adán”).

Gluteoplastia de aumento

En esta cirugía se aumenta el volumen glúteo por medio de la colocación de un implante de silicona intramuscular o a través del relleno con grasa extraída de otra parte del cuerpo (lipotransferencia). El tiempo quirúrgico puede variar de 2 a 4 horas, si se trata de la colocación de un implante o de una lipotransferencia, respectivamente.

Prácticas inseguras de modificación corporal: uso de aceites y silicona líquida

Existen distintas sustancias, 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. Estas sustancias “modelantes” han sido ampliamente utilizadas en el pasado. Actualmente, su uso se encuentra prohibido por el alto riesgo de morbilidad con el que se asocia. No obstante, su utilización persiste como una práctica a la que recurren muchas personas debido tanto al desconocimiento sobre sus efectos adversos como a la imposibilidad para acceder a procedimientos seguros, vinculada en gran medida con la escasa oferta en el sistema de salud.

Es fundamental que desde los equipos de salud se brinde información clara y oportuna sobre los riesgos asociados con el uso de estas sustancias y se asesore a las personas interesadas en llevar a cabo modificaciones corporales sobre las técnicas y procedimientos seguros para cada situación 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 que permita descartar la presencia de efectos adversos o complicaciones y evaluar la posibilidad de tratamiento. Es importante, además, 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 los procedimientos seguros, teniendo en cuenta la situación clínica y las expectativas de quien consulta.

Afecciones producidas por sustancias de relleno

La utilización de las sustancias de relleno puede asociarse con complicaciones graves, incluso con 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/s sustancia/s inyectada/s. Es posible que el material inyectado migre a través de los tejidos blandos (por ejemplo, de manera gravitacional a zonas más declives) y/o por vía linfática y/o hematógena (esto último en caso de circulación extracorpórea o personas en diálisis).

Entre las complicaciones locales se encuentran: dolor, aumento de temperatura de la piel, 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 de severidad variable, como ser afectación de la movilidad.

El compromiso sistémico puede asociarse con procesos inflamatorios crónicos, reacciones autoinmunes, efecto carcinogénico de algunas de las sustancias (por ejemplo, carcinoma de células escamosas asociado con la inyección de aceite mineral) y/o embolismo del material de relleno.

Tratamiento de las afecciones por el uso de aceites o silicona líquida

El abordaje terapéutico varía según cada situación particular. La gran mayoría de las veces se limita al manejo de las complicaciones mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides, corticoides y/o antibióticos. Se sugiere no utilizar corticoides de aplicación local por períodos prolongados a fin de evitar la aparición de atrofia cutánea.

En aquellos casos en los que la sustancia infiltrada se encuentra contenida y afecta una zona poco extensa, como sucede en el caso de ciertos siliconomas⁵¹, es posible realizar la resección quirúrgica del tejido infiltrado, con su posterior reconstrucción. Esta intervención no se recomienda en caso de áreas afectadas muy extensas y de límites poco definidos, puesto que se asocia con un alto riesgo de morbilidad.

51. Se denomina "siliconoma" a la reacción granulomatosa a cuerpo extraño producida por la silicona líquida en los tejidos sumada a la fibrosis que rodea a la sustancia.

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Terapia hormonal

Datos de la persona declarante

Nombre y apellido: Documento (tipo y N°):

Domicilio: Localidad: Provincia:

Edad: Fecha de nacimiento: N° de historia clínica:

Conforme a lo establecido por la Ley Nacional 26743 de Identidad de Género, solicito realizar terapia hormonal con

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

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la localidad de

a los días del mes de

Firma de la persona interesada Aclaración

(Completar sólo en caso de corresponder)

Datos de la persona adulta referente¹

Nombre y apellido: Documento (tipo y N°):

Domicilio: Localidad: Provincia:

Firma representante legal o persona allegada

Firma profesional de la medicina Matrícula N°

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.

1. Representante legal, persona que ejerza roles de cuidado formal o informalmente, persona "allegada" o referente afectivo (acorde a la reglamentación del artículo 7 de la Ley 26.061, Decreto 415/2006, que desarrolla y amplía la noción de familia).

Bibliografía

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 14/09/2020]

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.

Aday, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A. y Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en la transición femenina a masculino (ftm), androgénica, para trans masculino o para hombre transgénero. Rev chil obstet ginecol, 83(3), 318-328.

Aday, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A. y Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) y guías clínicas de la endocrine society. Rev chil obstet ginecol, 83(4), 426-441.

Aday Erenos, A.; Sandoval Zamorano, J.; Ríos Salazar, R. y Cartes Lagos, A. (2017). Introducción a la Hormona Terapia en personas transexuales. Objetivos de la terapia y transición en la Adolescencia. Parte I. Revista SOGIA, 24(1), 7-17.

Aguirre, A. y Otero, L. (2016). Características de la voz en personas transexuales: el género expresado y el género percibido. Revista Fonoaudiología ASALFA, 63(1), 8-28.

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://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Derecho%20No%20discriminacion%20identidad%20%20sexo-generica.pdf [Consultado el 14/09/2020]

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.

APA (American Psychiatric Association) (2012). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsmiv-tr%20to%20dsm-5.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

APA (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

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.

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, E.J., Megens, J.A., de Ronde, W.P., van Trotsenburg, M.A. & Gooren, L.J. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. Eur J Endocrinol, 164(4), 635-642. DOI: 10.1530/EJE-10-1038
Asscheman H.; Gooren 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: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf [Consultado el 14/09/2020]

ATTTA, Federación Argentina LGBT y Defensoría del pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2018). Observatorio Nacional de Crímenes de odio LGBT-motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1GcB59UQRM-I8ie9_wLcdbmX7W09MVFGA/view [Consultado el 14/09/2020]

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.

Boskey, E.R., Taghinia, A.H. & Ganor, O. (2018). Association of Surgical Risk With Exogenous Hormone Use in Transgender Patients: A Systematic Review. JAMA Surg, 154(2), 159-169. DOI: 10.1001/jamasurg.2018.4598

Boudreau, D. & Mukerjee, R. (2019). Contraception Care for Transmasculine Individuals on Testosterone Therapy. J Midwifery Womens Health, 64(4), 395-402. DOI: 10.1111/jmwh.12962

Brown, G.R. & Jones, K.T. (2015). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. Breast Cancer Res Treat, 149(1), 191-198. DOI: 10.1007/s10549-014-3213-2

Burcombe, R.J., Makris, A., Pittam, M. & Finer, N. (2003). Breast cancer after bilateral subcutaneous mastectomy in a female-to-male trans-sexual. Breast, 12(4), 290-293.

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://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/la-paradoja-transgc3a9nero.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Cabral, M. (2009). Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano. Disponible en: <https://brujulaintersexual.org/2016/07/09/libro-interdicciones-escrituras-de-la-intersexualidad-en-castellano-editor-mauro-cabral/> [Consultado el 14/09/2020]

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.

Cabral, M. (2014). Derecho a la igualdad: Tercera posición en materia de género. Corte Suprema, Australia, NSW Registrar of Births, Deaths and Marriages v. Norrie, 2 de abril de 2014. Revista Derechos Humanos. Año III, N° 8. Ediciones Infojus.

Cabral, M (2014). Entrevista. Leyendo entre líneas. Día de acción mundial por la despatologización trans. Diario Página 12, suplemento Soy, 17 de octubre de 2014. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html> [Consultado el 14/09/2020]

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.

Capicúa Diversidad (2014). Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de los derechos humanos en salud. Buenos Aires: Capicúa Diversidad. Disponible en: <http://capicua diversidad.com/#!/-biblioteca/> [Consultado el 14/09/2020]

Capicúa (2014). Informe sobre acoso escolar en la Argentina. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B3sIYPtFf8FT19FbFNOWXIPS1E/view> [Consultado el 14/09/2020]

Casado, J.C., O Connor, C., Angulo, M.S. y Adrián, J.A. (2016). Glotoplastia de Wendler y tratamiento logopédico en la feminización de la voz en transexuales: resultados de la valoración pre- vs. poscirugía. Acta Otorrinolaringol Esp, 67(2), 83-92. DOI: 10.1016/j.otorri.2015.02.003

Cattaneo, V.; Leone, C.; Musacchio, O.; Wasylyk Fedyszak, S. (2016). Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, en Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina, DELS. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad> [Consultado el 14/09/2020]

Centurión, M.L.; Duranti, R.E.; Hessling, M.M.; Leone, G.D. 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 20 Agos 2019] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Ciapponi, A. (2012). Adiós al rastreo de cáncer de próstata con las técnicas actuales. Revista Evidencia, 15(2), 42-44. Disponible en: <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/98/81> [Consultado el 14/09/2020]

Chiriacò, G., Cauci, S., Mazzon, G. & Trombetta, C. (2016). An observational retrospective evaluation of 79 young men with long-term adverse effects after use of finasteride against androgenetic alopecia. Andrology, 4(2), 245-250. DOI: 10.1111/andr.12147

Coiffman, F. (2008) Alopecia iatrogénica. Una nueva enfermedad. En Revista Cirugía Plástica Ibero-americana. Vol. 34, Nº 1, pp. 1-10. [Citado 18 Feb 2015]

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.

Cunha, F.S., Domenice, S., Câmara, V.L., Sircili, M.H., Gooren, L.J., Mendonça, B.B. & Costa, E.M. (2015). Diagnosis of prolactinoma in two male-to-female transsexual subjects following high-dose cross-sex hormone therapy. Andrologia, 47(6), 680-684. DOI: 10.1111/and.12317

Dahl, M.; Feldman, J.L.; Goldberg, J. y Jaber, 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. Disponible en: <http://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/guidelines-endocrine.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Dahl, M., Feldman J.L., Goldberg J., Jaber, A. & Vancouver Coastal Health. (2015). Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines. Vancouver (BC): Vancouver Coastal Health.. Disponible en: <http://www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/BC-Trans-Adult-Endocrine-Guidelines-2015.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Davidson, A. (2004). La aparición de la sexualidad. Barcelona: Alpha Decay.

Defreyne, J. & T'Sjoen, G. (2019). Transmasculine Hormone Therapy. Endocrinol Metab Clin N Am, 48(2), 357-375. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.01.004

Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C.J.M., Klaver, M.,... T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. Andrology, 6(3), 446-454. DOI: 10.1111/andr.12485

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, Nº 1, pp. 151-167. Facultad de Derecho.

Delgado Ruiz, R., Swanson, P. & Romanos, G. (2019). Systematic Review of the Long-Term Effects of Transgender Hormone Therapy on Bone Markers and Bone Mineral Density and Their Potential Effects in Implant Therapy. J Clin Med, 8(6). DOI: 10.3390/jcm8060784

Derechos humanos e identidad de género. Informe temático de Thomas Hammarberg, Consejo de Europa, Comisario de Derechos Humanos. Trans respeto versus transfobia en el mundo (TvT). Serie de publicaciones, Vol. 1.

DIPEC (2018). Censo de población trans femenina: Estudio Demográfico y Socioeconómico de las personas Trans Femeninas de la Pcia. de Jujuy.

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud> [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-legal-del> [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de SIDA y ETS (2019). Profilaxis Post-Exposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC (2019). Prevención combinada y PrEP en la República Argentina. Guía de directrices clínicas para equipos de salud. 2019. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001669cnt-directrices-clinicas-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (2019). I=I Indetectable = Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intransmisible.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de Sida y ETS (2019). Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina N°36, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de Sida y ETS (2018). Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los equipos de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000877cnt-2018-12-20_atencion-personas-trans.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Dirección de Sida y ETS (2017). Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Sida y ETS. (2013). Desarrollo y fortalecimiento de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y Sífilis (CePAT) en Argentina. Un modelo de atención para promover la accesibilidad al test de VIH y Sífilis con asesoramiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000106cnt-2013-05_guia-cepat.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Di Segni, S. (2013). Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Donati Castro, A. y Nagelberg, A. (2019). Screening mamario en pacientes transgénero bajo tratamiento hormonal cruzado (thc). Situación actual y controversias. Revista Argentina de Mastología, 38(137), 116-132. Disponible en: https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2019_v38_n137/10.pdf [Consultado el 14/09/2020]

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.

Elamin, M.B., Garcia, M.Z., Murad, M.H., Erwin, P.J. & Montori, V.M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systemic review and meta-analyses. Clin Endocrinol (Oxf), 72(1), 1-10. DOI: 10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x

Elbers, J.M., Giltay, E.J., Teerlink, T., Scheffer, P.G., Asscheman, H., Seidell, J.C. & Gooren, L.J. (2003). Effects of sex steroids on components of the insulin resistance syndrome in transsexual subjects. Clin Endocrinol (Oxf), 58(5), 562-571.

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.

Emi, Y., Adachi, M., Sasaki, A., Nakamura, Y. & Nakatsuka, M. (2008). Increased arterial stiffness in female-to-male transsexuals treated with androgen. J Obstet Gynaecol Res, 34(5), 890-897. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2008.00857.x

Facio, A. y Fries, L. (editoras) (1999). Género y derecho. Santiago de Chile: Lom Ediciones/La Morada.

FALGBT y ATTTA (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: FALGBTy ATTTA.

Feldman, J. (2005). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.

Feldman, J. & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health Authority.

Fernández, AM.; 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, N° 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 [Consultado el 14/09/2020]

Fundación Huésped (2014). Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Resumen ejecutivo.

Futterweit, W. & Deligdisch, L. (1986). Histopathological effects of exogenously administered testosterone in 19 female to male transsexuals. *J Clin Endocrinol Metab*, 62(1), 16-21.

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. (2015). We Are Unstoppable! GATE Statement on the International Day of Action for Trans* Depathologization. Disponible en: <http://transactivists.org/2015/10/24/we-are-unstoppable-gate-statement-on-the-international-day-of-action-for-trans-depathologization>. [Consultado el 14/09/2020]

GATE y 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 14/09/2020]

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 14/09/2020]

Gelati, L., Calabrese, M.F. y Farah, C. (2019). Pacientes cis vs. transgénero en el screening de cáncer de cuello uterino. *Revista FASGO*, 18(3). Disponible en: <http://fasgo.org.ar/index.php/enlaces/ministerio-de-salud/103-revista-fasgo/n-3-2019/1808-pacientes-cis-vs-trans-genero-en-el-screening-de-cancer-de-cuello-uterino> [Consultado el 14/09/2020]

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: <https://www.ongsinfronteras.cl/bibliotecaong/Guia-para-el-Personal-de-Salud-sobre-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-Prevencion-de-la-Violencia-hacia-poblacion-LGTB.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Getahun, D., Nash, R., Flanders, W.D., Baird, T.C., Becerra-Culqui, T.A., Cromwell, L.,... Goodman, M. (2018). Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med*, 169(4), 205-213. DOI: 10.7326/M17-2785

Giltay, E.J., Lambert, J., Gooren, L.J., Elbers, J.M., Steyn, M. & Stehouwer, C.D. (1999). Sex steroids, insulin, and arterial stiffness in women and Men. *Hypertension*, 34(4 Pt 1), 590-597.

Goffman, Erving (1963). Estigma. En La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores. Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Gómez Gil, E., & Esteve de Antonio, I. (2006). Ser transexual: dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social. Barcelona: Glosa.

Gómez Raya, A. (2018). Intervención logopédica en la feminización de la voz en transexuales: revisión bibliográfica. *Rev. investig. Logop*, 8(1), 21-42. DOI: 10.5209/RLOG.59528

Gooren, L.J., Bowers, M., Lips, P. & Konings, I.R. (2015). Five new cases of breast cancer in transsexual persons. *Andrologia*, 47(10), 1202-1205. DOI: 10.1111/and.12399

Gooren, L.J. & Giltay, E.J. (2008). Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: Effects and risks of administration of androgens to females. *En J SexMed*. Vol. 5, pp. 765-776. Disponible en: <http://www.hormonebalance.org/images/documents/Gooren%2008%20F%20to%20M%20Review%20JSM.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Gooren, L.J. & Giltay, E.J. (2014). Men and women, so different, so similar: observations from cross-sex hormone treatment of transsexual subjects. *Andrologia*, 46(5), 570-575. DOI: 10.1111/and.12111

Gooren, L.J., van Trotsenburg, M.A., Giltay, E.J. & van Diest, P.J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *J Sex Med*, 10(12), 3129-3134. DOI: 10.1111/jsm.12319

Gooren, L.J.; Wierckx, K. & Giltay, E.J. (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. Hammarberg, T. (2010). Derechos Humanos e identidad de género. Disponible en: https://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/Hberg_es.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Guerrero Fernández, J., Barreda Bonis, A.C. & González Casado, I. (2015). El transgénero desde la perspectiva de la endocrinología pediátrica. Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6(2), 45-51.

Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-van de Waal, H.A., Gooren, L.J., Meyer, W.J. 3rd, Spack, N.P.,... Montori, V.M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 94(9), 3132-3154. DOI: 10.1210/jc.2009-0345

Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L.J., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H.,... T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(11), 3869-3903. DOI: 10.1210/jc.2017-01658

Hernández García, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. En *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, N° 13. (ISSN-e 1578-6730). Universidad Complutense de Madrid.

Houk, C. y Lee, P. (2006). The Diagnosis and Care of Transsexual Children and Adolescents: A Pediatric Endocrinologists Perspective. *J Pediatr Endocrinol Meta*, 19(2), 103-109.

Ikeda, K., Baba, T., Noguchi, H., Nagasawa, K., Endo, T., Kiya, T. & Saito, T. (2013). Excessive androgen exposure in female-to-male transsexual persons of reproductive age induces hyperplasia of the ovarian cortex and stroma but not polycystic ovary morphology. *Hum Reprod*, 28(2), 453-461. DOI: 10.1093/humrep/des385

Instituto Nacional del Cáncer (2016). Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000906cnt-2016-11-08-manual-para-la-implementacion-test-vph-en-contexto-programatico.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

INADI, INDEC (2012). Primera Encuesta sobre Población trans 2012: travestis, transexuales, 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.trabajo.gov.ar/downloads/diversidadsexual/Argentina_Primer_Encuesta_sobre_Poblacion_Trans_2012.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Informe de Mapeo Legal Trans. Reconocimiento ante la ley (2017). Proyecto de investigación del Programa de Identidad de Género y Expresión de Género de ILGA. Disponible en: <https://ilga.org/es/mapeo-legal-trans> [Consultado el 14/09/2020]

Irwig, M.S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 301-311. DOI: 10.1016/S2213-8587(16)00036-X

Joint, R., Chen, Z.E. & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: a systematic review. *BJOG*, 125(12), 1505-1512. DOI: 10.1111/1471-0528.15258.

Juvan y 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, N° 6, pp. 291-300.

Katayama, Y., Motoki, T., Watanabe, S., Miho, S., Kimata, Y., Matsuoka, J.,... Nanba, Y. (2016). A very rare case of breast cancer in a female-to-male transsexual. *Breast Cancer*, 23(6), 939-944.

Lamm, E. (2018). Identidad de género. Sobre la incoherencia legal de exigir el sexo como categoría jurídica. En *Actualidad Jurídica Iberoamericana* ISSN 2386-4567, N° 8, 2018, pp. 230-278. Disponible en: <http://idibe.org/wp-content/uploads/2018/03/93.Lamm-copia.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Lamm, E. & Andriola, K.A. (2019). Infancias trans. Luchas ganadas y deudas pendientes en Herrera Marisa (dir). *A 30 Años de la Convención de Derechos del Niño*. Editorial Ediar.

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: <https://brujulaintersexual.files.wordpress.com/2016/07/interdicciones2.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

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, N° 1.

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.

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> [Consultado el 14/09/2020]

Ley N° 26.743. Identidad de género. Buenos Aires, 9 de mayo de 2012. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm> [Consultado el 14/09/2020]

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> [Consultado el 14/09/2020]

Liu, Z., Rashid, T. & Nyitray, A.G. (2016). Penises not required: a systematic review of the potential for human papillomavirus horizontal transmission that is non-sexual or does not include penile penetration. *Sexual Health*, 13(1), 10-21. DOI: 10.1071/SH15089

Litardo, E. (2012). *Infancia Trans. Las marcas del juego*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011. Disponible en: <http://cdsa.aacademica.org/000-034/601.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Litardo, E. (2018). *Cuma toda la sidilcre. Responsabilidad estatal y violencias sexo genéricas*. Revista del Ministerio Público de la Defensa CABA.

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.

Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodríguez-Gutiérrez, R., Davidge-Pitts, C.J., Nippoldt, T.B., Prokop, L.J. & Murad, M.H. (2017). Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(11), 3914-3923. DOI: 10.1210/je.2017-01643

Martín Díaz, M.; Martínez López, MM.; Romero Otero, J.; Díaz Gutiérrez, AJ.; Cabezón Hedo, MA. y García Martínez, A. (2011). Faloplastia mediante colgajo libre micro quirúrgico antebraquial radial con doble tunelización: A propósito de un caso. En *Cir. plást. iberolatinoam*. Vol. 37, N° 2, junio 2011, pp. 137-142. [Citado 2015 Feb 18] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922011000200005> [Consultado el 14/09/2020]

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*, N° 6, Sep/Dez. Disponible en: http://www.cecies.org/imagenes/edicion_314.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Ministerio de Derechos Humanos de la Provincia de Misiones. (2016). *Conociendo la población trans en Misiones*. Disponible en: <https://pecmisiones.org/wp-content/uploads/2018/05/IPEC-Misiones-Encuesta-de-personas-trans-2015.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Ministerio de Salud Pública Uruguay (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.gob.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos*. Argentina 2018. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación e INADI (s/f). *Trabajo sin discriminación*. Colectivo Trans. Disponible en: http://trabajo.gob.ar/downloads/difusion/131202_cuadernillo_trans.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017). *La Revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio*. Disponible en: https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf [Consultado el 14/09/2020]

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, N° 38, pp. 44-55.

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]

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]

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> [Consultado el 14/09/2020]

Municipio de Bariloche (2017) *Encuesta a la población trans e identidades disidentes*. San Carlos de Bariloche.

Murillo-Godínez, G. (2010). Uso ilícito de modelantes y efectos adversos. *En MedIntMex* 2010. Vol. 26, N° 4, pp. 346-349. [Citado 18 Feb 2015]

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

Nikolic, D.V., Djordjevic, M.L., Granic, M., Nikolic, A.T., Stanimirovic, V.V., Zdravkovic, D. & Jelc, S. (2012). Importance of revealing a rare case of breast cancer in a female to male transsexual after bilateral mastectomy. *World J Surg Oncol*, 10. DOI:10.1186/1477-7819-10-280

Observatorio de Derechos Humanos de la Pcia. de Neuquén (2018). TRANSformando realidades: relevamiento de la población trans de Río Negro y Neuquén.

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 14/09/2020]

ONUSIDA (2010a). El diagnóstico de VIH: prácticas del equipo de salud y experiencias de testeo en personas homosexuales, bisexuales y trans. Condiciones de vulnerabilidad 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/El%20diagn%C3%B3stico%20de%20VIH.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

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 14/09/2020]

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 14/09/2020]

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 14/09/2020]

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 "perversion" 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.

Pérez Díaz, A. (2018). Intervención y tratamiento de la voz en personas transgénero: una revisión sistemática (tesis de grado). Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, España.

Perrone, A.M., Cerpolini, S., MariaSalfi, N.C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L.B., Formelli, G., ... Meriggiola, M.C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *J Sex Med*, 6(11), 3193-3200. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x

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.

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 al de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2> [Consultado el 14/09/2020]

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. (2016). Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata. Disponible en: https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento/consenso_ca_prostata_2016.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2018). Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.msa.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001284cnt-0000001284cnt-guia-derechos-2018.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. Disponible en: http://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/0000000691cnt-protocolo_atencion_victimas_violaciones.pdf [Consultado el 14/09/2020]

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino (2010). Identidades diversas, los mismos derechos. Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000574cnt-Identidades%20Diversas%20los%20mismos%20Derechos.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Quinn, V.P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra Culqui, T.A., Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12). DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018121

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: <https://www.stp2012.info/STP-propuesta-sanidad.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. En Nueva antropología. Vol. VIII, N° 30. México. Disponible en: <https://www.caladona.org/grups/uploads/2007/05/EI%20trafico%20de%20mujeres2.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Rubin, G. (1984). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. Disponible en: <https://museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/150121gaylerubin.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

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

Sáez, J. (s/f). Freud, Lacan: el sexo a la deriva.

Saldivia, L. (2012). Reflexionando sobre la construcción binaria de la sexualidad. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina34131.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

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.

Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires (2019). Primer Relevamiento sobre condiciones de vida de la población travestir/trans de Provincia de Buenos Aires.

Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodríguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T.B., Prokop, L.J. & Murad, M.H. (2017). Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(11), 3904-3913. DOI: 10.1210/nc.2017-01642

STP (Campaña Internacional Stop Trans Pathologization), (2012). Objetivos. Disponible en: <http://stp2012.info/old/es> [Consultado el 14/09/2020]

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 14/09/2020]

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 [Consultado el 14/09/2020]

STP (2012). 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://www.stp2012.info/STP-propuesta-sanidad.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

Suees, A (2010). Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad, M. Sanchez, M.; y Coll, P.G. Barcelona, Egaes.

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

Tangpricha, V. & Den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300. DOI: 10.1016/S2213-8587(16)30319-9

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

Telfer, M.M., Tollit, M.A., Pace, C.C., & Pang, K.C. (2018). Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents. Version 1.1. Melbourne: The Royal Children's Hospital. Australia.

Toorians, A.W., Thomassen, M.C., Zweegman, S., Magdeleyns, E.J., Tans, G., Gooren L.J. & Rosing, J. (2003). Venous Thrombosis and Changes of Hemostatic Variables during Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual People. *J. Clin. Endocrinol. Metab*, 88(12), 5723-5729. DOI: 10.1210/jc.2003-030520

Tribunal oral en lo criminal y correccional nro. 4 de la Capital Federal (2018). Causa nro. 62.182/2015. Disponible en: [https://jurisprudencia.mpd.gov.ar/Jurisprudencia/MGD%20\(causa%20N%C2%BA%2062182\).pdf](https://jurisprudencia.mpd.gov.ar/Jurisprudencia/MGD%20(causa%20N%C2%BA%2062182).pdf) [Consultado el 14/09/2020]

Turo, R., Jallad, S., Prescott, S. & Cross, W.R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Can Urol Assoc J*, 7(7-8). DOI: 10.5489/cuaj.175

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.

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K.,... T'Sjoen, G. (2012). Bone mass, bone geometry, and body composition in female-to-male transsexual persons after long-term cross-sex hormonal therapy. *J Clin Endocrinol Metab*, 97(7), 2503-2511. DOI: 10.1210/jc.2012-1187

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K.,... T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *Eur J Endocrinol*, 172(2), 163-171. DOI: 10.1530/EJE-14-0586

Vigen, R., O'Donnell, C.I., Barón, A.E., Grunwald, G.K., Maddox, T.M., Bradley, S.M., ... Ho, P.M. (2013). Association of testosterone therapy with mortality, myocardial infarction, and stroke in men with low testosterone levels. *JAMA*, 310(17), 1829-1836. DOI: 10.1001/jama.2013.280386

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

Wiepjes, C.M., Vlot, M.C., Klaver, M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., de Jongh, R.T.,... den Heijer, M. (2017). Bone Mineral Density Increases in Trans Persons After 1 Year of Hormonal Treatment: A Multicenter Prospective Observational Study. *Journal of bone and mineral research*, 32(6), 1252-1260. DOI: 10.1002/jbmr.3102

Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G. & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med*, 9(10), 2641-2651. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x

Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K.,... T'Sjoen, G. (2014). Short and long term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *J Sex Med*, 11(1), 222-229. DOI: 10.1111/jsm.12366

World Professional Association for Transgender Health (2011). WPATH Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version.

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. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5912.pdf> [Consultado el 14/09/2020]

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]

Zubiar, 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.

0800 222 3444

<http://argentina.gob.ar/salud>

generosydiversidad@msal.gov.ar

saludsexual@msal.gob.ar

Dirección de
Generos y Diversidad

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina