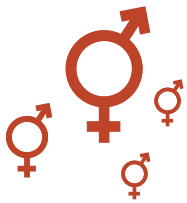
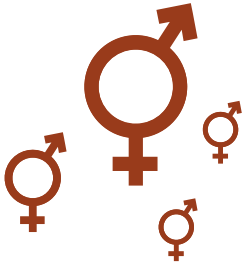
POR LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS

Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe



POR LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS

Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe



El documento de trabajo original fue preparado por Walter Bockting y JoAnne Keatley. Las modificaciones posteriores se basaron en las aportaciones y sugerencias resultantes de la reunión técnica celebrada en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 19 al 21 de diciembre de 2011. Un comité editorial integrado por José Zúñiga, JoAnne Keatley, Walter Bockting, Bamby Salcedo, Anita Radix, Chloe Schwenke, Joan Holloway, Angela Knudsson, Florian Ostmann y Rafael Mazín, realizó una revisión en profundidad de los contenidos de las diferentes secciones e hizo sugerencias para cambios y modificaciones importantes. La traducción al español fue realizada por Esther Corona y la edición final fue hecha por Florian Ostmann, Esther Corona y Rafael Mazín. La revisión ortográfica, gramatical y gráfica fue realizada por Lukas Berredo. La mayoría de los protocolos de atención presentados en este documento son adaptaciones de las recomendaciones elaboradas por el Centro de Excelencia para la Salud Trans de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) que se encuentran disponibles en línea en www.transhealth.ucsf.edu/protocols. Una serie de sugerencias fueron hechas a la versión en español durante reuniones técnicas llevadas a cabo en San Salvador, El Salvador del 26 al 28 de junio de 2012, México D.F., el 18 y 19 de octubre de 2012, y Santiago, Chile del 14 al 16 de noviembre de 2012. Dichas reuniones fueron co-organizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el proyecto AIDSTAR-One, con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE.UU. (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato #GHH-I-00-07-00059-00, AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (AIDSTAR-One), Sector 1, Orden de Trabajo, y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), contando además con la colaboración técnica de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans (WPATH, por sus siglas en inglés).

Nota aclaratoria:

Este documento está destinado a atender las necesidades y demandas de los y las integrantes de grupos y poblaciones que difieren significativamente entre sí en sus experiencias personales y en las concepciones de su identidad. Si bien hemos intentado tomar en cuenta estas diferencias, la adopción de la terminología incluida en este documento se basa en el objetivo pragmático de encontrar una base conceptual que permita hacer recomendaciones específicas para ampliar el acceso y la utilización de los servicios de salud y sociales. Los términos y conceptos utilizados en el documento han de entenderse a la luz de este objetivo. En la medida en que no lleguen a reflejar adecuadamente las experiencias y las identidades de los grupos y poblaciones cuyas necesidades y demandas el documento trata de abordar, los términos y conceptos deben interpretarse de manera flexible.

Tabla de contenido

1. PREÁMBULO Y ANTECEDENTES 9

2. INTRODUCCIÓN 11

3. TERMINOLOGÍA, DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN 15

4. SITUACIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE 27

4.1 Indicadores de salud relevantes y datos existentes 27

4.1.1 Violencia 28
4.1.2 Salud Mental 29
4.1.3 VIH y otras ITS 30
4.1.4 Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas 32
4.1.5 Efectos negativos de hormonas autoadministradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales 32
4.1.6 Resumen de estudios de caso 34
4.1.7 Otros problemas de salud 35

4.2 Vacíos de conocimiento en información estratégica 36

5. DETERMINANTES DE LA SALUD Y OBSTÁCULOS SOCIOCULTURALES, LEGALES Y ESTRUCTURALES LA ATENCIÓN INTEGRAL 39

5.1 Valores, estigma y otros determinantes de la salud 39
5.1.1 El estigma de la psicopatologización 44

5.2 Obstáculos socioculturales, legales y estructurales a la atención de la salud 46

5.3 El papel de los sistemas educativos 50

5.4 El papel de los sistemas de salud 52

5.5 Factores interpersonales (incluyendo el aislamiento social y el poder en las relaciones familiares y sentimentales) 60

5.6 Factores individuales (incluyendo la vergüenza y la transfobia internalizada) 62

5.7 La situación de las personas trans privadas de libertad 63

5.7.1 Vulnerabilidad bajo condiciones de detención y prisión .. 64

5.7.2 Acceso a la atención de la salud en condiciones de detención y prisión 65

6. INCIDENCIA Y DEFENSA, POLÍTICAS PÚBLICAS, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN 67

6.1 Estrategias para la incidencia y defensa en las políticas públicas

6.1.1 Participación y empoderamiento de la comunidad 67

6.1.2 Alianzas 68

6.2 Los derechos humanos y las políticas públicas 69

6.2.1 Los instrumentos de derechos humanos como base para la legislación 69

6.2.2 El reconocimiento legal y social de la identidad de género .. 73

6.2.3 La justificación médica para la cobertura pública de servicios 75

6.3 Educación y capacitación de los proveedores de salud integral .. 76

6.3.1 Desarrollo de habilidades clínicas y competencia cultural ... 77

6.3.2 Educación continúa 79

6.4 Investigación 80

6.4.1 Enfoques basados en la evidencia y abordajes prometedores 80

7. ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO INTEGRALES 83

7.1 Infraestructura y ámbitos; coordinación de la atención 83

7.2 Recepción, primer encuentro y evaluación clínica inicial 86

7.2.1 Admisión 88

7.2.2 Examen físico 90

7.2.3 Protocolo para la prevención general 93

7.3 El consultorio dental como punto de entrada al sistema de salud 102

7.4 Pruebas, consejería y tratamiento de VIH e ITS 109

7.5 Atención de los problemas referentes a la salud mental 108

7.6 Uso y adicción a alcohol y otras substancias 109

7.7 Enfrentando el estigma, la discriminación y la violencia, y la promoción de la resiliencia 110

7.8 Atención a las consecuencias de la violencia 113

7.9 Atención de la salud específica relacionada con la afirmación de género (incluyendo terapia hormonal y cirugía) 114

7.9.1 Vello facial y corporal 115

7.9.2 Cuidado de la piel 116

7.9.3 Administración de hormonas 118

7.9.4 Procedimientos quirúrgicos y médicos 130

8. ABORDAJES AL TRABAJO CON LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA CON NO CONFORMIDAD DE GÉNERO .. 137

8.1 Comportamiento género no concordante versus identidad de género trans 137

8.2 Consideraciones especiales 138

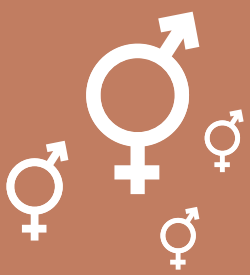
8.3 Primera evaluación clínica de familias con jóvenes con no conformidad de género 139

8.4 Intervenciones positivas (niños y niñas, familia, escuela, intervenciones médicas tempranas) 139

9. RECOMENDACIONES 143

Referencias 151

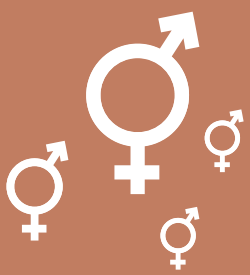
Apéndices 167



1. PREÁMBULO Y ANTECEDENTES

"Trans" es un término ampliamente utilizado para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. Las personas trans tienen necesidades de salud tanto generales como específicas, y el acceso a los servicios competentes para hacer frente a éstas ha sido muy limitado. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, las expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales que se encuentran en esta población. Las necesidades específicas involucran la asistencia para concretar la identidad de género de una persona, incluyendo las intervenciones médicas para feminizar o masculinizar el cuerpo.

En julio de 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Internacional de Médicos que atienden el SIDA (IAPAC) llevaron a cabo una consulta regional que resultó en el documento "Proyecto para la Provisión de Cuidado Integral para Hombres Gay y Otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) en Latinoamérica y el Caribe" (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En el proceso de elaboración de ese documento se hizo evidente que un esfuerzo similar era necesario para las personas trans en Latinoamérica y el Caribe. El documento que aquí se presenta está basado en una revisión de las investigaciones disponibles y en varias consultas celebradas en diciembre de 2011 y mayo, octubre y noviembre de 2012. Estas consultas reunieron a representantes de la academia, el sector salud, organizaciones multilaterales y bilaterales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, comunidades trans y otras partes interesadas de Latinoamérica y el Caribe. Su propósito es proporcionar orientación para mejorar el acceso a una atención primaria y especializada para las personas trans en Latinoamérica y el Caribe.



2. INTRODUCCIÓN

Las personas trans, como todos los seres humanos, tienen necesidades, deseos y capacidades para la expresión emocional e intelectual, cuya búsqueda y desarrollo forman la base de una vida próspera. La salud física y mental son condiciones básicas para la búsqueda y el desarrollo de estos deseos y capacidades, y son fundamentales para la capacidad de una persona para llevar una vida acorde con la dignidad humana. Es por esta razón, entre otras, que los Estados Miembros de la OPS reconocen el derecho de toda persona al goce de la salud como un derecho humano universal[1].

Sin embargo, muchas personas en Latinoamérica y el Caribe se ven afectadas por una carga desproporcionada de enfermedad, invalidez u otros riesgos que les impiden el pleno disfrute del derecho humano a la salud y otros derechos humanos relacionados. Entre ellos, las personas trans representan una población particularmente desfavorecida. Por un lado, las necesidades y demandas de las personas trans han sido tradicionalmente desatendidas por los prestadores de servicios de salud, lo que lleva a una carencia de servicios de salud adecuados. Al mismo tiempo,

1 Los Estados miembros de la OMS han adoptado importantes principios en materia de salud pública que están consagrados en el preámbulo de su Constitución que establece como un principio internacional fundamental que "el disfrute del más alto nivel posible de salud" no es sólo un estado o condición del individuo, sino "... uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social ... "la Constitución fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud , celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU), a su vez, protege "... el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ..." (artículo 12), y el Protocolo de San Salvador (OEA) protege "el derecho a la salud" (artículo 10). Por otra parte, la protección de la salud como un derecho humano está consagrado en 18 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la OPS (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

las personas trans se enfrentan a altos niveles de transfobia en la forma de discriminación, estigmatización, violencia, enjuiciamiento e, incluso, extorsión por parte de las autoridades locales[2]. Esta situación contribuye de forma directa y significativa a su vulnerabilidad, y crea obstáculos al acceso a los servicios de salud.

Como resultado del estigma asociado a la no conformidad de género (es decir, las divergencias de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer), las personas trans se encuentran en riesgo de experimentar niveles altos y crónicos de estrés, asociado a tasas desproporcionadas de problemas mentales tales como depresión, ansiedad y tendencias y conductas suicidas (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, y Coleman, 2011). El mismo estigma subyace a la falta de acceso a la atención competente y sensible para hacer frente a estas necesidades y, a menudo, se extiende a los que tratan de brindar atención a las personas trans. Por lo tanto, las personas trans con frecuencia se enfrentan a barreras de acceso que incluyen la falta de conocimiento y sensibilidad cultural de parte de los proveedores de salud (Barreda y Isnardi, 2003), así como la falta de acceso a los servicios de costo moderado (ya sea debido a la marginación o al hecho de que muchos servicios específicos no están cubiertos por los planes de salud). En términos de VIH y las ITS, las personas trans se ven desproporcionadamente afectadas (40 veces e incluso más que la "población general", Organización Panamericana de la Salud, 2010). Sin embargo, tradicionalmente han sido incluidas en la categoría estadística de "hombres que tienen sexo con hombres", una práctica que, además de constituir una falta de respeto en relación a las variaciones de características de identidad de género de esta población, ha hecho invisibles sus necesidades y el grado en el que esta población es afectada. (Salazar y Villayzan, 2010, p 14. ver también entrevistas a informantes clave).

A pesar de los efectos duraderos deshumanizantes del estigma social, las personas trans tienden a ser muy resistentes y creativas en sus esfuerzos por proteger sus derechos, defender su dignidad y obtener acceso a los servicios de salud. La no conformidad con la identidad y expresión de género tradicionalmente asociadas a las características del sexo natal de

2 http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/036.asp http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/036A.asp

una persona no constituye una psicopatología per se. Las personas trans han demostrado una fuerza increíble al rechazar las etiquetas y categorizaciones de salud mental que sugieren lo contrario. Al mismo tiempo, la angustia causada por la incongruencia entre la identidad de género y la apariencia corporal - también conocido como disforia de género - pueden tener un fuerte impacto negativo en la salud y el bienestar de las personas trans (ver sección 5.1.1.). Tal aflicción puede ser remediada a través de acciones e intervenciones apropiadas, algunas de ellas de naturaleza biomédica, cuyo objetivo es modificar la apariencia física de una persona para estar más en consonancia con su identidad de género. El proceso de consecución de tales alteraciones se conoce comúnmente como la transición. Dada la falta de servicios adecuados de apoyo al proceso de transición, no es de extrañar que la auto-administración de hormonas y de inyecciones de silicona y otros materiales de relleno de tejidos blandos (por ejemplo, aceites mineral, vegetal y, aún, de avión) sea una práctica común, con un gran riesgo para la salud en general (Salazar y Villayzan, 2010, p. 15).

Al abordar las necesidades de salud de las personas trans y sus comunidades, las puertas están abiertas para desarrollar los servicios adecuados que les permitan superar los problemas más críticos que afectan a su bienestar y calidad de vida, incluyendo el malestar relacionado con características sexuales primarias y secundarias de nacimiento. Por otra parte, el sector de la salud puede y debe promover la solidaridad social necesaria para el respeto a la diversidad y el rechazo a las expresiones de odio e intolerancia. Estos son pasos esenciales para reducir las desigualdades sociales y garantizar la igualdad de protección del derecho a la salud y otros derechos humanos de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe.

El presente documento se inicia introduciendo el marco de la terminología para referirse y para describir la diversa población a la que el texto está destinado a servir (Sección 3). Las secciones subsecuentes proporcionan una visión general de los datos existentes sobre la situación de salud de las personas trans (Sección 4) y una descripción de los factores determinantes de la salud y las barreras a la atención de la misma (Sección 5). A continuación se presenta una discusión de los temas de incidencia y defensa (advocacy), e investigación pertinentes para abordar la situación de salud de las personas trans (Sección 6). Las Secciones 7 y 8 presentan un conjunto de directrices generales para los proveedores de servicios de salud referentes a la prestación de una atención integral, de prevención y apoyo a las personas trans. Estas directrices combinan los algoritmos

específicos propuestos durante la consulta de diciembre 2011 con las recomendaciones desarrolladas originalmente por el Centro de Excelencia para la Salud Trans (San Francisco) de la Universidad de California, y están destinadas a servir de base para futuras adaptaciones en el nivel sub-regional. La Sección 9 presenta un resumen de las recomendaciones, diferenciadas en función de los sectores.

3. TERMINOLOGÍA, DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población a cuyas necesidades y demandas este documento se refiere, está compuesta por personas y grupos de personas que difieren significativamente de unas a otras en lo que respecta a sus concepciones sobre la identidad, experiencias personales y patrones de comportamiento. Además de las diferencias encontradas dentro de contextos locales específicos, las diferencias socioculturales de la Región de Latinoamérica y el Caribe aumentan en gran medida la diversidad y variación en general. Esta diversidad crea un desafío considerable para encontrar una base conceptual común para abordar las necesidades y demandas de las personas concernidas.

Dada la larga experiencia de discriminación y estigmatización, hay una fuerte preocupación en las comunidades de personas con no conformidad de género respecto a los posibles usos despectivos, excluyentes de la lengua y una resistencia asociada a la adscripción de etiquetas de identificación por otros. Este documento fue elaborado con plena conciencia de estas inquietudes y con la mejor intención para dar cabida a estas preocupaciones.

La adopción del marco de la terminología presentada a continuación fue guiada por los objetivos pragmáticos de formular recomendaciones de políticas y de prevenir malos entendidos que puedan crear obstáculos para una implementación exitosa de las mismas. De ninguna manera tiene por objeto negar la autenticidad de las experiencias e identidades que pueden extenderse más allá de las limitaciones de los términos y conceptos utilizados. En el caso de que estos términos y conceptos no alcancen a reflejar adecuadamente las experiencias y las identidades de las personas cuyas necesidades y demandas el documento trata de abordar, los términos y conceptos deben interpretarse de manera flexible.

Para los efectos de este documento, y según lo acordado por las y los participantes en las consultas celebradas en Washington D.C., San Salvador, Ciudad de México y Santiago de Chile, la palabra "trans" se usará como un término general para referirse a **personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer.** Como tal, el término "trans" puede ser contrastado con el término "cis" o "cisgénero", que a veces se utiliza de manera complementaria para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género se corresponde con su sexo asignado al nacer.

Es necesario aclarar que muchos de los conceptos relativos al género que utilizamos en las culturas occidentales se basan en una concepción binaria del sexo, que considera que existen básicamente dos polos opuestos: hombre-mujer, masculino-femenino, hembra-macho. La literatura reciente explora el género y, de hecho, también el sexo, como continuos conceptuales. Al respecto, Weeks (2011) concluye que "los recientes pensamientos teóricos tanto sobre el género como la sexualidad han demostrado que el gran edificio del género no puede considerarse ya plausiblemente como una emanación de la Naturaleza, sino que es construido sobre las necesidades y deseos siempre cambiantes y las prácticas sociales de millones de personas".

Los conceptos que se presentan a continuación provienen de instrumentos de consensos internacionalmente aceptados.

Definiciones útiles

Sexo

Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, [ya que existen gradientes en la forma en que se manifiestan] en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado.

Por lo general, se hace una distinción entre características sexuales primarias, es decir, los órganos reproductores de un individuo, y las características sexuales secundarias, es decir, otros rasgos físicos no genitales que diferencian a los machos de las hembras.

Sexualidad

"La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales." (World Health Organization, 2002).

Sexo asignado al nacimiento (o sexo natal)

"Por lo general, el sexo se asigna al nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, otros componentes del sexo (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) se consideran con el fin de asignar el sexo." (Grumbach, Hughes, y Conte, 2003; McLaughlin y Donahoe, 2004; Money y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Para la mayor parte de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer; para los individuos transexuales, transgénero, y con no conformidad de género, la identidad o la expresión de género es diferente del sexo asignado al nacer." (Coleman et al., 2011, p. 97).

Estados o Condiciones de Intersexo

En ciertos contextos se les denomina también "Trastornos del desarrollo sexual" (TDS). Condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico. Algunas personas objetan intensamente la etiqueta "trastorno" y consideran estas condiciones como una cuestión de diversidad (Diamond, 2009), prefiriendo denominarlas con los términos intersexo o intersexualidad." (Coleman et al., 2011, p. 95).

Identidades de género(s)

La percepción de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.

Expresiones de género(s)

Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, los estilos de cabello y el uso de cosméticos), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás.

Papel (también llamado rol) de género

Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (PAHO; WAS, 2002).

Comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo: mujer trans homosexual, hombre cis (es decir, no-trans) heterosexual, hombre trans heterosexual, etc.

Orientación Sexual

La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) (The Global Fund, 2009, p. 29), o con independencia del género (pansexual). La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

No conformidad de género

Medida en que la expresión de una persona de género difiere de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con ella o su sexo asignado al nacer o su identidad de género.

Transición

"Período durante el cual los individuos cambian del papel de género asociado con el sexo asignado al nacer a un papel de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en 'otro' papel de género, para otras esto significa la búsqueda del papel y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no puede incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada." (Coleman et al., 2011, p. 97).

Como se señaló anteriormente, el término "trans" cubre una variedad de concepciones de la identidad y formas de expresión de género. La siguiente lista, no exhaustiva, refleja esta diversidad, explicando los términos más comunes utilizados para describir las identidades trans. Existen diferencias significativas, a través de contextos culturales y regionales, así como a nivel individual, con respecto a la aceptación de estos términos, así como su definición exacta. Esto significa que hay alternativas a cada una de las definiciones que figuran a continuación y que, de acuerdo con algunas de ellas, pueden no ser mutuamente excluyentes.

Trans

Adjetivo utilizado en este documento como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer.

Transgénero (transgénera)

Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer (Bockting, 1999). El término a veces se contrasta con "transexual". En este caso, "transgénero" se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres transgéneros en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente.

Transexual

"Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el papel de género." (Coleman et al., 2011, p. 97)

Travesti

Este término es uno de los que más variaciones presenta en la región. En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital (Kulick, 1998)[3]. En otros países, este término sencillamente es sinónimo de travestido.

3 Por ejemplo el Manual de Comunicación LGBT de la ABLGT en Brasil, define Travesti como: "Persona que nace con el sexo masculino o femenino, pero que tiene la identidad

Travestido o Travestida

Término usado para referirse a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con el otro sexo. La utilización de prendas asociadas con el otro sexo puede ser la etapa inicial de la transición, sin embargo, no todas las personas que se travisten viven con angustia y sufrimiento por causa de su sexo asignado al nacimiento. Muchas personas periódicamente utilizan ropa o adoptan expresiones de género asociadas con el otro sexo como parte de representaciones o espectáculos en tanto que su identidad de género corresponde con su sexo asignado al nacer. Algunos términos utilizados son: drag queens, transformistas, dragas, o vestidas (en el caso de hombres que asumen un papel femenino), y drag kings o pintadas (en el caso de mujeres que asumen un papel masculino).

Mujer trans o Transfemenina

Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (v.g. personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres).

Hombre trans o Transmasculino

Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como hombres (v.g. personas que fueron asignadas como mujeres al nacimiento y que se identifican como hombres).

de género opuesta a su sexo biológico, asumiendo papeles de género diferentes de aquellos impuestos por la sociedad. Muchas travestis modifican su cuerpo por medio de terapias hormonales, aplicaciones de silicona y/o cirugías plásticas. Sin embargo, vale resaltar que esto no es regla para todas (definición adoptada por la Conferencia Nacional LGBT en el 2008). A diferencia de las transexuales, las travestis no desean realizar una cirugía de reasignación de sexo (cambio de órgano genital). Se utiliza el artículo definido femenino "LA" para hablar de la Travesti (aquella que tiene senos, cuerpo, vestimenta, cabello y formas femeninas). Es incorrecto usar el artículo masculino, por ejemplo, "EL" travesti María, pues está refiriéndose a una persona del género femenino". En este documento se utilizará el término travesti en aquellos casos en que las investigaciones u otros documentos originales así lo utilicen. Estos estudios y documento provienen principalmente de Argentina y Brasil.

Mujer a Hombre (MaH)

"Adjetivo para describir a los individuos asignados al nacer como mujeres y que están cambiando o han cambiado su identidad y expresión de género hacia un cuerpo o papel más masculino." (Coleman et al., 2011, p. 96).

Hombre a Mujer (HaM)

"Adjetivo para describir a los individuos asignados al nacer como hombres y que están cambiando o han cambiado su identidad y expresión de género hacia un cuerpo o papel más femenino." (Coleman et al., 2011, p. 96).

Otras categorías de Género

Ciertas marcas de identidad pueden ser utilizadas por individuos cuya identidad y/o expresión de género no se ajustan a un concepto binario del género. En otras palabras, no entienden al género como una categoría en la que hombre y mujer, masculino y femenino son mutuamente excluyentes. (Bockting, 2008). Estas categorías, que pueden recibir denominaciones como "queer" y "transqueer", incluyen a individuos que se identifican tanto como hombres como mujeres (bigénero, pangénero, omnigénero) o como un tercer u otro sexo (intergénero) o sin género (agénero o neutro).

Géneros alternativos / Terceros géneros

Entre ciertos grupos aborígenes o indígenas, los sistemas de género no son necesariamente binarios (p.ej. masculino-femenino), sino que incluyen categorías adicionales como los muxes entre los Zapotecas en México o los tidawinas entre los Warao en Venezuela.

Es importante tener en cuenta que el sexo físico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona representan cuatro características individuales diferentes. Son conceptualmente independientes una de otra y pueden ocurrir en una amplia gama de posibles combinaciones. Existe una creencia cultural generalizada referente a la necesaria coincidencia del sexo masculino, la identidad de género masculina, la expresión de género masculino, y la atracción sexual hacia a las mujeres por un lado, y el sexo femenino, la identidad de género femenina, la expresión de género femenino, y la atracción sexual hacia los hombres por otro

lado. Sin embargo, en contraste con esta suposición, la posición de una persona en una de las características mencionadas puede estar acompañada por cualquier posición en las otras características. Por ejemplo, independientemente de su sexo asignado al nacer, una persona puede identificarse como mujer, mientras que adopta formas masculinas de la expresión de género, o como un hombre, en tanto que la persona puede adoptar formas femeninas de expresión de género. Además, la no conformidad de género, ya sea a nivel de identidad de género o de expresión de género, no está intrínsecamente ligada a una orientación sexual específica. Cualquiera que sea su expresión y su identidad de género, y si corresponden o no con las normas y expectativas sociales asociadas a su sexo asignado al nacer, una persona puede sentirse atraída por individuos de un género diferente, del mismo género, o más de un género o independientemente del género.

Al mismo tiempo, los modelos predominantes de auto-concepto y la inclusión social en todas las culturas tienden a reflejar las diferentes formas de acomodar la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona. De hecho, en Latinoamérica y el Caribe (LAC), la identidad de género y la orientación sexual parecen, en cierta medida, culturalmente más entrelazadas que, por ejemplo, en América del Norte y Europa. Así, la investigación cualitativa en Brasil (Kulick, 1998) y México (Prieur, 1998) revela que el sexo con los hombres era un tema importante en la vida y el discurso de las personas travestis. El comportamiento sexual, en lugar de la anatomía genital, es lo que le daría significado al género: para que un hombre sea considerado como capaz de afirmar la feminidad de la travesti, el comportamiento sexual de este hombre tendría que limitarse a asumir el papel de penetración en el coito anal. Esto es lo que las travestis suelen requerir de sus parejas hombres principales y compañeros casuales que no pagan, en contraste con los clientes (es decir, los compañeros que ofrecen dinero u otros bienes a cambio de sexo) con los que son más versátiles (de acuerdo con Kulick, 1998, el 27% del tiempo). Las parejas masculinas primarias pueden ser conocidas como cacheros (Schifter, 1999), maridos (o bofes, homens, machos, Kulick, 1998), mayates [escarabajos] (Prieur, 1998) o chacales. Los compañeros casuales que no pagan pueden denominarse como vicios (caprichos) (Kulick, 1998) o "cachuchazos" (un servicio gratuito por el puro gusto o placer). Las parejas comerciales pueden denominarse mariconas (aquellos que disfrutan de ser penetrados analmente, Kulick, 1998). La estrecha relación entre la identidad de género y la conducta sexual (denominada en español como "activo" / "pasivo") puede ser contrastado con modelos alternativos de re-

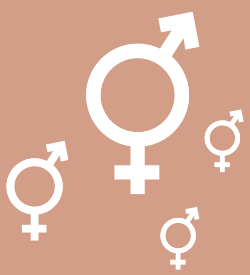
laciones entre los hombres gay que son más similares en la identidad y expresión de género.

El término "trans" y sus conceptos asociados señalados anteriormente deben ser diferenciados del concepto de intersexualidad, que se refiere a las variaciones en las características sexuales físicas que se producen independientemente de la identidad de género de una persona. Más concretamente, el término "intersexual" se utiliza para referirse a personas cuyas características sexuales congénitas son ambiguas de acuerdo a las características sobre las cuales se suelen asignar comúnmente el sexo masculino o femenino. En la literatura médica, el término "trastornos del desarrollo sexual" (TDS) se utiliza para referirse a las diferentes formas (cromosómica, gonadal o anatómica) que tal condición puede tomar. Oponiéndose a la connotación normativa del término "trastorno", los críticos subrayan la condición de la intersexualidad como variantes naturales y abogan por conceptos más descriptivos como "diferencia", "divergencia" o "variación del desarrollo sexual".

Si bien las diferencias en el desarrollo sexual no equivalen a que una persona sea trans, las personas con diferencias en el desarrollo sexual (intersexo o DDS), al igual que las personas trans, pueden experimentar altos niveles de angustia en relación con sus características físicas. Este malestar, sin embargo, puede diferir significativamente de la angustia que sufren las personas trans en su presentación fenomenológica, epidemiología, trayectorias de vida, y etiología (Meyer-Bahlburg, 2009). En algunos casos, la angustia se asocia directamente con las características sexuales al nacimiento de la persona. En otros casos, las personas experimentan angustia y sufrimiento como resultado de las cirugías de asignación de sexo, a menudo realizadas sin el consentimiento de la persona poco después del nacimiento, creando una apariencia física con las que la persona no se identifica. La situación específica de las personas con diferencias en el desarrollo sexual se refleja en la categoría de "disforia de género" del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) que establece una subcategoría específica para la disforia de género en las personas con DDS.

Aquellos profesionales de la salud que atienden a personas que presentan tanto DDS como disforia de género tienen que ser conscientes de que el contexto médico en el que estas personas han crecido suele ser muy diferente a la de las personas sin DDS. Los historiales médicos relacionados

con el género de las personas con DDS son, a menudo, complejos. Sus historias pueden incluir una gran variedad de elementos atípicos innatos de orden genético, endocrino y somático, y también pueden haber sido sujetos de diversos tratamientos médicos hormonales, quirúrgicos y de otra índole. Por esta razón, muchas cuestiones adicionales deben ser consideradas en la atención psicosocial y médica de estas personas, independientemente de la presencia de disforia de género. La discusión de estos temas excede los límites de este documento. El lector interesado puede consultar publicaciones existentes (por ejemplo, Cohen-Kettenis y Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). A algunas personas y sus familiares les resulta útil para consultar o trabajar con grupos comunitarios de apoyo. La literatura médica sobre en el manejo médico de las personas con DDS es muy amplia. Gran parte de esta literatura ha sido elaborada por especialistas de alto nivel en endocrinología y urología pediátricas, con la colaboración de profesionales especializados en salud mental, especialmente en el área de género. Recientes reuniones y consultas de consenso internacionales han discutido lineamientos y guías de atención basados en la evidencia (incluidas las cuestiones de género y de cirugía genital) de los DDS en general (Hughes et al., 2006), y específicamente para la Hiperplasia Suprarrenal Congénita (Grupos de trabajo conjuntos LWPE/ESPE CAH et al., 2002; Speiser et al, 2010). Otros se han ocupado de las necesidades de investigación de DDS en general (Meyer-Bahlburg y Blizzard, 2004) y de síndromes seleccionados, tales como 46, XXY (Simpson et al., 2003).



4. SITUACIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

4.1 Indicadores de salud relevantes y los datos existentes

Durante los últimos 15 años, ha habido un aumento en las investigaciones que documentan el estado de salud y las disparidades de las personas trans en Norteamérica (OIM, 2011). Una evaluación de necesidades preparada por Kobrak sobre Mujeres Trans y Prevención del VIH en la ciudad de Nueva York proporciona una ilustración perceptiva sobre las mujeres latinas trans en los Estados Unidos (Kobrak, borrador de documento).

Desafortunadamente, se sabe menos sobre el estado de salud y las disparidades de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe. Los informes iniciales se han centrado principalmente en el VIH, y sólo recientemente se disponen de informes que avalen o documenten el estado de salud general y la disparidad de las personas trans de la Región (ATTTA-REDLACTRANS, Programa Nacional de Argentina, Lobato et al, 2007; Loehr, 2007; la OPS y ONUSIDA, 2008; Salazar y Villayzan, 2010). Esto conduce a la necesidad prioritaria de formular e implementar protocolos de investigación. Una de las limitaciones persistentes consiste en el hecho de que los estudios tienden a centrarse casi exclusivamente en las mujeres trans, siendo muy escasos los datos sobre la salud de los hombres trans.

Los datos disponibles confirman que, también en Latinoamérica y el Caribe, las personas trans constituyen una población marginada, con considerables preocupaciones y problemas de salud, y un acceso muy limitado a servicios competentes de prevención y atención de salud general y transespecífica. Los principales problemas de salud documentados hasta la fecha incluyen:

- Altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio);

- Alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas;
- Alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual;
- Alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas;
- Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo; y
- Problemas de salud reproductiva.

4.1.1 Violencia

Una de las amenazas más inmediatas para la salud de las personas trans consiste en los niveles desproporcionadamente altos de violencia física, a menudo mortal, a los que están expuestas. De acuerdo con un análisis realizado por el Proyecto de Monitoreo de Asesinato Trans, se informó que 755 personas trans han sido víctimas de homicidios en todo el mundo entre enero de 2008 y noviembre de 2011. De estos casos registrados, el 80 por ciento se produjo en la Región de Latinoamérica y el 43 por ciento (324 casos) sólo en Brasil (los datos disponibles no incluyen al Caribe)[4]. El informe anual más reciente, que abarca el período entre noviembre 2010 y noviembre 2011, informó sobre 97 homicidios en Brasil, 23 en México, 19 en Colombia, 14 en Venezuela, 9 en Argentina y 9 en Honduras[5]. Seis de los asesinatos en Honduras se registraron durante un período de 60 días entre noviembre de 2010 y enero de 2011, y los cuerpos de varias víctimas mostraron rasgos de haber sido incendiados. En los últimos años también se ha observado un aumento marcado en denuncias de violencia contra las personas trans en Guatemala, con 14 homicidios en 2010[6].

4 http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/TMM/TGEU-PR-TDOR2011-en.pdf

5 http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/TMM/TGEU-PR-TDOR2010-en.pdf http://www.hrw.org/news/2006/02/20/guatemala-transgender-people-face-deadly-attacks

6 http://www.hrw.org/news/2006/02/20/guatemala-transgender-people-face-deadly-attacks

Las diferencias estadísticas, tanto entre LAC y otras regiones, como entre los distintos países de la región, pueden reflejar múltiples tasas de notificación y registro explícito de los actos de violencia contra las personas trans como una categoría específica. Sin embargo, las cifras absolutas disponibles hablan claramente en lo que respecta a los riesgos generalizados para la vida y la integridad física que enfrentan las personas trans en toda la región. Por otra parte, es de esperarse que, en general, las tasas reales de violencia se extiendan mucho más allá del número de casos registrados. Un defecto frecuente de los registros existentes es la falta de contabilización de la motivación de estos actos de violencia, ya que con frecuencia se informan los nombres legales y no la identidad social de las personas. Los datos disponibles sugieren, sin embargo, que los crímenes de odio, es decir, actos de violencia motivados por la transfobia (actitudes y comportamientos individuales y grupales de rechazo, desprecio, desdén y violencia hacia las personas trans), constituyen una gran parte de los casos reales[7].

Por otra parte, existe, en muchos casos, una tendencia de los medios de caracterizar a los crímenes de odio como "crímenes pasionales", minimizando así la responsabilidad social e incrementando las dificultades de acceso a la justicia y la potencial impunidad.

4.1.2 Salud Mental

El hecho de ser una persona trans no constituye, en sí mismo, una condición patológica de ningún tipo (véase la sección 5.1.1). Sin embargo, vivir como una persona trans, a menudo, requiere de esfuerzos para enfrentar entornos discriminatorios y hostiles. Por otra parte, la discrepancia entre los caracteres sexuales natales de una persona y su identidad de género, así como el estrés causado por la discriminación y la exclusión social, puede ser una fuente de malestar y angustias graves, situación también conocida como "disforia de género". Tanto la adversidad del medio ambiente, como la disforia de género, pueden tener un fuerte impacto negativo en la salud emocional y mental de las personas trans a lo largo de sus vidas. La inquietud, la ansiedad y la depresión son comunes entre las personas trans, y la ideación suicida tiene

7 http://www.aidsalliance.org/Newsdetails.aspx?Id=543
http://www.hrw.org/news/2006/02/20/guatemala-transgender-people-face-deadly-attacks

una frecuencia preocupante. En las redes sociales se encuentran a menudo comentarios sobre intenciones de suicidio. De acuerdo con una encuesta con 7.000 personas trans realizada por el National Center for Transgender Equality (Centro Nacional para la Igualdad Trans) y la National Gay and Lesbian Task Force (Fuerza Tarea Nacional de Gays y Lesbianas) publicada en octubre de 2010, un asombroso 41% de las personas encuestadas había intentado suicidarse en algún momento de sus vidas (Grant et al., 2010). Asimismo en una investigación realizada en Chile (Berredo, 2011) el 50% de la población estudiada señala haber intentado quitarse la vida y 87,5% manifiesta haber sufrido depresión. En el caso de las personas no-trans, estos índices caen drásticamente: 20% (depresión) y 5% (intento de suicidio). La experiencia, común entre las personas trans, de verse obligadas a vivir en el secreto y el aislamiento puede ser una intensa causa de la ansiedad y la depresión. También las preocupaciones sobre la aceptación son un motivo de gran angustia y sufrimiento. Para muchas personas, el miedo a la dificultad que puede existir en encontrar una pareja y disfrutar de una relación amorosa puede ser abrumador. Además, no puede soslayarse la importancia que tiene la autoestima para una buena salud mental.

4.1.3 VIH y otras ITS

Además de la violencia física, la salud de las mujeres trans se ve gravemente amenazada por el VIH y otras ITS. Los datos epidemiológicos relativos a la salud de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe son muy escasos, particularmente en el caso de hombres trans. Una de las razones de la falta de información es el hecho de que las mujeres trans, a menudo, han sido incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esta práctica no sólo no reconoce, en un nivel fundamental, la identidad de las mujeres trans, sino también invisibliza la especial vulnerabilidad de esta población. Esto último se evidencia en estudios que muestran que la prevalencia de VIH entre las mujeres trans pueden ser hasta 40 veces superior a la prevalencia entre la población general, y hasta el doble de la prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres.

Otros estudios (ATTA-REDLACTRANS, 2007; Asociación Silueta X, 2012; Asociación Panambi, 2011; Bolivia Red Trébol, 2012) informan tasas de prevalencia de VIH que varían del 26 al 35%

En cuanto a la prevalencia de las infecciones, los estudios existentes informan sobre tasas alarmantes de VIH entre las mujeres trans, que van desde 15 a 33 por ciento (Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b; Hernández et al, 2010; Tabet et al otros, 2002). Estas cifras indican que las mujeres trans son casi dos veces más vulnerables a contraer el VIH que los hombres que tienen sexo con hombres (tasas de prevalencia entre 2.5 y 18 por ciento en los mismos estudios). Los estudios centrados en las mujeres trans involucradas en el trabajo sexual incluso revelaron tasas de prevalencia de 28 a 63 por ciento, lo que confirma el trabajo sexual como un factor de riesgo significativo para las mujeres trans (Grandi et al, 2000; Sotelo, 2008; Dos Ramos Farías et al, 2011; Toibaro et al, 2009; Lobato et al, 2007; Salazar y Villayzan, 2010). Las tasas de prevalencia para la sífilis muestran patrones similares. En tanto que los estudios informan tasas de infección activa o pasada de sífilis que van de 1 a 13 por ciento para hombres que tienen sexo con hombres, para las mujeres trans las tasas varían del 6 al 51 por ciento (Universidad del Valle de Guatemala, 2010 /b; Hernández et al, 2010; Tabetet al, 2002). Entre las mujeres trans trabajadoras del sexo, las tasas observadas muestran una variación mucho menor, que van desde 42 a 50 por ciento (Grandi et al., 2000; dos Ramos Farías et al., 2011; Toibaro et al., 2009).

Además del VIH y la sífilis, hay datos limitados sobre la prevalencia de la infección por virus de la Hepatitis B, virus del Papiloma Humano (VPH) y el virus del Herpes Simple (HS). Al comparar la prevalencia de la hepatitis B, un estudio en Argentina reveló una tasa de 42 por ciento entre mujeres trans que hacen trabajo sexual (dos Ramos Farías et al., 2011). El mismo estudio informó una tasa mucho más baja que corresponde al 22 por ciento para los hombres dedicados al trabajo sexual, lo que demuestra que la vulnerabilidad de las personas trans no puede reducirse a la participación en el trabajo sexual en sí. De las trabajadoras sexuales trans incluidas en el estudio, el 97 por ciento dieron positivo para el VPH. Tres estudios evaluaron la prevalencia de HSV2 entre mujeres trans en El Salvador, Nicaragua y Perú. Dicho estudio informó tasas entre el 71 y el 81 por ciento (Hernández et al, 2010; Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b; Silva-Santisteban et al., 2011).

El riesgo de VIH para los hombres trans, especialmente aquellos con orientación homosexual está asociado al sexo sin protección con parejas VIH positivas. En un estudio de la sexualidad y el comportamiento sexual de hombres trans, 14 de 17 entrevistados informaron que sus parejas eran hombres homosexuales no-trans (Rowniak et al., 2011). La transmisión del

VIH puede ocurrir a través de prácticas sexuales vaginales (llamadas "frontales" por los hombres trans) o rectales ("traseras") sin protección.

4.1.4 Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Los estudios sistemáticos sobre el consumo de sustancias y las adicciones entre las personas trans son escasos. Sin embargo, algunos informes personales sugieren el consumo muy frecuente (diario) de alcohol y otras sustancias entre las personas trans que hacen trabajo sexual. De acuerdo con un estudio, el consumo de sustancias como alcohol y otras drogas (no inyectables) pareciera ser significativamente mayor entre las mujeres trans VIH positivas que entre otras personas VIH positivas (Toibaro et al, 2009). Todas las mujeres trans incluidas en este estudio hacían trabajo sexual. Algunas comunicaciones personales han puesto de relieve el hecho de que el uso de sustancias no está asociado a un "deseo de festejar" compulsivo, sino a la necesidad de hacer más soportables las dificultades de trabajo sexual (por ejemplo, clientes groseros e indeseables, malos tratos, amenazas y violencia). Otra situación frecuente es que, para ser admitidas en un establecimiento, las trabajadoras sexuales trans están obligadas a beber y alentar a los clientes a beber. Posteriormente, con el fin de reducir los efectos del alcohol, recurren a la cocaína u otras sustancias estimulantes. El alcohol y otras sustancias pueden reducir la capacidad de negociar los términos de un encuentro sexual, lo que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de infección por VIH y otros patógenos.

El consumo de sustancias también puede estar asociado a la búsqueda de situaciones que permitan soportar las realidades de un entorno generalmente, hostil y adverso.

4.1.5 Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales

A fin de lograr una apariencia física que corresponda a su identidad de género, las personas trans suelen recurrir a varios métodos. Uno de los más frecuentes es el empleo de hormonas y, en particular, de las llamadas

"hormonas sexuales" que tienen efectos feminizantes (estrógenos) o masculinizantes (andrógenos). Si bien es cierto que el efecto de estas sustancias consigue varios de los cambios deseados, su empleo no está exento de riesgos y de efectos colaterales que pueden afectar seriamente la salud. De ahí que el empleo de hormonas como parte del proceso de transición requiera una evaluación y acompañamiento por médicos calificados para prescribirlas y monitorear sus efectos. En el caso de hormonas empleadas para feminización del cuerpo (estrógenos y antiandrógenos), los efectos colaterales pueden incluir: enfermedad tromboembólica, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión, cálculos biliares, migrañas, retención de líquidos, además de otras condiciones relacionadas con el empleo de dosis elevadas de estrógenos como alteraciones en la producción de prolactina, resistencia a la insulina y desarrollo de tumores dependientes de dicha hormona. En el caso del uso de hormonas masculinizantes (testosterona), sin debido control clínico, pueden desarrollarse condiciones indeseables como disfunción hepática, eritrocitosis, hipertensión, acné, aumento de grasa corporal, desarrollo o agravamiento de apnea del sueño, desarrollo de tumores dependientes de andrógenos (testosterona) y enfermedad cardiovascular (Hembree et al., 2009).

Además de la administración de hormonas, muchas personas trans recurren a inyecciones de rellenos de tejidos blandos (la más común es la silicona líquida) para modificar partes de sus cuerpos. La información disponible sugiere que las mujeres trans utilizan substancias para alterar la forma de sus mamas, nalgas, piernas, labios o mejillas, mientras que los hombres trans pueden recurrir a inyecciones para modificar sus brazos y el pecho. En un estudio que incluye una muestra de mujeres trans jóvenes, entre 16 y 25 años, el 29% indicó que se habían inyectado silicona líquida en algún momento de su vida (Garofalo et al., 2006). Los elementos comunes asociados a la inyección de rellenos de tejidos blandos son: la administración por personal no calificado, las malas condiciones de higiene en el local de la administración, las malas prácticas de asepsia y antisepsia, la contaminación química de los materiales de relleno (con aceite de linaza y aceite mineral), contaminación bacteriana o por hongos. Además de las complicaciones derivadas de estas condiciones, la práctica de inyectar silicona industrial (dimetilpolisiloxano) o aceites de parafina directamente al tejido celular subcutáneo o los pómulos puede tener graves consecuencias médicas. Entre los efectos más severos, puede sobrevenir una embolia pulmonar, con consecuencias fatales en alrededor del 25% de todas las personas afectadas (De March Ronsoni et al, 2000). Otras complicaciones asociadas a la prácti-

ca de inyectar silicona líquida o aceite mineral incluyen: úlceras, celulitis, la migración de productos, cicatrices, abscesos e infecciones. Los problemas sistémicos, además de la embolia pulmonar, incluyen la hepatitis granulomatosa y la insuficiencia renal aguda.

4.1.6. Resumen de estudios de caso

En Lima, Perú, un estudio encontró que el 33% de la población trans (mujeres trans) encuestada tenían el diagnóstico de infección por el VIH, en comparación con el 18% entre los homosexuales y el 15% entre los hombres bisexuales; el 51% de las encuestadas trans había contraído sífilis, en comparación con el 13% de los hombres homosexuales, el 11% de los hombres bisexuales, y el 3% de la población heterosexual (Tabet et al., 2002). En otro estudio en Perú, la tasa de prevalencia del VIH entre mujeres trans varió de 32-45% en comparación con 18-26% entre los hombres que tienen sexo con hombres (Pun Chinarro, 2007). El consumo de sustancias era común, sobre todo alcohol y cocaína, durante el trabajo sexual (Cáceres, Salazar, Rosasco, y Salazar, 2006). También se ha mostrado que es común el uso ilícito de hormonas e inyecciones de silicona y otros productos (aceite de avión, mineral o vegetal) para feminizar el cuerpo, a menudo, autoadministrados o administrados por una compañera, y que conlleva graves riesgos para la salud en general (Salazar y Villayzan, 2010).

En Argentina, un estudio multi-sitio diseñado con la participación de la Asociación Argentina de Personas Transgénero encontró una tasa de prevalencia de VIH del 34% entre las personas trans (Departamento de ITS y VIH/SIDA, Ministerio de Salud - Argentina, 2007). En otro estudio en la Argentina, el 28% de 105 consultantes trans de un sitio que efectúa pruebas del VIH en Buenos Aires dieron positivo para el VIH, en comparación con un 6% entre las personas consultantes no-trans. El bajo nivel educativo, el uso de alcohol y otras sustancias, así como una historia de infecciones de transmisión sexual y el trabajo sexual fueron significativamente más frecuentes entre las personas consultantes trans (Toibaro et al., 2009). Además, la prevalencia de sífilis en este estudio fue del 42% entre las personas consultantes trans, frente al 18% entre las personas consultantes no-trans.

También en Argentina, los estudios han demostrado que son comunes las hormonas (61%) y las inyecciones (82%) de rellenos de tejido blando (por

ejemplo, las inyecciones de silicona) autoadministradas o por una compañera (Berkins, 2005; Loehr, 2007). Las hormonas son típicamente usadas en exceso con la esperanza de resultados más rápidos y más visibles.

En una muestra clínica de personas trans en Brasil (N = 138), el 17.6% era VIH positivo, el 19.5% padecía alguna ITS, el 14.2% había intentado suicidarse, y el 42.7% tenía, al menos, un problema psiquiátrico coexistente (Lobato et al., 2007). En otro estudio entre mujeres trans que hacen trabajo sexual en Rio de Janeiro (N = 46), el 63% dio positivo para el VIH y el uso de drogas inyectables estaba asociado significativamente con la infección por VIH (Inciardi y Surratt, 1997). En São Paulo, un estudio entre las personas trans en una población penitenciaria (N = 82) encontró que el 78% dio positivo para el VIH (en comparación con el 17% entre la población penitenciaria en general), el tiempo pasado en prisión (más de 6 años) y el número de parejas sexuales en el último año (> 10) se asociaron significativamente con la infección por VIH (Varella et al., 1996).

4.1.7 Otros problemas de salud

Otros problemas de salud identificados por las personas trans de Latinoamérica y el Caribe, especialmente aquellas que trabajan en las calles, incluyen varios problemas asociados a las dificultades de trabajar en esas condiciones. (Mazín R. Comunicación personal, 2011). Los siguientes han sido mencionados, entre otros:

- Problemas dermatológicos (erupciones, prurito, pústulas, infestaciones parasitarias) como resultado del uso de prendas de vestir y rellenos hechos de fibras sintéticas, sudoración excesiva y la falta de acceso a los servicios básicos de higiene.
- Problemas dentales.
- Problemas de sueño.
- Problemas de nutrición, incluyendo anorexia, bulimia y desnutrición.
- Heridas, incluyendo las consecuentes de la violencia sexual.
- Consecuencias físicas y psíquicas de la intimidación (bullying), el acoso y la transfobia (la transfobia y la homofobia son problemas de salud pública omnipresentes en Latinoamérica y el Caribe).
- Problemas de salud específicos asociados con el trabajo sexual.

En conclusión, lo que sabemos acerca de la salud y el bienestar de las personas trans en la región se limita a un número relativamente pequeño de estudios centrados, principalmente, en mujeres trans que hacen trabajo sexual y la vulnerabilidad al VIH. El contexto de la estigmatización y la marginación, las múltiples dificultades que las trabajadoras del sexo trans deben soportar, la falta de acceso a la atención de la salud y la auto-administración de hormonas y silicona están bien documentados y resultan muy preocupantes. Todos los futuros esfuerzos para promover la salud de las personas trans en la región deben tener estos datos en cuenta.

4.2 Vacíos de conocimiento en información estratégica

Las debilidades en la recolección de datos incluyen: el bajo acceso de los investigadores a la población, la ausencia de redes comunitarias cohesivas dentro de la población, la falta de redes de salud efectivas al igual que servicios de salud apropiados, desacuerdos con la terminología utilizada para referirse a la población. Esto último afecta la confianza de la comunidad e impacta la eficacia de los investigadores. Por ejemplo, referirse a las mujeres trans como "machos transexuales" u "hombres que tienen sexo con hombres (HSH)" aleja a los potenciales sujetos. Otra limitación puede ser el uso por parte de los investigadores de definiciones para describir tanto a las personas trans (ver sección de terminología, definiciones y descripción de la población) que artificialmente limitan los grupos de sujetos disponibles para la investigación (por ejemplo, describir a las personas transexuales como sólo aquellas que previamente han sido objeto de reconstrucción genital). El Centro de Excelencia para la Salud Trans de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) ofrece recomendaciones para la recolección de datos que pueden encontrarse en: http://transhealth.ucsf.edu/pdf/data-recommendation-2page.pdf.

La investigación sobre la salud trans en Latinoamérica y el Caribe es muy limitada. Existen algunos estudios publicados, provenientes de Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Puerto Rico. Además, hemos tenido la oportunidad de revisar los informes de los estudios de evaluación de necesidades de Argentina y Perú y estamos informados sobre una galardonada iniciativa de salud trans en Cuba. Estas fuentes parecen evidenciar muchas de las dificultades que se encuentran entre las poblaciones trans

en los Estados Unidos. Sin embargo, las intervenciones y servicios de salud están aún menos disponibles en la región de LAC. Por otra parte, lo que sí sabemos está casi totalmente limitado a las mujeres trans, muchas de ellas involucradas en el trabajo sexual. De hecho, la información disponible sobre el estado de salud y necesidades de los hombres trans en la región es extremadamente limitada. Dos excepciones, aunque con pocos testimonios, son el informe "Transformando el Derecho a la Salud" de la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad de Chile [8] y la investigación "Dificultades Administrativas enfrentadas por las personas Trans en la Región Metropolitana de Chile" (Berredo, 2011).

Como puede observarse, abundan las lagunas en el conocimiento, prevalece lo desconocido y anecdótico, y los escasos datos cualitativos requieren de cuantificación para establecer un cuerpo de evidencia que pueda servir de base para la asignación de recursos frente a las disparidades de salud para mejorar el acceso a la atención con el fin de promover la salud integral para las personas trans. Algunos de los principales vacíos en el conocimiento son los siguientes:

a) Número y datos demográficos (edad, área o zona de residencia, etnicidad, educación, filiación religiosa, ocupación) de la población trans de la región.
b) Epidemiología integral y sistemática referente a asuntos y problemas de salud.
c) Prevalencia de riesgos por comportamiento.
d) Predictores de riesgo y resiliencia (que es la capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas).
e) Intervenciones efectivas de prevención.
f) Acceso, oferta y utilización de servicios de atención a la salud apropiados.
g) Mapeo de los factores de riesgo estructurales y formas efectivas de hacerles frente.

En fechas recientes el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias (Institute of Medicine of the National Academy of Sciences) de los EE.UU. publicó un informe sobre la salud LGBT (OIM, 2011) delineando

8 http://saludtranschile.files.wordpress.com/2012/09/resumen-dic3a1logo-informacic3b3n-en-salud-y-personas-trans.pdf

específicamente las lagunas en la investigación sobre salud trans. Si bien se limita a la salud trans en los Estados Unidos, el informe es explícito acerca de la necesidad de considerar estos problemas de salud a la luz del contexto socio-cultural, y muchas de las preguntas de investigación pendientes y las necesidades son de aplicación universal. Por lo tanto, este informe es otro recurso para guiar los esfuerzos futuros, incluyendo acciones de colaboración internacional, en la promoción de la salud integral y la calidad de vida de las personas trans también en Latinoamérica y el Caribe.

5. DETERMINANTES DE LA SALUD Y OBSTÁCULOS SOCIOCULTURALES, LEGALES Y ESTRUCTURALES A LA ATENCIÓN INTEGRAL

5.1 Valores, estigma y otros determinantes de la salud

Las experiencias de las personas trans, su salud y bienestar, y su acceso y utilización de los servicios de salud no pueden entenderse sin tener en cuenta el contexto sociocultural en el que viven. Una de las principales fuerzas universalmente descritas como un factor que afecta fuertemente la salud de las personas trans es el estigma asociado a la variación y no conformidad de género. En las culturas patriarcales, en las que la masculinidad se considera de "alto valor", las personas que se atreven a traspasar los límites de género tienden a ser vistas con desdén. En cierto modo, este es un fenómeno paralelo al estigma asociado a la homosexualidad, ya que las investigaciones han demostrado que gran parte de ese estigma se basa en la no conformidad con el papel de género, expresado ya sea en términos conductuales (masculinidad o feminidad) o en el papel sexual asociado (en algunos entornos culturales, ser receptor o "pasivo" en lugar de "activo" o "insertador" se considera gay). Sin embargo, las personas trans, por lo general, muestran con mayor visibilidad su no conformidad de género que los homosexuales, lesbianas o bisexuales, exponiéndolas a un alto nivel de estigma y discriminación relativos al género. En este sentido, la homofobia y la transfobia son expresiones de sexismo intenso tal vez porque las "transgresoras", en el caso de las mujeres trans, son vistas como personas que "renuncian" a la posición social más ventajosa (la masculina) y "merecen ser condenados al ostracismo". **El modelo de estrés por pertenecer a minorías** (Brooks, 1981; Meyer, 1995, 2003) ofrece un marco teórico para entender cómo los efectos psicológicos de la estigmatización se añaden a otros factores vitales que hacen a las personas trans adicionalmente vulnerables a efectos de salud adversos (ver sección 7.7).

Además del impacto directo del estigma sobre la salud, el rechazo de la familia, el acoso y la deserción escolar, la discriminación en el empleo y la vivienda así como la falta de oportunidades, el abuso policial y la exclusión social tienen efectos graves en la salud y el bienestar de las personas trans (Kulick, 1998; Loehr, 2007; Prieur, 1998). La pobreza juega un papel crucial en este contexto, contribuyendo a una dinámica de un potencial círculo vicioso. Por un lado, la pobreza reproduce el efecto indirecto de la estigmatización al privar a las personas afectadas de los medios potencialmente necesarios para acceder a los servicios de salud. Por otro lado, la privación socioeconómica reduce las opciones de vida de una persona a situaciones como el trabajo sexual ilegal, que pueden llevar a mayores riesgos de salud y, al mismo tiempo, tienden a reforzar el mismo estigma que ha contribuido a la privación en el primer lugar.

Por ejemplo, en Buenos Aires, a menudo se les niega la vivienda a las travestis[9] que, con frecuencia, deben pagar rentas exorbitantes por viviendas precarias, sin acceso a su propia cocina (49%) o a un baño (48%) (Loehr, 2007). El rechazo de la familia y sus pares contribuye al riesgo de que la juventud trans termine en la calle con la necesidad de encontrar maneras de sobrevivir en esas circunstancias. La deserción escolar interrumpe la educación, y la discriminación laboral limita aún más la capacidad de las personas trans de buscar trabajo y de establecer apoyos sociales saludables. La comunidad trans es, a menudo, más visible en la calle. La discriminación laboral y la falta de vivienda hacen a las personas trans más vulnerables a la involucración en el trabajo sexual (Schifter, 1999). Como señala un informe de Lima, Perú, (Salazar y Villayzan, 2010 p.2):

> "Este resultado <prevalencia de VIH>, asociado a otros problemas de salud física y mental, es la consecuencia del constante etiquetado social, la discriminación, la falta de oportunidades, la exclusión social y la violencia de género. Las principales manifestaciones de este ambiente nocivo para los derechos de las personas trans son el rechazo familiar y social, la deserción escolar y las limitadas posibilidades de vivienda y trabajo. Teniendo en cuenta estos resultados, el trabajo sexual acaba siendo una de las pocas alternativas que las personas trans tienen para sobrevivir".

9 Se utiliza aquí el término travesti en la acepción usada en Argentina.

El mismo informe reconoce, además, que el trabajo sexual es una de las limitadas actividades generadoras de ingresos disponibles para estas personas. Ello obedece a la estigmatización y la discriminación en el empleo, por lo que las mujeres trans tienen una propensión aumentada al trabajo sexual, ya que éste proporciona un espacio donde encuentran aceptación entre sus compañeras, y se ven deseadas por los clientes, fortaleciendo su autoestima disminuida (Salazar y Villayzan, 2010, p. 12).

El trabajo sexual puede ser peligroso, particularmente cuando es ilegal. Investigaciones efectuadas en los EE.UU. muestran que las mujeres trans que hacen trabajo sexual se encuentran en la parte inferior de la jerarquía del comercio sexual, recibiendo el nivel de pago más bajo y el mayor nivel de abuso (Boles y Elifson, 1994). El consumo de drogas parece ser una forma común de enfrentar estas dificultades (v.g., Kulick, 1998; Prieur, 1998; Schifter, 1999).

El trabajo sexual, el uso de alcohol, drogas y las inyecciones de relleno de tejidos blandos han sido identificados como factores con efectos graves sobre la vulnerabilidad de las mujeres trans para contraer el VIH y otras ITS. Asimismo, la pobreza también es un factor de riesgo. Los estudios realizados entre grupos de mujeres trans en los diferentes países de la región revelan que los índices de trabajo sexual oscilan entre 33 y 75 por ciento (Sotelo, 2008; Silva-Santisteban et al, 2011; Hernández et al, 2010; Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b). El uso del preservativo rara vez es constante y varía según los tipos de compañeros. Si bien las tasas de uso del condón con sus clientes comerciales varían de 40 a 98 por ciento, son significativamente inferiores con sus compañeros no comerciales. Para las interacciones sexuales con parejas o compañeros no comerciales ocasionales, las tasas de uso del condón varían del 37 al 78 por ciento. Para interacciones con las parejas estables, las tasas son tan bajas como entre el 22 y el 46 por ciento (Silva-Santisteban et al, 2011; Grandi et al, 2000; Centro de Estudios de la Sexualidad y MUMS, 2009; Hernández et al, 2010; Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b). Además del riesgo de transmisión sexual, las mujeres trans son vulnerables a contraer el VIH a través de prácticas inyectables peligrosas, ya sea en relación al uso de drogas (las tasas reportadas van desde 19 a 86 por ciento) o, teóricamente, por el uso de inyecciones de silicona o aceite administradas por si mismas o por compañeras con el propósito de modificar el cuerpo (Toibaro et al, 2009;

Hernández et al, 2010; Centro de Estudios de la Sexualidad y MUMS, 2009; Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b).

La literatura disponible sobre el estigma que sufren las personas trans en Latino América y el Caribe (LAC) es, sobre todo, cualitativa y bastante limitada. Schifter (1999) realizó inicialmente algunas encuestas (N = 22) y entrevistas (N = 20) con trabajadoras sexuales trans y sus compañeros masculinos (N = 11) en Costa Rica y, siete años más tarde, llevó a cabo un seguimiento en la misma región, que consistió en entrevistas con trabajadoras sexuales trans (n = 25), sus parejas masculinos (N = 5), representantes vecinales (N = 5) y otros informantes clave (N = 10). El estudio también incluyó trabajo de campo etnográfico. El estigma asociado a la no conformidad de género surgió como un tema global. La discriminación en el empleo, especialmente para aquellas que no son reconocidas como mujeres, ha contribuido a la entrada de estas personas al comercio sexual. El uso de substancias para hacer frente al estigma era común, con el alcohol y el crack como las drogas más usadas. La iniciación sexual temprana, consensual o no, con un hombre conocido mayor, era un dato común entre las participantes trans. Este hecho se observaba con mayor frecuencia que entre un grupo comparativo de hombres que tienen sexo con hombres. También se observó que esta iniciación ocurrió a una edad más temprana (12 años entre las participantes trans frente a 16 entre los hombres que tienen sexo con hombres, (Schifter, 1999, p 24). Las hormonas feminizantes, por lo general, se obtenían ilícitamente: la Depo-Provera y otras hormonas podrían ser obtenidas de clientes que eran médicos. El apoyo social era muy limitado y el apoyo de las compañeras se veía disminuido debido a la competencia por los clientes y parejas, y, probablemente también, como resultado de ser una comunidad oprimida (ver también Loehr, 2007 o Kulick, 1998). La homofobia y la transfobia internalizada eran comunes, expresadas a través de, por ejemplo, la desconfianza hacia las compañeras, y las actitudes negativas hacia los hombres homosexuales y al VIH y SIDA.

En la Ciudad de México, Infante y colegas (2009) realizaron un estudio cualitativo que incluyó observación y entrevistas en profundidad (N = 9) entre trabajadoras sexuales trans. Los resultados indican que la mayoría era de nivel socioeconómico bajo a medio, sufría profunda estigmatización (inclusive por miembros de la comunidad homosexual), tenía poco acceso a los servicios de salud (en parte debido al temor a la discriminación o la falta de confidencialidad). El uso de alcohol y otras sustancias era común. En comparación con los trabajadores sexuales masculinos, las trabajadores

sexuales trans laboraban en un entorno más violento. Los conflictos entre las trabajadoras sexuales trans y sus compañeras eran comunes, en parte debido a la envidia y la competencia, poniendo en peligro las posibilidades de apoyo mutuo. El acceso a la atención sanitaria trans-específica era deficiente, lo que llevaba a que muchas trabajadoras sexuales trans se auto administraran hormonas e inyecciones de silicona.

Un estudio realizado en São Paulo (N = 53) reveló que las trabajadoras sexuales trans eran jóvenes, con poca educación, un nivel socioeconómico bajo, y, en comparación con hombres y mujeres trabajadoras sexuales no-trans, se encontraban en mayor riesgo de contraer ITS, asociado a un mayor número de años en el trabajo sexual, un mayor número de parejas sexuales diarias, una historia de ITS ulcerativas, más sexo anal, mayor utilización de sustancias no inyectables (sobre todo el crack), y una historia de encarcelamiento. El uso del condón fue menor con las parejas estables que con parejas comerciales. (Costa-Passos y de Castro-Figueiredo, 2004).

Varios estudios cualitativos en Brasil examinaron las características, identidades, relaciones, comportamientos sexuales y el contexto sociocultural de travestis. Roberto y García (2009) encontraron que las identidades primarias asimiladas por las travestis en el área de la feminidad eran aquellas de la mujer sumisa, la "puta" y la mujer súper seductora (hiperfeminidad), y, en el área de la masculinidad, el "viado" (raro), el "malandro" (sinvergüenza) y el "bandido". Casi todas las travestis eran de clase socioeconómica baja, enfrentaban una intensa discriminación desde la niñez y la adolescencia, carecían de educación y tenían dificultades para encontrar empleo, por lo que el trabajo sexual era una de las pocas opciones de supervivencia. En contraste con las travestis, las identidades adoptadas por personas de clase media y alta eran de transexuales (Benedetti, 2005), de personas travestidas (Primo, Pereira, y Freitas, 2000), y de drag queens (Vencato, 2005). Las travestis parecen adoptar con más fuerza la identidad de la "puta" que las trabajadoras del sexo no-trans, en parte como una manera de afirmar su feminidad. Aunque muestran una versatilidad sexual con sus clientes masculinos, tienden a asumir el papel receptivo en las relaciones con sus compañeros masculinos también para afirmar su feminidad. De acuerdo con Kulick (1998), las travestis no quieren tanto a sus parejas principales para el placer sexual ya que lo obtienen de sus parejas ocasionales: "No reciben sexo de sus hombres, sino lo que obtienen es la confirmación de género." (Kulick, 1998). Son menos propensas a usar condones con su pareja primaria, ya que los condones se asocian al trabajo. El estudio etnográfico

llevado a cabo por Kulick (1998) también reveló extendidas ideas erróneas sobre el VIH/SIDA, otras condiciones de salud y su tratamiento (por ejemplo, la creencia de que uno puede determinar si alguien tiene una infección con sólo mirarlo). Estas creencias conducen a errores de percepción sobre los riesgos para la salud y, por lo tanto, representan un obstáculo para la adecuada atención a la misma.

Si bien los riesgos asociados con el trabajo sexual y el uso de sustancias para las personas trans se han documentado en todo el mundo, hay que destacar que muchas de las muestras en los países europeos consisten, en gran parte, de inmigrantes trans de Latinoamérica y el Caribe (por ejemplo, Gattari, Rezza, Zaccarelli, Valenzi, y Tirelli, 1991; Gattari, Spizzichino, Valenzi, Zaccarelli, y Rezza, 1992). Informes procedentes de Brasil (Kulick, 1998) y Argentina (Loehr, 2007) documentan la migración de trabajadoras sexuales trans a Europa. Esta migración se ve facilitada por "Madames" trans (llamadas "cafetinas" en Brasil, "regentas", "tías" o "madrotas" en países de habla española) que, a menudo, funcionan como figura materna, organizan los viajes (pasajes, visados, contactos) y lugares para trabajar: todo lo que la trabajadora sexual trans tendrá que devolver con altos intereses. Gracias a su duro trabajo en Europa, las trabajadoras sexuales trans de la región abrigan la esperanza de regresar eventualmente a su país de origen con el dinero suficiente para poder comprar una casa y un automóvil y, posiblemente, convertirse ellas mismas en una "madame".

5.1.1 El estigma de la psicopatologización

Al igual que en América del Norte y Europa Occidental, existe una controversia amplia en Latinoamérica y el Caribe en relación con el diagnóstico de "Trastorno de Identidad de Género", que se clasifica como un trastorno mental en el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (American Psychiatric Association, 2000; Vance et al, 2010; WHO, Organización Mundial de la Salud, 2007).

Por ejemplo, en Brasil, Aran y colaboradores (2009) y Ventura y Schramm (2009), señalan que el diagnóstico podría socavar la autonomía de las personas trans, y abogan por políticas públicas que no dependan de un diagnóstico médico o de haber pasado por una cirugía de reasignación de

sexo. El ser etiquetado como portador de un trastorno conlleva un estigma permanente e indeleble en la vida de la persona cuya existencia misma se considera como una expresión de psicopatología.

Como alternativa, algunos autores prefieren referirse a la "Disforia de Género" como una condición transitoria que puede nacer del malestar causado por la falta de acuerdo entre la identidad de género y las características sexuales primarias y secundarias. El término "Disforia de Género" tiene la ventaja de referirse a una forma de aflicción o sufrimiento que puede remediarse. En contraste con "Trastorno de Identidad de Género", puede ofrecer una vía para la cobertura de servicios de salud sin imponer una etiqueta permanente en las personas. Sin embargo, algunas personas aún lo consideran un término estigmatizador que no quisieran que se conservara en los manuales o documentos médicos.

Declaración de WPATH sobre la despatologización de la variación de género

"El Consejo de Directores de WPATH insta enérgicamente a la despatologización de la variación de género en todo el mundo. La expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo. La psicopatologización de las características e identidades de género refuerza o puede desencadenar la estigmatización, lo que hace más probable el prejuicio y la discriminación. Todo esto puede hacer a las personas transgénero y transexuales más vulnerables a la marginación y exclusión social y legal, y aumentar los riesgos a la salud y bienestar físicos y mentales. WPATH insta a las organizaciones gubernamentales y profesionales médicas a revisar sus políticas y prácticas con objeto de eliminar el estigma hacia las personas con no conformidad de genero"[10].

10 http://www.wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

5.2 Obstáculos socioculturales, legales y estructurales a la atención de la salud

El estigma asociado a la variación de género parece ser la barrera sociocultural más generalizada. Además de algunos aspectos ya discutidos anteriormente, las comunidades trans están a menudo fragmentadas y carecen de visibilidad. La legislación sobre derechos humanos que proteja a las personas trans del estigma y la discriminación es necesaria como parte de la respuesta para hacer frente a los factores estructurales que impactan negativamente en la accesibilidad a los servicios. Rueda señala que las personas que no expresan el comportamiento femenino o masculino socialmente esperado, es decir, culturalmente asignado con base en sus genitales y demás características anatómicas, no están protegidas de manera adecuada por el Estado y la sociedad (en Salinas Hernández, Héctor Miguel, 2012).

Un estudio realizado por Barreda e Isnardi (2003) en Argentina, indicó que las personas trans consideran los hospitales y otros centros de salud como insensibles o excesivamente discriminatorios, y que son lugares a donde debe acudirse sólo en casos de extrema necesidad. El personal médico, a menudo, no reconoce la identidad de las travestis. Por ejemplo, una participante dijo: "Una vez yo estaba en una sala de espera y me llamaron por mi nombre masculino y apellido. Casi me muero de la vergüenza. Yo no me levanté, esperé hasta que llamaron a otra persona y luego me fui". También puede ocurrir que las personas travestis sean pasadas de mano en mano entre diferentes miembros del personal, ya que los proveedores no se sienten cómodos en tratarlas (Loehr, 2007). Los médicos pueden no entender por qué las travestis se inyectan silicona, se involucran en el trabajo sexual o utilizan drogas. Los servicios de hospitalización son, a menudo, segregados por sexo, y las travestis son asignadas a la sala de los hombres, lo que plantea grandes desafíos. Esto lleva a muchas travestis a evitar totalmente la atención de la salud y, por lo tanto, no reciben atención preventiva o de intervención temprana.

Las personas trans pueden tener dificultades con el cambio de sus documentos de identificación para reflejar su identidad de género que difiere del sexo indicado en su certificado de nacimiento. Si bien el reconocimiento legal de la identidad de género de una persona puede ser considerada

como una cuestión del debido respeto legal, también tiene implicaciones importantes para la salud. Por ejemplo, el reconocimiento legal es, a la vez, directamente relevante para reducir la angustia mental, así como para facilitar la inclusión en mercado de trabajo, lo que puede contribuir a la disminución de vulnerabilidades relacionadas con el trabajo sexual, además de favorecer el desarrollo personal y la igualdad de oportunidades. En cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud, los documentos de identificación adecuados son fundamentales para garantizar que los proveedores de cuidado de la salud traten a las personas trans en una manera respetuosa, y que se refieran a ellas en formas que se corresponden con su identidad de género.

Después de una revisión de la escasa literatura existente en español sobre temas de salud trans en la región, se realizaron entrevistas a informantes clave entre delegados latinoamericanos durante la Conferencia Internacional sobre el SIDA (IAC) en Viena, Austria, en julio de 2010. En un intento de reunir información pertinente acerca del acceso a la salud, se utilizó una herramienta de entrevista breve desarrollada por el Centro de Excelencia para la Salud Trans para llevar a cabo un análisis de las deficiencias de servicios en California, Estados Unidos. Esta herramienta fue modificada con el fin de obtener respuestas comparables. Las encuestadas fueron cinco mujeres trans, todas de Latinoamérica. Una de ellas era de Buenos Aires, Argentina; una de Lima, Perú; y tres provenían de varias ciudades (Guadalajara, Oaxaca y Monterrey), en México. Además, se entrevistó a una investigadora de Salud Pública de una Universidad del Perú, quien no fue identificada como trans, pero había llevado a cabo diversas investigaciones epidemiológicas de mujeres trans en Perú. Otros datos cualitativos fueron obtenidos durante una sesión de discusión en la Aldea Global de la Conferencia Internacional de SIDA, en Viena. Todas las participantes dieron su consentimiento verbal en el entendimiento que los datos recogidos se utilizarían para la identificación de brechas en el acceso a la salud de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en español por JoAnne Keatley, fueron audio-grabadas, transcritas, y luego traducidas al inglés. En total, se contaron más de 40 páginas de transcripción. Los análisis de datos cualitativos consistieron en leer todas las transcripciones e identificar ciertos temas recurrentes que han sido incluidos en este resumen. Los cinco temas identificados fueron: el estigma / transfobia, la frustración con la constante

confusión y combinación de las cuestiones de HSH con los temas trans, la falta de acceso a los servicios de salud, la violencia, y la necesidad de las personas trans de establecer un proceso para la creación de redes globales. En el informe narrativo se incluyeron citas que demuestran los problemas que las encuestadas identificaron como los mayormente causantes de la falta de acceso a los servicios de salud. Las citas se insertan en el presente documento en los lugares apropiados, y se identifican como "Entrevistas realizadas por JoAnne Keatley". Es importante mencionar que las brechas de información persisten, y que el conocimiento acerca de las personas y las comunidades trans en el Caribe de habla inglesa es casi nulo.

En las entrevistas realizadas por Keatley, el estigma y la transfobia se mencionaron como un problema por todas las personas entrevistadas, existentes en diversos grados, dependiendo del país y del entorno. Las encuestadas consideraron que el estigma y la transfobia de funcionarios y proveedores de salud atentan contra su capacidad de acceder a los servicios, como lo demuestran las citas a continuación:

Entrevistada mexicana:

"Nuestra vulnerabilidad o prácticas de riesgo no son condiciones per se de las personas trans: son el resultado de los contextos políticos, económicos y sociales".

Entrevistada peruana:

"La salud es un tema interdisciplinario. No puede haber prevención en un contexto de hostilidad hacia la población. Eso no existe. Quiero decir, puedo dar un preservativo a una mujer como nosotras, <pero> si un oficial de policía la acosa, si un oficial de policía la persigue o la mata, en ese momento, ella no está pensando en la prevención, sino más bien una cuestión de supervivencia inmediata".

"Por lo tanto, creo que tenemos que empezar a hacer de esto una prioridad política, la educación y la inclusión de las personas a través de leyes, que es lo único que va a permitirnos superar esta epidemia en la población trans y no desempeñar el papel de bomberos. Hacemos estudios y apagamos pequeños incendios, pero la casa se está quemando".

"En primer lugar, nos mantenemos fuera de los centros de salud, ya que hemos sido víctimas de discriminación por parte de los proveedores".

Entrevistada argentina:

"La cosa es que, en Latinoamérica, la identidad de género todavía no se ha respetado".

"Ella tenía que trabajar esa noche porque no tenía donde dormir. En tres meses, ella perdió todo lo que tenía en su hotel. En Argentina, existen albergues sólo para hombres o mujeres, y si vamos a un albergue para hombres, nos piden que vistamos como hombres. Los refugios para mujeres no nos aceptan. Las opciones son el Estado o la Iglesia, y ninguno de los dos actúa con responsabilidad frente a las personas (trans). Y esto sucede en toda Latinoamérica".

"Cuando una persona no es perseguida por el Estado y tiene opciones para elegir, de decir, quiero estudiar, quiero ser abogada, quiero ser diseñadora, quiero trabajar, y también puedo ser trabajadora sexual, con todos mis derechos, hay una mayor esperanza de vida. Creo que esas son las recomendaciones que yo haría a cualquier gobierno: Respeto a la identidad de género, políticas inclusivas para las personas <trans>".

"Y les diría a legisladores y oficiales gubernamentales que su trabajo es mejorar la calidad de vida de <todas > las personas, y eso es lo que deben hacer por su comunidad".

Entrevistadora: ¿cuál diría usted que es la esperanza de vida de una mujer trans?
"De 30 a 35 años".

Entrevistas realizadas por JoAnne Keatley

Combinación de cuestiones relativas a HSH con cuestiones trans

Muchas de las entrevistadas por JoAnne Keatley en Viena, Austria, en julio de 2010, describieron la práctica habitual de parte de funcionarios gubernamentales y de salud pública de combinar las cuestiones específicas relativas a los hombres que tienen sexo con hombres con los pro-

blemas que afectan a personas trans para hacerlas una única cuestión. Así, describieron un sistema que no evalúa los problemas de salud trans-específicos y que ni siquiera reconoce que las dos poblaciones (HSH y trans) son, de hecho, distintas

Entrevistada argentina:

"*Por eso es muy importante que las personas trans trabajen con los investigadores en este tipo de estudios, para que ellos puedan tener una perspectiva real del problema. Porque de esta manera se pueden beneficiar al hacer la diferencia entre hombres que tienen sexo con hombres y las personas trans, y que va a ayudarlos mucho para entender por qué los riesgos del VIH con frecuencia se concentran en las personas trans*".

Entrevistada peruana:

"*Creo que uno de los mayores retos para ellas es llegar a ser una comunidad muy visible… convertirse en una comunidad visible para el sector salud. Quiero decir, hemos conseguido proyectos financiados en los últimos cinco años, pero ninguna de estas intervenciones se han ocupado de la comunidad trans*".

"*Cuando la gente habla de los HSH, dicen: los HSH y Trans, porque estamos más en la fase de discurso. Realmente necesitamos que se visibilicen y digan, mira, nosotras somos el grupo más afectado*".

Entrevistas realizadas por JoAnne Keatley

5.3 El papel de los sistemas educativos

A pesar de los pocos datos precisos sobre los logros educativos de las personas trans, hay indicios de que pocas de ellas alcanzan los niveles de educación escolar más altos, por no hablar de los estudios de posgrado.

En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina, se observa una alta proporción (64,4%) de personas trans sin ningún tipo de educación supe-

rior (Jones, 2006). Un estudio similar en Córdoba, Argentina indica un porcentaje de 82,3% de personas trans encuestadas cuyo máximo nivel educativo alcanzado fue el secundario o medio (Iosa, 2012). La proporción de personas trans entrevistadas que no tienen educación superior completa es de 73,2% en México (Sívori, 2008). En Bogotá, Colombia, una investigación constató un 83,2% de entrevistados y entrevistadas trans que no han empezado o no han logrado concluir estudios superiores (Brigeiro, 2010). Los datos recogidos en un estudio realizado en Santiago de Chile (Barrientos, 2012) indicó que un 81,2% de las personas trans encuestadas no ha accedido a un título o grado superior[11].

Otro estudio chileno –que incluye equitativamente a hombres trans y mujeres trans– señala que un 60% de las y los encuestados nunca ha logrado finalizar ningún estudio más allá de la educación básica (Berredo, 2011).

Hay muchos factores que pueden contribuir a esta situación desventajosa, pero entre los más importantes se encuentran el estigma, la intimidación (bullying) y la falta de preparación de los sistemas educativos para hacer frente a las cuestiones de género y la diversidad sexual, lo que generalmente conduce a la deserción escolar. Es un hecho bien conocido que el aumento de los niveles de educación está asociados con una mejor utilización de los servicios de salud, con la comprensión del auto-cuidado, con prácticas de prevención y, probablemente, con la adopción de conductas de búsqueda de la salud en general. En consecuencia, los sistemas educativos deben desempeñar un papel en la mejora de la calidad del ambiente educativo mediante la prevención del estigma, la discriminación y el acoso, medidas que contribuirían a reducir la deserción escolar de las personas trans. Teniendo en cuenta el derecho a la educación, es igualmente importante garantizar que los programas y currículos se refieran a cuestiones de género, incluyendo la diversidad de identidades y los resultados negativos de la intolerancia y el sexismo, incluyendo la homofobia y la transfobia[12].

11 Datos obtenidos de los estudios apoyados por el CLAM, pueden ser encontrados en http://www.clam.org.br/es/livros/

12 El derecho a la educación está consagrado en el artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 13 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador "). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona a la educación y la educación que tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y la dignidad, y debe fortalecer el respeto de los derechos

5.4 El papel de los sistemas de salud

Los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe, al igual que en el resto del mundo, se han conformado para la entrega de los servicios e insumos que permitan responder a las necesidades y demandas de salud de las diversas poblaciones de los países de la Región. El funcionamiento de un sistema de salud depende de la adecuada coordinación de instituciones que lo conforman y los recursos humanos que ellas disponen. Además, los sistemas requieren de adjudicación de recursos financieros suficientes para la ejecución de planes y el logro de objetivos y metas propuestos. El óptimo funcionamiento de los sistemas de salud se ve afectado si existe segmentación y fragmentación de las instituciones y los niveles que los conforman. Además, los avances deseables en materia de salud no se logran del todo si los servicios dentro de estos sistemas se concentran en atención médica curativa, privilegiando el tratamiento sobre la prevención o la promoción de la salud.

Actualmente, los sistemas de salud en muchos lugares de la región están caracterizados por el hecho de que se destinan muchos recursos, justificadamente, en la atención a la infancia y las mujeres embarazadas. Sin embargo, se invierte poco en la atención de hombres adultos y, mucho menos, en la de hombres que tienen sexo con hombres o las poblaciones trans. Como consecuencia, los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe no siempre están suficientemente preparados para satisfacer las necesidades de salud de la diversidad sexual y de género. Los siguientes aspectos de la utilización de los servicios de salud reflejan esta situación:

1. Los adultos tienden a acercarse a los servicios de salud sólo cuando están [gravemente] enfermos, cuando han sufrido un accidente o experimentan algún otro tipo de urgencia médica.

2. Las personas trans experimentan miedo al rechazo, al tratamiento inadecuado o a la negación de servicios, prefiriendo por lo tanto utilizar servicios privados o clandestinos, la automedicación o mantenerse fuera de los servicios de salud por completo.

humanos y las libertades fundamentales, promoviendo la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos raciales, étnicos o religiosos.

Este último aspecto refleja la ausencia o debilidad de las políticas, estrategias o servicios de salud adecuados para la población trans. Las instituciones públicas y los recursos se organizan, a menudo, en formas que no abordan adecuadamente las necesidades y demandas de las personas trans. Por lo tanto, los principales propósitos de los sistemas de salud –la buena salud y la contribución financiera justa para asegurar y mantener los más altos niveles posibles de la atención dispensada a través de programas y servicio– siguen sin cumplirse en lo que respecta a esta población. Si bien parece que una solución viable sería la creación de servicios especializados para las personas trans, esto podría ser muy difícil en entornos con recursos limitados. La alternativa sería la de asegurar la existencia de políticas y estrategias, junto con la capacidad requerida y las actitudes adecuadas de los proveedores, para asegurar que los servicios existentes puedan satisfacer las necesidades de la diversidad sexual y de género en conformidad con el derecho a la salud[13].

Es de mencionarse la posibilidad de incluir centros alternativos de atención que sirvan de modelo para los servicios de salud, contando con certificación por parte de organizaciones de diversidad sexual y de género que avalen dichos locales como "libres de estigma discriminación". (Ejemplos de estos centros lo constituyen los "Centros Amigables para la Diversidad Sexual" en Argentina, y "Ovejas Negras" en Uruguay).

El goce del derecho a la salud presupone la convergencia de los siguientes elementos esenciales: (a) disponibilidad, (b) accesibilidad, (c) aceptabilidad, y (d) calidad. Estos elementos están relacionados entre sí y son legalmente exigibles[14].

(a) Disponibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben estar disponibles en cantidad suficiente en el Estado miembro. Aunque

13 En la Observación general N ° 14, de las Naciones Unidas Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) analiza el contenido, alcance y obligaciones de los Estados miembros que se derivan del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud). El Comité establece que el derecho al más alto nivel posible de salud está estrechamente relacionado y depende del ejercicio de otros derechos humanos como la vida, la no discriminación, la igualdad, la libertad de tratos inhumanos o degradantes, el derecho de asociación, de reunión, y el movimiento, alimentación, vivienda, empleo, educación y. La presente observación general está disponible en: http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En

14 http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En

el Comité DESC permite cierta flexibilidad en lo que respecta a la naturaleza de las instalaciones, bienes y servicios, se mantiene firme en que se debe incluir no sólo los determinantes tradicionales de la salud subyacentes, sino también aquellos que, como se describió anteriormente, surgen para crear nuevos obstáculos para la realización del derecho a la salud.[15]

(b) Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben ser física y económicamente accesibles todas las personas, incluyendo a la población trans, sin discriminación por motivos de "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual, y cualquier otra condición, que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el igual disfrute o el ejercicio del derecho a la salud".[16] Adicionalmente, la accesibilidad comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre temas de salud. Más aun, el ejercicio y el goce de este derecho no debe ser gravado por la discriminación sobre la base de ninguno de los motivos mencionados.[17]

(c) Aceptabilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben tener en cuenta la ética médica, ser respetuosos de la cultura de las personas, la diversidad y las comunidades en su conjunto, y sensibles a las necesidades de género.[18]

(d) Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben ser de buena calidad, así como científica y médicamente apropiados.[19]

La resolución CD 50 R.8 "Salud y Derechos Humanos" de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera el apoyo permanente de los Estados miembros de la OPS con la cooperación técnica en la formulación, revisión y, si es necesario, la reforma de planes nacionales de salud, las políticas y la legislación, la incorporación de los instrumentos internacionales aplicables de derechos humanos, especialmente los relacionados con la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad, incluyendo las poblaciones trans. Esta resolución

15 Idem
16 idem
17 Idem
18 Idem
19 Idem

insta a los Estados miembros de la OPS a capacitar a trabajadores de la salud, jueces y legisladores en los instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen el derecho a la salud[20].

El acceso a la salud es muy importante para las personas trans, ya que suele ser el camino para afirmar su sentido de si mismas. Sin las tecnologías médicas para manifestar su identidad, el cumplimiento de los roles individuales y sociales de muchas personas trans se encuentra seriamente comprometido. Las encuestadas informaron de una amplia gama de preocupaciones sobre el acceso a servicios de salud en la región. Por ejemplo, en Argentina había un acceso limitado a la terapia hormonal (mediante una orden judicial), pero no necesariamente a cargo de proveedores sensibles. Según la entrevistada de Argentina, dichos servicios no contaban con financiamiento público.

Entrevistada argentina:

ENTREVISTADORA: De modo, ¿que lo que me dice es que en su país se puede acceder a servicios médicos?

"En mi país hay acceso".

ENTREVISTADORA: ¿Hormonas, reasignación de sexo y atención primaria?

"¿Cambio de sexo? No. Para una reasignación de sexo, la única manera que se puede obtener una reasignación de sexo es mediante la presentación de una queja ante el Estado pidiendo una corrección en su acta de nacimiento y una reasignación de sexo, y el juez tiene que autorizar[21]. Pero para nosotras, eso es extremadamente ofensivo porque nuestros cuerpos, nuestras vidas dependen de la firma de un juez. Creo que eso es una violación de los derechos humanos. Y este proceso en la Argentina puede tardar hasta 5 ó 10 años, como fue mi caso. Y pasando por la humillación de los exámenes

20 La Resolución CD50R8 puede accesarse en: http://www.un.org/disabilities/documents/paho_mh_resolution.pdf

21 Esta situación ha cambiado dramáticamente con la promulgación de la Ley de Identidad de Género Nº 26.743 promulgada el 23 de mayo 2012.

médico-legales, los psicólogos, usted tiene que desnudarse, le toman fotografías, se llevan su imagen, se tiene que pasar por un diagnóstico, que es tan ofensivo para nosotras. Eso debido a que una ya tiene un tipo de cuerpo femenino y una identidad de género femenina".

ENTREVISTADORA: ¿Y hormonas?

"En el caso de las hormonas, en algunos lugares de Argentina no hay terapia hormonal. La cosa es que el Estado no quiere asignar médicos o endocrinólogos, servicios que son para el mejoramiento de la comunidad trans, en su presupuesto; el Estado no quiere invertir en eso. Lo que sí hacemos es hablar con las Facultades de Medicina, con la Academia, con los médicos que no nos cierran las puertas y que arriesgan sus carreras por nuestras vidas."

ENTREVISTADORA: ¿Hay muchas mujeres trans que se auto-medican?

"El 99%."

ENTREVISTADORA: Ah, ¿y dónde obtienen los medicamentos?

"¿A través de las farmacias?"

ENTREVISTADORA: ¿En la farmacia?... Así que pueden comprar medicamentos sin receta ¿De modo que se inyectan ellas mismas?

"Si, ellas mismas lo hacen."

ENTREVISTADORA: Ajá... ¿Sin un médico que revise los resultados?

"No. Ellas se inyectan por si mismas. La silicona se la ponen las unas a las otras. Hacen de todo".

ENTREVISTADORA: Y cuando van al doctor ¿tienen que pagar por la atención médica, o el Estado paga?

"No. En realidad en los servicios médicos te dicen que no te pueden atender, pero que este señor te puede ver en privado y que te cobrará en su consultorio".

ENTREVISTADORA: Ah, así que le cobra. ¿Y de cuanto estamos hablando?

"Una consulta médica cuesta alrededor de 15 dólares".

ENTREVISTADORA INTERVIEWER: ¿15 dólares?... ¿Es eso mucho dinero en Argentina?

"Si, es mucho dinero en Argentina".

Entrevistada peruana:

"*Una de las necesidades básicas será el acceso a los servicios*".

ENTREVISTADORA: ¿Acceso a los servicios de salud?

"A los servicio de salud. Lo que básicamente significa acceso a los servicios públicos en general, ¿no es así? Y eso está ligado a..."

ENTREVISTADORA: ¿Puede ser más un poco más específica?

"Por ejemplo, nos encontramos en otra investigación sobre las personas que viven con VIH/ SIDA. En ciudades pobres encontramos que la cobertura de <antiretrovirales> para esas necesidades era superior al 95%. Había una única cantidad pequeña de personas que no los reciben. Así, entre ellas, algunas de ellas ya tenían el virus y todavía no estaban recibiendo medicamento. No fue sorprendente encontrar que un factor asociado era la identidad trans, ¿no? Por lo tanto, para nosotros eso es un reflejo de que las personas trans no tienen acceso al sistema de salud, no sólo a través de [ininteligible], o los servicios de VIH, sino en general, ¿verdad?".

ENTREVISTADORA: ¿A qué cree usted que esto se debe?

"¿A qué? Déjeme darle un ejemplo: Teníamos unas trabajadoras abiertamente trans. Cuando hemos querido pagarles, recuerdo que no tenía dinero en efectivo o que iba a emitir un cheque, y la chica me preguntó si podía ir al banco y cobrar por ella. Ella no quería pasar por la verificación, ni hacer filas, ¿sabe usted? Por lo tanto, esa es una de las razones, básicamente. Ellas no quieren ir a un lugar donde van a empezar

a tener problemas en la puerta principal y para tratar con el personal que, en algún momento u otro, va a cuestionar su propia identidad, ¿verdad? Por lo tanto, esa es una de las razones por las que simplemente deciden no ir."

"Hay falta de información o la auto-percepción de que no están en riesgo, ya sabe. Piensan eso no me va a pasar a mí. Probablemente tiene que ver más con las más jóvenes, y posiblemente esté más vinculada a la edad que a la identidad, ¿verdad? Yo preferiría ver reducido el número de personas que hacen uso de la inyección de silicona industrial y ver aumentado el número de las personas que utilizan terapia hormonal adecuada. Creo que para eso necesitamos personal de salud que maneje las terapias hormonales correctamente. Por lo tanto, creo que es una necesidad, en realidad, no sólo para los proveedores, sino también para los usuarios, la administración de un tratamiento hormonal adecuado".

"Lo que encontramos fue que alrededor del 20% de la población que ha tomado hormonas lo ha hecho con la participación de un médico. Alrededor del 95% no tiene seguimiento en absoluto. Por lo tanto, podrían ir a un médico que les podría decir: ´Tómese estas píldoras o póngase esta inyección o lo que sea', pero no regresan, por lo que no tienen ningún seguimiento. De modo que, desde una perspectiva de salud pública a [ininteligible] las compromete a venir a este servicio, y comienzan a recibir otros tipos de información. Por lo tanto, creo que esas son un par de necesidades".

ENTREVISTADORA: Por lo tanto, en su opinión, ¿cuáles cree que son los mayores retos para las personas trans en su comunidad, en Lima, en lo que respecta a la atención de su salud hoy en día?

"Así que, creo que el reto es – podríamos ayudar con lo que estamos haciendo, con las cifras que estamos obteniendo, con la información que estamos consiguiendo, podemos estimular a las partes interesadas a decir, 'mira, este es el problema, esto está aquí'. Podemos probar en blanco y negro que se trata de un problema".

"Pero para estas personas, para empoderarse lo que a veces las personas que viven con el VIH [ininteligible] vinieron y dijeron o exigieron que sus temas fueran tratados, ¿verdad? Por lo tanto, creo que será un desafío para la comunidad trabajar con el sector salud. Es difícil, porque no es

probablemente una de las prioridades del sector. Es en lo que respecta a la mejora al tema de género, en lo que respecta a la atención médica normal. Sin embargo, tendrá que estar relacionado con el control del SIDA. Así, en primer lugar, probablemente desde el punto de vista estratégico, estas personas deberán entender que es ahí donde será necesario que tengan sus necesidades cubiertas, y lo segundo es que requerirán para insistir en ello y hacerlo con fuerza ¿verdad?"

Entrevistada Mexicana:

ENTREVISTADORA: ¿En su opinión, cuál es el asunto, relativo a la salud, que es más importante dentro de la comunidad trans?

"Creo que uno de los mayores problemas, no sólo para la gente en términos de salud pública, es el tema de reconocimiento de la identidad como parte del derecho al acceso a los servicios de salud, a la educación, a ser tratada como una mujer, como una se ha construido a si misma. Creo que el derecho a la identidad pasa por todo: la atención de la salud, la educación, el trabajo y otras cosas".

Entrevistada peruana:

ENTREVISTADORA: Y, en su opinión, ¿cuál es el obstáculo más importante que la comunidad trans enfrenta en relación a la atención de la salud?

"Nuestro estilo de vida es totalmente diferente de la mayoría. No podemos ir a una consulta a las 10 u 11 de la mañana cuando hemos ido a la cama a las 6 de la mañana. Creo que eso es una parte. También, hay un poco de no ser ciudadana, no tener documentos, eso es lo que me han dicho toda la vida. Yo eso creía. Por lo tanto, no tengo derecho a la salud, no tengo derecho a una vida digna, no tengo derecho al trabajo, no tengo ningún derecho. Por lo tanto, cambiar las creencias basadas en experiencias que hemos tenido, para las personas mayores que son más vulnerables, porque son pobres, no tienen acceso a la educación, son analfabetas, son indígenas, son los indígenas americanos. Por lo tanto, es complicado".

"La otra cosa sobre la salud es que la salud no se trata sólo de repartir condones, folletos y educación sobre el VIH. La salud comenzará a cam-

biar cuando los proveedores de atención médica reciban en la universidad capacitación acerca de la sexualidad, acerca de las personas trans".

Entrevistas realizadas por JoAnne Keatley

5.5 Factores interpersonales (incluyendo el aislamiento social y el poder en las relaciones familiares y sentimentales)

Las personas trans enfrentan a lo largo de sus vidas desafíos únicos que no son fácilmente comprendidos por otra gente. Las reacciones familiares frente a las primeras expresiones de no conformidad con el género asignado pueden ser intensamente desaprobatorias e, inclusive, violentas. El rechazo por parte de madres, padres y otros familiares priva a las personas trans de un importante grupo de apoyo y referencia. El estigma impuesto, sea por la familia o la sociedad en general, es internalizado y, con frecuencia, genera sentimientos de culpa y vergüenza que lleva las personas trans a experimentar baja autoestima y sentimientos de no ser dignas de ser amadas. Un mecanismo de ajuste a un medio ambiente adverso puede ser la adopción de comportamientos de conformidad con el género asignado. A corto o mediano plazo, sin embargo, este comportamiento "adaptativo" acaba por generar depresión, ansiedad y baja autoestima (Mallon & DeCrescenzo, 2006).

El estigma asociado a la no conformidad de género con bastante frecuencia se aplica también a las parejas y a las familias de las personas trans (Kulick, 1998). De ahí que los allegados establezcan distancia de personas con identidad trans y eviten contactos que "afecten su imagen social" por su asociación con ellas. Esto permite entender la razón por la cual una gran cantidad de jóvenes trans son expulsadas/os de sus casas y terminan viviendo en la calle. Es importante mencionar que, con cierta frecuencia, las percepciones familiares respecto a la persona trans pueden cambiar en la medida en que esta última aumenta su poder adquisitivo y pueda contribuir con los gastos del hogar. De ahí que las personas trans desempleadas o con bajos ingresos podrían enfrentar mayores niveles de rechazo, maltrato y discriminación.

Al igual que el resto de la gente, por lo general, las personas trans desean establecer relaciones sociales más amplias y encontrar parejas. Sin embargo, para gran cantidad de ellas, la socialización es un proceso arduo y frustrante, y con relativa frecuencia su círculo social es muy limitado y, a menudo, restringido a su grupo de pares. Para muchas personas trans es muy inquietante percatarse que la aceptación social que quisieran encontrar es muy limitada, al igual que lo son los potenciales compañeros y compañeras sentimentales. No solamente pareciera no haber muchas personas que estén dispuestas a comprometerse en una relación que conlleva desaprobación social, estigma y discriminación, sino que esta escasez percibida de compañeros y compañeras puede impactar negativamente las dinámicas de las relaciones interpersonales, por ejemplo, poniendo en peligro la negociación del uso del condón y otras estrategias de reducción de riesgos. Además, las personas trans, así como sus parejas sexuales, pueden ser reacias a consultar con proveedores de salud o a revelarles su relación con una persona de identidad trans. En este caso, el no revelar su identidad o status puede comprometer la capacidad de prevenir y de proporcionar una atención óptima por parte del proveedor de salud.

Se han documentado Informes referentes a atención poco competente incluido el acoso, la discriminación y la negativa de los servicios (Barreda y Isnardi, 2003). Estas acciones puede deberse a actitudes o falta de capacitación por parte de los proveedores de servicios.

"Ella me odiaba, pero ahora soy la hija favorita"

El presente ejemplo muestra situaciones que varias personas trans describen como "típicas" en sus relaciones familiares. El caso no es una transcripción al pie de la letra de 10 testimonios recogidos por Florian Ostmann y Rafael Mazín (junio/julio2012), sino una fusión y edición de casos que comparten elementos comunes. Para evitar repeticiones, los testimonios se han combinado como si se tratara de un solo caso.

"Mi papá dejó de hablarme cuando comencé a usar maquillaje. Me dijo que se avergonzaba de mi y que no quería que le hablara en la calle porque la gente iba a decir cosas terribles de él, como que era padre de un afeminado". "Mi mamá no decía nada hasta el día en que empecé a usar ropa de mujer. Me insultaba a gritos y me trataba de pegar. Una tarde en

que me puse medias y zapatos de tacón alto para salir a la calle, mi mamá me trató de agarrar por los cabellos para pegarme. Como no me podía alcanzar, tomó un cuchillo de la cocina y me persiguió por toda la casa mientras gritaba que ella había parido un varón y no un maricón". "Me tuve que salir de la casa aunque no tenía a dónde ir. Un señor en un parque me ofreció llevarme a un hotel. No era nada atractivo pero me trató bien y me dio dinero". "Después me di cuenta que no era difícil conseguir clientes y sacaba suficiente 'pisto' (dinero) como para no tener que vivir en la calle. Muchos clientes eran físicamente desagradables y groseros. Muchos me decían que tenían mujer y familia. Algunos se ponían muy agresivos después de que el acto terminaba. Era como si se arrepintieran y yo tuviera la culpa de lo que pasó. Los tragos me hacían sentir menos asco y también me ayudaban a aguantar los malos olores, las caras y cuerpos feos y los malos modos y altanerías de los clientes". "Como dos años después, supe que mi papá había muerto. Mis hermanos no me dejaron entrar al velorio y hasta me insultaron". "Luego supe que mi mamá estaba teniendo problemas de dinero y le mandé alguna plata. Al comienzo no quería recibirla pero yo creo que la necesidad la obligó a aceptarla. Yo me empecé a hacer cargo también de los gastos de mis sobrinitos, los hijos de mi hermana que no es casada". "Con el tiempo, la relación con mi mamá ha cambiado y hasta me la llevo de viaje a la playa y a otros lugares. Hablamos de cosas y me encanta que me diga que soy 'su Negrita'. Antes, ella me odiaba, pero ahora dice que soy su hija favorita. No vivimos juntas pero me hago cargo de ella y de la familia. Mis dos hermanos varones todavía no me hablan, pero eso no me importa".

5.6 Factores individuales (incluyendo la vergüenza y la transfobia internalizada)

Como se mencionó anteriormente, el estigma asociado a la discrepancia de género contribuye a la vergüenza, baja autoestima, soledad y aislamiento social. También puede llevar a un comportamiento sexual compulsivo, incluidas las características compulsivas de "sexo de validación", es decir el sexo como fuente de afirmación de la identidad de género de la persona (Bockting, Robinson, y Rosser, 1998; Nuttbrock et al, 2009; Kulick, 1998). La transfobia internalizada, definida como la incomodidad con la propia identidad trans como resultado de la internalización de normas y expectativas sociales binarias de género (Bockting, 2003) se puede expresar a

través de un énfasis excesivo en la adopción de las normas culturales tradicionales y estereotípicamente asociadas con el otro sexo, lo que puede contribuir a situaciones de negación o de alienación, o la adopción de las ideologías y comportamientos tradicionales de género que contribuyen a las conductas de riesgo, consumo de sustancias y otras formas de autocuidado inadecuado. (El autocuidado incluye, pero no se limita a, prácticas higiénicas, nutricionales, de autoprotección y de búsqueda oportuna y sistemática de servicios de atención de la salud). Además, la transfobia internalizada puede poner en peligro el apoyo y las relaciones entre pares (véase Kulick, 1998). Uno de los problemas puede consistir en la negación a revelar el lugar de origen de la persona, lo que contribuye a su aislamiento.

5.7 La situación de las personas trans privadas de libertad

La privación de libertad, ya sea como resultado de una detención o una sentencia, es una experiencia común entre las personas trans en toda la región. Un estudio entre las personas trans en Argentina (N = 455) encontró, por ejemplo, que 89,7 por ciento de las personas participantes habían sido detenidas en el pasado (Sotelo, 2008). Con relación a las causas de esta situación, los informes de detención ilegal y malos tratos a las personas trans por parte de las autoridades públicas dan lugar a graves preocupaciones[22]. Además, dentro de los sistemas jurídicos de muchos países, el trabajo sexual y el consumo de drogas constituyen delitos que pueden conducir a la cárcel. Los códigos legales de algunos países, además, prevén la posibilidad de configurar "delitos contra la decencia pública" o "atentado contra la moral y las buenas costumbres", lo que fácilmente se presta a interpretaciones arbitrarias y discriminatorias.

En comparación con la situación de las personas trans en general, la situación de salud de las personas trans que están privadas de la libertad tiende a ser aún más grave. La insuficiencia de las políticas que rigen el encarcelamiento de las personas trans a menudo conducen a un aumento significativo de su vulnerabilidad, así como a obstáculos para acceder a la atención sanitaria adecuada. Por lo tanto, para garantizar su salud física y

22 http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/036.asp http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/036A.asp

mental, la situación de las personas trans mientras están en la cárcel exige de una atención específica.

5.7.1 Vulnerabilidad bajo condiciones de detención y prisión

El encarcelamiento puede aumentar la vulnerabilidad de las personas trans de diferentes maneras. Los riesgos incluyen la angustia mental, la exposición a la violencia física y abuso sexual, y la falta de medios para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.

Como se señaló anteriormente, la imposibilidad de vivir de acuerdo con su identidad de género puede afectar gravemente el bienestar psicológico de una persona. Por lo tanto, en términos de salud mental y de no discriminación, el hecho del encarcelamiento no debe socavar la capacidad de una persona para vivir de acuerdo con su identidad de género. Esto puede implicar, para las personas trans, aspectos de la expresión de género, incluida la ropa, los peinados y el uso de maquillaje, que pueden entrar en conflicto con las normas penitenciarias basadas en el sexo biológico o género legal de una persona. Cuando éste sea el caso, las normas penitenciarias deberían ser revisadas en consecuencia, y responder a la identidad de género de una persona en lugar de sexo biológico o género legal.

Las normas relativas al alojamiento de las personas trans deben ser guiadas por el objetivo principal de garantizar su integridad física y emocional y la reducción del riesgo de estigmatización, evitando, al mismo tiempo, el aislamiento innecesario. Dependiendo del contexto, las inquietudes sobre su seguridad pueden sugerir la conveniencia de albergar a las personas trans y otros grupos vulnerables en diferentes secciones de alojamiento. Esta medida debe, sin embargo, tener en cuenta los posibles efectos nocivos psicológicos de vivir en aislamiento, y no se debe imponer contra la voluntad de las personas afectadas. Igualmente, se debe tener cuidado para asegurar que el alojamiento por separado no menoscabe el acceso a los servicios y programas que, en otras circunstancias, estarían disponibles dentro de la institución.

Se sabe que las personas trans privadas de libertad enfrentan alarmantes niveles de vulnerabilidad para contraer el VIH. Por ejemplo, un estudio en-

tre las personas trans en una prisión de São Paulo (N = 82) se encontró que el 78% dio positivo para el VIH (en comparación con el 17% entre la población penitenciaria en general). El tiempo pasado en prisión (más de 6 años) y el número de parejas sexuales en el último año (más de 10 parejas) se asociaron significativamente con la transmisión del VIH (Varella et al., 1996).

Dentro de las prisiones existen dinámicas socio-económicas que pueden conducir a formas de interacción sexual, tanto entre la población penitenciaria, como entre los reclusos y el personal penitenciario, que llevan a un mayor riesgo de transmisión. El mencionado estudio reveló que, tras el encarcelamiento, las personas trans privadas de libertad tienden a tener dos opciones: jugar el papel "femenino" en una relación con otro recluso a cambio de protección en contra de otros internos, o iniciar o continuar el trabajo sexual en el ámbito penitenciario. También hay información anecdótica que sugiere que las personas trans pueden ser inducidas a tener relaciones sexuales con los guardias de la prisión a cambio de privilegios tales como la concesión de visitas de sus familiares. Al abordar estos y otros factores de vulnerabilidad para contraer el VIH, es absolutamente crucial que las medidas de prevención no se vean obstaculizadas por el encarcelamiento. En consecuencia, la población privada de libertad debe tener acceso a condones, así como servicios confidenciales de asesoramiento y pruebas diagnósticas. Además, como se ha señalado, las regulaciones de vivienda deben tener como objetivo minimizar los riesgos de las interacciones sexuales involuntarias o de explotación. Al mismo tiempo, es absolutamente crítico que los reglamentos respondan a las vulnerabilidades individuales. En algunos lugares, las normas penitenciarias exigen que los miembros de las poblaciones en mayor riesgo sean alojadas en el mismo lugar que las personas VIH positivas, aisladas del resto de los internos. Estas disposiciones, supuestamente destinadas al control de la epidemia, conllevan el riesgo de contribuir a la estigmatización y discriminación de las personas trans.

5.7.2 Acceso a la atención de la salud en condiciones de detención y prisión

En cuanto al acceso a la atención de la salud, la situación de las personas trans en prisión se ve afectada por el hecho de que los niveles de prestación de servicios de salud en las instituciones penales es, a menudo,

insuficiente e inferior al nivel disponible para las personas que viven en libertad. La detención y el encarcelamiento, aunque sean temporales, no deben menoscabar el acceso a los servicios generales de salud o dar lugar a retrasos o interrupciones en el tratamiento. El acceso de la población privada de libertad al tratamiento y la atención adecuada y oportuna del VIH representa un objeto de especial preocupación. El tratamiento y atención del VIH deben estar plenamente integrados en los servicios de atención primaria de salud prestados en las instituciones penales. Esto significa que deben existir servicios de consejería calificados in situ, y que los sistemas de salud pública deben garantizar la disponibilidad de los fármacos dentro de las cárceles, sin el requisito de que las personas viajen a clínicas especializadas con el fin de inscribirse en un programa de tratamiento.

Las necesidades específicas de las personas trans relacionadas con la afirmación de género, a menudo, se desestiman por completo como algo no asociado a la salud y como preocupaciones puramente "cosméticas". Es importante que las personas trans que se encuentran en el proceso de recibir tratamiento hormonal sigan teniendo acceso a las hormonas, incluyendo la supervisión por el personal médico debidamente capacitado y atención médica relacionada con los efectos potenciales relacionados con la terapia hormonal (ver sección 7.9). Igualmente, las personas quienes se hayan realizado modificaciones quirúrgicas en sus cuerpos deben tener acceso a una atención adecuada. Las personas que no hayan recibido tratamiento hormonal o modificaciones quirúrgicas, sino que tratan de hacerlo durante su encarcelamiento, deben ser capaces de acceder a estos procedimientos a través de los servicios de salud proporcionados por las cárceles.

6. INCIDENCIA Y DEFENSA, POLÍTICAS PÚBLICAS, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

6.1 Estrategias para la incidencia y defensa en las políticas públicas

La incidencia y defensa en las políticas públicas son clave para prevenir y combatir el estigma social, la discriminación, así como para mejorar el acceso a la atención y promoción de los derechos humanos de la población trans en la región. La creación de alianzas robustas entre las comunidades trans, los proveedores de salud capacitados y sensibilizados, los científicos, los responsables de las políticas, y otras partes interesadas para promover dicho cambio son requisitos necesarios para la acción. La teorías de Freire (1970) pueden aplicarse para fortalecer la participación y empoderar comunidades para alcanzar estos propósitos (ver Bockting, Rosser y Coleman, 1999, para un ejemplo de cómo ésto se ha aplicado en los Estados Unidos).

6.1.1 Participación y empoderamiento de la comunidad

El empoderamiento y la creación de alianzas ofrecen la oportunidad a las personas trans para identificarse con otras personas similares y establecer coaliciones con diversas poblaciones estigmatizadas para abogar por sus intereses y derechos. De hecho, en Latinoamérica y el Caribe existen varias organizaciones y redes, tanto nacionales como internacionales, que contribuyen al empoderamiento de las personas trans. Algunas de las iniciativas emprendidas por estas organizaciones incluyen: (1) evaluación de necesidades de la población trans; (2) intervenciones de prevención; (3) mejoramiento del acceso a la atención; (4) promoción de los derechos trans para combatir el estigma y la discriminación; (5) abordaje de otros obstáculos estructurales para su salud y bienestar; (6) realización de denuncias sobre discriminación y violación a derechos; y (7) incidencia política para exigir a

los Estados el cumplimiento de tratados y acuerdos internacionales firmados por el país.

6.1.2 Alianzas

Tomando en cuenta que los recursos disponibles dentro de las comunidades trans son limitados, el establecimiento de alianzas puede ser crucial (Bockting, Rosser, y Coleman, 1999). Estas alianzas deben respetar la autonomía y el empoderamiento de cada organización. Pueden incluir otras organizaciones de la comunidad trans, comunidades homosexual, lesbiana, bisexual o intersexo, ministerios, centros de salud, universidades, entre otros. Por ejemplo, en el municipio de Manacapuru, en el Estado de Amazonas, Brasil, funcionarios gubernamentales, profesionales de la salud y la comunidad desarrollaron un marco de referencia "construccionista -emancipatorio" para controlar el VIH y las ITS (Benzaken, García, Gómez, Dani Pedrosa, y Paiva, 2007). Esta iniciativa involucró a las personas trans que hacen trabajo sexual como educadoras de pares, legitimándolas como ciudadanas y agentes de salud. Los resultados incluyeron un aumento en las ventas y uso de preservativos, la reducción de las ITS, y la estabilización de la incidencia del VIH y la sífilis. Otro ejemplo es el proyecto ProViva en Rio de Janeiro, Brasil, en el que investigadores de salud pública han trabajado extensamente con representantes de la población para establecer un sistema de vigilancia y monitoreo comunitario en VIH y SIDA, así como en acciones para desarrollar, implementar y evaluar un programa de prevención e intervención basado en la comunidad para hombres travestidos que hacen trabajo sexual (Inciardi, Surratt, y McCoy, 1997).

Necesidad de la creación de redes trans mundiales

La mayoría de las y los asistentes trans a la Conferencia Internacional de SIDA en 2010, Viena, Austria, mencionó durante toda la Conferencia la necesidad de redes globales. Una de las participantes de Perú señaló que, sin una adecuada representación, las estrategias no se ponen en marcha y las cuestiones trans no son exploradas a fondo.

Entrevistada peruana:

"Yo he visto en las conferencias internacionales, o en cualquier otra reunión internacional, una enorme representación de los HSH, en compara-

ción con las personas trans. ¿Por qué no nos da un espacio para escuchar nuestras voces? ¿Por qué no tenemos la oportunidad de hablar de nuestros problemas? Y, esta vez, me siento muy afortunada porque he conocido a gente como yo, como [Marcela, JoAnne] por lo que todos esperamos que en los próximos días se adopten algunas estrategias para que podamos ponernos en contacto entre nosotras con regularidad y para formar un <grupo> mundial trans".

Entrevistas realizadas por JoAnne Keatley

6.2 Los derechos humanos y las políticas públicas

6.2.1 Los instrumentos de derechos humanos como base para la legislación

En los últimos años, los derechos humanos de las personas trans han recibido atención creciente dentro de la comunidad jurídica internacional. El 15 de junio de 2011, por primera vez en su historia, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución que demanda un estudio "para documentar las leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia contra individuos en base a su orientación sexual e identidad de género, en todas las regiones del mundo, y para evidenciar cómo la legislación internacional de derechos humanos puede ser utilizada para poner fin a la violencia y las violaciones a los derechos humanos relacionadas con la orientación sexual e identidad de género."[23] El informe resultante se presentó al Consejo de Derechos Humanos en diciembre de 2011.[24] Como una afirmación de su interés en el tema, el 7 de marzo de 2012, el Consejo de Derechos Humanos celebró su primera sesión dedicada específicamente a la discriminación y la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género. En su discurso de apertura, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, destacó la protección inequívoca a la

23 http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G11/141/97/PDF/G1114197.pdf

24 http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/19session/A.HRC.19.41_en.pdf

orientación sexual e identidad de género bajo los principios del derecho internacional [25].

La Organización de Estados Americanos (OEA) ha venido tomando medidas desde 2008 para asegurarse de que los Estados miembros protejan a las personas LGBTI de la discriminación sobre la base de la identidad de género, expresión de género y orientación sexual. Por ejemplo, la OEA aprobó la resolución "Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género" (AG/RES. 2600) en el año 2010. En ella, los Estados miembros de la OEA reafirmaron que la Declaración Universal de Derechos Humanos protege los derechos humanos de todos los seres humanos sin distinción alguna por razón de sexo, que incluye "la discriminación contra las personas por su orientación sexual e identidad de género"[26]. En consecuencia, resolvieron "condenar los actos de violencia y las violaciones a los derechos humanos cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género."[27] Además, se comprometieron a "tomar todas las medidas necesarias para garantizar que los actos de violencia y violaciones a los derechos humanos no se cometan contra personas en razón de su orientación sexual e identidad de género, y para asegurar que las víctimas tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con otras personas"[28]. Por último, se comprometieron a "considerar maneras de combatir la discriminación contra las personas por su orientación sexual e identidad de género"[29], y a proporcionar "protección adecuada a los defensores de los derechos humanos que trabajan en temas relacionados con los actos de violencia, la discriminación y violaciones de los derechos humanos cometidas contra personas por su orientación sexual e identidad de género"[30].

Dando un paso más en la protección de las personas LGBTI de la discriminación sobre la base de la identidad de género, expresión de género y orientación sexual, la OEA aprobó la resolución "Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género" (AG/RES. 2653) en el año 2011. En ella, los Estados miembros de la OEA reafirmaron lo que se había acordado en resoluciones anteriores similares. A continuación, solicitaron a la

25 http://www.un.org/apps/news/infocus/sgspeeches/search_full.asp?statID=1475

26 http://www.oas.org/consejo/sp/AG/Documentos/AG05138E06.doc

27 Ídem

28 Ídem

29 Ídem

30 Ídem

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) "prestar especial atención a su plan de trabajo titulado 'Derechos de las Personas LGTBI' y, en consonancia con la práctica establecida, preparar un estudio hemisférico sobre el tema, e instar a los Estados miembros a que participen en el informe."[31] Además, solicitaron a la CIDH y el Comité Jurídico Interamericano (CJI) "preparar un estudio sobre las repercusiones jurídicas y los desarrollos conceptuales y terminológicos en cuanto a la orientación sexual, identidad de género y expresión de género, y encomendar a la Comisión de Asuntos Jurídicos y de Asuntos Políticos de incluir en su programa el examen de los resultados de los estudios solicitados, con la participación de las organizaciones de la sociedad civil"[32]. También se emitió un documento complementario al contenido de la presentación verbal en la Audiencia sobre la importancia de la identidad de género en personas transexuales, transgéneros, travesti e intersex del 23 de Marzo 2012[33], que sustentan el derecho a al identidad de género.

A nivel nacional, Ecuador y Bolivia fueron los primeros países de la región que establecieron la identidad de género como categoría protegida contra la discriminación de manera constitucional en 2008 y 2009, respectivamente[34]. En el Salvador, el 12 de mayo de 2010 se publica en el Diario Oficial el Decreto 56 del Ejecutivo, en el que se establecen una serie de disposiciones para evitar toda forma de discriminación en la administración pública, por razones de identidad de género y/o de orientación sexual. En Brasil, el gobierno federal en 2010 aprobó un decreto que dio lugar a la creación del Consejo Nacional de Lucha contra la Discriminación (Conselho Nacional de Combate à Discriminação), con el fin exclusivo de elaborar y proponer directrices para las acciones gubernamentales orientadas a la lucha contra la discriminación y la promoción y la defensa de los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales[35].

31 http://www.oas.org/en/41ga/docs/AG05445E02.doc#_Toc295241220

32 Ídem

33 http://transexualesdechile.org/wp-content/uploads/2009/10/IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf

34 Constitución de la República del Ecuador, Artículo 11; Constitución Política del Estado, Artículo 14.

35 Decreto Presidencial No. 7.388, emitido el 9 de diciembre, 2010. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7388.htm)

La siguiente es una lista no exhaustiva de los tratados y las declaraciones de derechos humanos que pueden orientar la formulación de políticas y leyes para proteger a las personas trans:

- Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los Derechos Humanos
    - Declaración Universal de los Derechos Humanos.
    - Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[36].
    - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[37].
    - Convención sobre los Derechos del Niño[38].
- Sistema Interamericano para la protección de los Derechos Humanos
    - Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre[39].
    - Convención Americana sobre los Derechos Humanos[40].
    - Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador[41]; entre otros.

36 Obligada su aplicación el 23 de marzo, 1976, y ratificado por Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, St, Vincent y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela.

37 Obligada su aplicación el 3 de enero, 1976, y ratificado por Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, St, Vincent y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

38 Obligada su aplicación el 2 de septiembre, 1990, y ratificado por Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucia, Saint Kitts y Nevis, St, Vincent y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela.

39 199 OAS res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).

40 Obligada su aplicación el 18 de julio, 1978, y ratificada por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, república Dominicana Surinam, Trinidad and Tobago, Uruguay, y Venezuela.

41 Obligada su aplicación el 16 de noviembre 1999, y ratificada por Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay,

- Principios de Yogyakarta (2008)[42].

6.2.2 El reconocimiento legal y social de la identidad de género

La discriminación social, la estigmatización y la marginación que sufren las personas trans, a menudo se ven agravadas por la falta de documentos legales que reflejen adecuadamente su identidad de género. En cuanto a la interacción con las autoridades públicas, por ejemplo, en la prestación de servicios de salud o servicios jurídicos, la expectativa de no ser tratadas de conformidad con su identidad de género representa un enorme obstáculo psicológico para muchas personas trans. En el mercado de trabajo, empleadores con frecuencia rechazan a las y los solicitantes cuya expresión de género no se corresponde con su identidad legal o se niegan a tratarlos de acuerdo con su identidad de género discordante. Como consecuencia, sobre todo en el caso de mujeres trans, el trabajo sexual es, con frecuencia, la única opción que les queda como fuente viable de ingresos.

Dada su relevancia para el tratamiento respetuoso por los proveedores de servicios y el acceso a opciones de empleo seguro, las normas legales de identidad repercuten directamente en la vulnerabilidad de las personas trans. Por lo tanto, la posibilidad de que las personas trans puedan cambiar sus documentos legales para que correspondan a su identidad de género tiene que ser considerada como un imperativo de salud pública.

Algunos países de la región han comenzado recientemente a introducir políticas que permiten a las personas trans cambiar su nombre legal y mención de género a modo de reflejar su identidad. En 2009, por ejemplo, Uruguay introdujo una ley que permite a las personas cambiar su nombre y género legales. En particular, y en contraste con las regulaciones legales en otros países, ese cambio no depende de haber pasado por una esterilización o cirugía de reconstrucción genital y, por encima de la edad de 12 años, no requiere consentimiento de los padres[43]. Regulaciones similares

Perú, Surinam y Uruguay.

42 (www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm)

43 http://sip.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18620

se han adoptado en la Ciudad de México[44] y Cuba (Centro Nacional de Educación Sexual, 2008).

El 10 de mayo de 2012, el Senado Argentino aprobó, sin oposición, una ley que establece que argentinos y argentinas mayores de 18 años podrán decidir el género que deseen que aparezca en su DNI (documento nacional de identidad), aunque no se corresponda con su morfología. Esto es, las mujeres trans (que han nacido biológicamente hombres) podrán elegir la casilla del género femenino sin necesidad de someterse a intervenciones quirúrgicas o tratamientos hormonales para reasignación de sexo. El mismo proceso sucederá con los hombres trans (que han nacido biológicamente mujeres). Dicha ley también dispone que los trámites de actualización de la "identidad de género" serán gratuitos y sin necesidad de intervención judicial. De tal modo, las personas que quieren cambiar su partida de nacimiento, licencia de conducir, pasaporte, o cualquier otro certificado o documento que contemple un sexo con el que no se siente identificadas, no deberán abonar por ello ni precisar de la autorización de un juez. Además, si opta por cirugía o tratamientos médicos alternativos, la Sanidad, tanto privada como pública, deberá ser gratuita.

Otros países se encuentran actualmente en el proceso de elaboración o reforma de sus leyes de identidad de género.

Es conveniente mencionar aquí que, junto con las iniciativas legislativas encaminadas a reconocer la identidad de género de los y las ciudadanas de un país, es crítico emprender acciones amplias de reforma de normas y políticas que permitan la adecuada implementación de leyes de identidad de género. Está de sobra decir que su mera promulgación no garantiza el cambio social buscado, simplemente prepara el terreno para realizar cambios profundos necesarios para que se respete la identidad de género de las personas. Tampoco dicha ley garantiza la desaparición de actitudes y prácticas discriminatorias basadas en la transfobia. Para lograrlo, es necesario contar también con leyes y políticas antidiscriminatorias en todos los ámbitos de la vida social, incluyendo el campo laboral y de atención a la salud, así como los instrumentos que aseguren su implementación.

44 http://trans.ilga.org/trans/welcome_to_the_ilga_trans_secretariat/news/mexico_mexico_city_extends_official_rights_to_transgender_individuals
http://www.equipopueblo.org.mx/descargas/folletospdf/LGBTTTlweb.pdf

Declaración de Reconocimiento de la Identidad de WPATH

"Ninguna persona debería tener que someterse a cirugía o aceptar la esterilización como condición para el reconocimiento de su identidad. Si un marcador de sexo es necesario en un documento de identidad, ese marcador podría reconocer el género vivido por la persona, independientemente de la capacidad reproductiva. El Consejo de Administración de WPATH insta a los gobiernos y otros organismos autorizados a avanzar hacia la eliminación de los requisitos para el reconocimiento de la identidad que requieran procedimientos quirúrgicos"[45].

6.2.3 La justificación médica para la cobertura pública de servicios

La falta de cobertura sanitaria de las necesidades médicas específicas de las personas trans, que varía en la región en función de las políticas de salud y del sistema de atención a la salud, es especialmente preocupante. También, es crítico reconocer el papel esencial de las intervenciones y procedimientos destinados a reducir la angustia y sufrimiento que pueden estar asociados con los caracteres sexuales natales de una persona y garantizar la disponibilidad de procedimientos seguros y adecuados para una reasignación sexual como una cuestión medicamente necesaria (Coleman et al, 2011). Los proveedores de salud y empleadores pueden desempeñar un papel fundamental en la defensa de la cobertura de estos procedimientos e intervenciones de salud específicas para las personas trans.

En Brasil, el 4º Tribunal Regional Federal dictaminó en 2007 que la cirugía de reasignación de sexo debe estar cubierta por una cláusula constitucional que garantiza la atención médica como parte de los derechos humanos básicos (Letellier, 2007). El Ministerio de Salud, por lo tanto, decidió ofrecer la cirugía de reasignación de sexo sin costo alguno para las personas transexuales que estén psicológicamente evaluadas y diagnosticadas por oficiales de salud pública (Nichols, 2007).

El Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) de Cuba ha abogado con éxito en pro del acceso a la atención de calidad para las personas trans (ver Gorry, 2010, para una descripción detallada). En 2001, la Estrategia

45 http://www.wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=18

Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales se puso en marcha, cumpliendo con la promesa constitucional de atención a la salud. Esta estrategia incluye: (1) el desarrollo de la atención integral de la salud clínica y mental para la diversidad sexual y de género; (2) el establecimiento de prioridades de investigación en salud trans; (3) el diseño de estrategias de educación y comunicación públicas; y (4) la implementación de programas de capacitación en sensibilización, así como la propuesta de mecanismos jurídicos para proteger los derechos sociales y civiles de las personas transexuales. Estos objetivos se están logrando mediante la cooperación intersectorial entre los Ministerios de Salud y del Interior, la Suprema Corte de Justicia, la Procuraduría General de Justicia, y las organizaciones sociales y políticas, sindicatos y asociaciones de vecinos de calle, coordinados por la Comisión Nacional de Atención Integral a las Personas Transexuales establecida en 2005. En 2008, el Ministerio de Salud Pública emitió una resolución que ordena la prestación de servicios integrales de salud para las personas transexuales en Cuba, incluyendo el establecimiento de una clínica de especialidades específica para la salud trans. La atención se rige por las normas de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans (WPATH) (Coleman et al., 2011).

6.3 Educación y capacitación de los proveedores de salud integral

La atención de la salud de personas trans requiere un conjunto de habilidades, actitudes y comportamientos adecuados que definen la diferencia entre servicios de alta calidad y servicios deficientes. No basta con tener el conocimiento acerca de las condiciones específicas de salud. Los programas existentes de educación y capacitación para proveedores y personal de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, dentistas, recepcionistas, farmacéuticos, laboratoristas, etc.) deben integrar la competencia cultural a los fundamentos de la atención específica para las personas trans. Deben identificarse las oportunidades para la inclusión de estos contenidos en los programas existentes, conjuntamente con acciones de desarrollo profesional que promuevan la preparación para el trabajo con la población trans joven y adulta.

El ya mencionado Estudio de la Asociación Silueta X "Factores de incidencia en el incremento de la discriminación y el VIH de trans femeninas de la cos-

ta ecuatoriana durante el 2012" revela que el 91.78% de personas encuestadas manifiestan que han recibido un trato diferente de parte de prestadores de salud por ser trans. Una investigación realizada en Chile indicó que a un 22,5% de las personas trans encuestadas se le negó atención en algún establecimiento de salud, mientras que un 57,5% sufrió discriminación por parte de los servicios o profesionales de la salud (Berredo, 2011).

La construcción de actitudes apropiadas y la creación de un clima de respeto, empatía y solidaridad son principios que deben guiar los procesos de educación y formación.

6.3.1 Desarrollo de habilidades clínicas y competencia cultural

Uno de los principales factores que limitan el acceso a la atención culturalmente sensible, así como la atención a salud trans-específica, es la falta de educación y formación de profesionales de la salud. Con el fin de cumplir con las normas de competencia cultural, el personal y los proveedores en cualquier ámbito de la atención de la salud deben estar capacitados y preparados para ser sensibles y respetuosos con las personas con identidades de género y expresiones diversas. Esto podría ser parte de toda formación, y debe ser incluido en las capacitaciones y sensibilizaciones que se realicen. Se debe prestar especial atención al uso de los nombres y pronombres preferidos por las personas para así comunicar el respeto a la identidad de género de la persona que consulta. Es preferible preguntar que asumir, a fin de que no se cause incomodidad ni se falte el respeto a la persona ante otras personas presentes. Los proveedores de atención primaria deben ser conscientes de los fundamentos de la atención trans-específica, sin ser necesariamente expertos en la prestación de dicha atención. Los estándares de atención elaborados por WPATH (Coleman et al., 2011) se encuentran disponibles en www.wpath.org y proporcionan una útil introducción.

En los EE.UU., se ha avanzado mucho en los últimos años en la incorporación de las cuestiones trans en las escuelas de medicina y otros programas de estudio para profesionales de la salud, ya sea en las secciones de los currículos que abordan la competencia cultural en el trabajo con una variedad de poblaciones minoritarias o en los contenidos curriculares específicos a la atención a las personas trans en los cursos de sexualidad humana.

El grupo de trabajo sobre temas de discrepancia de género y trans de la Asociación Americana de Psicología recomendó recientemente que los requisitos de acreditación de la educación incluyan contenidos sobre salud trans (APA, 2008). No ha sido posible identificar documentación acerca de las oportunidades de formación específicas en Latinoamérica y el Caribe.

La formación en competencia cultural puede hacer una gran contribución para mejorar el acceso y para reducir la ignorancia y la discriminación frecuente hacia las personas trans. Sin embargo, llegar a ser competente en la prestación de servicios de salud requiere una formación avanzada. En los EE.UU., tal formación se imparte como asignatura optativa en algunos programas de residencia (por ejemplo, el Programa de Medicina Familiar y Salud Comunitaria de la Universidad de Minnesota), a través de educación continua (por ejemplo, la formación proporcionada por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans o la Asociación Médica Gay y Lésbica), en los programas de formación postdoctoral (por ejemplo, en la Universidad de Minnesota), y a través de la creación de capacidades (por ejemplo, el Centro de Excelencia para la Salud Trans de la Universidad de California en San Francisco). A pesar de que la formación en competencias puede estarse realizando en Latinoamérica y el Caribe, no se pudo encontrar ninguna documentación de estos esfuerzos o recursos disponibles para corroborar nuestras suposiciones. Sin embargo, hemos identificado algunas de las políticas orientadas a la mejora de la competencia cultural en ámbitos de atención de salud.

En Buenos Aires, por ejemplo, todos los miembros del personal de enfermería y médico de los centros de salud de la ciudad deben referirse a las personas trans por su nombre y su género auto asignados. (Resolución 2272). También en Buenos Aires, el Grupo Tacones Altos de la Coordinación del SIDA ha trabajado para mejorar los servicios para travestis en el hospital público Muñiz (descrito en Loehr, 2007). Este hospital se especializa en enfermedades infecciosas y tiene una larga historia de trabajo en VIH/SIDA. Debido a su experiencia de trabajo con las poblaciones marginadas, los proveedores fueron menos reacios a trabajar con travestis en comparación con otros hospitales. El Grupo Tacones Altos ha promovido la competencia cultural y el acceso a la atención, ha creado (en colaboración con la Secretaría de Salud) materiales de información para travestis en el que se reflejaba su rol de género femenino y ha distribuido condones. El grupo también facilitó citas con varios especialistas en el hospital.

Se ofrecieron talleres semanales para discutir una amplia gama de temas, incluido el VIH, ITS, el sexo y los documentos de identidad. La educación entre pares, la promoción y apoyo fueron componentes importantes de este programa.

El Centro de Excelencia para la Atención de Personas Trans de la Universidad de California en San Francisco ofrece formación de capacitadores. Recientemente, el Centro ha emprendido un proyecto para adaptar y aplicar las directrices para la atención de personas trans en una serie de ámbitos internacionales, entre ellos, el Perú. Las necesidades de desarrollo de capacidades son numerosas, y debe darse prioridad a las organizaciones que son más receptivas y dispuestas a proporcionar o mejorar la prestación de atención integral de salud a la población trans en la región. Además, se recomienda que en el desarrollo de capacidades se utilice extensivamente la participación y alianzas con la comunidad, no sólo para desarrollar una atención culturalmente competente aprobada por la comunidad, sino también para proporcionar oportunidades de empleo para los miembros de la población objetivo. La Oficina de la Región del Hemisferio Occidental (RHO) de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) ha desarrollado un kit de herramientas para la evaluación de la disposición de elementos como los sistemas de salud y servicios para trabajar con poblaciones sexualmente diversas, incluidas las personas trans. Este documento se puede descargar en www.ippfwhr.org.

6.3.2 Educación continua

La formación permanente (llamada también educación continua) en materia de salud trans en Latinoamérica y el Caribe ha sido limitada. La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH) está bien equipada para proporcionar formación continua a través de su simposio internacional bienal. WPATH también hace trabajo en redes y proporciona educación continua durante todo el año a través de su red de proveedores de educación a distancia (en línea, www.wpath.org). Este podría ser un modelo útil de educación permanente en Latinoamérica y el Caribe.

6.4 Investigación

La revisión de la literatura sugiere que la investigación en salud trans, especialmente en Latinoamérica y el Caribe, es extremadamente limitada. La investigación es esencial para documentar la prevalencia de las disparidades de salud, lo que contribuiría para visibilizar el problema además de proporcionar la justificación para la financiación dirigida a la promoción de la salud trans. La investigación es esencial para proporcionar las evidencias necesarias para realizar intervenciones efectivas, y también se requiere la investigación sobre servicios de salud para mejorar el acceso y la calidad de la atención trans. Por último, teniendo en cuenta la medida en que la comunidad trans en Latinoamérica y el Caribe se ve afectada por el VIH y otras ITS, las intervenciones de prevención deben ser adaptadas y evaluadas. Se recomienda para la investigación un enfoque participativo de la comunidad trans. Durante la consulta regional y subregional en las que se discutió este documento surgieron varios temas clave para la investigación. Entre otros, se mencionó repetidamente el insuficiente conocimiento sobre los efectos del uso y efectos secundarios de la silicona y otros materiales de relleno de tejidos blandos, la posible interacción entre los algoritmos de tratamiento estándar y la terapia hormonal, el uso de alcohol y otras sustancias, y las dimensiones reales de la violencia física sufrida por la población trans, entre otros.

6.4.1 Enfoques basados en la evidencia y abordajes prometedores

Las intervenciones para la prevención del VIH basadas en la evidencia y específicamente diseñadas para las poblaciones trans son escasas. En los EE.UU., una intervención consistente en un seminario para abordar el riesgo de VIH de las personas trans en el contexto de su salud en general mostró, en un seguimiento a los tres meses, una mejora en las actitudes y una reducción de conductas de riesgo (Bockting, Robinson, Forberg, y Scheltema, 2005). Así mismo, una serie de talleres que se ofrecen en un Espacio Vecinal y de Recursos Trans mostró resultados prometedores en la reducción de conductas de riesgo, la depresión, y las barreras percibidas para el tratamiento de la adicción a sustancias (Nemoto et al., 2005). En San Juan, Puerto Rico, Toro-Alfonso (1995) desarrolló una intervención de 8 semanas para las trabajadoras sexuales trans. Además de las conductas

de riesgo, estas intervenciones, en distintos grados, también intentan hacer frente a los cofactores de riesgo de VIH, tales como el uso de sustancias y el trabajo sexual. Más allá de unas pocas clínicas especializadas para el tratamiento de la disforia de género (por ejemplo, Lobato, 2007), no se han podido identificar intervenciones específicas en la región que aborden cualquiera de los otros problemas de salud que las personas trans enfrentan fuera de un contexto de prevención del VIH. Una limitación importante de muchas organizaciones no gubernamentales y autoridades federales, estatales y municipales que ofrecen asistencia como parte de un esfuerzo de prevención del VIH/ITS es que a menudo no abordan adecuadamente temas más grandes tales como la marginación, el trabajo sexual, la violencia y la discriminación que sufren muchas personas trans.

En Argentina, la Fundación de SIDA de Buenos Aires desarrolló el programa de formación de peluquería (descrito en Loehr, 2007) para proporcionar oportunidades de empleo más allá del trabajo sexual para las personas travestis. En un momento dado, de 40-50 participantes que se inscriben, se gradúa aproximadamente la mitad. Durante un período de 6 meses, durante 4 días por semana, profesores voluntarios capacitan a las y los estudiantes en el arreglo del cabello, mientras que, durante el 5 º día, se ofrece un taller que cubre una amplia gama de temas de género, el VIH, la discriminación, el consumo de sustancias, los valores, los derechos civiles, y defensa legal. Un profesional de la psicología social trabaja con los participantes en cuestiones de convivencia (para mejorar el apoyo entre pares), y se invita a otros profesionales de diversas disciplinas para abordar otros temas de interés. Los y las estudiantes no deben faltar a más de tres clases para poder graduarse. Al finalizar, reciben un diploma y se realiza una fiesta para reconocer y celebrar sus logros. Se proporciona puestos de aprendizaje en salones de belleza y en peluquerías, que están frecuentemente asociadas con organizaciones no gubernamentales (ONGs), dispuestas a trabajar con travestis. El otorgar a las travestis un pequeño estipendio de 200 pesos argentinos por mes para compensarlas por su tiempo fue considerado como clave para la viabilidad y el éxito del programa. Además de cómo arreglar el cabello, las y los estudiantes aprenden habilidades tales como mantener un horario regular y llegar a tiempo, trabajar en equipo con otros, establecer y mantener una clientela, y ejercer un liderazgo.

Conviene enfatizar en este contexto que las opciones de profesionalización no deben limitarse a ocupaciones relacionadas con entretenimiento o estética personal, sino que se extienden a cualquier otro campo de acti-

vidades. Existen ejemplos de personas trans que trabajan en servicios de salud como consejeras, en laboratorios como técnicas, como farmacéuticas o asistentes de farmacia, entre otras muchas ocupaciones. Gracias a su tenacidad, muchas personas trans han conseguido completar estudios superiores y se desempeñan exitosamente como abogadas, médicas, cirujanas, psicólogas, profesionales de salud pública y varias otras carreras. Es importante que se brinden las oportunidades necesarias para que la capacitación y profesionalización de las personas trans sea más una norma que una excepción.

7. ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO INTEGRALES

Las recomendaciones de este apartado se basan, en gran medida, en los protocolos de atención desarrollados por el Centro de Excelencia para la Salud Trans de la Universidad de California, en San Francisco, los que se encuentran disponibles en: www.transhealth.ucsf.edu/protocols.

7.1 Infraestructura y ámbitos; coordinación de la atención

El espectro de las personas trans que requieren atención de la salud está integrado por una gran variedad de personas de diferentes edades, razas y etnias, orientaciones sexuales, niveles socio-económicos y educativos. En ocasiones, sus cuerpos no coinciden con su identidad o expresión de género, (véase la sección 3. **Terminología, Definiciones, Descripción de la Población)**, pueden o no haber pasado (o desean pasar) por los tratamientos médicos de modificación del cuerpo para afirmar sus géneros. Habitualmente, los tratamientos consisten en la administración de hormonas del otro sexo (ver la sección y el algoritmo **Administración de hormonas**), y la cirugía reconstructiva (véase la Sección y Algoritmo **Procedimientos quirúrgicos y médicos**). Muchas personas trans no se identifican con los términos "transgénero" o "transexual" (ver sección 3). Los proveedores no deben asumir que todas las personas trans tienen las mismas actitudes, comportamientos, creencias, experiencia o comprensión de su identidad.

Pocos médicos y otros proveedores de salud han recibido, durante su formación, información sobre las necesidades de las personas trans. Por lo tanto, no es de extrañar que los profesionales experimenten incomodidad con lo desconocido cuando se encuentran con consultantes cuya identidad o expresión de género no corresponde con su sexo natal asignado. Además, los profesionales pueden haber adquirido información incorrecta, lo cual puede inhibir su capacidad para proporcionar una atención óptima a las personas trans.

Cuando son consultados o tratan personas trans, los proveedores de salud deben adherirse a los dos siguientes **principios fundamentales**:

1. Respetar la identidad de género preferida por la persona consultante y utilizar los nombres, pronombres y terminología que la persona prefiera.
2. No tratar a la persona trans como si sólo fuera un cuerpo. El cuerpo de una persona trans puede tener elementos, rasgos o características que no se ajustan a la identidad de género de la persona. Por tanto, es importante señalar que para las personas trans, su anatomía no necesariamente las define, aunque esa anatomía puede requerir tratamientos que típicamente suelen otorgarse a las personas del otro sexo. El profesional debe respetar la identidad de género de la persona que consulta, independientemente de su apariencia física.

Es posible actuar con base en principios cuando el médico sabe que el consultante es trans. Si el formulario de admisión que se utiliza contiene preguntas tanto acerca de la identidad de género actual de la persona y de su sexo natal asignado (véase la Sección y el Algoritmo "**Recepción, primer encuentro, y evaluación clínica inicial**"), es más fácil determinar la condición trans de la persona. Sin este mecanismo, el médico debe confiar en la autorevelación de la persona que consulta durante la entrevista y en el examen físico, cuando la persona presenta una anatomía diferente a su género.

Una vez conscientes de que la persona que consulta es trans, el personal de salud no debe definir a la persona según su sexo asignado al nacer, sino respetar la identidad de género y los nombres y pronombres preferidos por la misma.

El principio durante el examen físico es brindar atención a la anatomía que está presente, independientemente de la auto-descripción, identidad o expresión de género, siempre ofreciendo la atención de manera respetuosa y sensible, reconociendo y respetando la auto descripción y auto identificación de la persona trans.

La competencia cultural en la atención de la salud de las personas trans atraviesa diversos ámbitos, que van desde la atención primaria de salud hasta la atención especializada, incluyendo situaciones de emergencia médica. El objetivo es que cada ámbito de salud sea competente y respetuoso de las personas trans. Sin embargo, hay varios ámbitos, que pueden ser de

particular importancia para las personas trans, sus familias y comunidades. El primero es el ámbito de la atención primaria. Teniendo en cuenta las experiencias negativas informadas por las personas trans hay un amplio margen de mejora para que, al igual que cualquier otra población de usuarios de servicios, las personas trans tengan experiencias positivas en la primera línea al consultar con su médico general o familiar. La atención primaria también ofrece oportunidades para la entrega de componentes de la atención de salud específicos. Desafortunadamente, el miedo y las experiencias reales de estigma y discriminación provocan que muchas personas trans en la región retrasen la atención a su salud tratando de evitar las experiencias negativas o debido a la falta de acceso (por ejemplo, Loehr, 2007; Kulick, 1998) hasta que se presenta una crisis o emergencia. Por lo tanto, el servicio de emergencias o urgencias es otro ámbito importante a considerar. Algunos centros de atención especializada que son de particular importancia son los programas de tratamiento de la adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, los servicios de salud mental, obstetricia y ginecología, urología, endocrinología, cirugía plástica y reconstructiva. Los consultorios dentales son otro escenario en el que es posible proporcionar servicios adecuados y promover conductas saludables.

Un entorno clínico culturalmente competente incluye instalaciones adecuadas de baños para dar cabida a personas con diversas identidades y expresiones de género y, por lo tanto, es necesario incluir baños unisex. Carteles y afiches o referencias en la clínica con contenido trans o LGBTI puede ayudar a las personas trans y a sus familias a sentirse más a gusto y seguros. Los formularios clínicos deben permitir la referencia a más de dos géneros, incluir un nombre preferido además del nombre legal, y un espacio para indicar el nombre que se utilizará durante las llamadas telefónicas, correspondencia, y cuando se llame a la gente en la sala de espera. Esto es importante porque las personas trans frecuentemente prefieren un nombre que es diferente de su nombre legal (por ejemplo, Rubí, en lugar de Juan). Sin embargo, ese nombre podría ser confidencial y la persona puede no desear que este nombre preferido sea utilizado en la correspondencia. De este modo, los formularios y sistemas informáticos deben permitir que las preferencias específicas sean incluidas. La forma en que estos asuntos se manejan debe ser conversada de manera franca, discreta y negociada con el o la usuario/usuaria del servicio.

La coordinación de la asistencia es fundamental para cualquier población y en cualquier ámbito de la atención de la salud. Debe establecerse y mantenerse una red de referencias o directorio de proveedores de servicios amigables para las personas trans. La comunicación regular, ya sea en persona, por teléfono, a través de la historia clínica electrónica, o mediante el intercambio de registros y notas de progreso a través del correo ordinario es esencial. Además, los proveedores de salud que atienden una masa crítica de personas trans en una zona determinada tal vez podrían llevar a cabo reuniones periódicas o establecer foros seguros en línea para intercambiar información y discutir y resolver los retos que enfrentan al proporcionar atención integral.

7.2 Recepción, primer encuentro y evaluación clínica inicial

El primer encuentro de una persona trans con un proveedor de servicios de salud debe ser fácil, cómodo y amigable. Por esta razón, la actitud de los guardias de seguridad es de vital importancia en la percepción de la calidad del servicio. Los guardias de seguridad y otros miembros del personal, incluido el personal de limpieza, necesitan ser capacitados para demostrar respeto y consideración a todas y todos los usuarios que pretendan acceder a las instalaciones. La capacitación también debe incluir conceptos básicos sobre sexualidad humana, salud sexual y cuestiones de género. Es importante tener en cuenta que los que están en la "primera línea" de un determinado servicio son actores clave, ya que su actitud será considerada un reflejo de la calidad global del servicio. Una actitud o comportamiento percibido como hostil o irrespetuoso puede evitar que las personas trans utilicen el servicio. La "segunda línea" (a veces, de hecho, la primera) es el personal de recepción que empezará a interactuar con las y los usuarios de una manera más personal, ya que deben obtener información de primera mano que resultará fundamental para la prestación de servicios. Los y las recepcionistas son la "cara" de un servicio, y tienen que estar adecuadamente capacitados para desarrollar las habilidades necesarias para atender a los usuarios con tacto, empatía, respeto, paciencia y calidez. La formación del personal de recepción debe incluir, como en el caso de los guardias (y otro personal, tales como conserjes y personal administrativo) los fundamentos de salud sexual, sexualidad humana y las cuestiones de género. Los y las recepcionistas tienen que desarrollar una competencia

cultural para lidiar con la diversidad y un profundo sentido de respeto hacia los deseos, necesidades y aspiraciones individuales, ya que son generalmente responsables del primer tamizaje de las y los usuarios. Por esta razón, nunca se debe actuar de una manera que haga sentir a la persona trans usuaria menospreciada o humillada por ejemplo, usando su nombre legal, no creando un clima de confianza y seguridad, o revelando información confidencial. En algunos lugares, podría haber asistentes que son personas trans en sí. Estas/os asistentes pueden ayudar en la recolección de datos personales, además de proveer información general sobre el funcionamiento del servicio, y motivar a las y los usuarios a aprovechar ciertas intervenciones (por ejemplo, vacunas, nutrición, planificación familiar, grupos de autoayuda, etc.), así como proporcionar educación y apoyo entre pares. Una vez que las necesidades y demandas del usuario han sido identificadas, el o la recepcionista o asistente debe ayudar al usuario a "navegar por el servicio", aclarando qué medidas se recomiendan para la utilización óptima de los servicios de atención de la salud. Por lo general, el primer paso es una evaluación clínica que incluya preguntas fundamentales sobre la identidad y la expresión de género y la salud sexual como parte de la historia médica. Una vez establecido el nombre y los pronombres preferidos, los proveedores pueden preguntar, como parte de la historia, la forma en que la persona se identifica en función de su género. Si se da una respuesta, el proveedor puede pedirle que aclare lo que significa en su situación particular. Las preguntas de seguimiento pueden incluir o no si están viviendo a tiempo completo dentro de su rol de género preferido, por cuánto tiempo lo han hecho, si están utilizando o no hormonas masculinizantes o feminizantes, y, si procede, si han pasado por alguna cirugía relativa a su identidad trans. Sin embargo, se debe tener cuidado en interrogar respecto a lo que es relevante y no perder de vista el motivo de la consulta.

Las personas trans pueden tener prácticas sexuales diversas. Es clave que el proveedor de salud no haga suposiciones, sino que reconozca que la identidad de género y la orientación sexual son categorías distintas, y por lo tanto, preguntar si la persona ha tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, personas trans, o todos los anteriores. Es preferible interrogar de este modo que preguntar si la persona es homo-, bi-, pan- o heterosexual, ya que es particularmente confuso en qué se basan estas etiquetas (por lo general se basan en la identidad de género y no el sexo asignado al nacer). En su caso, las preguntas de seguimiento pueden incluir prácticas sexuales específicas y, de nuevo, no deben hacerse suposiciones acerca de que una

determinada identidad o rol de género esté asociada con una determinada práctica o rol sexual. Por ejemplo, muchas mujeres trans que tienen sexo con hombres son versátiles, es decir, no siempre adoptan una posición pasiva (receptiva) durante el sexo anal.

7.2.1 Admisión

El formulario de admisión o ingreso ideal debe incluir tanto una pregunta sobre la identidad de género como una referente al sexo asignado al nacimiento, como se muestra en el ejemplo a continuación, y una pregunta opcional referente a los nombres y pronombres que la persona prefiere. Preguntar sobre la identidad de género y el sexo de manera separada, en lugar de una sola pregunta, y ofrecer una variedad de posibles respuestas, permite la revelación específica de la historia de la persona y también valida su identidad de género actual. Muchas personas trans no se identifican actualmente como transgénero o transexuales por una variedad de razones. Algunas creen que la transición es parte de su pasado y no impacta su identificación del presente, otras pueden no identificarse con términos "trans", debido a las creencias culturales, a las redes sociales, o a las normas lingüísticas de diferentes áreas geográficas.

1. ¿Cuál es su identidad de género actual? (Marque TODAS las que puedan aplicarse a Ud.)

- ☐ Masculina
- ☐ Femenina
- ☐ Mujer trans / Transfemenina (HaM)
- ☐ Hombre trans / Transmasculino (MaH)
- ☐ Travesti
- ☐ Genderqueer
- ☐ Otra categoría (por favor especifique): _____

2. ¿ Cuál fue el sexo que le asignaron al nacer? (Marque solamente uno)

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

3. ¿Cuáles son su nombre y pronombres preferidos? _____

Puede ocurrir que los y las pacientes sólo revelen al personal médico su condición trans en la sala de exploración, y únicamente porque se ven obligados a hacerlo debido a su historial médico. Los médicos no siempre serán capaces de reconocer a una persona trans sin su auto-revelación, pero en algunos casos pueden descubrir durante un examen que el cuerpo del o de la paciente no se corresponde con su sexo auto-declarado o al sexo que el profesional esperaba encontrar.

Sensibilidad, tacto y respeto: Consideraciones clave para atender a las personas trans (o a cualquier otro consultante) en los servicios de salud

En lugar de hacer suposiciones, el personal de salud y servicios sociales debe rutinariamente preguntar cual es el sexo natal de la persona consultante (hombre, mujer u otro), así como la forma en que la persona se identifica en términos de identidad de género (mujer, hombre, mujer trans, hombre trans, persona trans, travesti, otros) y, si es necesario, hacer una pregunta abierta adicional para invitar a la persona a describir brevemente su identidad de género y la información pertinente relacionada. Sin embargo, el proveedor debe tener cuidado de no investigar más allá de lo necesario para hacer frente en forma competente a los motivos de la consulta con el fin de evitar digresiones innecesarias que puedan retrasar la prestación de servicios o las intervenciones necesarias. La recomendación más importante es siempre tener en cuenta la identidad de la persona y sus necesidades específicas. La empatía, la sensibilidad, el tacto y el respeto son habilidades y actitudes necesarias que todos los proveedores de servicios deben desarrollar y poner en práctica al interactuar con cualquier usuario y, en particular con las personas trans. La divulgación de un sexo de nacimiento diferente a lo que el proveedor había asumido puede ser un momento desconcertante. En tales situaciones, los proveedores deben mantener la calma y respetar el cuerpo de la persona y la identidad que cada persona declara. Las expresiones de sorpresa, interjecciones o comentarios inapropiados deben ser evitadas. Las personas usuarias podrían no regresar a atender su salud si no se sienten respetadas y seguras.

Las mismas normas se recomiendan para la interacción de los funcionarios públicos con personas trans. A modo de ejemplo, en 2008, antes de la

Conferencia Internacional sobre el SIDA en Ciudad de México, como una iniciativa del Centro Nacional de SIDA (CENSIDA), las autoridades de migración y aduanas, así como los guardias de seguridad en el aeropuerto internacional, fueron capacitados sobre cómo comportarse y hablar con las mujeres trans al llegar a la Conferencia. Se les enseñó a llamarlas señorita o señora en lugar de señor, a pesar de que su pasaporte mostrara un nombre o inclusive una fotografía masculina que no coincidía con su identidad de género o su apariencia.

Las personas trans deben ser valorados en relación a sus necesidades de salud inmediatas, y sus problemas de salud o enfermedades deben ser atendidos según sea necesario. Compruebe si hay alergias, antecedentes médicos, especialistas que hayan consultado, uso de medicación crónica y episódica, incluyendo cualquier medicamento hormonal del otro sexo y su fuente: receta médica, vendedores ambulantes, medicamentos compartidos con otras personas, así como la duración del uso y/o cualquier complicación. Solicite y registre información sobre la frecuencia del uso del condón, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como sustancias para modificaciones corporales (silicona y otras). Es necesario realizar una historia familiar detallada, con especial atención en las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, particularmente de mama, próstata u órganos reproductivos, igualmente en si la persona ha sido sujeta a violencia o heridas dentro de su hogar. Los aspectos psicosociales que pueden ser atendidos en un primer examen son discutidos en la Sección sobre Prevención y revisión generales. Debe darse un seguimiento continuo a la salud integral a las personas trans, incluyendo inmunización y nutrición.

7.2.2 Examen físico

Los exámenes físicos deben ser pertinentes a la anatomía que se observa y no al género percibido de la persona consultante o la identidad de género declarada. Sin embargo, siempre refiérase y trate a la persona según su género preferido. Por ejemplo, si hay tejido mamario presente, lleve a cabo de exámenes de mama/pecho de rutina, pero si la persona se identifica como siendo del género masculino, relaciónese con él como hombre. En exámenes post-operatorios a mujeres trans, los exámenes de próstata siguen siendo necesarios. Si el útero y el cérvix se encuentran presentes en

un hombre trans, deben hacerse exámenes pélvicos y citologías vaginales de manera regular. Estos exámenes han de realizarse con sensibilidad hacia el género manifestado por la persona: siempre refiérase a un paciente que se identifica como hombre con pronombres masculinos y su nombre preferido, aunque esté realizando un examen vaginal. Una paciente autoidentificada como mujer debe ser llamada por su nombre preferido y con pronombres femeninos incluso durante un examen de próstata. Pida a la persona que indique si desea que haya otra persona presente durante el examen, y que especifique el género de dicha persona.

Las personas trans pueden experimentar incomodidad extrema con sus cuerpos, y algunos elementos de un examen físico pueden resultarles traumáticos. El personal médico del Centro de Salud Costero de Vancouver recomienda un abordaje centrado en el usuario.

"A menos que exista una necesidad médica inmediata, conviene demorar los elementos más delicados del examen, particularmente las exploraciones de mama, genitales y rectales, hasta haber establecido una fuerte relación médico-paciente. Los exámenes de órganos sensibles pueden ser manejados de diversas maneras, dependiendo de la preferencia del paciente: Algunas personas prefieren que el examen se haga lo más pronto posible, mientras que otros requieren un ritmo más lento o incluso una leve sedación. Hable con las personas consultantes respecto a cuándo, dónde y cómo debe tocarlas. Cuando el propósito del examen se explica claramente, la mayoría de las personas lo entienden."

"El profesional verá una amplia gama de desarrollo en personas que reciben terapia hormonal. Los hombres trans pueden tener crecimiento de la barba, clitoromegalia, acné y alopecia androgénica. Aquellos que se han sujetado a esta terapia por varios años pueden presentar erupciones o infecciones subcutáneas por levaduras en las mamas. Las mujeres trans pueden tener una diversidad de formas y tamaños de pecho femenino, a menudo con pezones relativamente subdesarrollados, pueden aparecer mamas fibroquísticas si ha habido inyecciones de silicona. En ocasiones, se observa galactorrea en mujeres trans con niveles altos de prolactina, especialmente entre aquellas que utilizan extractores de leche para estimular el desarrollo de las mamas. Es posible que haya un mínimo de vello corporal, con variable vello facial (dependiendo del tiempo en hayan estado usando hormonas y los tratamientos manuales de depilación, como electrólisis). Los testículos pueden ser pequeños y blandos. Es posible que se observen defectos o hernias en el anillo inguinal externo debido a la práctica de 'remeter' los

testículos cerca (o dentro) del canal inguinal. En particular, en la ausencia de la terapia hormonal, los hallazgos que pueden sugerir intersexualidad deben ser evaluados exhaustivamente." (Feldman y Goldberg, pp 7).

"Los hallazgos físicos en pacientes recién operados dependerán de los tipos de cirugías que se han realizado, la calidad del trabajo quirúrgico, el impacto de las complicaciones postoperatorias y cualquier revisión que se haya realizado después de la cirugía inicial. Los hombres trans, después de una cirugía torácica, tendrán cicatrices en consonancia con el tipo de procedimiento, y pueden tener pezones grandes o pequeños pezones injertados (dependiendo de la técnica utilizada). El nuevo falo, en cirugías de femenino a masculino, creado a partir de la liberación de un clítoris aumentado, puede parecer un pene muy pequeño; un pene injertado construido por faloplastía será de tamaño adulto, pero más flácido que en un individuo masculino de nacimiento (a menos que una prótesis peneana semi-rígida sea implantada). Las mujeres trans pueden haber experimentado el aumento de mamas con implantes. La cirugía genital de hombre a mujer generalmente implica la eliminación simultánea de los testículos y el pene y la creación de una neovagina, usando en la mayoría de los casos piel peneana y escrotal y más raramente, un segmento de colon sigmoide. Algunas pacientes habrán pasado por la remoción de los testículos inmediatamente antes o en lugar de la vaginoplastía. Puede haber varios grados de reconstrucción labial y del capuchón del clítoris, dependiendo de la realización de revisiones quirúrgicas. La neovagina típicamente no se auto-lubrica y puede estenosarse internamente si la paciente no la dilata diariamente o no es sexualmente activa." (Feldman y Goldberg, pp 7).

Examen de medicina legal para las Personas Trans

La única indicación para la realización de un examen físico médico-legal a las personas trans debe ser con motivo de una investigación de ataque sexual cometido en contra de ellas y cuando se denuncie el delito. Bajo este supuesto concreto, hay que tener en cuenta que la víctima experimenta humillación, miedo, incredulidad y ansiedad. El examen físico, por lo tanto, debe llevarse a cabo con gran delicadeza y un enorme respeto por la persona y sólo después de obtener el consentimiento de la víctima.

En algunos lugares, se presentan persistentemente prácticas médicas inaceptables que consisten en someter a las personas trans a exámenes

invasivos de las zonas genitales, perianales y anales con el supuesto propósito de la evaluación de su identidad de género. Estas prácticas se basan en el supuesto de que la "virginidad" vaginal/anal debe ser un requisito para "*verificar*" que una persona es "*realmente*" trans. Sin embargo, de hecho, estos exámenes no proporcionan ninguna información pertinente sobre la identidad de género de una persona y son muy dolorosos y humillantes para la persona que tiene que soportarlos.

7.2.3 Protocolo para la prevención general

Estar sano o sana no significa únicamente estar libre de enfermedades y padecimientos, sino disfrutar de un estado de pleno bienestar físico, mental y social[46]. El alcanzarlo y mantenerlo depende tanto de factores controlados por los servicios y proveedores de salud como de comportamientos y estilos de vida individuales. Por tal razón es de capital importancia que las personas conozcan y adopten prácticas y hábitos que contribuyan a mantener la salud. Además de comer alimentos sabrosos y nutritivos, es importante hacer ejercicio, dormir las horas necesarias para reparar el organismo, abstenerse de fumar, tener una actividad sexual gratificante y sin riesgos, y evitar la ansiedad y el estrés excesivo y sostenido. A estas prácticas es necesario agregar la de búsqueda de servicios de salud para un examen físico completo periódico, de preferencia anual o con mayor frecuencia si es necesario. La visita a un servicio de salud con cierta regularidad permite prevenir o tratar problemas de salud a lo largo del curso de vida.

Las personas trans comparten muchos de los problemas de salud que aquejan a las personas no-trans, pero pueden tener problemas específicos, algunos de ellos agravados por el uso de hormonas, automedicación y ciertas intervenciones para conseguir modificación corporal. El principio más importante para aplicar en la prevención y la revisión general es brindar atención a la anatomía que se observa, independientemente de la identificación o auto-descripción de la persona o el género que representa o la condición jurídica. Así mismo, siempre proporcionar la atención

46 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York, 19-22 de junio, 1946; suscrita el 22 de julio, 1946, por representantes de 61 Estados (Registros oficiales de la OMS, nº 2, p. 100) y obligada su aplicación el 7 de abril, 1948.

de una manera respetuosa, sensible, que reconozca y honre la auto descripción e identificación de la persona. El protocolo que se recomienda a continuación hace hincapié en las áreas de especial consideración en la que los tratamientos médicos pueden tener un impacto en el bienestar de la persona trans.

a. Dieta y estilo de vida

- Los hombres trans que no han tenido cirugía de remodelación de mamas pueden, intencionalmente, cargar con peso adicional para ocultar la apariencia de los pechos y las caderas. Algunos hombres trans con pechos muy grandes pueden ser renuentes a hacer ejercicio debido a la incomodidad física o la sensación de malestar al usar ropa deportiva ajustada. Por el contrario, algunos hombres trans no se dan cuenta de las demandas metabólicas aumentadas al tomar testosterona. Los pacientes que tienen dificultades en aumentar de peso o masa muscular, fatiga o ansiedad, deben ser examinados para determinar si pudiera haber déficit de vitaminas, calorías y micronutrientes en la dieta. La ingesta adecuada debe ser ajustada a la edad y niveles de actividad masculina apropiados.

- Las mujeres trans pueden presentar trastornos de la alimentación tales como la anorexia, o pueden consumir en forma intencionada menos calorías de las necesarias para mantener una complexión delgada. Algunas mujeres trans pueden sentir que el ejercicio es un rasgo masculino y, por lo tanto, evitarlo. Recuerde a las mujeres trans que el ejercicio no tiene por qué implicar el fisicoculturismo, y que muchas mujeres no-trans hacen ejercicio con regularidad.

- Las vitaminas y otros complementos nutricionales deben consumirse de acuerdo a las indicaciones de los profesionales de la salud, evitando la automedicación (este principio de hacerse extensivo a cualquier tipo de medicamento).

b. Vacunas

Valore si las vacunas están actualizadas. La mayor parte de las vacunas recomendadas no son específicas según el sexo y, por lo tanto, son las mismas para cualquier persona. Tanto las mujeres como los hombres trans que han tenido sexo con hombres pueden tener un riesgo aumentado para

la Hepatitis A y el meningococo C. Por lo tanto, es conveniente discutir sobre las vacunas disponibles y ofrecerlas a los usuarios.

c. Salud mental

Explore para determinar depresión, ansiedad, trastorno bipolar o antecedentes de trauma. Consulte, si necesario, con un proveedor de salud mental capaz de valorar y tratar a las personas trans, sin negar su identidad de género. (Véase la sección 7.5)

d. Consumo de substancias

Evaluar el consumo de sustancias preguntando sobre el uso de alcohol, tabaco y medicamentos prescritos por médicos certificados en el corto, mediano y largo plazo (es decir, en los últimos 6 meses, 12 meses, 5 años). Explore el uso pasado y presente de otras sustancias ("drogas de la calle") en los últimos 12 meses, preguntando sobre el tipo, frecuencia, cantidad y vía de administración. Pregunte acerca de la utilización de sustancias para mejorar el rendimiento sexual, prestando especial atención al uso combinado de sustancias diferentes, en particular aquellas que puedan tener efectos sinérgicos (por ejemplo, las benzodiacepinas y el alcohol), efectos combinados indeseables (es decir, fármacos con efectos tipo "antabuse" y el alcohol) o efectos secundarios no deseados (por ejemplo, el sildenafil y el nitrito de amilo; la sustancia presente en los "poppers"). Si la persona está tomando medicamentos antirretrovirales, preste atención al consumo de sustancias que pueden reducir su efecto. Las personas atendidas en servicios de emergencia o urgencias, en particular las víctimas de la violencia, pueden mostrar síntomas de intoxicación alcohólica, intoxicación por drogas o de síndrome de abstinencia. Estas situaciones deben ser tratadas de acuerdo con las directrices existentes. Refiera, si necesario, a programas de dependencia química.

e. Inyecciones de relleno de tejido blando

Algunas mujeres trans pueden buscar o haber aplicado inyecciones de aceite de silicona de grado médico o industrial, aceites lubricantes, selladores de masilla, aceite de bebé y una variedad de otras sustancias en sus caderas, nalgas, muslos, mamas, los labios o la cara. Estas inyecciones pueden haberse administrado por médicos sin escrúpulos, y pueden haber ocurrido en el extranjero. Además, algunas personas legas en la materia

pueden llevar a cabo "fiestas de bombeo", donde las mujeres trans son inyectadas con estas sustancias, con técnicas insuficientemente estériles. Los riesgos asociados con estos procedimientos incluyen infecciones locales y sistémicas, la formación de émbolos, la formación dolorosa de granulomas, y un síndrome inflamatorio sistémico que puede ser fatal. Debe explorarse el riesgo actual o futuro de las mujeres trans para estas inyecciones de relleno de tejidos blandos, y se les debe asesorar adecuadamente. Las complicaciones derivadas de inyecciones previas pueden requerir de cirugía cosmética para reparar el daño.

La Coalición Tranlatin@ y Media Arts for Social Justice, con el endoso del l Centro de Excelencia para la Salud Trans , la WPATH y la OPS, han producido un documental que ilustra este tema con gran veracidad. El título del vídeo es "Morir por ser Mujer". Puede solicitarse información complementaria en el sitio web de la Coalición (www.translatinacoalition.org)

f. Salud sexual

Haga una historia sexual: pregunte acerca del número de los contactos sexuales pasados y presentes así como el/los género/s y el número de parejas. Compruebe si ha habido "cambios" de orientación sexual, pregunte a la persona si es consciente de que la categoría "orientación sexual" puede modificarse a medida que se realice la transición a un género diferente, especialmente por uso de hormonas. (Por ejemplo, una persona nacida biológicamente mujer y que se siente atraída por mujeres puede encuadrarse en el concepto de "lesbiana" y, al identificarse como hombre trans, podría auto-denominarse "heterosexual"). Investigue el uso de anticonceptivos, uso y frecuencia del condón, lubricantes y métodos de barrera, historia de infecciones de transmisión sexual, historia de abuso sexual, prácticas sexuales potencialmente peligrosas (por ejemplo, amordazamiento y uso de ataduras, S & M, asfixia autoerótica, etc.). Las conductas auto-destructivas pueden indicar la necesidad de derivar a un servicio de salud mental (ver sección 7.5).

g. Diabetes mellitus

Las personas trans que no han usado hormonas del otro sexo requieren los mismos criterios como las personas de su sexo de nacimiento.

- Mujeres trans que actualmente toman estrógenos. Considere solicitar examen anual de glucosa en ayunas, especialmente si hay historia familiar de diabetes y/o un aumento de peso mayor a 5 kilos. Considere solicitar prueba de tolerancia de la glucosa y/o hemoglobina glucosilada si hay evidencia de tolerancia a la glucosa disminuida sin diabetes. Trate la diabetes de acuerdo a los mismos lineamientos que para pacientes no-trans; si es indicado prescribir medicamentos, incluya agentes sensibilizantes a la glucosa. Considere disminuir los estrógenos si la glucosa es difícil de controlar o la paciente no puede perder peso.

- Hombres trans que actualmente toman testosterona: revise y trate como a los pacientes no-trans. Considere examinar (de acuerdo a la historia clínica de la persona) en búsqueda de síndrome de ovario poliquístico. Se indican estudios para diabetes si el síndrome está presente.

h. Enfermedad cardio vascular

Las personas trans que no han utilizado hormonas del otro sexo requieren los mismos criterios para realizar estudios que las personas de su sexo de nacimiento.

Estudie y trate decisivamente factores de riesgo cardiovasculares. Considere terapéutica diaria con aspirina en pacientes con alto riesgo de enfermedad coronaria.

- Mujeres trans que toman estrógenos actualmente:

    - Enfermedad coronaria /enfermedad cerebro-vascular: Monitoree continuamente para eventos o síntomas cardíacos, especialmente durante los primeros dos años de terapia hormonal; en pacientes con alto riesgo (incluyendo enfermedad coronaria) utilice estrógeno-transdermal, reduzca la dosis de estrógeno y omita la progestina del régimen.

    - Hipertensión: revise la presión arterial cada 1-3 meses: considere la utilización de espirolactona como parte del tratamiento antihipertensivo.

    - Lípidos: Siga los lineamientos actuales.

- Hombres trans que actualmente toman testosterona: Trate igual que a mujeres trans que toman estrógenos, excepto con respecto a lípidos. Realice anualmente perfil de lípidos en ayunas. Si hay hiperlipidemia, evite niveles de testosterona supra fisiológicos. Los regímenes intramusculares diarios o semanales de testosterona son preferibles a una inyección intramuscular quincenal (cada dos semanas).

i. Exploración pulmonar

Explore la posibilidad de asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, TB. Si fuma, estimule a que la persona deje de fumar. La presencia de cualquiera de estas condiciones puede impedir las intervenciones quirúrgicas.

j. Cáncer

Examine a las personas trans que no han utilizado hormonas del otro sexo o que han tenido cirugías de afirmación de género utilizando los mismos criterios y parámetros de riesgo como para las personas de su sexo de nacimiento.

- Mujeres trans con uso anterior o presente de hormonas:

  - Mamas: Mastografía en personas mayores de 40 años, valorando los factores de riesgo caso por caso y de acuerdo con los algoritmos actuales basados en la evidencia.

  - Próstata: Utilice una exploración digital rectal para evaluar la próstata de todas las mujeres trans utilizando algoritmos actualizados sobre el uso de Antígeno Prostático.

    Los exámenes de Papanicolaou no son indicados en las neovaginas, ya que las están recubiertas con epitelio queratinizado y no pueden ser evaluadas con estas pruebas. Realice inspecciones visuales periódicas con un espejo en busca de verrugas genitales, erosiones y otras lesiones. Si se sospecha una ITS, tome una muestra para un cultivo en lugar de una reacción en cadena de polimerasa. Las paredes de las neovaginas generalmente son de piel y no mucosa. En el caso de que sea mucosa, ésta es uretral o de colon.

Siga las recomendaciones estándar para la detección de otros tipos de cáncer.

- Hombres trans con utilización anterior o actual de hormonas:

    - Cáncer de mama: Examen anual de pared torácica y axilas; mastografía al igual que para mujeres de nacimiento (no es necesaria en el caso de reconstrucción de pecho, debe considerarse si sólo se ha realizado una reducción).

    - Cáncer cervical: Para todo hombre trans con un cérvix, realice Papanicolaou y otros estudios de acuerdo a los estándares nacionales.

    - Cáncer uterino: Evalúe sangrado uterino espontáneo en ausencia de un factor mitigante (dosis de testosterona no aplicadas, dosis excesivas de testosterona conducentes a niveles aumentados de estrógenos, modificaciones de peso, enfermedades tiroideas, etc.) como en las mujeres de nacimiento post menopáusicas; considere histerectomía si la fecundidad no es un problema, la persona tiene más de 40 años y la salud no será adversamente afectada por la cirugía.

    Siga recomendaciones estándar para el estudio de otros cánceres.

k. Salud musculo-esquelética

Las personas trans que no han usado hormonas del otro sexo requieren los mismos criterios de exploración que las personas del mismo sexo de nacimiento.

Se recomienda a todos los y las pacientes trans que toman hormonas del otro sexo y/o han tenido o anticipan someterse a gonadectomía, tomar suplementos de calcio y vitamina D, de acuerdo con las actuales directrices de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea. Tenga en cuenta que esto puede ser aplicado a los hombres trans en edades más jóvenes que la edad típica de inicio para la prevención del tratamiento de la osteoporosis, debido a los efectos desconocidos de la testosterona sobre la densidad ósea.

- Mujeres trans que actualmente toman estrógenos: El ejercicio puede ayudar a mantener el tono muscular.

- Mujeres trans en etapa pre orquidectomía, independientemente del uso de hormonas: Para prevenir osteoporosis se recomienda calcio y suplementos de vitamina D.

- Mujeres trans después de orquidectomía: Para prevenir osteoporosis, mantenga la terapia estrogénica o considere las recomendaciones actuales de prevención primaria de la osteoporosis; considere explorar densidad ósea en pacientes sin gónadas a quienes no se ha administrado estrógenos por más de cinco años.

- Hombres trans que actualmente utilizan testosterona: Para evitar la ruptura de tendones en hombres trans que hacen ejercicio para aumentar su fuerza, recomiende aumentar la carga gradualmente, enfatizando las repeticiones más que la carga. Subraye el ejercicio de estiramiento.

- Hombres trans que han tomado testosterona por mas de 5-10 años sin ooforectomía: Para prevenir la osteoporosis, considere solicitar estudios de densidad ósea si el paciente es mayor de 50 años de edad, o antes si están presentes factores de riesgo adicionales; recomiende suplementos de calcio y vitamina D, de acuerdo con las actuales directrices de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea.

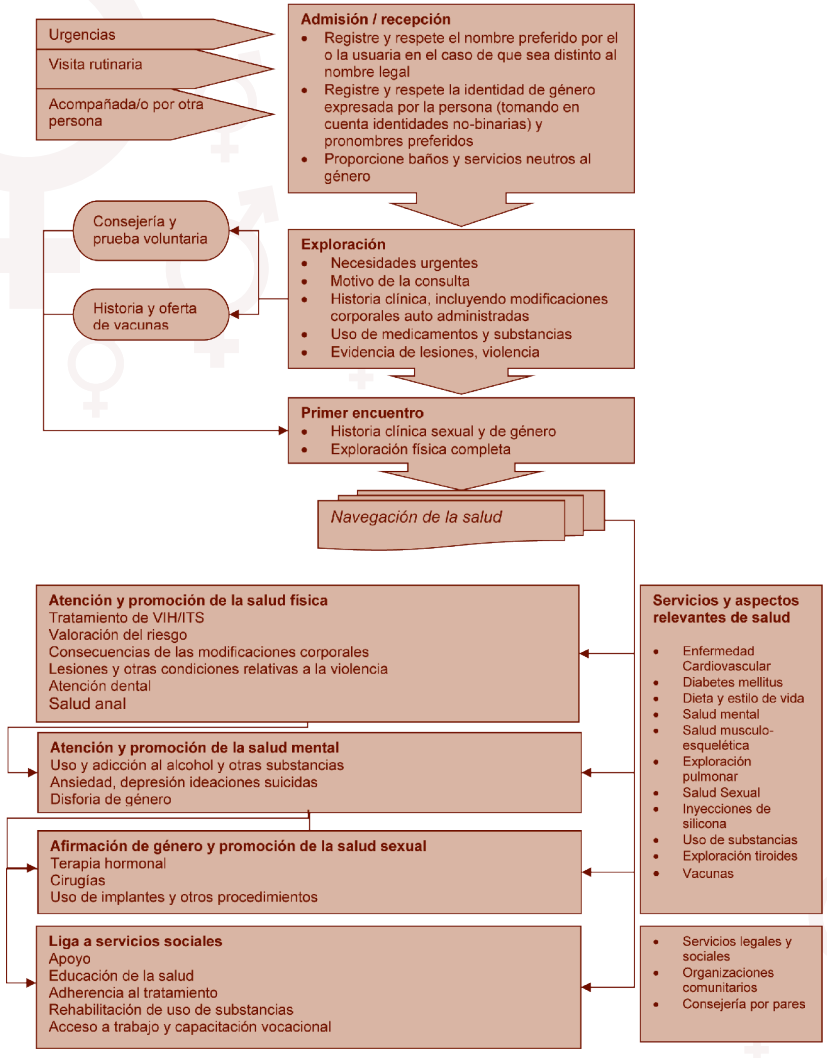
- Hombres trans que utilizan testosterona actualmente o lo han hecho en el pasado, después de la ooforectomía (o histerectomía total): continuar con la terapia de testosterona para reducir el riesgo de pérdida de densidad ósea. Si hay contraindicaciones para la terapia con testosterona, tenga en cuenta las recomendaciones actuales para la prevención primaria de la osteoporosis. Considere la posibilidad de detección de la densidad ósea si la persona es mayor de 60 años y de si ha tomado testosterona por menos de 5-10 años. Si ha tomado testosterona hace más de 5-10 años, a los 50 años o más, y a menor edad en el caso de que existan factores de riesgo adicionales para la osteoporosis, recomiende suplementos de calcio y vitamina D, de acuerdo con las actuales directrices de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea. Tenga en cuenta que esto puede ser aplicado a los hombres trans a edades más

tempranas que la edad típica de inicio para la prevención del tratamiento de la osteoporosis, debido a los efectos desconocidos de la testosterona sobre la densidad ósea.

l. Exploración tiroidea

Sospeche ampliamente la existencia de enfermedades tiroideas y explore apropiadamente. La utilización de hormonas de remplazo del otro sexo, con o sin gonadectomía, puede ocasionar desequilibrios endócrinos generales.

Evaluación Clínica Inicial



7.3 El consultorio dental como punto de entrada al sistema de salud

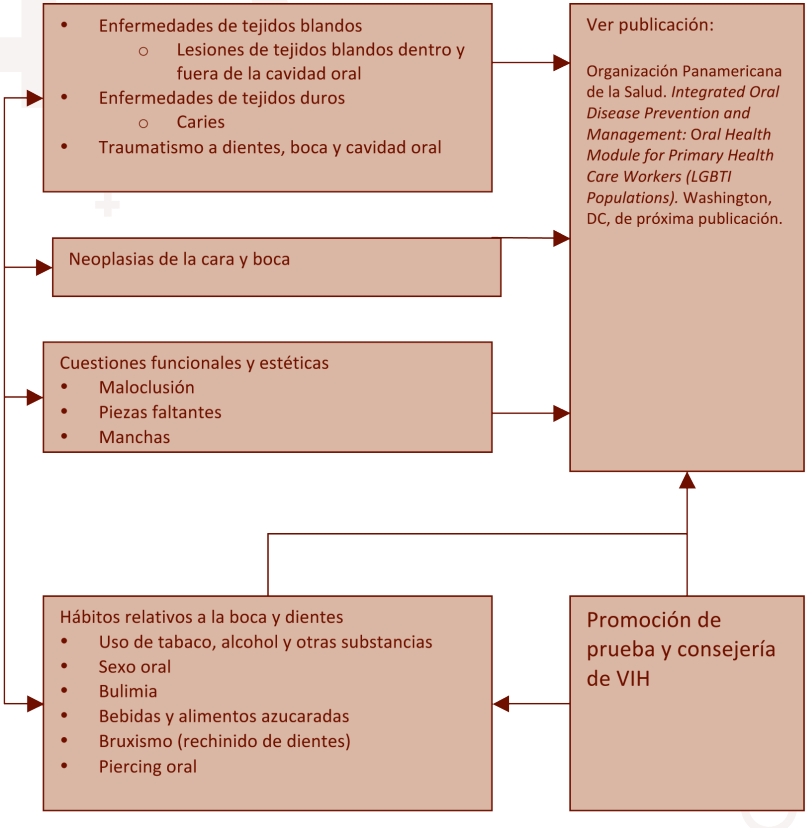
Hay una gran falta de información sobre la salud oral de las personas trans. Sin embargo, puede suponerse que muchas de ellas, al igual que miembros de otros grupos y poblaciones socialmente marginados, están afectadas por una multiplicidad de significativos problemas de salud oral. Algunos de estos problemas están asociados con factores de riesgo tales como el alto consumo de azúcar (por ejemplo, bebidas azucaradas como jugos, sodas, bebidas energizantes), hábitos (v.g. usar cocaína, fumar y abuso de otras substancias, bulimia) y prácticas (v.g. sexo oral no seguro, perforaciones o piercings orales) (véase el cuadro a continuación). Los hombres trans pueden quejarse de sensibilidad, sangrado, inflamación y dolor en las encías como efecto colateral del uso de la testosterona. Esta queja puede ser más frecuente entre las personas que toman la testosterona en tabletas, que se sabe, pueden causar irritación de la mucosa. El proveedor de salud oral debe estar atento a manifestaciones de problemas periodontales y recomendar que tales problemas sean tomados en cuenta por el profesional que administra las hormonas al elegir la vía de administración de andrógenos.

Los elevados costos de la odontología reparativa impiden el acceso de servicios de salud oral de calidad dirigidos a salvar y reparar las piezas dañadas. Con frecuencia, la única opción para las personas con recursos financieros limitados es la extracción de los dientes sin la posibilidad de pagar por rehabilitación subsecuente tales como coronas y puentes, por no mencionar implantes. La falta de tratamiento adecuado deja a las personas con espacios, problemas de alineación, de masticado y de oclusión, lo que genera preocupaciones estéticas que pueden impactar la auto-imagen y la autoestima, así como problemas periodontales y de higiene oral.

Los profesionales de la salud oral debidamente capacitados pueden brindar atención integral a la salud oral de las personas trans y colaborar en su vinculación a la atención integral en general. Estos profesionales pueden identificar los problemas sistémicos que cursan con manifestaciones orales y pueden referir el paciente a médicos generales y especialistas. Además, durante las interacciones con los pacientes, es posible proporcionar información objetiva sobre temas relevantes para las personas trans (por ejemplo, VIH, hepatitis B, la violencia, el tabaquismo, el uso de alcohol y otras sustancias, etc.) y hacer referencias, cuando corresponda. Por ejem-

plo, la prueba del VIH puede ser promovida en el contexto de la atención de la salud bucal, aunque no debería ser un requisito para la prestación de servicios. Un odontólogo y cualquier otro miembro del equipo de salud oral pueden contribuir a generar actitudes de confianza hacia el sistema de salud o, por el contrario, desconfianza, miedo y rechazo. Por lo tanto, es importante asegurarse que los miembros del equipo de salud oral estén debidamente capacitados en materia de género y competencia cultural. La formación para los proveedores de atención de otros problemas de salud tiene que incluir los elementos básicos de la salud sexual y la diversidad sexual y de género. Por último, pero no menos importante, la empatía, el respeto y la sensibilidad son cruciales para la prestación satisfactoria de los servicios, y se debe aplicar en todo momento.

Cuestiones de Salud Oral



7.4 Pruebas, consejería y tratamiento de VIH e ITS

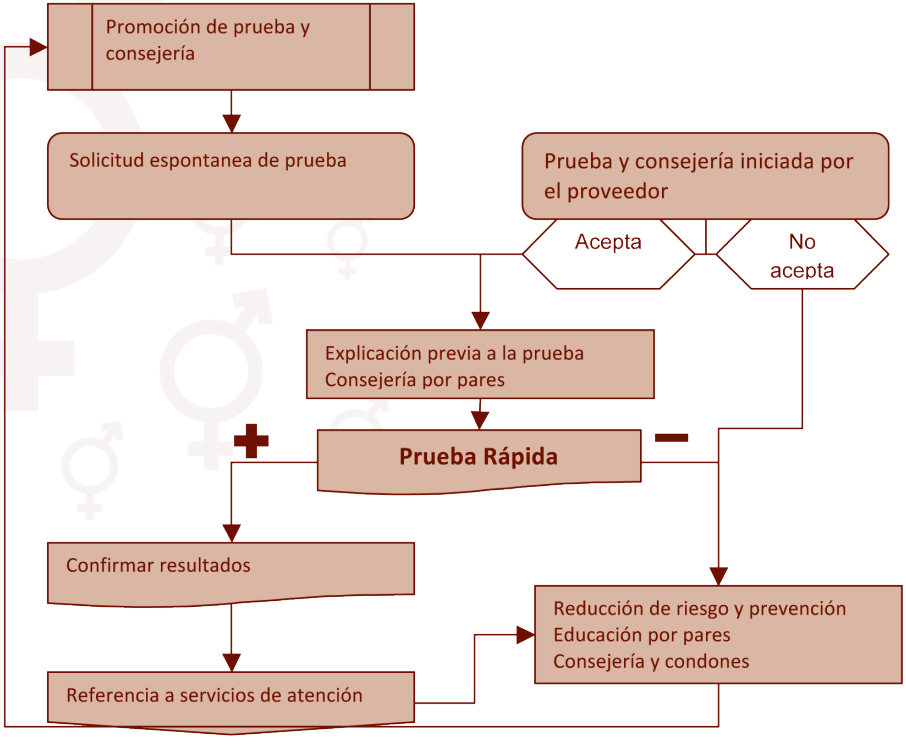
Las investigaciones han demostrado que es menos probable que las personas trans se realicen pruebas para VIH y otras ITS que miembros de otros grupos de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres. Esto a pesar de que se ha encontrado que la prevalencia del VIH y las ITS es desproporcionadamente alta entre los subgrupos de la población trans y, especialmente, entre las mujeres trans y hombres trans que tienen sexo con hombres, debido a las prácticas y las situaciones de alto riesgo (Herbst et al., 2008). Además de los temores y las preocupaciones comunes entre la mayoría de otras poblaciones en mayor riesgo (poblaciones clave), las personas trans podrían estar preocupadas por el impacto que un diagnóstico positivo de VIH representa para el acceso a la terapia hormonal y la cirugía, así como para sus interacciones sociales (por ejemplo el estigma, o bien, la capacidad para atraer a parejas sexuales). Sin embargo, sus temores pueden ser enfrentados. Los Estándares de Cuidado establecidos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans establecen expresamente que "no es ético negar la disponibilidad o la elegibilidad para las cirugías de reasignación de sexo o terapia hormonal únicamente sobre la base de la seropositividad de sangre para infecciones de transmisión sanguínea como el VIH, o hepatitis B o C, etc." (Coleman et al., 2011, p. 35). Se han establecido directrices para la cirugía de las personas seropositivas trans (Kirk, 1999) y el resultado ha sido bueno (Wilson, 1999). Las pruebas de VIH e ITS pueden ser un punto de entrada al sistema de salud.

La consejería sobre el VIH debe promover la prevención y tener en cuenta los factores y cofactores de riesgo trans-específicos, incluso el uso de hormonas y sustancias. La consejería debe basarse en la confidencialidad y focalizar los factores de riesgo individuales. Además del riesgo de conductas sexuales tales como relaciones sexuales anales/vaginales sin protección (incluyendo el coito vaginal receptivo para los hombres trans y el coito anal penetrativo en las mujeres trans), las personas trans pueden estar en riesgo al compartir el equipo durante las inyecciones de drogas, hormonas y rellenos de tejidos blandos. Por otra parte, el uso errático de hormonas puede resultar en cambios del estado de ánimo; así las hormonas masculinizantes pueden aumentar la libido y disminuir el control sobre el sexo, y las hormonas feminizantes pueden afectar la erección haciendo más difícil el uso del condón (Bockting, Robinson, y Rosser, 1998). El trabajo sexual, sobre todo cuando los clientes ofrecen más dinero por tener relaciones

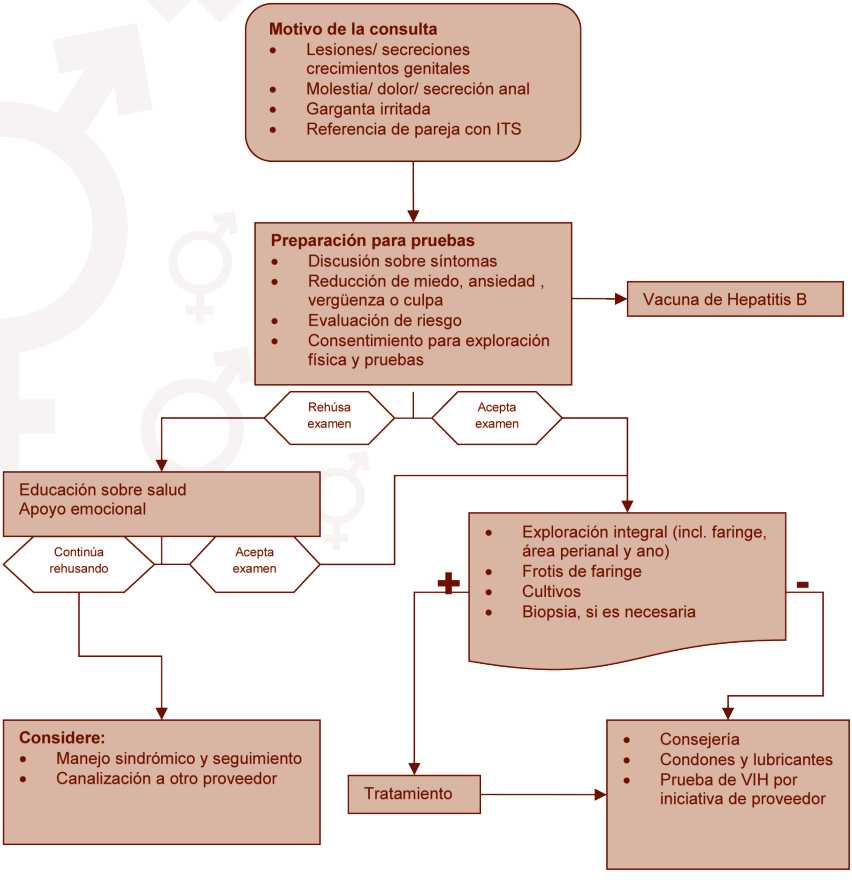
sexuales sin protección, puede contribuir al riesgo. Las personas trans pueden estar en riesgo debido a la negociación sexual que a veces es necesaria como consecuencia de la escasez percibida de parejas dispuestas a entrar en una relación comprometida. Al igual que otras poblaciones de riesgo, la investigación ha demostrado que, para las mujeres trans, es más probable que el sexo sin protección se lleve a cabo con las parejas no-comerciales principales o estables (Nemoto et al, 2004).

El acceso y la adherencia al tratamiento del VIH y las ITS son limitados. Esto puede estar relacionado a la falta de cobertura de atención de la salud, al evitar la atención médica debido a la falta de proveedores culturalmente competentes, o a ideas erróneas acerca de la interferencia del tratamiento del VIH con la atención médica específica para las personas trans (terapia hormonal o cirugías). Las personas trans con VIH deben ser animadas a acceder y cumplir con el tratamiento del VIH y de las ITS, que podría facilitarse mediante la combinación de este tratamiento con la terapia hormonal deseada, lo que es una prioridad para muchas personas trans. Por otro lado, se recomienda a las personas trans VIH negativas hacerse la prueba de VIH y desarrollar un plan para hacerse pruebas de VIH regularmente, por ejemplo, dos veces al año. Por último, el apoyo social es esencial, pero en particular las mujeres trans pueden no sentirse cómodas o aceptadas en los grupos de apoyo existentes, que a menudo son segregados por género. Además, sus circunstancias y necesidades específicas pueden no ser adecuadamente atendidas en grupos de apoyo para hombres que tienen sexo con otros hombres o grupos de apoyo para mujeres. Por lo tanto, siempre que sea posible, se debe prestar apoyo, ya sea personal o en línea, por sus pares trans (Bockting, Robinson, y Rosser, 1998). La personas trans con VIH pueden seguir las pautas de la terapia antiretroviral (TAR) aprobadas nacional (o internacionalmente) de la misma manera que lo hacen otras personas VIH positivas.

Prueba y Consejería de VIH



Diagnóstico y Manejo de ITS



7.5 Atención de los problemas referentes a la salud mental

La salud mental es una preocupación importante de salud entre la población trans (OIM, 2011). La ansiedad y la depresión, incluyendo los pensamientos e intentos suicidas, son frecuentes, y se asocian con el estigma y la discriminación (Bockting et al., 2011). Se ha demostrado que el apoyo familiar y entre pares, junto con el orgullo por su identidad, pueden reducir el impacto negativo del estigma y la discriminación sobre la salud mental de las personas trans (Bockting et al. 2011). Sin embargo, se ha demostrado que las personas trans experimentan los niveles más bajos de apoyo de la familia y sus pares en comparación con otros segmentos de la población LGBT (Bockting et al., 2005). Por lo tanto, una evaluación de salud mental es crucial, con especial énfasis en cómo la persona trans ha enfrentado el estigma social asociado a la no conformidad de género. La ansiedad y la depresión deben distinguirse de otras situaciones de salud mental, por ejemplo, la angustia que la persona trans puede estar manifestando asociada a un conflicto entre su sexo asignado al nacer y su identidad de género (que puede incluir conflictos físicos o referentes a su papel).

Es esencial que los proveedores de salud estén atentos a las manifestaciones de la ideación suicida. La Asociación Americana de Suicidología proporciona una lista de señales a las que el proveedor debe prestar atención para evaluar el riesgo de suicidio: Ideación, uso de sustancias, falta de objetivos, ansiedad, desesperanza, aislamiento, ira, imprudencia y cambios en el estado de ánimo. Los signos de riesgo agudo de suicidio incluyen: hablar sobre o amenazar con quitarse la vida, buscar formas de cometer el acto (por ejemplo, comprar pastillas, una pistola, veneno), y hablar o escribir sobre la muerte o sobre quitarse la vida. En presencia de estos signos, los usuarios deben ser inmediatamente referidos a un servicio de salud mental. El apoyo de servicios especializados en prevención de suicidio y los grupos de ayuda de pares comunitarios debe ser buscado de inmediato.

Al igual que con todos los pacientes, el profesional de atención primaria debe descartar la enfermedad psiquiátrica. La depresión es común, y los proveedores deberían preguntar sobre estados de ánimo depresivos persistentes, incapacidad de experimentar placer (anhedonia), e ideación suicida, y tratar o derivar a las personas con depresión clínica. Las personas trans pueden haber sufrido acoso o trauma físico. En los pacientes que han experimentado trauma se debe investigar sobre síntomas del trastorno de

estrés post-traumático, así como otros trastornos de ansiedad. El consumo de sustancias puede ocurrir como una forma de evitar hacer frente a las situaciones o ambientes estresantes. Las referencias para el tratamiento psiquiátrico debe hacerse hacia proveedores de salud mental que comprendan bien las cuestiones trans.

7.6 Uso y adicción a alcohol y otras substancias

Las evaluaciones cuantitativas que documenten el grado e intensidad del uso de alcohol y otras substancias por las personas trans son escazas. Los estudios basados en muestras de conveniencia (por ejemplo, clientes de bares o asistentes a eventos sociales) sugieren que los niveles de consumo de sustancias por las personas trans están muy por encima de los niveles de la población general. Estos resultados, sin embargo, puede reflejar sesgos en el muestreo y llevar a una falsa imagen de las personas trans como "fiesteros", mientras que se pierden de vista las realidades de su vida, incluyendo los problemas que pueden contribuir al uso de sustancias. El Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de los Institutos Nacionales de Salud en los Estados Unidos ha publicado un conjunto de módulos de Educación en Trabajo Social para la Prevención y el Tratamiento del Trastorno por Uso de Alcohol. El Módulo 10G incluye información pertinente a las poblaciones trans[47].

Los hábitos de fumar o masticar tabaco están fuertemente asociados con problemas estéticos y de salud. La tinción de los dientes y los dedos, el mal aliento, y las arrugas alrededor de los labios son comunes entre los fumadores empedernidos. Además de estos efectos, el consumo de tabaco se asocia a los cánceres de la boca, laringe, bronquial y pulmonar, al enfisema y a otras enfermedades respiratorias. Los problemas potenciales asociados con el uso de otras sustancias, como cocaína, crack, marihuana, anfetaminas y las denominadas "drogas recreativas" (éxtasis, poppers) son múltiples, dependiendo de la frecuencia de uso (por ejemplo, el uso repetido de la cocaína inhalada daña los tejidos nasales, fumar crack produce daños a las encías y los dientes), la vía de administración (la inyección de drogas está vinculada a la transmisión de infecciones de transmisión sanguínea

47 http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/social/Module10GSexualOrientation/Module10G.html

como la hepatitis C, B o el VIH), la cantidad o dosis utilizada (las dosis excesivas puede conducir a la intoxicación aguda o sobredosis), la calidad del medicamento que se usa (las impurezas pueden causar efectos tóxicos), y las interacciones farmacológicas (el uso de "poppers" en relación con el potenciador de la erección de sildenafil, por ejemplo, puede provocar vasodilatación severa y problemas cardiovasculares).

Toda persona trans que asista a un servicio de atención de la salud debe ser interrogada sobre los patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias mediante un cuestionario estandarizado. Las preguntas deben hacer referencia a la frecuencia de uso, tipos de sustancias, dosis, vías de administración, las condiciones en las que el uso es más probable que ocurra (por ejemplo, fumar cuando se está nervioso), y preguntas relacionados con las experiencias mentales o conductuales (por ejemplo, exabruptos, peleas y desmayos). Las preguntas deben ser formuladas en forma discreta y libre de prejuicios.

Si las respuestas indican la ausencia de o bajo riesgo de consumo de sustancias, los proveedores de servicios deben seguir indagando acerca de las intenciones de uso futuro y las estrategias para hacer frente a la presión de los pares o los factores de estrés externos. Para las personas con riesgo de moderado a alto, se recomiendan intervenciones educativas y biomédicas. La duración del tratamiento dependería del nivel de riesgo, la duración de uso del fármaco, y el nivel de dependencia. La consejería motivacional debe ser proporcionada de preferencia por pares. La disponibilidad de espacios que permitan la socialización con sus pares independientemente del consumo de alcohol pueden jugar un papel importante en la prevención del consumo de sustancias y la rehabilitación, especialmente para las personas trans jóvenes.

7.7 Enfrentando el estigma, la discriminación y la violencia, y la promoción de la resiliencia

El modo en que la persona trans ha hecho frente a la estigmatización y la discriminación vividas durante su proceso de "salir del armario" o "destaparse" debe ser evaluado. Esto incluye una valoración del estigma percibido y declarado (Bockting et al., 2011). El profesional clínico debe prestar especial atención a si la persona percibía su rol de género como discordan-

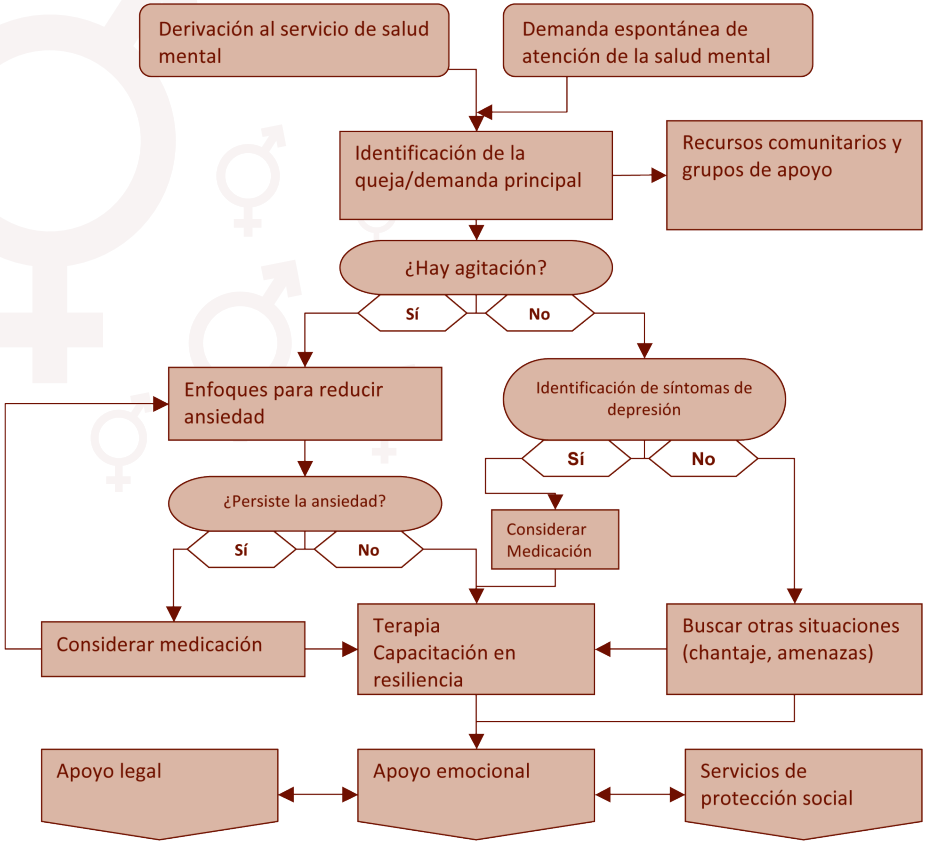
te desde la infancia, así como a las estrategias adoptadas para manejar el estigma. Si está indicado, el proveedor de salud puede ayudar al usuario a identificar y a adoptar estrategias eficaces para manejar el estigma. Los efectos negativos del abuso y la violencia deben ser evaluados, y debe sugerirse la consejería cuando sea pertinente.

El modelo de estrés por pertenecer a minorías, mencionado anteriormente en este documento, plantea que los procesos para enfrentar las situaciones de cierta diversidad, tales como el apoyo social, pueden mediar o moderar el impacto de esta tensión añadida sobre la salud. Este modelo ha sido probado hasta la fecha principalmente con poblaciones de homosexuales, lesbianas y bisexuales. Se ha elaborado un informe sobre el estigma, la salud mental, y la resiliencia entre la población trans de los EE.UU. (Bockting et al., 2011). Hasta donde sabemos, este modelo no se ha probado específicamente con poblaciones trans en Latinoamérica o el Caribe, sin embargo, la investigación ha identificado una serie de factores que pueden ser predictivos de la resiliencia. Estos factores incluyen: el apoyo familiar, apoyo de pares, y el orgullo de la identidad trans (ver, Loehr, 2007, para ejemplos de excepciones entre las personas trans que no tienen apoyo familiar). Esto es especialmente relevante, ya que en Costa Rica, y de acuerdo con lo que se había encontrado en América del Norte (Bockting, Huang, Ding, Robinson, Rosser, 2005), las personas trans reportaron niveles más bajos de apoyo social que los hombres que tienen sexo con hombres (Schifter, 1999 , pág. 70).

ENTREVISTADORA: De acuerdo. Y usted me dijo en el informe que la comunidad tenía un 35% la prevalencia del VIH. ¿Hay otras cosas que se encuentran en el informe que de las que le gustaría hablarme?
Entrevistada del Perú: Si. Encontramos, por supuesto, la falta de educación, el bajo acceso a la educación, el bajo acceso a la vivienda, la violencia del Estado, hacia nuestras hermanas. Estamos hablando de que el Estado, que es la policía, los servicios de salud. Y, por supuesto, el no buscar los servicios de salud <como consecuencia de la violencia. Si un oficial de policía la acosa, si un oficial de policía la persigue o la mata, en ese momento, ella no está pensando en la prevención, sino más bien una cuestión de supervivencia inmediata.

Entrevista realizada por JoAnne Keatley

Manejo Clínico del Estrés por Pertenecer a Minorías



7.8 Atención a las consecuencias de la violencia

En comparación con otros grupos y poblaciones, las personas trans enfrentan niveles de violencia fuera de proporción. Esta violencia, como lo señala el documento La Violencia que Vivimos "posee diversas dimensiones y espacios de ejercicio"[48] La base de esta violencia es la transfobia, es decir, actitudes y comportamientos individuales y grupales de rechazo, desprecio, desdén y violencia hacia las personas trans. La transfobia está fuertemente ligada a la ignorancia, temores irracionales y sentimientos infundados de amenaza contra la integridad del agresor. La violencia contra las personas trans está tan extendida en las culturas de Latinoamérica y el Caribe que las personas trans viven en un estado continuo de tensión defensiva. Dado que las personas trans son víctimas de ataques, muchos de ellos de carácter muy grave, el punto de entrada para muchas personas trans al sistema de salud son los servicios de urgencias de clínicas y hospitales. Para las personas que, a menudo, son pobres, sin hogar y maltratadas, un ataque violento añade una pesada carga adicional para la salud y la calidad de vida. Los proveedores de salud deben estar bien conscientes de que las víctimas de la violencia están profundamente afectadas y bajo gran estrés, y se debe evitar añadir cargas adicionales a su ya difícil situación. Los proveedores deben tener una actitud abierta, respetuosa y sin prejuicios. Una agresión sexual puede ocurrir durante o después de las agresiones físicas. Es muy probable que las personas trans que han sido víctimas de violencia física y sexual se encuentren en una profunda conmoción emocional que debe ser tratada junto con las lesiones físicas, además de ofrecer la profilaxis adecuada post-exposición para VIH y otras ITS, de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales. Los proveedores de salud de los servicios de urgencia constituyen una primera línea de equipos de atención a la salud que deben ser culturalmente competentes y con las habilidades para tratar a las personas trans.

48 http://transexualesdechile.org/wp- content/uploads/2009/10/Informe-Situacion-en-Chile-Violencia.pdf

7.9 Atención de la salud específica relacionada con las modificaciones corporales (incluyendo terapia hormonal y cirugía)

El acceso a la atención de la salud específica, como es el caso de la consejería especializada, la terapia hormonal y/o las cirugías, es muy limitada. Sin embargo, puede ser crucial para la supervivencia y el bienestar de las personas trans. La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans (www.wpath.org) mantiene un directorio internacional de proveedores especializados. Sin embargo, algunos aspectos de la atención específica, tales como la terapia hormonal, también pueden ser proporcionados en el ámbito de atención primaria (Dahl et al., 2006). Los cuidados específicos deben ser ofrecidos de acuerdo a las normas de atención de la WPATH (Coleman et al., 2011), que también permiten enfoques de reducción de daño.

7.9.1 Vello facial y corporal

La distribución del vello corporal está fuertemente afectada por los andrógenos, que son más abundantes en los varones de nacimiento y dan lugar a una distribución más extensa de vello. El vello corporal crece durante y después de la pubertad, y puede cubrir cualquier superficie del cuerpo, excepto los labios, las palmas de las manos, plantas de los pies y la parte posterior de las orejas.

En el caso de los hombres trans, por lo general la administración de andrógenos estimula el crecimiento del vello corporal, incluyendo el vello facial, si la persona ha heredado una predisposición para el hirsutismo. Para las mujeres trans, en contraste, la administración de hormonas femeninas no elimina el vello facial o corporal si éste ya se ha desarrollado durante la pubertad. Por esta razón, muchas mujeres trans tienen que enfrentar el malestar de una distribución de vello de tipo masculino, incluyendo el bigote y la barba, que tienen que ser afeitados o depilados y cubiertos con maquillaje diariamente. Para muchas mujeres trans, una solución más permanente es altamente deseable.

La depilación láser puede ser una solución si es practicada por profesionales calificados, pero conlleva riesgos cada vez mayores entre más oscura es la piel. Los o las pacientes de piel oscura (e incluso aquellos con la piel oliva o morena clara) deben investigar cuidadosamente sus proveedores de láser para asegurarse de que tienen el nivel de habilidad y equipos para trabajar en su tipo de piel. La electrólisis es otra opción para resolver el problema del vello corporal y facial, pero es un proceso caro, largo e incómodo. La electrólisis debe ser realizada por un profesional calificado que esté bien informado sobre el procedimiento y los cuidados necesarios posteriores al procedimiento (por ejemplo, evitar la exposición a la luz solar, evitar el maquillaje, etc.). Las alternativas deben discutirse abiertamente con el profesional proveedor de atención primaria de salud para garantizar que los procedimientos de depilación son seguros y dan resultados satisfactorios.

Procedimientos para eliminar el vello

Medidas preventivas

- Se aconseja supervisión médica para la eliminación del vello en individuos inmunosuprimidos.
- No se aconseja, bajo ninguna circunstancia, la remoción con laser en "clínicas estéticas" si no existe supervisión médica.
- Se recomienda fuertemente la educación por pares relativa a la eliminación del vello. Podría desarrollarse un manual sobre el tema.
- Deben tenerse cuidados especiales para personas con problemas de la piel o con predisposición a las cicatrices queloides.

Complicaciones potenciales

Rasurado o afeitado
- Pseudo-foliculitis
- Quemaduras por afeitado
- Foliculitis

Depilado con cera
- Quemaduras
- Foliculitis infecciosa incluyendo forúnculos

Depilado químico
- Quemaduras
- Foliculitis infecciosa

Electrolisis
- Quemaduras
- Foliculitis y celulitis

Eliminación con laser
- Quemaduras

Manejo clínico

- Valore extensión severidad y causas del problema
- Ofrezca información y asesoramiento claro y respetuoso
- Desarrolle un plan de tratamiento
- Valore el uso de medicamentos (antibióticos, corticoides, anti fúngicos)
- Recomiende controles posteriores

7.9.2 Cuidado de la piel

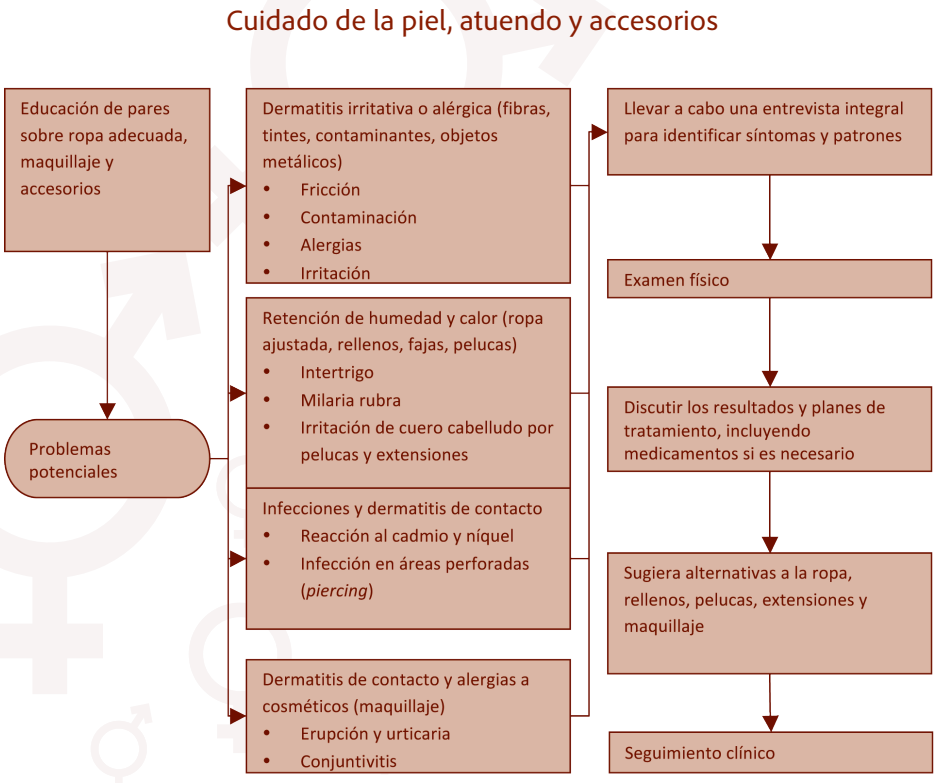
La piel sana es un reflejo de buena salud. No es el uso de cosméticos caros lo que garantiza un buen aspecto de la piel, sino la salud y el bienestar general. La exposición excesiva a la luz del sol causa daños a la piel, arrugas y manchas. Aunque un bronceado intenso es una característica muy deseada en muchas culturas, se debe ser consciente de que el bronceado implica riesgos para la salud y la apariencia de la piel. Fumar también causa daño a la piel, especialmente a la facial.

La piel masculina tiene, en términos generales, poros más grandes y más glándulas sebáceas. La administración de hormonas femeninas contribuye a modificar estas características y la piel adquiere una textura más suave.

La aplicación de exceso de maquillaje, especialmente si es aceitoso, puede obstruir los poros y causar inflamación de glándulas sebáceas.

Una recomendación general para mujeres trans es la de no compartir cosméticos, especialmente los que se aplican en los párpados y en los labios, ya que es posible transmitir infecciones diversas a través del uso compartido de los mismos. Igualmente importante es evitar compartir lentes de contacto cosméticos, puesto que pueden adquirirse infecciones o causar daños severos a la córnea.

Para las mujeres trans es recomendable utilizar ropa cómoda y adecuada a las condiciones climáticas. Algunas telas y materiales pueden causar problemas de la piel. También conviene mencionar los problemas derivados del fajado de senos en los hombres trans y a los métodos de ocultamiento para genitales masculinos en mujeres trans La educación entre pares, a través de manuales elaborados igualmente por pares, puede ser de gran ayuda para dar ideas y sugerencias sobre el uso de maquillaje, artículos de vestir (incluidas las prótesis y rellenos) y accesorios.



7.9.3 Administración de hormonas

La persona que se presenta para iniciar la terapia hormonal para modificación corporal con objeto de hacer la transición de género requiere una atención especial. Si bien la transición en sí, a menudo, proporciona un gran alivio a la disforia de género, puede ser un momento de mayor tensión que representa desafíos con la propia familia, la pareja, la escuela y el lugar de trabajo. La derivación a un psicoterapeuta experimentado en el trabajo con personas trans es de gran ayuda para muchas personas.

La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans (WPATH) publica las Normas de Atención (Coleman et al., 2011) que se actualizan periódicamente. Estos protocolos pueden ser revisados en www.wpath.org.

El proveedor de atención primaria debería evaluar la capacidad de cada usuario que inicia la terapia hormonal del otro sexo para entender los riesgos y beneficios del tratamiento y discutirlos con la persona. Asimismo, considerar la obtención de un formulario de consentimiento firmado. Algunos consultantes podrían ya haber estado usando hormonas del otro sexo, ya sea prescritas por un médico (podría ser que la persona estuviera buscando un nuevo médico por cualquier razón), u obtenidas en una farmacia, a través de conocidos o por cualquier otro medio, sin ninguna evaluación previa por un médico. En este último caso, las normas de atención de WPATH incluyen disposiciones para que los profesionales puedan continuar con el tratamiento médico de las personas que han iniciado independientemente la terapia hormonal, a pesar de la capacidad o el deseo del consultante de someterse a una evaluación psicológica o psiquiátrica relativa al género. Los médicos pueden proporcionar el tratamiento basado en el principio de reducción de daño. Cuando las personas están decididas a continuar con medicación aún en ausencia de una supervisión médica, por lo general, es aconsejable que el médico asuma la atención médica y prescriba las hormonas apropiadas. Existe la probabilidad que, de negar la atención a la persona, pueda dar lugar a que continúe con su tratamiento en forma independiente, posiblemente en su detrimento.

El uso de las hormonas del otro sexo (estrógenos en el caso de las mujeres trans y los andrógenos en los hombres trans) con objeto de equilibrar el género (es decir, inducir o mantener las características del sexo que coincide con la identidad de género) de la persona va en aumento en todo el mundo. Esta administración de hormonas correspondientes al otro sexo no se ha estudiado en ensayos prospectivos controlados aleatoriamente. Sin embargo, más de 50 años de experiencia clínica ha demostrado que esta práctica es efectiva en el tratamiento de la modificación (ver Hembree, et al, 2009; Gooren, et al, 2008.). Es importante que la capacidad de comprender y controlar este tratamiento pase a formar parte de la práctica de atención primaria. Este protocolo tiene el propósito de contribuir a este fin.

No todas las personas trans desearán tomar hormonas del otro sexo, pero si un consultante trans necesita expresar un género distinto al de su sexo asignado de nacimiento en forma consistente, las hormonas del otro sexo son el medio más común para la modificación del cuerpo al que pueden acceder para su auto-realización, conduciendo al equilibrio del sistema endócrino y la identidad de género, y permitiendo la feminización o masculi-

nización sin necesidad de que las personas recurran al uso de inyecciones no supervisadas de rellenos de tejidos blandos.

Una persona puede estar ya recibiendo hormonas cuando acude en busca de atención médica. En este caso, el profesional debe revisar el régimen actual en combinación con una evaluación exhaustiva de la salud general del o de la consultante para determinar si debe recomendar cambios en la dosificación o la preparación de las hormonas que utiliza.

El profesional médico debe discutir las cuestiones relacionadas con la fertilidad con todos los pacientes que están considerando la terapia hormonal (vea la sección Problemas de fertilidad). Nota: La testosterona no es un anticonceptivo, los hombres trans que tienen relaciones sexuales sin protección con hombres fértiles no-trans están en riesgo de embarazo si no han tenido una histerectomía.

En el caso de que se prescriban hormonas del sexo opuesto para una persona que no las ha usado antes, deben evaluarse las condiciones prexistentes a modo de determinar la preparación y la dosis a prescribir (ver recomendaciones más abajo). Es responsabilidad del profesional monitorear los efectos de las hormonas.

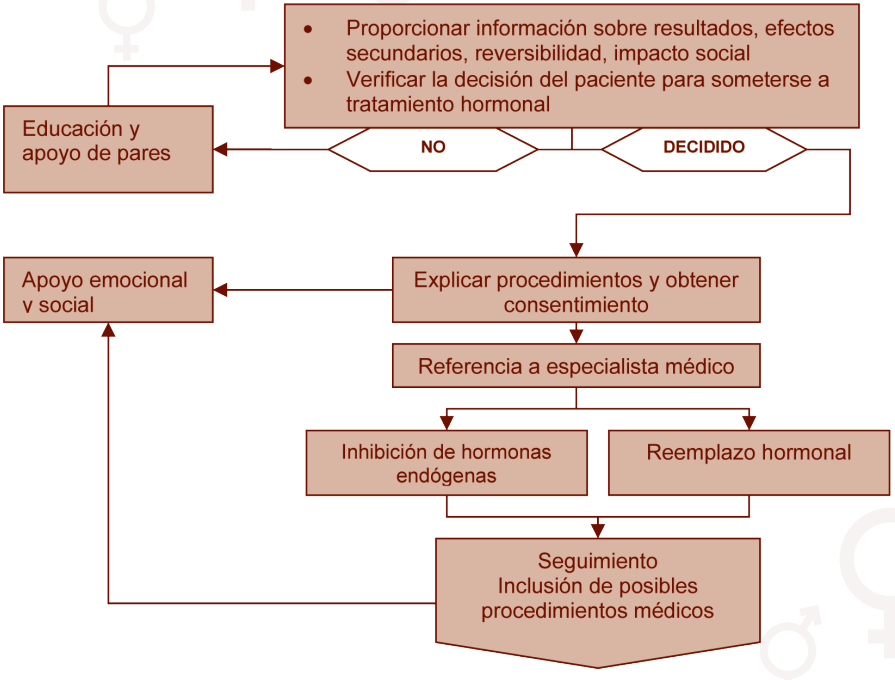
Consideraciones foniátricas relativas al desarrollo de una voz congruente con el género

Después de la pubertad, el tono de voz de una persona adopta un patrón permanente, dependiendo de las características sexuales biológicas. Los tonos más bajos se asocian generalmente a las grandes laringes que resultan de la estimulación androgénica, así como del desarrollo de cavidades de resonancia y estructuras vibrantes que dotan a la mayoría de voces masculinas y las voces de contralto femeninas con una cualidad peculiar conocida como "voz de pecho". Los tonos más altos son más distintivos de la fonación femenina. La mayor parte de las voces femeninas tiene un formante más alto y tienden a tener armónicos también más altos a lo que se denomina como "voz de cabeza". Para una mujer trans, la adquisición de una voz con más formantes más altos (es decir, "mayor resonancia de cabeza") puede ser un paso crucial en el proceso de transición y una fuente de auto-afirmación y bienestar. Entre los hombres trans, el uso de hormonas androgénicas pueden ayudar a

bajar el tono de la voz y aumentar la resonancia y volumen de pecho. En el caso de las mujeres trans, sin embargo, los anti-andrógenos y los estrógenos no tienen efecto sobre las propiedades de voz.

La terapia de lenguaje puede ser de gran valor para ayudar a las personas trans a re-educar la voz para emitirla un tono más bajo o más alto sin esfuerzo, así como para utilizar resonadores diferentes, a utilizar más o menos volumen y adoptar diferentes patrones de entonación al hablar. La máxima eficiencia vocal sin la tensión se puede obtener mediante la adopción de una técnica de respiración adecuada (es decir, costoabdominal) que también ayuda a mantener la atención centrada en el objetivo deseado (Mészáros et al, 2005). La terapia de lenguaje se puede combinar con clases de canto en las gamas más altas o más bajas para que la voz sea más flexible en las diferentes tesituras (es decir, más de pecho o de cabeza). Sin embargo, una gran parte del éxito de estos enfoques dependerá de la aceptación, la actitud respetuosa y abierta de los terapistas e instructores.

Administración de Hormonas



a. Valoración de la preparación para el uso de hormonas

Las normas de atención de la WPATH incluyen una lista de recomendaciones relativas a los criterios generales para la evaluación de la preparación individual de una persona para el tratamiento hormonal (Coleman et al., 2011, Apéndice C). El consentimiento informado requiere una discusión detallada con el o la consultante, especificando los riesgos y beneficios de tratamiento. Es importante recordar que, en el caso de menores, todos los tratamientos médicos pueden requerir del consentimiento del padre/madre/tutor y, en ocasiones, tanto del padre como de la madre, de acuerdo al país o región.

La única contraindicación médica absoluta para iniciar o mantener la terapia con estrógenos o testosterona es un cáncer sensible al estrógeno o a la testosterona. Otras condiciones como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias u otras condiciones no deben impedir el tratamiento en el ámbito del consentimiento informado. Mientras que en el pasado la historia de trombo embolismo venoso era una contraindicación para la terapia de remplazo de estrógeno, los datos recientes muestran que las preparaciones de estrógenos más seguras, tales como la transdérmica, no se oponen a este procedimiento.

Si prescribe hormonas a una persona que no las ha usado antes, valore las condiciones pre-existentes de salud física y mental para determinar la preparación y la dosis a prescribir (véase la sección de **Administración de la hormona**). Es responsabilidad del médico monitorear los efectos de la terapia hormonal.

b. Estudios de laboratorio básicos

- Esenciales para mujeres trans: Perfil de lípidos en ayunas (si la persona toma estrógenos por vía oral). Si toma espironolactona, incluir potasio y creatinina. Use valores de referencia femeninos para mujeres trans que toman estrógenos. La depuración de creatinina debe servir como criterio clínico junto con la distribución de la masa muscular y grasa corporal.

La norma para los estudios de función hepática está basada en estudios antiguos, con fallas metodológicas que utilizaban fórmulas que ya no se prescriben (etinil estradiol) y que no incluían controles para condiciones que causan una función hepática elevada, incluyendo alcohol y hepatitis

B y C. Se incluían elevaciones transitorias sin ningún sentido clínico en la evidencia referente a que los estrógenos causan anormalidades hepáticas. No existe evidencia clínica actual para el control de la función hepática en mujeres trans que utilizan estrógenos. Las publicaciones actuales no hacen mención de anomalías de la función hepática en relación con el uso de estrógenos. Sin embargo, puede ser útil comprobar las transaminasas si la usuaria está tomando estrógenos por vía oral.

- Esenciales para hombres trans: Hemoglobina, colesterol LDL/HDL. Use valores de referencia masculinos para hombres trans que toman testosterona.

- Consideraciones relativas a los estudios de laboratorio:

  Historia familiar, edad, enfermedades concomitantes, actividad sexual y otros factores de riesgo pertinentes.

c. Cuestiones relativas a la fertilidad

El tema de la fertilidad debe ser discutido con las personas que están considerando la terapia hormonal. El uso de hormonas sexuales del otro sexo puede reducir la fertilidad, inclusive en forma permanente, aún si se interrumpen las hormonas. El estrógeno puede tener el efecto de reducción de la libido, la función eréctil y la eyaculación. La testosterona, en general, aumenta la libido. A pesar de que la testosterona reduce la fertilidad en los hombres trans, no es una sustancia anticonceptiva: los hombres trans que tienen relaciones sexuales sin protección con hombres no-trans fértiles están en riesgo de embarazo, así como de infecciones de transmisión sexual.

d. Administración de hormonas para feminización

La terapia hormonal para mujeres trans incluye tanto la administración de estrógenos y progesterona como el uso de agentes anti-androgénicos.

Administración de estrógenos:

Los estrógenos no administrados por otras vías diferentes de la oral, incluyendo la sublingual, la transdermal y la inyectable, son preferibles, ya que no tienen que ser sometidas primero a transformaciones por el metabolis-

mo hepático. Los efectos colaterales asociados con el uso de estrógenos se mencionan en la sección 4.1.4.

- Vía de administración: Sublingual (se disuelve la formulación oral bajo la lengua en vez de deglutirla); parche transdermal; intramuscular;

- Los estrógenos orales representan un riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica en personas fumadoras de más de 35 años;

- Después de realizar gonadectomía, se recomiendan dosis más bajas de estrógenos. Deben hacerse mediciones periódicas e incrementar o reducir dosis de acuerdo a la tolerancia de la persona.

Administración de progesterona:

- Los riesgos y beneficios de la progesterona no están claramente establecidos. Algunos proveedores han encontrado que tienen efectos positivos tanto en la aréola alrededor del pezón como en la libido. Los efectos en el estado de ánimo pueden ser positivos o negativos. Existe un riesgo de aumento de peso y depresión en algunos individuos.

- En estudios que revisan el uso de progesterona oral en mujeres postmenopáusicas (por ejemplo el estudio de **Women's Health Initiative** [WHI]) se observó que el uso demedroxiprogesterona oral puede aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, mientras que las inyecciones intramusculares (e.g., Depo-Provera) pueden minimizar este riesgo adicional.

Administración de anti-andrógenos:

- Se inicia el tratamiento con dosis única o dividida con análisis de laboratorio semanalmente. Algunas personas –especialmente las robustas o muy jóvenes– pueden requerir dosis más altas. Como la progesterona tiene también efectos anti-androgénicos, puede ser una alternativa en aquellos casos en los que la espironolactona está contraindicada.
- Si la persona consultante tiene problemas de caída del cabello, el finasteride puede añadirse de manera complementaria (aún al comienzo del tratamiento). Puede considerarse la posibilidad de realizar implantes de cabello.

e. Administración de hormonas para la masculinización

La terapia hormonal para los hombres trans consiste en la aplicación de la hormona androgénica testosterona, que está disponible en varias formas: intramuscular, parche o gel transdérmica o implante subcutáneo.

A los hombres trans adultos se les inicia la depo-testosterona por vía intramuscular cada 2 semanas. Las dosis son ajustadas al efecto. En caso de que se constaten efectos secundarios atribuibles a los niveles máximos y mínimos, las dosis se cambian a cada 7-10 días dependiendo de la preferencia de la persona (sopesando y considerando los efectos adversos contra el aumento de la frecuencia de las inyecciones). A algunos les va bien en dosis más bajas y con inyecciones semanales (conviene evitar exceso de máximos y mínimos, que pueden desencadenar reacciones emocionales). El exceso de testosterona se puede convertir en estrógeno e impedir los efectos deseados. La terapia con testosterona no se niega en casos de hiperlipidemia

Los y las usuarios deben aprender a inyectarse por si mismos, así como la forma de mantener el equipo estéril. Un familiar o amigo puede aprender a inyectar al paciente. Las personas que desarrollan policitemia pueden responder bien al gel transdérmico.

Alerta de Alergia: el cipionato de testosterona se presenta suspendido en aceite de semilla de algodón. El enantato de testosterona está suspendido en aceite de sésamo (también llamado ajonjolí). Algunos personas experimentan reacciones cutáneas al adhesivo en el parche transdérmico. Algunas farmacias tienen la posibilidad de proporcionar el cipionato de testosterona en aceite de sésamo.

Se puede recomendar el uso de preparaciones transdérmicas si se desea un avance más lento, o para el mantenimiento continuo después de que ha logrado la virilización deseada mediante inyección intramuscular.

En raras ocasiones, utilice una progestina para detener los períodos menstruales si la persona sólo quiere una dosis baja de testosterona o está teniendo dificultades para detener la menstruación.

Otros medicamentos ocasionalmente prescritos a hombres trans:

- Para la calvicie de patrón masculino: finasterida o minoxidil. Advierta a las personas consultantes que la finasterida probablemente retrase o disminuya el crecimiento secundario del cabello, y puede retardar o disminuir la clitoromegalia.

- Para personas preocupados por un crecimiento capilar secundario excesivo (por ejemplo, cuando los parientes masculinos son excesivamente hirsutos): finasterida, dutasterida.

- Para personas con un aumento demasiado significativo en el interés sexual: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSN) de baja dosis.

- Para consultantes que desean mayor clitoromegalia: testosterona tópica sobre el clítoris (se debe restar de la dosis total y debe advertirse a las personas que esto puede acelerar la calvicie de patrón masculino).

DEBEN CONSIDERARSE LAS FORMULACIONES DISPONIBLES EN CADA PAIS

f. Seguimiento

Las personas pueden tener necesidades continuas de atención psicosocial y primaria. La mayoría de los problemas médicos que se presentan en las personas trans no son secundarias a la utilización de hormonas del otro sexo.

Para consultantes que inician hormonas: debe hacerse seguimiento médico a las 4 semanas, a los 3 y 6 meses y, posteriormente, cada 6-12 meses (con mayor frecuencia si surgen otros problemas). La atención debe dirigirse sobre todo a la presión arterial, efectos secundarios, cambios emocionales, la sexualidad, el peso y la calidad de vida (conductas de riesgo, en su caso). La evolución clínica debe ser monitoreada a través de la evaluación de los cambios físicos y emocionales subjetivos y objetivos.

Considere la posibilidad de prescribir suplementos de calcio y vitamina D, de acuerdo con las actuales directrices de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea. Tenga en cuenta que esto puede ser

aplicado a los hombres trans en las edades más jóvenes que la edad típica de inicio para la prevención del tratamiento de la osteoporosis, debido a los efectos desconocidos de la testosterona sobre la densidad ósea.

Primeras consultas de seguimiento – 4 semanas a 6 meses

Evalúe los efectos deseados y los efectos adversos de la medicación. Verifique el peso y la presión arterial. Revise el mantenimiento de la salud. Realice examen físico dirigido según sea necesario. Hable sobre el ajuste social, la libido y el comportamiento sexual, y la calidad de vida.

- Mujeres trans: Si utiliza espironolactona (medicamento anti-androgénico), verifique el potasio.

- Hombres trans: valore la menstruación, anticipe la presentación de la amenorrea en un periodo de 2-3 meses. Si la menstruación persiste, considere dosis aumentadas o el uso de un progestágeno.

Consulta semestral

Evalúe los efectos deseados y los efectos adversos de la medicación. Verifique el peso y la presión arterial. Revise el mantenimiento de la salud. Realice examen físico dirigido según sea necesario. Discuta el ajuste social, la libido y el comportamiento sexual, y la calidad de vida.

- Mujeres trans: Si se ha aumentado la dosis de espironolactona, considere verificar de nuevo el potasio. La testosterona generalmente no se revisa a menos que la usuaria presente poca evidencie de feminización.

- Hombres trans: Verifique niveles de testosterona si después de un régimen estable el usuario tiene problemas para virilizarse, para suspender la menstruación o está experimentando ansiedad u otros síntomas relacionados con su estado de ánimo. Verifique los niveles de testosterona a medio ciclo entre inyecciones (especialmente si hay síntomas relativos al estado de ánimo o energía). Asegúrese de comparar los niveles de hemoglobina con los niveles masculinos apropiados para la edad. Las pruebas de laboratorio se realizan generalmente cada 6-12 meses (cada 6 meses en personas de mayor

edad o con enfermedades graves, y cada 12 meses en personas jóvenes sanas).

Consulta anual

Evalúe los efectos deseados y los efectos adversos de la medicación. Verifique el peso y la presión arterial. Revise el mantenimiento de la salud. Realice examen físico dirigido según sea necesario. Discuta el ajuste social, la libido y el comportamiento sexual, y la calidad de vida

- Mujeres trans: Verificación de prolactina una vez cada 1-2 años después de iniciar terapia de remplazo hormonal.

    - Mastografía de acuerdo a estándares nacionales, valorando factores de riesgo caso por caso y de acuerdo a algoritmos basados en evidencia actuales. Tacto rectal anual +/- antígeno prostático de acuerdo con estándares nacionales y tomando en cuenta historia familiar y personal y factores de riesgo.

- Hombres trans: Verifique niveles de testosterona a los seis meses o cuando exista un régimen estable si la persona tiene problemas para virilizarse, para suspender la menstruación o está experimentando ansiedad. Verifique los niveles de testosterona a medio ciclo entre inyecciones (especialmente si hay síntomas relativos al estado de ánimo o energía). Asegúrese de comparar los niveles de hemoglobina con los niveles masculinos apropiados para la edad.

  Lípidos anuales solo para personas mayores de 30 años o que presentaban hiperlipidemia antes de iniciar la testosterona.

  Mastografía anual desde los 40-50 años, dependiendo en factores de riesgo, historia familiar y presencia de tejido mamario. También si a la persona se le practicó mastectomía o una liposucción/reducción sencilla, ya que puede quedar tejido mamario después de una liposucción/reducción. Realice palpación mamaria a hombres trans a quienes se les practicó mastectomía.

  Examen bimanual pélvico cada 1 –2 años explorando para tumoraciones.

Papanicolaou cada 2-3 años basado en recomendaciones actuales ultrasonido pélvico cuando sea necesario y evaluar repetición periódica después de una histerectomía y/u ooforectomía.

TSH cada dos años o según sea necesario.

Densidad ósea 5-10 años después de iniciar testosterona y periódicamente después.

g. Aspectos relativos al envejecimiento: Consideraciones especiales

Consideraciones para iniciar o continuar terapia hormonal en personas mayores de 40 años

No hay un límite máximo de edad establecido para la terapia hormonal. Las personas trans masculinas que inician hormonas después de los 40 años de edad, por lo general, avanzarán más lentamente hacia la presentación de los resultados deseados.

Se ha informado osteoporosis tanto en hombres como en mujeres trans mayores, y, con frecuencia, se asocia con un bajo cumplimiento con el régimen hormonal.

Algunas personas prefieren suspender la terapia hormonal: esto no es recomendable en personas post gonadectomizadas menores de 50 años debido a la perdida ósea y a potenciales síntomas similares a la menopausia tanto en hombres como en mujeres trans.

Los límites superiores de edad que podrían impedir las intervenciones quirúrgicas deben ser considerados. Actualmente no hay información acerca de los resultados para las personas de mayor edad, y algunos cirujanos imponen límites de edad para procedimientos específicos. Las personas trans mayores que están considerando una cirugía deben consultar con los cirujanos para determinar cuáles son los requisitos físicos de preparación que podrían ser aconsejable para ser médicamente elegibles para la misma. Los tiempos previstos de recuperación puede ser más largos de lo común.

Exploraciones adicionales para considerar en el caso de personas mayores

- *Mujeres trans con terapia hormonal feminizante:* Las mastografías se recomiendan cuando las usuarias han utilizado estrógenos por, al menos, 30 años y, al mismo tiempo, tienen, por lo menos, 50 años, a menos que exista una historia familiar de cánceres ovárico y de mama tempranos.

- *Hombres trans sin histerectomía:* Exámenes pélvicos cada 1-3 años en personas mayores de 40 años o con historia familiar de cáncer uterino u ovárico. Aumente a cada año si el síndrome de ovario poliquístico está presente. Considere la histerectomía y/u ooforectomía si la salud del consultante no puede ser adversamente afectada por la cirugía o si no puede tolerar los exámenes pélvicos.

- *Hombres trans:* Considere la posibilidad de detección de la densidad ósea si la edad > 60 años y si utiliza testosterona por más de 5-10 años. Si la persona ha utilizado testosterona durante más de 5-10 años, considere la posibilidad de recomendar a la edad de 50 o más años –o antes si existen factores de riesgo adicionales para la osteoporosis– suplementos de calcio y vitamina D, de acuerdo con las actuales directrices de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea. Tenga en cuenta que esto puede ser aplicado a los hombres trans a edades más jóvenes que la edad típica de inicio para la prevención del tratamiento de la osteoporosis, debido a los efectos desconocidos de la testosterona sobre la densidad ósea.

Los hombres trans que suspenden la testosterona pueden experimentar pérdida de libido, bochornos, pérdida de vello corporal, tono muscular y una redistribución de masa corporal en un patrón femenino.

7.9.4 Procedimientos quirúrgicos y médicos

Esta sección proporciona información básica sobre los procedimientos quirúrgicos que las personas consultantes pueden estar considerando, o por los que pueden haber ya pasado. Estos procedimientos generalmente deben llevarse a cabo después de una evaluación del estado de preparación individual para la intervención en cuestión. Los Estándares de Atención pu-

blicados por la WPATH incluyen una lista de criterios recomendados para tales evaluaciones (Coleman et al., 2011, Apéndice C).

Los médicos de atención primaria pueden referir a servicios especializados para evaluar procedimientos necesarios para la salud general de la persona y su bienestar, como una histerectomía/ooforectomía para un hombre trans o consultas urológicas para una mujer trans, y así ayudar en la comprensión de las opciones quirúrgicas. Los médicos de atención primaria necesitan conocer los efectos de inducir las modificaciones corporales.

Los médicos de atención primaria pueden proporcionar cuidados post-operatorios a las personas que han pasado por una cirugía en otro país o estado.

Los médicos tratantes también pueden abogar ante las compañías de seguros o ante otros especialistas para responder a las necesidades médicas de una persona.

a. Cirugías de hombre a mujer

Orquidectomía

La orquidectomía es la extirpación de los testículos. Algunas mujeres trans se someterán a este procedimiento sin una vaginoplastía o penectomía. Podrá ser necesario ajustar la terapia con estrógenos en curso post orquidectomía; la orquidectomía puede permitir dosis más bajas de la terapia con estrógenos y elimina la necesidad de bloqueadores de testosterona.

Vaginoplastía

La vaginoplastía es la construcción de una vagina para permitir el funcionamiento sexual femenino mediante tejido peneano o un injerto de colon. El procedimiento normalmente implica una clitoro-labioplastia para crear un clítoris y labios mayores y menores erógenamente sensibles a partir de tejidos circundantes y/o injertos de piel, así como el capuchón del clítoris. Los injertos de colon no requieren dilatación y son auto-lubricantes; sin embargo, la lubricación está presente en todo momento y puede llegar a ser molesta. Además, los injertos de colon deben ser examinados para cáncer de colon, y deben ser monitoreados si la persona desarrolla enfermedad inflamatoria intestinal.

Penectomía

La penectomía es la extirpación del pene. Este procedimiento generalmente no se realiza. En general, la remoción del pene se realiza en conjunto con la vaginoplastía. En algunas técnicas quirúrgicas, la piel del pene se utiliza para formar la vagina, por lo que esta no es una amputación en el sentido estricto, sino un procedimiento potencialmente complejo destinado a utilizar tejido análogo y mantener la función nerviosa para preservar la respuesta sexual.

Aumento mamario

Si el crecimiento mamario estimulado por los estrógenos es insuficiente (llegando solo a la etapa de "joven adolescente"), la mamoplastía de aumento mamario puede ser necesaria para garantizar que la persona consultante pueda funcionar socialmente como mujer.

Reducción tiroideocondroplástica

Este procedimiento reduce el cartílago tiroideo prominente.

Cirugía vocal

Este procedimiento, aún en evolución, está dirigido a elevar el tono de la voz. Se recomienda terapia del lenguaje antes de buscar una solución quirúrgica.

Feminización facial

La feminización facial incluye una variedad de procedimientos de cirugía plástica estética que modifican las proporciones de la cara para facilitar la interacción social. Para algunas personas, estos procedimientos son médicamente necesarios (ver sección 6.2.3).

b. Cirugías de mujer a hombre

Reconstrucción pectoral/mastectomía bilateral

La reconstrucción pectoral/mastectomía bilateral es el procedimiento más frecuentemente solicitado por los hombres trans. Se pueden utilizar una variedad de técnicas dependiendo en la cantidad de tejido mamario de la

persona. Pueden producirse cicatrices y los pezones pueden ser grandes o pequeños dependiendo de la técnica del cirujano.

Histerectomía/ooforectomía

Este procedimiento puede ser necesario en el caso de fibroma, las condiciones del endometrio, como un procedimiento profiláctico en personas con una historia familiar de cáncer o en el caso de que no haya respuesta al tratamiento hormonal para la suspensión de la menstruación. La histerectomía puede ser una parte de un procedimiento de faloplastía/vaginectomía cuando el tejido vaginal se usa para construir el canal uretral.

Metoidioplastía

La metoidioplastía es la construcción de genitales de apariencia masculina empleando el clítoris aumentado mediante testosterona como un falo eréctil. El falo, en general, será pequeño, con la apariencia de un pene adolescente, pero conservando el tejido y la sensación eréctil. Este procedimiento libera el capuchón del clítoris, soltando, a veces, los ligamentos de suspensión para aumentar la longitud del órgano, y puede implicar elevar la posición del órgano de un centímetro más o menos hacia la parte anterior, y puede incluir escrotoplastía y, menos frecuentemente, uretroplastia. El cierre del orificio vaginal puede ser total o parcial, o puede o no verse afectado, dependiendo de la técnica del cirujano. Este procedimiento es mucho menos invasivo que un procedimiento de faloplastía, y hace hincapié en la preservación de la sensibilidad erógena.

Faloplastía

La faloplastía es la construcción de un falo que se aproxime más al tamaño de un órgano masculino erecto utilizando tejido de otra parte del cuerpo de la persona. El tamaño y el aspecto se priorizan sobre la capacidad de erección y, en algunos casos, aun sobre la sensación erótica. Los colgajos de piel que se utilizan en este procedimiento incluyen el colgajo abdominal (sin sensación erógena), el colgajo radial del antebrazo, el colgajo del deltoides, y el colgajo de muslo (todos los cuales contienen los nervios que pueden ser injertados al nervio pudendo para proporcionar sensación erógena). La capacidad de erección se realiza a través de implantes de prótesis de pene semi-rígidas o inflables.

Escrotoplastía

La escrotoplastía es la construcción de un escroto, utilizando, generalmente, tejido de los labios mayores o implantes testiculares salinos o de silicona. Algunos cirujanos utilizan expansores de tejido, y colocan los implantes después de que el tejido ha sido estirado lo suficiente como para acomodar los implantes. Este procedimiento raramente se realiza por separado, sino generalmente se realiza en conjunción con una metoidioplastía, con un procedimiento de faloplastía, o con algunas técnicas de extensión de faloplastía/uretral. Es posible que sea necesario realizar la escrotoplastía como una etapa posterior, después de la cicatrización uretral.

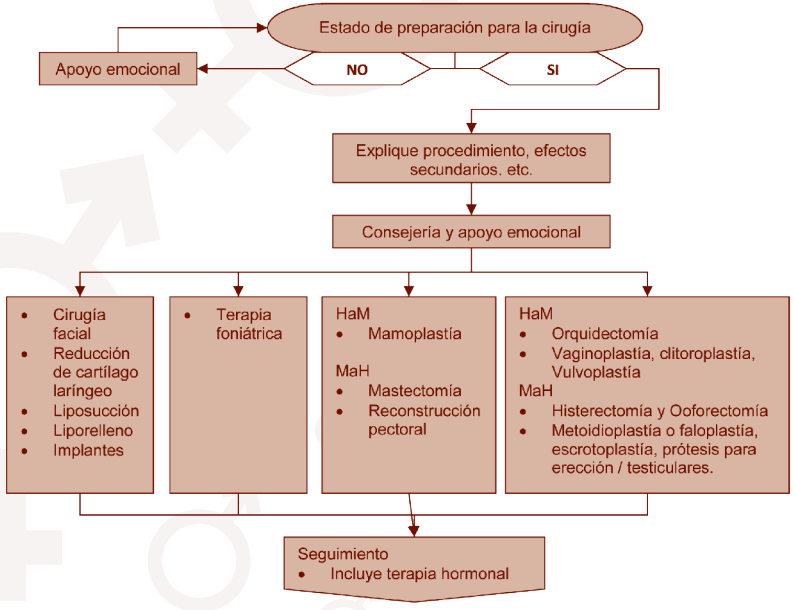
Uretroplastía

La uretroplastía es la creación del canal uretral a través de neofalo para facilitar la micción de pie. Generalmente, pero no siempre, realizada conjuntamente con la reconstrucción genital. Algunos hombres trans evitarán este procedimiento debido a la posibilidad de complicaciones, o a que su cirujano plástico genital puede no estar dispuesto o capacitado para este procedimiento, ya sea como una cuestión de práctica general o específica a la constitución física de la persona.

Vaginectomía

La eliminación de la vagina se puede hacer con la técnica de ablación o técnicas quirúrgicas. Esto es necesario si se va a cerrar el orificio vaginal.

Cirugía y otros procedimientos médicos



- Seguimiento post quirúrgico

Mujeres trans

Examinar la evolución en el proceso de cicatrización. Después de la vaginoplastía con técnica del colgajo peneano pedicular, la persona debe dilatase de 3 a 4 veces al día, según las recomendaciones del cirujano, utilizando dilatadores progresivamente más gruesos. Después del período inicial de 6 a 12 meses, si la persona está teniendo relaciones sexuales regulares, no se necesita más dilatación. De lo contrario, continuará la rutina de dilatación una o dos veces por semana. Se requerirá de lubricantes para el coito.

Las complicaciones postoperatorias pueden incluir sangrado, infección o cicatrización de las heridas. Las posibles complicaciones tardías incluyen estenosis del nuevo meato uretral. Debe referirse a un cirujano con experiencia.

El Papanicolaou no está indicado en neovaginas, ya que la neovagina está revestida por epitelio queratinizado y no puede ser evaluado con un Papanicolaou. Realice una inspección visual periódica con un espéculo en busca de verrugas genitales, erosiones y otras lesiones. Si se sospechan infecciones de transmisión sexual, hacer cultivo con un hisopo en vez de PCR. Las paredes de la neovagina son generalmente piel, no mucosa; cuando es mucosa, se trata de mucosa uretral o de colon.

Hombres trans

Examinar las dificultades en la cicatrización. Las complicaciones en la reconstrucción pectoral pueden incluir hematomas, necrosis del pezón parcial o total, y la formación de abscesos. Los drenajes y vendajes de compresión no siempre previenen estas complicaciones. Puede ocurrir la cicatrización queloide, sobre todo en las personas de color. En algunos casos, la cicatrización se puede disminuir asegurando que las incisiones no se estiren prematuramente durante el proceso de curación. Las complicaciones de la reconstrucción genital incluyen extrusión del implante, fístulas y estenosis uretrales, pérdida de sensibilidad y necrosis de los tejidos en el nuevo falo creado por la faloplastía (no suele ser un problema con la metoidioplastía).

8. ABORDAJES AL TRABAJO CON LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA CON NO CONFORMIDAD DE GÉNERO

Las recomendaciones en esta sección están basadas en los protocolos de atención desarrollados por el Centro de Excelencia para la Salud Trans de la Universidad de California en San Francisco que están disponibles en www.transhealth.ucsf.edu/protocols.

8.1 Comportamiento género-discordante versus identidad de género trans

La observación de comportamientos género-discordantes (comportamientos convencionalmente considerados como femeninos en niños o comportamientos adjudicados al género masculino en niñas) no son necesariamente indicativos de una identidad de género trans. De hecho, muchos de los niños y niñas con comportamiento género-discordante durante la infancia no serán personas trans al crecer.

Sin embargo, el grado de expresión de no conformidad de género durante la infancia puede tener un profundo impacto en cómo un niño o niña con una identidad de género trans enfrenta la estigmatización social (Bockting & Coleman, 2007). Por un lado, aquellos que manifiestan más externamente su papel de género discordante tienden a "salir del closet" más tempranamente en la vida y se enfrentan al estigma establecido. Por otro lado, aquellos que exteriormente parecen más conformes son más propensos a aislarse y a mantener su identidad de género discordante oculta, contribuyendo a un estigma sentido. Se ha demostrado que ambos tipos de estigma afectan negativamente la salud mental (Mallon & DeCrescenzo, 2006; Bockting et al., 2011).

Un psicólogo u otro profesional competente y capacitado para en el manejo clínico de cuestiones de género y sexualidad debe evaluar al niño o niña en estas dimensiones. Si el menor muestra no conformidad de género en el comportamiento, pero no muestra no conformidad en la identidad, es posible que sean necesarias intervenciones en la familia y anti-acoso en la escuela. Si, además, presenta una identidad de género discordante, la opción de una intervención médica temprana debe ser discutida.

8.2 Consideraciones especiales

Los menores de 18 años deben ser vistos con sus padres, madres o tutores cuando se plantea la necesidad de brindar una atención integral a los mismos. Con los y las pre-púberes, el objetivo principal es proporcionar apoyo y educación a los padres, madres y tutores para facilitar el desarrollo de un ambiente seguro, y para que conozcan las opciones de tratamiento una vez que se inicia la pubertad. Es importante reconocer el contexto de Latinoamérica y el Caribe y diseñar intervenciones que preparen al menor, la familia, la escuela y la comunidad para la transición al género adoptado.

La primera consulta, por lo general, consiste en obtener una historia clínica completa, la revisión de las opciones de tratamiento con el o la menor y la familia, contestando todas las preguntas y solicitando estudios de laboratorio de referencia. La exploración física se aplaza a una segunda o posterior visita, de acuerdo con los deseos de la persona, pero es necesario antes de la prescripción de cualquier medicamento. La transición social, en sí misma (sin la intervención física), es posible, y puede contener o mitigar la disforia, al menos hasta la pubertad.

Se recomienda que las y los menores de 18 años consulten con un profesional de la salud mental con experiencia en atención a personas trans antes de iniciar el tratamiento con hormonas para ayudarles a explorar las consecuencias de la transición de género, así como las posibles complicaciones. Aun cuando existan indicaciones favorables de que la transición será bien aceptada y apoyada socialmente, siempre es deseable contar con el respaldo de profesionales de salud mental, sin que ello acabe por transformarse en una barrera infranqueable para asegurar el acceso a tratamiento hormonal.

Si una persona joven no ha completado su desarrollo (es decir, Tanner V), debe considerarse una consulta entre proveedores con un experto en medicina trans.

8.3 Primera evaluación clínica de familias con jóvenes con no conformidad de género

Por lo general, es recomendable que el miembro del equipo de salud (trabajador social, psicólogo, enfermera, médico) que tiene el primer encuentro con la persona trans joven y su familia les haga sentirse cómodos, respetados y seguros. A continuación, puede iniciar un diálogo franco y abierto que le permita identificar preocupaciones y dudas que la persona joven o la familia puedan tener. Después de esta entrevista inicial en conjunto, puede dedicarse algún tiempo a reunirse en forma separada con la persona joven y, a continuación, con sus padres. Es fundamental mantener una actitud sin prejuicios. La identidad y la expresión de género de las personas deben evaluarse por separado.

8.4 Intervenciones positivas (niños y niñas, familia, escuela, intervenciones médicas tempranas)

Las intervenciones durante la infancia deben centrarse en facilitar el desarrollo de la identidad de género y en la prevención de los problemas relacionados y no relacionados al ajuste psicosocial, lo que involucra al niño o niña y su entorno (familiares, amigos, escuela). Reconociendo que la angustia del menor a menudo se debe a la reacción del medio ambiente a su discordancia de género, otros enfoques se centran principalmente o exclusivamente en el fomento de que el entorno (familia y amigos, la escuela, también la comunidad y la sociedad) acepte plenamente la no conformidad de género del niño o niña. Los proveedores deben ayudar al niño o niña y a la familia a lograr una actitud sin prejuicios hacia la exploración de la identidad y expresión de género, previniendo las reacciones negativas del medio ambiente. En lugar de iniciar una transición de roles de género que puede ser prematura, los padres necesitan apoyo para hacer frente a la incertidumbre sobre la evolución de la identidad y expresión de género del niño o niña. Es recomendable explorar oportunidades para

facilitar apoyo por parte de otras familias con menores trans, por ejemplo, en línea o a través de grupos comunitarios.

Para adolescentes en varios lugares en los Estados Unidos y Canadá, la escuela y la comunidad ofrecen oportunidades muy necesarias para socializar con sus compañeros, sobre todo en el contexto de grupos de apoyo para personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y trans, y que pueden adoptar la forma de iniciativas presenciales (por ejemplo, las llamadas "alianzas gay-hetero" y las asociaciones de padres, madres y familiares de jóvenes de la diversidad) o en línea. Desafortunadamente, aunque existen algunas iniciativas de este tipo en Latinoamérica, los resultados de estas intervenciones no han sido socializados.

En cuanto a intervenciones médicas, algunas de éstas pueden ya estar disponibles a partir de la Etapa II de Tanner de desarrollo puberal. Las intervenciones médicas disponibles se pueden dividir en intervenciones completamente reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles (Hembree et al, 2009; Coleman et al, 2011).

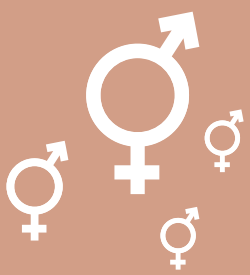
El tratamiento totalmente reversible consiste en administrar hormonas que retrasan la pubertad. La ventaja de esta intervención es que el sufrimiento asociado con el desarrollo de características sexuales se alivia y se previenen los cambios no deseados y permanentes en el cuerpo (por ejemplo, desarrollo de las mamas, crecimiento de la barba, los cambios en el tono de la voz), y que proporciona tiempo adicional para que el o la joven y su familia evalúen la posibilidad de desarrollar las características del otro sexo. Para ser candidato al uso de hormonas que retrasen la pubertad, los y las adolescentes necesitan haber demostrado una historia de disforia de género intensa y persistente, que aumenta con el inicio de la pubertad, así como el consentimiento y participación de la familia en la terapia.

El tratamiento parcialmente reversible consiste en aplicación de terapia hormonal feminizante o masculinizante tan tempranamente como a los 16 años de edad, y después de recibir orientación y acompañamiento psicológico durante un periodo razonable.

El tratamiento irreversible es fundamentalmente de tipo quirúrgico. La cirugía reconstructiva genital se puede llevar a cabo a partir de los 18 años de edad y después de haber vivido 1 a 2 años a tiempo completo dentro

del rol de género deseado; la cirugía de pecho para hombres trans puede estar disponible antes de eso. La cirugía debe ser recomendada por profesionales de salud mental especializados.

Balteiri y colegas (2009) informan acerca de dos transexuales adolescentes en São Paulo, Brasil, a quienes se les negó la terapia hormonal debido a que no existe en el país una política sobre el acceso a este tratamiento para menores de edad. Los autores señalaron que esta falta de acceso encamina a los adolescentes a recurrir al trabajo sexual para poder pagar y auto administrarse hormonas, y recomendaron un mejor acceso como una forma de reducción de daños. Por otra parte, en un pequeño estudio exploratorio en Puerto Rico, los participantes subrayaron el papel potencial de los maestros de primaria y secundaria en la promoción de un mayor entendimiento (Finlinson et al., 2008). También se recomiendan iniciativas anti acoso basadas en las escuelas, involucración de miembros de la familia que apoyan a las personas trans, y actividades sociales con pares apropiadas para la edad con el objeto de prevenir las conductas de riesgo y afirmar la diversidad de género.



9. RECOMENDACIONES

Tal como se menciona en la Sección 1 (Preámbulo y Antecedentes), este documento ha sido desarrollado por representantes de múltiples sectores que incluyen la academia, el sector de la salud, agencias multilaterales y bilaterales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, comunidades trans y otras partes interesadas. Las perspectivas multidisciplinarias e intersectoriales de los diversos autores de este documento han permitido tener una visión integral acerca de las necesidades y demandas en materia de salud de las personas trans.

Se ha puesto un especial empeño para asegurar que el documento sirva a diferentes audiencias y no solamente a médicos. Si bien es cierto que se ha puesto un énfasis especial en aquellos contenidos que parecen ser de mayor pertinencia para profesionales dentro de los sistemas de salud, las recomendaciones que a continuación se presentan se dirigen también a otras partes interesadas del sector público, académicos, líderes comunitarios, personas trans y sus familias y allegados, así como a otros actores sociales que pueden hacer contribuciones relevantes para mejorar la calidad de vida de las personas trans. Las recomendaciones han sido arregladas de acuerdo a diferentes audiencias. No obstante, los esfuerzos por alcanzar la meta de asegurar participación amplia de la comunidad en la provisión de servicios y en la promoción de la salud y el bienestar necesariamente produce algunas intersecciones entre sectores, las que deben servir para crear verdaderas sinergias y no duplicaciones ni redundancias.

Recomendaciones para gobiernos

- Emprender revisiones y reformas legales que garanticen el acceso a la salud y protección de la vida de las personas trans, así como el goce pleno de derechos ciudadanos en todos los ámbitos públicos y privados.

- Tomar medidas y emprender campañas con el propósito de prevenir y reducir el estigma, la discriminación y la violencia (verbal, emocional, sexual y física) en contra de las personas trans.

- Asegurar la existencia de legislación o regulación que penalicen a personas que discriminen o agredan a las personas trans.

- Capacitar al personal de sistema legal (tales como jueces, fiscales, defensores entre otros) y agentes de seguridad pública (por ejemplo cuerpos policíacos) sobre temas relativos a las personas trans.

- Crear mecanismos que aseguren que las personas trans tengan acceso a documentos de identidad que reflejen adecuadamente su identidad de género.

- Asegurar que los sistemas públicos de atención a la salud integral provean servicios de calidad que sean aceptables y accesibles para las personas trans.

- Garantizar el acceso a la atención de la salud integral para personas trans privadas de libertad.

- Recolectar, analizar y diseminar datos relevantes e información estratégica que pueda servir de base y referencia para mejorar programas y servicios dirigidos a personas trans.

- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación basados en el uso de indicadores estandarizados sobre determinantes sociales y de salud en las poblaciones de personas trans.

- Apoyar y refrendar esfuerzos mundiales, regionales, nacionales y locales dirigidos a combatir la transfobia y toda forma de odio, marginación o intolerancia.

- Garantizar que se tomen medidas para asegurar el respeto a la identidad de género y la integridad de los/las menores de edad trans, sobre todo en el ámbito educativo, y así evitar la deserción escolar producto de la transfobia.

- Apoyar la inclusión en los currículos escolares los temas de identidad de género.

- Incluir a las mujeres trans en los programas de violencia contra la mujer.
- Promover la prioridad de inclusión laboral ante igualdad de capacidades.

Recomendaciones para formuladores de políticas y tomadores de decisiones dentro del sector de la salud

- Crear políticas públicas que garanticen una atención integral a las personas trans y explicitar reglas y procedimientos para implementarlas.
- Reconocer el impacto negativo de la transfobia en la provisión de servicios de salud de calidad y definir regulaciones dirigidas a prevenirla y enfrentarla.
- Asegurar que la provisión de atención a personas trans sea integral y no solamente limitada a VIH y otras ITS, sino que tomen en cuenta todas las áreas relacionadas con el bienestar individual y comunitario a través de la capacitación y sensibilización del personal de salud y la difusión de los servicios.
- Reconocer que las intervenciones biomédicas para modificación corporal no son meramente cosméticas, sino que tienen indicación médica y son necesarias para el bienestar individual.
- Denunciar la práctica de las llamadas "terapias reparativas", "de reconversión" (enfoques que pretenden cambiar la no conformidad de género o la orientación sexual no heterosexual) en vista de su utilidad dudosa y los efectos negativos que produce.
- Adaptar algoritmos existentes para la provisión de atención a personas trans a fin de que reflejen estándares y normas nacionales y se ajusten a realidades específicas de poblaciones relevantes.
- Asegurar que las recomendaciones en materia de atención integral de la salud de personas trans se basen tanto en evidencia como en las necesidades que las personas trans manifiestan.

Recomendaciones para responsables por la provisión de servicios públicos y privados en todos los sectores

- Implementar y aplicar políticas contra estigma y discriminación por identidad de género, respetando las diversas orientaciones sexuales.
- Implementar y aplicar políticas de cero tolerancia a la transfobia (y homofobia) en los servicios públicos.
- Implementar medidas para asegurar respeto por el uso de un nombre social o preferido y diferente de la documentación civil o legal de la persona.
- Implementar mecanismos de seguimiento de casos entre servicios diversos, observando principios de eficiencia y confidencialidad.
- Implementar políticas de compensación que tomen en cuenta las desventajas que experimentan las personas trans.

Recomendaciones para personal de salud

- Desarrollar las habilidades técnicas y la competencia cultural necesarias para proveer servicios adecuados de promoción de salud, prevención, tratamiento, seguimiento y apoyo a personas trans.
- Responder a las demandas de atención de salud de personas trans, brindando los estándares más altos posibles de atención.
- Asegurar que las personas trans sean tratadas con debido respeto, usando el nombre de su preferencia y los pronombres correspondientes a su identidad de género.
- Diseñar y organizar servicios sanitarios y otros espacios (vestidores, salas de internación) de tal manera que las personas trans los puedan usar de acuerdo a su identidad de género, incluyendo la internación de pacientes de acuerdo a su identidad de género.

- Asegurar que sea un personal debidamente calificado el que se haga cargo de ofrecer y administrar intervenciones biomédicas para modificaciones corporales (por ejemplo, terapia hormonal).

- Garantizar condiciones apropiadas de salud para las personas trans en situación de detención.

Recomendaciones para miembros de la Academia y de asociaciones profesionales

- Desarrollar políticas institucionales en relación a las personas trans y mecanismos para su aplicación y monitoreo.

- Intensificar la investigación dirigida a expandir el conocimiento acerca de las poblaciones trans, sus necesidades, demandas, problemas comunes y determinantes sociales de salud.

- Implementar programas de inclusión y respeto a los derechos humanos de las personas trans.

- Definir claramente muestras y resultados de investigaciones relevantes a poblaciones trans, evitando mezclar datos con los de poblaciones homosexuales, lesbianas, bisexuales u otras.

- Cerrar brechas en investigación biomédica, por ejemplo, en lo referente al uso de hormonas de manera concurrente con ARV o los efectos secundarios asociados con la administración de hormonas y la inyección de sustancias de relleno de tejidos blandos. Es igualmente importante investigar acerca de enfoques eficaces para tratar efectos secundarios y complicaciones relacionados con o resultantes de tratamientos hormonales y otros relacionados al proceso de reasignación de sexo.

- Crear redes académicas con inclusión de personas trans para el análisis e investigación de temas relevantes a dicha población.

- Elaborar políticas para que los distintos centros de estudios provean un ambiente seguro para el desarrollo integral y el bienestar de las personas trans.

- Desarrollar curriculos académicos para una educación sobre diversidad sexual y género que refleje las necesidades reales de las poblaciones trans.

- Impulsar becas de estudios y políticas institucionales que promuevan y faciliten el acceso a la formación de personas trans.

- Proclamar pública y abiertamente que la no conformidad de género no es una patología en sí, y promover mayor conocimiento público sobre el tema.

Recomendaciones para organizaciones bilaterales y multilaterales

- Aumentar y promover el acceso a la educación y la formación de personas trans, incluyendo el apoyo al desarrollo de iniciativas por parte de las organizaciones que trabajan con dicha población.

- Establecer alianzas para sinergizar iniciativas y acciones dirigidas a lograr beneficios para poblaciones trans.

- Promover y apoyar esfuerzos mundiales, regionales, nacionales y locales dirigidos a educar en materia de diversidad sexual y de género de manera integral con el fin de erradicar la transfobia y toda forma de odio, marginación o intolerancia.

- Destinar recursos dirigidos al desarrollo de capacidades necesarias para atender las necesidades de personas trans en el sector de la salud y otras áreas de política pública, inclusive la legislación y la aplicación de la ley.

- Proclamar pública y abiertamente que la no conformidad de género no es una patología en sí, y promover mayor conocimiento público sobre el tema.

Recomendaciones para líderes y miembros de organizaciones de base comunitaria

- Desarrollar organizaciones comunitarias y redes a nivel mundial, regional, nacional y local.
- Establecer alianzas para potencializar esfuerzos y optimizar recursos para actividades dirigidas a mejorar la salud integral y calidad de vida de personas trans.
- Proclamar y abogar por el respeto a la dignidad humana.
- Crear los mecanismos para la vigilancia ciudadana y demanda a las autoridades nacionales y entidades internacionales del cumplimiento de sus compromisos públicos en materia de protección de los derechos humanos de todos ciudadanos y ciudadanas.
- Participar en comisiones legislativas de salud a nivel estatal, provincial o departamental y nacional, a fin de asegurar una provisión equitativa, apropiada y accesible de servicios de atención integral de la salud, educación y justicia del más alto nivel de calidad posible.
- Proveer apoyo y acompañamiento entre pares a personas trans que enfrentan estigma y discriminación, rechazo familiar, violencia, acoso, ansiedad, depresión o cualquier otro tipo de infortunios que pueden aligerarse mediante esfuerzos y apoyo solidarios.
- Desarrollar procesos y materiales para la educación de pares en temas que tengan relevancia para el bienestar de las personas trans, tales como uso de sustancias de relleno de tejidos blandos, auto-prescripción de hormonas, nutrición, uso de cosméticos, vestuario, recomendaciones post quirúrgicas actividades de sexo seguro, entre otros.
- Promover el desarrollo de liderazgo y otras competencias y habilidades que contribuyan a la mejoría de las capacidades personales.
- Desarrollar competencias que posibiliten a representantes de comunidades trans participar en discusiones públicas, conferencias y

reuniones sociales.

- Desarrollar y promover formación de habilidades y entrenamiento vocacional para mejorar el acceso a recursos financieros de manera estable y digna.

- Fortalecer la capacitación en materia de gestión y desempeño de organizaciones de personas trans.

- Promover una cultura de denuncia de las violaciones de derechos y abusos en todos lo niveles, inclusive los perpetrados por familiares y parejas de personas trans.

Recomendaciones para parejas, familiares y allegados de personas trans

- Reconocer y denunciar a las autoridades competentes cualquier manifestación de acoso, violencia, explotación sexual, hostigamiento y discriminación en hogares y escuelas, servicios de atención de salud, espacios de trabajo y otros lugares públicos.

- Buscar consejo profesional y/o grupos comunitarios de pares para poder brindar apoyo adecuado a personas trans que experimentan problemas o preocupaciones personales.

- Demostrar afecto y respeto por la persona trans que sea parte de la familia o del grupo de amistades y personas allegadas.

- Buscar orientación en clínicas y centros de salud debidamente calificados para la atención apropiada de menores de edad que manifiesten una identidad de género diferente de su sexo natal.

- Proteger a familiares y personas allegadas trans de toda forma de maltrato, así como de las llamadas "terapias reparativas" o de cualquier otro enfoque potencialmente dañino para la salud, el bienestar y la dignidad humana.

- Fomentar el apoyo a aquellos miembros de la familia que ofrezcan mayor solidaridad a la persona trans.

Referencias

Aberg, JA, Kaplan, JE, Libman, H, et al. (2009). Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: 2009 update by the HIV medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clinical infectious diseases, 49(5), 651-81.

Adkins, D, Best, D, Briss, PA, Eccles, M, et al. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 328: 1490.

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Aran, M., Murta, D., & Lionco, T. (2009). Transsexuality and public health in Brazil. Cien Saude Colet., 14(4), 1141-1149.

Asociación Panambi, El Fondo Mundial, Pronasida (2011) Estudio de Prevalencia del VIH/SIFILIS y Comportamientos, Prácticas y Actitudes de la Población Trans en el Paraguay.

Asociación Silueta X (2012) Estudio de factores influyentes en el incremento de la discriminación y el VIH en las transfemeninas de la costa ecuatoriana. Guayaquil, Ecuador

Association of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling. (2009). Competencies for counseling with transgender clients. Alexandria, VA: ALGBTIC Transgender Committee. Recuperado en línea, enero 15, 2010 de: http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/ALGBTIC_Counseling_Transgender_Clients_Competencies.pdf

ATTTA-REDLACTRANS, Programa Nacional Vigilancia Socio Cultural epidemiológica.

Balteiri, D. A., Prado Cortez, F. C., & de Andrade, A. G. (2009). Ethical conflicts over the management of transsexual adolescents—report of two cases. Journal of Sexual Medicine, 6(11), 3214-3220.

Barrientos, J., Díaz, J. L., Muñoz, F. (2012). Derechos, Política, Violencia y Diversidad Sexual. Segunda Encuesta. Marcha de la Diversidad Sexual. Santiago de Chile 2011. Universidad Católica del Norte (UCN), Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS) y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).

Bassett, V., Conron, K. R., Landers, S., Auerbach, J. (2002). Public Health Infrastructure: Building LGBT Competency into Health Care, Institutions, and Policies. Clinical Research and Regulatory Affairs, 19(2/3): 119-123.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., et al. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5), 348-61.

Benedetti, M. R. (2005). Toda feita: O corpo e o genero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond.

Benzaken-Schwartz, A., Garcia, E. G., Gomes-Sardinha, J. C., Pedrosa, V. L., & Paiva, V. (2007). Community-based intervention to control STD/AIDS in the Amazon region, Brazil. Revista de Saude Publica, 41 (December Supplement), 118-127.

Berkins, L., & Fernandez, J. (2005). La gesta del nombre propio.

Berredo, L, (2011). Dificultades Administrativas enfrentadas por las personas Trans en la Región Metropolitana de Chile. Tesina de Grado. Santiago, Chile.

Bockting, W, and Avery, E. (2005). Transgender Health and HIV Prevention: Needs Assessment Studies from Transgender Communities across the United States. International Journal of Transgenderism, Vol. 8, Nos. 2/3. NY: The Haworth Medical Press.

Bockting, W, and Kirk, S. (Eds). (2001). Transgender and HIV: Risks, prevention and care. Bringhamton, NY: The Haworth Press

Bockting, W, Knudson, G, and Goldberg, J. (2006). Assessment of hormone eligibility and readiness. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en : http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Bockting, W, Knudson, G, and Goldberg, J. (2006). Counselling and mental health care of transgender adults and loved ones. Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program. Recuperado en línea septiembre 9, 2009 en: http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Bockting, W. O. 1999. From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. SIECUS Report, 28(1), 3-7.

Bockting, W. O., Huang, C.-Y., Ding, H., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (2005). Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks. International Journal of Transgenderism, 8(2), 123-131.

Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. AIDS Care, 10(4), 505-525.

Bockting, W. O., Robinson, B. E., Forberg, J. B., & Scheltema, K. (2005). Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. AIDS Care, 17(3), 289-303.

Bockting, W. O., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (1999). Transgender HIV prevention: Community involvement and empowerment. International Journal of Transgenderism, 3(1.2).

Bockting, W. O., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (1999). Transgender HIV prevention: Community involvement and empowerment. International Journal of Transgenderism, 3(1/2).

Bockting, W., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, E. (Eds.), Principles of transgender medicine and surgery (pp. 185-208). New York: The Haworth Press

Bockting, W., Miner, M, Swinburne Romine, R., Hamilton, R., & Coleman, E. (2011). Stigma, mental health, and resilience among an online sample

of the U.S. transgender population. Manuscrito resometido al American Journal of Public Health.

Bockting, W.O. (2003). Transgender identity, sexuality, and coming out: Implications for HIV risk and prevention. Proceedings of the NIDA-sponsored satellite sessions in association with the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain. , July 7-11, 2002 (pp. 163-172). U.S. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

Bodenheimer, T and Grumbach, K. (2006). Improving primary care: Strategies and tools for a better practice. New York: McGraw-Hill Medical.

Bowman, CG, and Goldberg, J. (2008). Care of the patient undergoing sex reassignment surgery (SRS). Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program. Recuperado en linea septiembre 9, 2009 en : http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Brigeiro, M., Castillo, E. (2007). Encuesta LGBT: Sexualidad y Derechos. Participantes de la Marcha de la Ciudadanía LGBT de Bogotá 2007. Universidad Nacional de Colombia, Profamilia y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).

Brooks, V. R. (1981). The theory of minority stress. In V. R. Brooks (Ed.), Minority stress and lesbian women (pp. 71-90). Lexington, MA: Lexington Books.

Cáceres, C.F., Salazar, X., Rosasco, A. M., & Salazar, V (2006). A lo que venga! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual. Lima: ONUSIDA, ONUDD y UPCH.

Callen-Lorde Community Health Center. (N.D.) Protocols for the Provision of Hormone Therapy. New York, NY.

Centro de Estudios de la Sexualidad (ONG CES) y Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) (2009). Caracterización de la vulnerabilidad individual y grupal de personas trans de la Región Metropolitana, con énfasis en aquellas que ejercen el Comercio Sexual. Santiago de Chile. Recuperado en línea, diciembre de 2012 : http://www.scribd.com/doc/113015091/

Centro Nacional de Educación Sexual (2008). La Transexualidad en Cuba. Ciudad de La Habana.

Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., and Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. American Journal of Public Health, 91(6): 915-921.

Cobos, DG, and Jones, J. (2009). Moving forward: transgender persons as change agents in health care access and human rights. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5), 341-7.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W., Monstrey, S., Adler, R., Brown, G., Devor, A., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D., Lev, A.I ., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K., & Zucker, K. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. Recuperado en línea, abril 13, 2012 en: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

Corry, G. (2010). Transgender health in Cuba: Evolving policy to impact practice. Policy & Practice, 12(4), 5-9.

Costa-Passos, A. D., & de Castro-Figueiredo, E. J. F. (2004). Risk factors for sexually transmitted diseases in prostitutes and transvestites in Ribeirao Preto (SP), Brazil. Revista Panamericana de Salud Publica, 16(2), 95-101.

Dahl, M, Feldman, J. L., Goldberg, J, & Jaberi, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. International Journal of Transgenderism, 9(3/4), 111-134.

Davies, S and Goldberg, J. (2006). Transgender Speech Feminization/Masculinization: Suggested Guidelines for BC Clinicians. Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en : http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

De March Ronsoni, R., et al. (2007). Pulmonary embolism due to liquid silicone: Case report. Respiratory Medicine Extra 3(4), 172-174.

De Vries, ALC., Cohen-Kettenis, PT, and Delemarre-Van de Waal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en: http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Department of Health. (2008). Trans: A practical guide for the NHS. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_089941.

Department of STIs and HIV/AIDS, Ministry of Health – Argentina (2007). Argentinean HIV/AIDS Bulletin, 25, 68-69.

Dos Ramos Farías, M. S., Garcia, M. N., Reynaga, E., et al. (2011). First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. International Journal of Infectious Diseases 15, 634-640.

Ettner, R, Monstrey, S, and Eyler, AE. (Eds.) (2007). Principles of Transgender Medicine and Surgery. New York: The Haworth Press.

Feldman, J. (2007). "Preventive Care of the Transgendered Patient: An Evidence-Based Approach" in Principles of Transgender Medicine and Surgery, Ettner, R., Monstrey, S., and Eyler, A.E. (Eds). New York: The Haworth Press. (pp. 38 and 34.)

Feldman, JL and Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en.: http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Fenway Community Health. (2007). Protocol for Hormone Therapy. Recuperado en línea, septiembre 13, 2009 en from: http://www.

fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181

Finlinson, H. A., Colon, H. M., Robles, R. R., & Soto, M. (2008). An exploratory study of Puerto Rican MSM drug users. Youth & Society, 39(3), 362-384.

Freire, P. (1970). Pedagogy of the oppressed. New York: Continuum.

Garcia, S., Yam, E., & Firestone, M. (2006). "No party hat, no party": Successful condom use in sex work in Mexico and the Dominican Republic. Reproductive Health Matters, 14(28), 53-62.

Garofalo, R., et al. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-transgender youth. Journal of Adolescent Health 38(3), 230-236.

Gay and Lesbian Medical Association. (2001) Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. San Francisco: Gay and Lesbian Medical Association. Recuperado en línea, marzo, 2011 en: http://www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/HealthyCompanionDoc3.pdf

GLBT Health Access Project. (2001). Community Standards of Practice for Provision of Quality Health Care Services for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgendered Clients. Recuperado en línea, septiembre 15, 2009 en: http://www.glbthealth.org/CommunityStandardsofPractice.htm

Goldberg, JM. (2006). Training community-based clinicians in transgender care. International Journal of Transgenderism, 9(3/4): 219-231.

Gooren, LJ, Giltay, EJ, and Bunck, MC (2008). Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. J Clin Endocrinol Metab, 93(1): 19-25.

Gorton, N, Buth, J, and Spade, D. (2005). Medical Therapy and Health Maintenance for Transgender Men: A Guide for Health Care Providers. San Francisco, CA, Lyon-Martin Women's Health Services.

Grandi, J. L., Goihman, S., Ueda, M., et al. (2000). HIV infection, syphilis, and behavioral risks in Brazilian male sex workers. AIDS and Behavior 4(1), 129-135.

Grant, J. M., et al. (2010). National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care. Recuperado en linea, abril 11, 2012 en , <http://transequality.org/PDFs/NTDSReportonHealth_final.pdf>.

Hanssmann, C. (2008). Talking, gawking, or getting it done: Provider trainings to increase cultural and clinical competence for transgender and gender-nonconforming patients and clients. Sexuality Research Social Policy, 5(1): 5-23.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., L. J. Gooren, L. J., Meyer, III, W. J., Spack,N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(9), 3132-3154.

Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., et al. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. AIDS and Behavior, 12(1), 1-17.

Hernández, F. M., Guardado, M. E., Paz-Bailey, G. (2010). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC), subpoblación transgénero, transexual y travesti. San Salvador. Recuperado en línea, marzo 18, 2012 en: http://www.pasca.org/sites/default/files/ECVC_El_Salvador_trans_trav_2010_0.pdf

Hines, S. (2007). Transgendering care: Practices of care within transgender communities. Critical Social Policy, 27(4): 462-486.

Inciardi, J. A., Surratt, H. L., & McCoy, H. V. (1997). Establishing and HIV/AIDS intervention program for street drug users in a developing nation. Journal of Drug Issues, 27(1), 173-193.

Inciardi, J., A., & Surratt, H. L. (1997). Male transvestite sex workers and HIV in Rio de Janeiro, Brazil. Journal of Drug Issues, 27(1), 136-146.

Infante, C., Sosa-Rubi, S. G., Magali Cuadra, S. (2009). Sex work in Mexico: Vulnerability of male, travesti, transgender, and transsexual sex workers. Culture, Health, & Sexuality, 11(2), 125-137.

IOM (Institute of Medicine) (2011). The health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press.

Iosa, T., Rabbia, H., Vaggione, J. M. (2010). Política, sexualidades y derechos. Primera Encuesta. Marcha Del Orgullo y la Diversidad. Córdoba, Argentina. 2010. Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Centro de Investigación y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS/CONICET) y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).

Israel, G. and Tarver, D. (1997). Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts. Philadelphia: Temple University Press.

Jacobeit, JW, Gooren, LJ, and Schulte, HM. (2007). Long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals. The Journal of Sexual Medicine, 4(5): 1479-84.

Jones, D., Libson, M., Hiller, R. (2006). Sexualidades, política y violencia: la marcha del orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005, segunda encuesta. Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) e Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Kenagy, G. (2005). Transgender Health: Findings from Two Needs Assessment Studies in Philadelphia. Health and Social Work, 30(1), 19.

Kirk, S. (1999). Guidelines for selecting HIV-positive patients for genital reconstructive surgery. International Journal of Transgenderism, 3(1/2).

Kobrak, P and Bali White. Transgender Women and HIV Prevention in New York City: A Needs Assessment. BueDraft Document

Kulik D. (1997) The Gender of Brazilian Transgendered Prostitute in American Anthropologist

Volume 99, Issue 3, September 1997, Pages: 574–585

Kulik,D. (2008) Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil, Editora Fiocruz

Lawrence, A. (2007). Transgender Health Concerns. In I. Meyer and M. Northridge (Eds.), The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations (473-505). New York, Springer.

Letellier, P. (2007). Brazil to offer free sex-reassignment surgeries. Lesbian News, 33(2), 13.

Lobato, M. I., Koff, W. J., Schestatsky, S. S., et al. (2007). Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. International Journal of Transgenderism 10(2), 69-77.

Loehr, K. (2007). Transvestites in Buenos Aires: Prostitution, poverty, and policy. Dissertation, Washington, DC: Georgetown University and Universidad de San Martin, Argentina.

Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. American Journal of Public Health, 91(6): 869-972

Lurie, S. (2005). Identifying Training Needs of Health-Care Providers Related to Treatment and Care of Transgendered Patients: A Qualitative Needs Assessment Conducted in New England. International Journal of Transgenderism, 8(2/3):93-112.

Mallon, G. P., & DeCrescenzo, T. (2006). Transgender children and youth: A child welfare practice perspective. Child Welfare, 85, 215 – 241.

Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child 44(235), 291-303.

Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child 45(239), 13–23.

Mayer, KH, Bradford, JB, Makadon, HJ, et al. (2008). Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. American Journal of Public Health, 98(6): 989-95.

Mészáros, K., et al. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. Folia Phoniatr Logop 57(2), 111-118.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health & Social Behavior 36, 1, 38-56.

Meyer, I. H. (2003). Minority stress and mental health in gay men. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences. 2nd ed. New York: Columbia University Press. Pp. 699-731.

Nichols, L. (2007). Brazil to cover sex-change surgeries. Philadelphia Gay News, 31(34), 16.

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., Villegas, D. Social context of HIV risk behaviors among male-to-female transgenders of color. AIDS Care 2004;16:724-735.

Nuttbrock, L., Bockting, W., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Marci, M. & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. Sexual and Relationship Therapy 24(2), 108-125.

Pan American Health Organization (PAHO) (2010). Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean. Washington, DC.

Pan American Health Organization (PAHO) and the Joint United Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2008). Health care of transvestite and transsexual people. Recuperado en línea, enero 26, 2009 en www.k4health.org/toolkits/igwg-gender/health-care-transvestite -and-transsexual-people

PAHO, WAS (2000) Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una reunión de consulta. Washington, DC.

Perrone, A , Cerpolini, S, Maria Salfi, NC, et al. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. The Journal of Sexual Medicine, 6(11): 3193-200.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1992/1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961-1991. Recuperado en línea , noviembre

17, 2010. http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Phillips, JC, and Patsdaughter, C A. (2009). Transitioning into competent health and HIV care for transgender persons. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5), 335-8.

Primo, A. F. T., Pereira, V. A., & Freitas, A. (2000). Brazilian crossdresser club. Cyberpsychology & Behavior, 3(2), 287-296.

Pun Chinarro, M. (2007, December). Situation of the HIV/AIDS epidemic in Peru. Presentation given by the Department of HIV/AIDS and STIs of the Ministry of Health at the National Sex Work Consultation, Lima.

Rachlin, K, Green, J, and Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. Journal of Homosexuality, 54(3), 243-58.

Roberto, M., & Garcia, V. (2009). Identity as a 'patchwork': Aspects of identity among low-income Brazilian travestis. Culture, Health, and Sexuality, 11(6), 611-623.

Rowniak, S. et al (2011). Transmen: The HIV risk of gay identity. AIDS Education and Prevention 23(6), 508-520.

Salazar, X. L., & Villayzan, J. A. (2010). Outlines for multisectorial work with transgender populations, human rights, sex work, and HIV/AIDS. Lima, Peru: Lima: IESSDEH, REDLACTRANS, UNFPA.

Salinas Hernandez H. M. (2012) Políticas públicas. Nuevos enfoques y escenarios de la disidencia sexual. UACM. México.

Sausa, L. (2009). Best Practices for Health Service Organizations to Improve Programs and Services for Trans Clients and Patients.Recuperado en linea, septiembre 15, 2009 en: http://www.transyouth.com/Lydia_Sausa_Best_Practices_for_Health_Service_Organizations.pdf

Schifter, J. (1999). From toads to queens: Transvestism in a Latin American setting. Binghamton, NY: Harrington Park Press.

Sevelius, J. (2009). There's No Pamphlet for the Kind of Sex I Have: HIV-Related Risk Factors and Protective Behaviors Among Transgender Men Who Have Sex with Non-Transgender Men. J Assoc Nurses AIDS Care, 20(5): 398-410. doi:10.1016/j.jana.2009.06.001.

Silva-Santisteban, A., Raymond, H. F., Salazar, X., et al. (2011). Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. AIDS and Behavior (published online).

Sívori, H., Jiménez, A., Brito, A. (2008) Política, derechos, violencia y sexualidad: Marcha Orgullo y Diversidad Sexual Ciudad de México 2008. Centro de Estudios Políticos (CEP) de la Universidad Nacional Autónoma de México, Letra S y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).

Sotelo, J. (2008). Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans. en: Ministerio de Salud de Argentina. Salud, VIH-sida y sexualidad trans. Buenos Aires, 49-56. Recuperado en línea, marzo 8, 2012, en : http://new.paho.org/arg/images/KMCARG/salud_vih_sida_libro.pdf

Tabet, S., Sanchez, J., Lama, J., et al. (2002). HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS 16, 1271-1277.

Tabet, S., Sánchez, J., Lama, J., Goicochea, P., Campos, P., Rouillon, M., Cairo, J.L., Ueda, L., Watts, D., Celam, C., Colmes, K. K. (2002). HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS, 16 (9), p. 1271.

Toibaro, J. J., et al. (2009). Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. Medicina 69, 327-330.

Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for Hormonal Reassignment of Gender. Recuperado en línea, septiembre 13, 2009 en:http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf

Toro-Alfonso, J. (1995). Health promotion work in a community of sex workers in San Juan, Puerto Rico and human immunodeficiency virus (HIV/AIDS) prevention. Avances en psicología clínica latinoamericana, 13, 55-70.

Transgender Health Services Working Group, City and County of San Francisco. (2007). Transgender HIV Health Services Best Practices Guidelines. Recuperado en línea, enero 15, 2010 en: http://careacttarget.org/library/tgguidelines.pdf

Transgender Law Center. (2005). 10 Tips for Working with Transgender Patients. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en: http://www.transgenderlawcenter.org/publications.html

Universidad de Valle de Guatemala (2010a). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: Principales resultados en la población de hombres que tienen sexo con hombres y personas trans. Recuperado en línea, marzo 8, 2009 en: http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf

Universidad de Valle de Guatemala (2010b). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: Principales resultados en la población travesti, transexual y transgénero. Recuperado en línea, marzo 8, 2009 en: http://www.pasca.org/sites/default/files/fesultados_ecvc_trans_ni_09.pdf

Vance, S., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F., Pfaefflin, F., & Zucker, K. (2010). Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an International survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. International Journal of Transgenderism, 12(1), 1-14.

Vanderleest, JG, and Galper, CQ. (2009). Improving the health of transgender people: transgender medical education in Arizona. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5), 411-6.

Varella, D., Tuason, L., Proffitt, M. R., Escaleira, N., Alquezar, A., & Bukowsky, R. M. (1996). HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population. AIDS Patient Care and STDs, 10(5), 299-303.

Vázquez, E. (2008). Transgender therapy and HIV: Two complicated conditions rolled into one. Positively Aware. July/August.

Vencato, A. P. (2005). Fora do armario, dentro do closet: Camarim como espaco de transformacao. Cadernos Pagu, 24, 227-247.

Ventura, M., & Schramm, F. R. (2009). Limits and possibilities to exercise on autonomy in therapeutic practices of physical modification and sexual identity alteration. Physis: Revista de Saude Coletiva 19(1), 65-93.

White Holman, C, and Goldberg, J. (2006). Ethical, legal, and psychosocial issues in care of transgender adolescents. Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009 en: http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Weeks J. (2011) The Languages of Sexuality. Routledge. Abigdon, OXON. 71

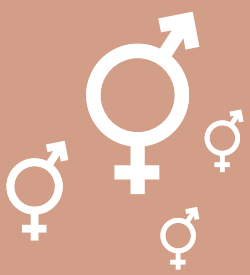
White Holman, C, and Goldberg, J. (2006). Social and medical advocacy with transgender people and loved ones: Recommendations for BC clinicians. Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program. Recuperado en línea, septiembre 9, 2009: http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html

Williams, AR. (2009). Transgender Considerations: A Clinical Primer for the Generalist Working with Trans and LGB patients. Recuperado en línea, septiembre 15, 2009 en: http://www.MyRightSelf.org/booklet

Wilson, A. N. (1999). Sex reassignment surgery in HIV-positive transsexuals. International Journal of Transgenderism, 3(1/2).

World Health Organization (2007). International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (2002). Gender and Reproductive Rights. www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html



Apéndices

Abreviaturas

CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIJ	Comité Jurídico Interamericano
DDS	Diferencias en el desarrollo sexual
DESC	Comité de Derechos Económicos y Sociales
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
HS	Herpes Simple
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
IAPAC	Asociación Internacional de Médicos que atienden el SIDA
IPPF	(RHO) Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LAC	Latinoamérica y el Caribe
OEA	Organización de Estados Americanos
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Terapia anti retroviral
TDS	Trastornos del desarrollo sexual
UCSF	Universidad de California en San Francisco
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
WAS	Asociación Mundial para la Salud Sexual
WHI	Incitativa de Salud de la mujer (por las siglas en inglés de Women´s Health Initiative)
WPATH	Asociación Mundial de profesionales para la Salud Trans

Listas de participantes

Consulta técnica: Atención Integral de personas trans en Latinoamérica y el Caribe

Washington DC 19-21 Diciembre 2011

País	Nombre/Institución
Argentina	Marcela Romero marcelaromero_40@yahoo.com.ar
Bolivia	Roxana Salamanca rsalamanca@bol.ops-oms.org
Brasil	Ximena Pamela Bermúdez bermudex@bra.ops-oms.org
	Lilia Rossi lilia.rossi@gmail.com
Canadá	Gail Knudson youngknudsonconsulting@telus.net
	Reece Malone reese.malone@gmail.com
Colombia	Bertha Gómez gomezber@col.ops-oms.org
Cuba	Ángel Gutiérrez Fernández angel.gutierrez@undp.org
	Rosa Mayra Rodríguez Lauzurique cenesex@informed.sld.cu
El Salvador	Mónica Linares org-unionarcoiris10@yahoo.com

El Salvador	María Dolores Pérez perezma@paho.org
	Mirna Pérez meperez@els.ops-oms.org
Estados Unidos	Andrew J. Adler drdrew@andrewadler.com
	Walter Bockting wb2273@columbia.edu
	Eli Coleman colem001@umn.edu
	Madeline B. Deutsch docmattyd@aol.com
	Lin Fraser linfraser@gmail.com
	Alex Gonzalez agonzalez@fenwayhealth.org
	JoAnne Keatley joanne.keatley@ucsf.edu
	Victor Madrigal vmadrigal@oas.org
	Anita Radix aradix@callen-lorde.org
	Johanna Saavedra johanna7755@yahoo.com
	Bamby Salcedo bsalcedo@chla.usc.edu
	Chloe Schwenke cschwenke@usaid.gov
	Paula Uribe uribemp@gmail.com
	José Zuniga jzuniga@iapac.org
México	Esther Corona ecoronav@aol.com

México	Jorge Saavedra jorge.saavedra@aidshealth.org
	Patricia Betancourt mujerestrans@gmail.com
Paraguay	Margarita Villafañe villafam@par.ops.oms.org
Perú	Jana Villayzan janasocialista@gmail.com
	Javier Salvatierra Jsalvatiera-its@yahoo.com
	Carlos Caceres carlos.caceres@upch.edu.pe
Puerto Rico	Alexei Aporte alaponte@salud.gov.pr
Trinidad y Tobago	Noreen Jack jackn@trt.paho.org
Venezuela	Tamara Adrian adrianjuris@yahoo.com
OPS (WDC)	Massimo Ghidinelli, FCH/HI ghidinellim@paho.org
	Rafael Mazín, FCH/HI mazinraf@paho.org
	Florian Ostmann, FCH/HI florian.ostmann@gmx.de
	Cristina Puentes, SDE puentesc@paho.org
	Omar Sued, FCH/HI suedomar@paho.org
	Nancy Valencia, HSS valencian@paho.org
	Javier Vásquez, GDR vasquezj@paho.org

Consulta Mesoamericana sobre Salud y Derechos de las Personas Trans

San Salvador, El Salvador

26-28 de junio 2012

Lista de participantes

País	Nombre/Institución
Argentina	Marcela Romero marcelaromero_40@yahoo.com.ar
Costa Rica	Gloria Terwes gloriaterwes@gmail.com
	Natasha Jimenez natasha@mulabi.org
El Salvador	Alejandra Sauway Menjivar sauwymjvar@hotmail.com
	Alex Peña aldoalexander2012@yahoo.es
	Ambar Alfaro angeles_lopez@yahoo.es
	Arturo Carrillo acarrillotiger@yahoo.com
	Bárbara Romero bromero@inclusionsocial.gob.sv
	Carmen Ayala carmenayala81@yahoo.com
	Dolores Martinez Teléfono (503)7001-7355

El Salvador	Elizabeth Rodriguez rodrigueze@paho.org
	Elvira Hernandez sagionix_@hotmail.com
	Karla Guevara colectivo.alejandria@gmail.com
	Lissa Alfaro lissa.alfaro@hotmail.com
	Madonna Azaret Lopez waleos@gmail.com
	Meybellin Rivas org_unionarcoiris10@hotmail.com
	Mirna Pérez meperez@paho.org
	María Dolores Pérez-Rosales perezmd@paho.org
	Monica Linares Hernández aspidh.arcoiris.trans@gmail.com
	Ralf Syring syring@health-focus.de
	Rocio Costte rcostte@salud.gob.sv
	Rosibel Cruz cruz@health-focus.de
	Stacy Alejandra Araujo stacyalejandraaraujo@gmail.com
	Tanya Vasquez comcavis@gmail.com

El Salvador	Teresa Patricia Cornejo teléfono (503)7818-4598
	Walter Denis Gonzalez gwalterdenis@yahoo.com
	Yasmin Mejia
	José Eliseo Orellana orellana@health-focus.de
	Kenia Hernandez kenyahernandez@hotmail.es
Estados Unidos	Aysa Saleh Ramirez aysa_saleh@jsi.com
	Florian Ostmann, FCH/HI florian.ostmann@gmx.de
	Heather Bergman hbergmann@jsi.com
	JoAnne Keatley joanne.keatley@ucsf.edu
	Lindsay Stewart lstewart@usaid.gov
	Rafael Mazin mazinraf@paho.org
Guatemala	Giovanni Meléndez gmelendez@usaid.gov

Honduras	Claudia Medina ctravesti@yahoo.es
	Tomasa Sierra Pineda tomasasierrapineda@yahoo.com
México	Esther Corona ecoronav@aol.com
Nicaragua	Silvia Martinez nicaragua@redlactrans.org.ar
Panamá	Monica Gonzalez apptrans@gmail.com
Perú	Jana Villayzan janasocialista@gmail.com
Puerto Rico	Jose Toro Alfonso jose.toro4@upr.edu
República Dominicana	José Vasquez dr_vasquezbjm@hotmail.com
	Thalia Almendares thalia1020@hotmail.com

Reunión Preparatoria del Encuentro con Personas Trans

México D.F. 17-19 de octubre 2012

Lista de participantes

México
Natalia Anaya
Jessica Bear
Patricia Betancourt mujerestrans@gmail.com
Gloria Hazel Davenport hazelgloriamorgana@gmail.com
Beth Sua De Gyvez bethsua33@yahoo.com.mx
Lola Deja-vu Delgadillo Vargas rubendolo@yahoo.com
Ximena dos Santos
Kassandra Guazo Cano picis_stars80@hotmail.com
Génesis Rafael López Ramírez hombres_xx@gmail.com
Oyuki Martínez Colín oyuki78_05@yahoo.com.es

Sofía Mondragón Mara marasofia2008@hotmail.com
Adamari Owen adamariowen@hotmail.com
Glenda Prado scaramanga68@hotmail.com
Karen Quintero vestidasdepachuca@hotmail.com
Arturo Recillas Maya kalosarm@hotmail.com
Mónica Rodríguez monica.rodriguez@ore.un
Devony Rosas Aguilar arosagui@hotmail.com
Angie Rueda aangiiee@yahoo.com
Héctor Salinas hmsalinas@prodigy.net.mx
Mayte Tarango Monge mayte_trans@hotmail.com
Cintia Villasana javigue67@hotmail.com
Daniel Zuñiga daniel.zuñiga.flores@hotmail.com
OPS
Rafael Mazin mazinraf@paho.org

Consulta Sudamericana sobre Salud y Derechos de Personas Trans

Hotel Fundador, Santiago, Chile,

14-16 de noviembre del 2012

Lista de participantes

Argentina	Carlos Falistocco cfalistocco@msal.gov.ar
	Marcela Romero marcelaromero_40@yahoo.com.ar
Bolivia	Rayza Torriani rayzatrebol@gmail.com
Brasil	Judit Lia Busanello judit@crt.saude.gov.br
	Janaina Lima limajanaina2003@yahoo.com.br
Chile	Lukas Berredo lukas.berredo@gmail.com / lukas.berredo@mums.cl
	Paola Donoso pdonoso@minsal.cl
	Valentina Verbal valeverbal@gmail.com
	Silvia Parada traveschile@hotmail.com
	Andrés Rivera andresrivera@transexualesdechile.org

Chile	Daniela Arraño daniela.arrano@mums.cl
	Alejandra Soto
	Ana María San Martín asmartin@minsal.cl
	Carolina Peredo cperedo@minsal.cl
	Bianca Vidal
Colombia	Valentina Riascos Sánchez valentina.riascos@jfcolombia.org
Ecuador	Diane Rodríguez diane@siluetax.com / siluetax@gmail.com
Estados Unidos	Fernanda Benvenuty
	Maiten Mowreader mowreaderma@state.gov
México	Esther Corona Vargas ecoronav@aol.com
Paraguay	Marie Betancourt betancourt.marie@gmail.com

Perú	Jana Villayzan janasocialista@gmail.com
	Javier Salvatierra jsalvatiera-its@yahoo.com
Uruguay	Gloria Alves Mariño
	Ana Visconti anaviscontimsp@gmail.com
AIDSTAR	Heather Bergmann hberhmann@jsi.com
	Aysa Saleh-Ramírez aysa_saleh@jsi.com
OPS	Rafael Mazin mazinraf@paho.org
	Marcelo Vila vilamarc@arg.ops-oms.org

Esta es la **versión digital** del libro

POR LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS
Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

WPATH
WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

center OF excellence FOR TRANSGENDER health

IAPAC
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PROVIDERS IN AIDS CARE

PEPFAR
U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

AIDSTAR-One
APOYO Y RECURSOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN SIDA

DEPARTMENT OF STATE
UNITED STATES OF AMERICA

WAS
WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH

REAL EMBAJADA DE NORUEGA

PHS
PROGRAM IN HUMAN SEXUALITY

FENWAY
HEALTH

UNDP

cenesex
Centro Nacional de Educación Sexual

RED LACTRANS

OID
Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad

COALICIÓN TRANSLATINA

MUMS
CHILE
MOVIMIENTO POR LA DIVERSIDAD SEXUAL

Red Mexicana de Mujeres Trans A. C.

DIVERLEX
Diversidad e igualdad a través de la ley
CARACAS - VENEZUELA
Por derechos iguales para todas y todos sin discriminación

CALLEN LORDE
COMMUNITY HEALTH CENTER

UNIDAD DE SALUD, SEXUALIDAD Y DESARROLLO HUMANO
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

Children's Hospital LOS ANGELES
DIVISION OF ADOLESCENT MEDICINE

MCR
MECANISMO DE COORDINACIÓN REGIONAL
Grupo Técnico Asesor en VIH

giz
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

HEALTH FOCUS