



APORTES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS DESDE UNA PERSPECTIVA LOCAL

EXPERIENCIA ROSARIO 2006 - 2011

Secretaría de Promoción Social
Área de Diversidad Sexual

Secretaría de Salud Pública



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO



Ministerio de
Salud

Presidencia de la Nación


La imagen de tapa es una fotografía que realizó el Área de Diversidad Sexual dependiente de la Secretaría de Promoción Social, de la Municipalidad de Rosario, en el marco de la campaña de apoyo a la Sanción de una ley de Identidad de Género que impulsa la FALGBT y ATTTA.

La misma estuvo a cargo del fotógrafo **Martín Toye**, y contó con la colaboración de Juan, Celeste, Valentina y David; integrantes de Alma Trans y Somos Asociación, ambas organizaciones sociales de la ciudad de Rosario.

Nuestro compromiso es promover el pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas y la ampliación de sus derechos.

La defensa de los derechos sexuales en las últimas décadas en el mundo, ha adquirido visibilidad, permitiendo que las personas que eran estigmatizadas por la sociedad sean hoy considerados/as como sujetos de derecho y las problemáticas que atraviesan sean contempladas por la legislación.

Esta publicación recoge algunas reflexiones sobre propuestas sostenidas en nuestra ciudad, con el objetivo de promover su conocimiento y promover el debate a fines de ofrecer respuestas concretas ante las demandas de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgéneros.

A handwritten signature in black ink, reading 'Lifschitz', with a large, stylized flourish at the end.

Ing. Miguel Lifschitz
Intendente Municipal

PRÓLOGO

ING. PABLO SEGHEZZO - Secretario de Promoción Social

DR. LELIO MANGIATERRA - Secretario de Salud Pública

El estado municipal ha desarrollado históricamente políticas fundadas en los derechos humanos y sus principios de universalidad, accesibilidad y equidad. A partir del año 2006 comienzan a instrumentarse acciones específicas, acompañando la lucha histórica del movimiento y organizaciones de lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex contra la discriminación y para la inclusión social. Estas respuestas se reflejaron en la creación del Área de Diversidad Sexual en el ámbito de la Secretaría de Promoción Social y la sanción de ordenanzas anti-discriminatorias en la ciudad de Rosario.

En este contexto, hace más de 4 años se conformó un equipo de trabajo integrado por el Área de Diversidad Sexual y el Programa Municipal de Sida sumándose con el tiempo el Centro de Salud Martín, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública.

La tarea sostenida regular y articuladamente trascendió los límites del Municipio, vinculándose con otras provincias, así como de instituciones, áreas y organizaciones de la sociedad civil, en transferencia de experiencias y redes de intercambio.

Este material da cuenta de un proceso complejo, efecto de una producción colectiva que refleja diferentes abordajes, en una perspectiva de Salud Integral y de Derechos considerada en sus dimensiones políticas, sociales, económicas y culturales. En sus páginas se encuentran plasmados deseos, logros y dificultades que se presentan en el cotidiano esfuerzo de construir equidad e igualdad de oportunidades sin exclusiones ni discriminación por orientación sexual e identidad de género.

ÍNDICE

9. Algo personal

Ps. Noelia Casati. Coordinadora del Área de Diversidad Sexual, Secretaría de Promoción Social, Municipalidad de Rosario.

Sexualidades

Ps. Mónica Culla. Área de Diversidad Sexual, Secretaría de Promoción Social, Municipalidad de Rosario.

11. Salud pública trans (testimonio)

Vanina

12. Identidades y expresiones de géneros

Ps. Noelia Casati.

15. Consideraciones sobre el trabajo con LGBTI

Lic. Mariela Carla Morandi. Área de Diversidad Sexual, Secretaría de Promoción Social, Municipalidad de Rosario.

17. Acerca de la construcción de políticas públicas inclusivas de la dimensión de la diversidad sexual

Lic. Alejandra Toledo. Coordinación del Área de Programación en Salud, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

20. Algunos problemas de salud de la población travesti

Dr. Damián Lavarello. Coordinador del Programa Municipal de SIDA, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, y Equipo del Centro de Salud Las Flores.

24. Dispositivo de atención integral de salud de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales e intersexuales. Centro de Salud Martín

Dr. Claudio Bertone. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

28. Abordaje hormonal en personas transexuales

Dr. Fernando Costa. Coordinador del Servicio de Salud Trans de Rosario, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

38. Salud anorectal

Extraído del "Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe". Organización Panamericana de la Salud

41. Documentos anexos:

- Ordenanza 7.946 - Ordenanza antidiscriminatoria
- Ordenanza 8.045 - Creación Área de la Diversidad Sexual
- Decreto 30.049/07 - Nombre de Identidad de Género
- Resolución Ministerio de Salud de Santa Fe 1.877/09 - Respeto de identidad de género en todas las dependencias de Salud.

ALGO PERSONAL

PS. NOELIA CASATI

En mi experiencia personal, fui deconstruyendo la naturalización de que una persona que se presenta conlleva una orientación sexual heterosexual o que su apariencia defina su identidad de género. Esto ha permitido ciertas profundizaciones y modificaciones, inclusive en mi lenguaje cotidiano. Ya no pienso el universo en torno a la bipolaridad regidos-rigidizados por dos: femenino/masculino, ni soy insensible a las omisiones que produce el lenguaje, que muchas veces son agentes de violencias simbólicas por implicar discriminaciones de alto impacto, como la jerarquización de lo masculino heterosexual ligado a lo universal y lo Otro, la llamada diversidad sexual, ligada a lo invisible.

SEXUALIDADES

PS. MÓNICA CULLA

Cómo pensar un espacio de escucha dentro del abordaje interdisciplinario para la población trans...

Nos encontramos con:

Cuerpos y discursos que ponen en cuestión el concepto de “normalidad” en lo binario de los sexos, sostenido desde su determinante biológico.

La resignificación de lo femenino y/o lo masculino a partir de los cambios corporales requiere la puesta en juego de nuevos valores, frente a aquellos heteronormativos y condicionantes de y en la sexualidad y sus expresiones.

El despliegue de historias marcadas por silencios, ocultamientos, dudas, miedos, expulsiones, exclusiones y negaciones del grupo familiar, del entorno, en espacios educativos y laborales constituyen un monto de sufrimiento psíquico que cristaliza por mucho tiempo la construcción de la identidad de género, de la identidad deseada, como “captura imaginaria” que opera inhibiendo el empoderamiento de otros aspectos que permitan desenvolvimientos en la vida subjetiva-social: “ser” mujer o “ser” varón, aparecen como objetivos, devenires únicos, que absorben toda energía hacia otras adquisiciones vitales.

Atender en forma integral a personas trans implica:

Sostener el despliegue de historias individuales y acompañar procesos de fortalecimiento identitario.

Crear condiciones de posibilidad para la apropiación de recursos de inserción e inclusión en ámbitos laborales, educativos, sociales e institucionales, que permitan una vida digna y en el descubrimiento y la recuperación de potencialidades en cada uno/a.

Contener y acompañar acciones que contribuyan al ejercicio de derechos, conculcados desde actitudes discriminatorias, con la cuota de violencia que ellas implican.

Consideramos que el devenir varón, el devenir mujer es un movimiento atravesado por significaciones históricas, culturales, políticas... Poner en cuestión estas determinaciones requiere de nuevas herramientas teóricas, metodológicas e ideológicas para pensar y abordar sexualidades que nos interpelan...

SALUD PÚBLICA TRANS (TESTIMONIO)

VANINA - TRANSEXUAL

¿Hay que sensibilizar a los profesionales? ¿De qué? Esa es la pregunta que escucho siempre cuando travestis y transexuales nos debemos atender con personas que discriminan. ¿No somos todos iguales cuando nos enfermamos? ¿Importa más la apariencia física que la patología de un/a paciente?

Gracias al municipio se abrió un espacio de salud trans, donde hay profesionales maravillosos, su atención es excelente y su trato es de mucho respeto. Pero... ¿no es una discriminación positiva? Por lo menos así lo veo, porque ya hay un lugar donde se debe ir, ¡no otro! Y en otros lugares privados no te aceptan.

¿Es que ese grupo de profesionales está sensibilizado? ¿O es que hacen su trabajo como debe ser y sólo importa la salud del/la paciente?

Por suerte hay una ordenanza municipal por la que a travestis y transexuales se los/as debe tratar por su identidad de género y no por el nombre de su DNI en instituciones de salud pública, un avance buenísimo en esta sociedad. ¿Pero se cumplirá? Eso espero, para que no se discrimine tanto y esa ordenanza se amplíe para otros sectores, como el trabajo, estudio y otros espacios sociales.

IDENTIDADES Y EXPRESIONES DE GÉNEROS

PS. NOELIA CASATI

Uno de los objetivos de este texto es poder compartir, discutir, reflexionar y profundizar acerca de la perspectiva de la transgeneridad¹ y su relación con el sistema de salud, o lo que se debiera comprender del mismo, para así construir mejores vínculos entre estos elementos. La razón que nos motiva son los problemas y las dificultades que han existido y existen en la actualidad en las prácticas sanitarias respecto de la población de travestis, intersexuales, transgéneros y transexuales. Si bien reconocemos los esfuerzos realizados en el último tiempo, entendemos que el camino recién comienza y queda mucho por recorrer.

Cabe aclarar que mencionamos a intersexuales, travestis, transexuales y transgéneros para nombrar un conjunto de personas y poder socializar nuestros aportes, sin querer dar solamente categorizaciones a las diferentes expresiones de las sexualidades ni de atribuirles identidades esenciales o sustanciales. Es importante reconocer que no siempre existen representaciones identitarias dentro del campo de la diversidad sexual, sino que existen expresiones que no necesariamente conllevan una identidad a la que se aspira. En ese sentido, es importante referenciar los aportes de la teoría queer, que plantea poder pensar las diversidades genéricas y corporales desde narrativas con lógicas diferentes a la heteronormada.

Hecha esta salvedad, pasamos a nuestras preocupaciones, que devienen acciones y políticas, vinculadas a la promoción de una ciudadanía plena, incluyendo el reconocimiento de los derechos sexuales. Estos orientan también a otros campos: educación, trabajo, vivienda, vacíos legales, sobre todo al no contar aún con la sanción de la ley de identidad de género, que es la reivindicación vigente en este momento por el colectivo de la diversidad sexual.

En este recorte nos interrogamos sobre la accesibilidad de los/as trans al sistema de salud. ¿Qué implicaría que un sistema de salud fuera accesible? Es una pregunta que interpela prioritariamente el tema de la accesibilidad como operadores de la salud a los ámbitos estatales y sanitarios. ¿Por qué las consultas de travestis, intersexuales y transexuales “no llegan como deberían”? ¿Cuáles son las

¹ Transgeneridad o trans: término que incluye aquellas identidades que implican movimientos en el género con respecto de su “cuerpo biológico”.

causas para que esto suceda? ¿Cuáles son las consecuencias de nuestras prácticas? ¿Tenemos alguna responsabilidad por la invisibilización epidemiológica sobre este grupo? Líneas que nos han direccionado algunas elaboraciones devenidas de la clínica y de las prácticas, es decir, desde los discursos de los/as protagonistas.

Es por ello que sostenemos que desde la admisión se debería tener en cuenta el nombre de género como primera instancia necesaria de vinculación. Si en la presentación obviamos la identidad del/la sujeto que queremos asistir, estamos desconociéndolo/a, lo que constituye un agente de violencia y discriminación como es el hecho de la omisión. Es frecuente masculinizar a una travesti, más allá de sus expresiones, su vestimenta, su presentación...a pesar de ella misma. Se tiene en cuenta el nombre de su DNI y no el que asumió, imponiendo nuestro parecer en el/la paciente, sin considerar lo que siente, con un criterio que prioriza un documento, antes que la persona que lo lleva.

En ese sentido, sostenemos el derecho de cada persona a ser reconocida en la identidad de género que manifieste como propia, sin que su genitalidad se vea necesariamente comprometida, como el ejemplo que mencionamos.

La Organización Mundial de la Salud define la identidad de género como el “grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género”.²

A este concepto agregaríamos el derecho inalienable de las personas a decidir sobre su vida, su género y su cuerpo de manera responsable. Esto implica, entre otros aspectos, tener derecho y acceso a la información, asumiendo las consecuencias de las decisiones.

Una de las dificultades que se nos presenta como agentes de salud es la formación: la falta de elementos conceptuales, los debates sobre los tratamientos posibles frente a la diversidad sexual y dispositivos adecuados en la construcción de problemas y atenciones. El hecho de no contar con esas herramientas probablemente limitará nuestras intervenciones y modos de acceder a problemas que “no existen” o tendemos a minimizar.

2 OPS/OMS: “Declaración de los Derechos Sexuales”, en Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción, Guatemala, OPS-OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología, mayo de 2000.

¿No es un problema que una persona al nacer se le asigne “genitalidad confusa”, se la intervenga sin considerar su futuro desarrollo y tenga como consecuencia conflictos de identidad por un tratamiento inadecuado que le aplicaron al momento de nacer? ¿Que una travesti no cuente con criterios médicos sobre sus cambios corporales y los reciba de sus pares, perjudicando muchas veces su salud, debido a que se basan en saberes que no profundizan específicamente sobre la calidad de vida? ¿Que un/a transexual tenga que dirimir jurídicamente sobre su propia identidad con sus respectivas modificaciones en su corporalidad? ¿Qué consecuencias pueden aparejar determinadas praxis? ¿Cuáles serían las vías de tramitación posibles para poder trabajar estas situaciones sin patologizar?

Es necesario fomentar espacios de investigación, formación, diálogo y debate, orientados tanto a una revisión crítica como a la posibilidad de pensar con y desde otros campos del saber. De allí la importancia del trabajo interdisciplinario que tome los aportes de la perspectiva de la diversidad sexual.

Sabemos que para atender problemas de salud es importante poder establecer una relación de confianza y respeto con el/la paciente. ¿Cómo lograrla? En primera instancia, sugerimos no anticipar elaboraciones ni definiciones acerca del género u orientación sexual de la persona que realiza la consulta. Suspender valoraciones sobre esos aspectos de la sexualidad implica observar otras dimensiones sobre la complejidad del/la sujeto, como es el campo del deseo, de las fantasías, convicciones y corporalidad, es decir, incluyendo aspectos de la subjetividad.

Cuando tomamos contacto o nos sensibilizamos con los efectos desmanteladores, siniestros y perversos de la discriminación, marginación y transfobia, reconocemos la necesidad de promover acciones positivas, que afirmen tanto la vida como su calidad. Nos ubicamos en una perspectiva ética, inclusiva y de derechos. Se movilizan así, las estructuras de miedo y defensa que impiden tener una visión sensible e integral.

Una tarea necesaria, entre otras, es la de remover mitos y estereotipos sobre las sexualidades que heredamos y reproducimos a lo largo de nuestras prácticas y de nuestras vidas. Esto nos permitirá deconstruir la cultura heteronormativa en la cual estamos inmersos, que en muchos casos, impide el trato humanizado que requiere trabajar en y con el dolor y la salud trans.

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRABAJO CON LGBTI

LIC. MARIELA CARLA MORANDI

El Área de Diversidad Sexual dependiente de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario cuenta con un espacio de escucha de las personas LGBTI que tiene por finalidad el acompañamiento de las situaciones y problemáticas que se presentan. Como integrantes del equipo profesional, evidenciamos a diario que las personas LGBTI, y dentro de este grupo en particular las personas trans, suelen padecer múltiples vulneraciones provenientes principalmente de los prejuicios sociales que existen respecto de sus identidades de género, que se traducen en discriminaciones y malos tratos.

En la esfera del trabajo, que aún continúa siendo un importante organizador de la subjetividad, notamos que a las dificultades estructurales que una amplia mayoría de la población sufre para insertarse laboralmente, a los/as trans se le suman los obstáculos provenientes de la transfobia. Resulta, así, un grupo con reducidas alternativas para garantizar su subsistencia y con un déficit notable de integración social. Aún más, si las poblaciones en condiciones de vulneración cuentan con escasos lazos que puedan contribuir a atenuar la falta de ingresos económicos, las historias vinculares y familiares de los/as trans suelen estar signadas además, por reiterados rechazos y exclusiones que los/as dejan aislados/as y alejados/as de redes de contención que puedan contribuir a su sostenimiento cotidiano.

Otro rasgo que suele acompañar sus situaciones de vida es la conformación de parejas donde quedan atrapadas en una posición de objeto y son sometidas de diferentes formas: económica, emocional o físicamente. En algunos casos, estas relaciones se convierten en una alternativa al trabajo sexual, que de igual modo las coloca en una situación de dependencia y falta de autonomía para proyectar sus vidas, obturándoles la posibilidad de elegir libremente la separación.

La construcción de la identidad travesti y transgénero trae aparejada en muchos casos, el deseo y la necesidad de modificar el propio cuerpo a través de diferentes acciones, entre las que se incluyen la terapia hormonal. Esta decisión, que es fruto de un proceso interno y subjetivo, cuenta hoy en esta ciudad con la posibilidad de ser realizada en efectores públicos, donde reciben controles médicos periódicos que los/as acompañan en la búsqueda de las alternativas clínicas más adecuadas para cada construcción identitaria.

En el contexto descrito, el Área de Diversidad Sexual recibe demandas diferentes, algunas de las cuales refieren a la necesidad de ser acompañado/a en la decisión de iniciar un tratamiento de hormonación, decisión que puede implicar vaivenes y contradicciones, además de la necesidad de acompañamiento psicológico específico. En efecto, tanto este proceso como en el de dar a conocer la propia identidad de género u orientación sexual (proceso de salida del armario), conlleva a veces la aparición de conflictos con parientes, amigos/as, allegados/as, que dejan a las personas en situaciones de aislamiento y confusión.

Además, el Área recibe demandas ligadas a la discriminación hacia personas LGBTI que ocurre en diversos ámbitos, instituciones públicas, privadas, puestos de trabajo, locales comerciales, etc., y que puede manifestarse de diferentes formas, violencia verbal, castigos, agresiones, burlas y chistes, entre otras. Frente a estas situaciones, es necesario escuchar a las personas, para contribuir a la visibilización y comunicación de sus deseos y brindarles herramientas que los/as ayuden a enfrentar las dificultades que se presentan en y con el entorno social.

En este punto, es preciso resaltar que la atención espontánea de las situaciones que se lleva a cabo en la oficina origina con frecuencia la necesidad de realizar seguimientos posteriores. Estas acciones se realizan de forma articulada con diferentes instituciones, organizaciones y actores de la sociedad civil, como, por ejemplo, INADI, Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo, Universidad Nacional de Rosario, sindicatos. En este proceso se analizan las particularidades de cada caso y se plantean alternativas de acción tendientes al empoderamiento de la subjetividad de los involucrados/as y a la denuncia de la violencia social devenida en homofobia, transfobia, lesbofobia, bifobia, etc.

En muchas ocasiones, estos casos particulares dan lugar a un abordaje más amplio de la discriminación a través de talleres o charlas informativas que se llevan a cabo en diversos ámbitos.

Desde este espacio, resaltamos la necesidad de continuar con el trabajo de sensibilización que trascienda la individualidad de las situaciones, la instalación y visibilización de las temáticas que preocupan a LGBTI, tendiente a prevenir y revertir la discriminación social. De igual modo, es necesario continuar con esta tarea conjunta e interdisciplinaria de acompañar a las personas que transitan las instituciones en las que trabajamos, con acciones progresivas que apunten a la ampliación de su horizonte de derechos de ciudadanía.

ACERCA DE LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS INCLUSIVAS DE LA DIMENSIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

LIC. ALEJANDRA TOLEDO

Al incorporarme a la Coordinación del Área de Programación en Salud, en el año 2008, tomé conocimiento del trabajo que se estaba llevando a cabo para monitorear, relevar los problemas y acordar posibles soluciones en relación con el funcionamiento del consultorio trans, anclado en el Centro de Salud Martín, del Distrito Centro de la ciudad de Rosario. Este proceso era sostenido por el coordinador del Programa Municipal de Lucha contra el Sida, Dr. Damián Lavarello, la coordinadora del Área de la Diversidad Sexual, Lic. Noelia Casati y el médico responsable de la atención del consultorio destinado a dar respuesta a las necesidades de la población trans, Dr. Fernando Costa. Este espacio era llamado por quienes lo sostenían espacio de salud trans, en el cual se destacan dos dimensiones:

- Su perspectiva intersectorial e interdisciplinaria:

Intersectorial: en tanto incluye la participación de trabajadores/as del Área de la Diversidad Sexual, dependiente de la Secretaría de Promoción Social en articulación con colegas de la Secretaría de Salud Pública.

Interdisciplinaria: en tanto incluye las miradas en torno a los procesos de atención de diferentes disciplinas.

Estas perspectivas permiten poner en común consideraciones conceptuales y líneas de abordaje que trascienden el sector salud e incorporan cuestiones orientadas a lograr una mejor calidad de vida. Entendemos por calidad de vida los aspectos subjetivos, biológicos, sociohistóricos, jurídicos que determinan el contexto donde las personas viven y que una vez diagnosticados oportunamente permiten intervenciones que transformen las limitaciones que condicionan la vida.

- Su sistematicidad en el tiempo: en tanto es sostenido con una frecuencia semanal y eventualmente quincenal, lo cual garantiza la consecución de procesos de intercambio de experiencias, debate, construcción de problemas y enriquecimiento conceptual.

El concepto de Estado a partir del cual pensamos las políticas públicas en salud está relacionado con la idea de un Estado garante del derecho a la salud de la ciudadanía.

A lo largo de la historia el Estado se ha presentado de distintas maneras, como proteccionista, paternalista y asistencialista. Basado, además, en una lógica clientelar, muy coherente con los postulados neoliberales que profundizaron las desigualdades, las inequidades en la distribución de los bienes materiales y simbólicos en la población. Desde el año 1990, aproximadamente, algunos/as trabajadores/as de la salud pública nos hemos propuesto transitar un importante y significativo proceso colectivo que nos posibilite una reconceptualización del rol del Estado. Consideramos al Estado responsable de la salud de los/as ciudadanos/as e incluimos la categoría de sujetos/as de derecho. Derecho a la accesibilidad y a la atención de su salud y también a una mejor calidad de vida.

En el marco de las políticas públicas en diversidad sexual se considera la comunidad vinculada al colectivo LGBTI como ciudadanos/as de derecho. En particular, en relación con la comunidad trans (me refiero a la comunidad que incluye las travestis y los/as transexuales) esto parece redundante pero es necesario subrayarlo en tanto se trata de una comunidad altamente excluida. Es importante señalar dos cuestiones relativas a la situación de exclusión:

- La condición de personas que construyen su identidad diferente a la heteronormada.
- La condición de vulnerabilidad socioeconómica.

En el primer caso, se trata de hacer visibles las representaciones sociales que dejan por fuera las posiciones subjetivas vinculadas a la identidad sexual no tradicional, aquellas representaciones heterocéntricas que soportan los prejuicios y las discriminaciones, aun cuando estos no sean explícitos.

En el segundo caso, se trata de agendar desde el Estado las necesidades inherentes a los sectores poblacionales más desprotegidos, más precarizados, más desafiados del sistema y reconocer el colectivo trans vinculado al trabajo sexual como opción condicionada. Algunos estudios, especialmente el coordinado por Lohana Berkins, nos proporcionan datos específicos al respecto. Sobre un total de 257 casos relevados, de entre 16 a 55 años, los porcentajes de travestis, transexuales y transgéneros cuya principal fuente de ingresos es la prostitución oscilan entre el 79 y el 84,5% de acuerdo con el rango de edad que se considere ³.

Es importante poder situar tres ejes de trabajo que permiten explicitar las políticas públicas concernientes a la dimensión de la diversidad sexual. Estos ejes, sus contenidos y sus acciones son el resultado del consenso y el acuerdo de los

3 Berkins, Lohana: Cumbia, copeteo y lágrimas, Buenos Aires, ALITT, Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual, 2007.

distintos actores convocados a trabajar con alto compromiso esta dimensión. En este punto me parece importante mencionar la incorporación al proceso de trabajo del Dr. Claudio Bertone, responsable de la atención de los/as pacientes del consultorio trans, la trabajadora social Mariela Morandi y en su momento la psicóloga Mónica Gamaleri, en cuyo lugar actualmente se encuentra la psicóloga Mónica Culla. Los tres ejes de trabajo son:

- **Clínico:** Vinculado especialmente al análisis de las dificultades de los procesos de atención del consultorio trans y de los procesos de atención de esa población en la red en general, integrada por los centros de salud y los hospitales. En muchas situaciones el proceso de atención atraviesa a otros sectores: Promoción Social, ONG, etc., lo cual enriquece la construcción de los problemas y amplía la capacidad de su resolución. Este eje incluye también un proceso reciente de intercambio y articulación con trabajadores de la salud pública provincial, especialmente con el equipo de salud del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, en un intento de diseñar, profundizar y construir perspectivas políticas en torno a la atención del colectivo trans en la provincia de Santa Fe.
- **Gestión de servicios:** Partiendo de estas dificultades que se presentan en los procesos de atención en la red, se realiza el diseño de estrategias de construcción de espacios de sensibilización en los equipos de salud, con un fuerte anclaje en el modelo sanitario actual, y se trabajan los lineamientos concernientes a la adscripción, como eje transversal de la estrategia de atención primaria en toda la red.
- **Prevención y promoción de la salud:** Estrategias de intervención poblacionales, llevadas a cabo especialmente en la playa y en los polideportivos de la ciudad, que constituyen espacios destinados a los/as jóvenes, para incluirlos/as en espacios recreativos. Intervenir en estos contextos permite hacer lugar a la perspectiva de la diversidad sexual, en un tiempo oportuno, en donde es posible construir en los jóvenes una mirada que trasciende la lógica heterocéntrica y hace lugar a las diferencias.

ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN TRAVESTI

DR. DAMIÁN LAVARELLO Y EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD LAS FLORES -
Secretaría de Salud Pública.

Podemos afirmar, aún sin contar con estudios de salud específicos, que la población de travestis de nuestra ciudad se encuentra muy impactada por dos grupos de problemas: los derivados de su proceso de transformación corporal y los derivados de la frecuente ocupación como trabajadoras sexuales. Esto surge de la propia experiencia personal como médico en ejercicio e integrante del Equipo de Salud del Centro de Salud Las Flores, por la de otros miembros del Programa Municipal de SIDA que coordino, y por la que nos refieren otros colegas y equipos de la red de hospitales y centros de salud municipales.

Los problemas derivados del proceso de adecuación corporal están relacionados a su vez con dos prácticas principales: la ingesta autoadministrada de hormonas femeninas, y las diversas prácticas de inyección de sustancias siliconadas para aumento mamario y de caderas. Como dato crucial, debemos señalar que resulta evidente de la información disponible, que ambas prácticas están teniendo lugar desde hace muchos años por fuera de los sistemas públicos de salud.

De acuerdo con la opinión de otros/as compañeros/as del Centro de Salud Las Flores, y mi trabajo de dieciocho años en él viendo regularmente a cierto número de travestis con y sin VIH por problemas de salud diversos, se puede observar que nunca sus necesidades de transformación corporal fueron un motivo de consulta. Esto evidencia que no se ha percibido entre las travestis locales, o al menos en la población de travestis del barrio Las Flores, que el espacio del centro de salud fuera una instancia para resolver esta necesidad. En este sentido, la conformación desde el año 2007 del Grupo de Trabajo en Salud Trans en el ámbito municipal, con la incorporación posterior de personas de diversos niveles del gobierno provincial, ha permitido generar una actitud de búsqueda activa de estas prácticas y saberes de la cultura travesti local, con interesantes resultados que se comentan en otras secciones de este documento.

En relación con la intervención hormonal, hemos podido saber de ingestas de anticonceptivos orales de a dos o tres comprimidos por día durante años, in-

yecciones de hormonas femeninas mensuales, etc. No tenemos conocimiento acerca de problemas clínicos relevantes derivados de estas prácticas, pero en realidad los riesgos reales se conocen y están reflejados en la literatura, y hasta ahora no han sido investigados con detalle en estas pacientes, todo lo cual configura un importante vacío de información.

Respecto de la práctica de inyecciones de siliconas líquidas o aceites siliconados para inducir formas de mamas y caderas femeninas, debemos señalar que es una práctica sistemática a la que recurren casi la totalidad de las travestis, con la rara excepción de alguna que alcanza desarrollo mamario suficiente con la autoadministración de grandes cantidades de hormonas desde edades tan tempranas como los diez años. En general, la inyección de esta sustancia es practicada por otra travesti ya experimentada. El momento mismo de la inyección y los días siguientes conllevan riesgo de vida, por reacciones alérgicas, embolias e infecciones y, de hecho, han ocasionado al menos una muerte conocida por nosotros en Rosario en años recientes. En todas las travestis que llevan más de diez años desde la inyección de las sustancias mencionadas se aprecia una amplia gama de problemas de variada severidad. En muchas se aprecia el encapsulamiento, con turgencia, dolor, rubor y calor locales, con la piel de cubierta con compromiso circulatorio evidente. En algunas travestis se puede ver, además, la migración o el desplazamiento hacia territorios vecinos, con catastróficos resultados estéticos, como deformidad, irregularidad de la superficie cutánea, asimetrías, formas no antropomórficas. Pueden observarse también otros resultados funcionales, como dolor al caminar, incapacidades diversas para el ejercicio de deportes o actividad física, imposibilidad de dormir sobre los flancos por el desplazamiento de la silicona de las caderas, o sobre el pecho por los encapsulamientos y desplazamientos de las siliconas mamarias, etc. En algunos casos esta situación ha derivado en consultas con cirugía plástica para la remoción quirúrgica del material. Estas intervenciones, según referencias de los cirujanos, son sumamente complejas y de resultados discretos, que por otro lado requieren un trabajo prolongado en quirófano. Estas dramáticas consecuencias a mediano plazo, más los serios riesgos del momento de la inyección, que de hecho han ocasionado al menos una muerte conocida por nosotros, hacen hoy en día completamente desaconsejable la inyección de cualquier tipo de silicona u otro producto siliconado en forma líquida.

Para prevenir este problema, hemos propuesto desde el grupo mencionado y como línea estratégica por desarrollar, la generación de conocimientos y conciencia acerca de este problema en la población travesti joven aún no intervenida, para que accedan a cirugías de implantación de prótesis de siliconas en ámbitos

de cirugía plástica privados. Es de nuestro conocimiento que diversos servicios de cirugía estética privados locales han realizado ya esta práctica en ciertos casos, sobre todo entre travestis jóvenes. Como horizonte futuro, entendemos que algún día los niveles de gobierno deberían evaluar la provisión de este servicio de transformación corporal que interpretamos como de valor crítico.

En cuanto a los problemas derivados del trabajo sexual, se evidencian a su vez dos grupos, de relevancia ambos, y con consecuencias potencialmente fatales: la adicción a drogas psicoactivas y al alcohol, y las infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, la hepatitis B, la hepatitis C, el HPV, etc. Más de la mitad de las travestis que se han atendido en el centro de salud, cuyo número es superior a veinte, han tenido sífilis, También más de la mitad tiene lesiones anales y/o peneanas asociadas a HPV. Varias que reconocen el antecedente de haber usado drogas por vía inyectable presentan infección por hepatitis C. Cabe destacar, desde ya, que no toda travesti desarrolla el trabajo sexual, y que a su vez no toda travesti que lo hace cae indefectiblemente en el abuso de drogas o alcohol o sufre ITS. No obstante, se debe señalar que la frecuencia que percibimos de la asociación de dos o tres de estas condiciones: trabajo sexual/ITS/adicciones, es alta en la población de travestis atendidas en el Centro de Salud Las Flores, configurando un cuadro de morbimortalidad manifiesta. Es imposible desentrañar la trama o secuencia de los problemas, es decir, si lo primero es el trabajo sexual o la adicción, o si es que un problema lleva al otro, y, a su vez, cuál es el que predispone a la infección por VIH, etc. La realidad es que no existen a la fecha ni una buena epidemiología del VIH ni buenos estudios antropológicos de estas asociaciones en esta población de alta vulnerabilidad. Entre otras razones, puede mencionarse que muchos de los instrumentos de registro epidemiológico y clínico vigentes en niveles nacionales, provinciales y municipales no han incorporado aún el dato de las identidades de género trans y travestis, quedando subsumida esta población en la de los hombres que tienen sexo con hombres. Resolviendo en parte este vacío de información, se ha publicado recientemente un estudio en la siguiente dirección web de la Dirección Nacional de SIDA e ITS (antes Programa Nacional de SIDA), dependiente del Ministerio de Salud: **www.msal.gov.ar/htm/site/sida/site/pdf/BoletinSIDAN24X.pdf**.

En este estudio, realizado desde niveles nacionales en doce áreas urbanas del país, se logró entrevistar a un importante número de travestis: 455. entre las cuales se realizaron 441 determinaciones serológicas de VIH y 122 resultaron positivas, arrojando así una prevalencia de 34,47 %, es decir que 1 de cada 3 travestis de nuestro país tiene VIH. Esta prevalencia de infección por VIH es una de las más altas actualmente de nuestro país para un grupo poblacional especí-

fico. No hay razones a favor ni en contra para suponer que la prevalencia de VIH entre las travestis de Las Flores o de Rosario sea mayor o menor. Se desconoce la existencia de estudios de prevalencia de otras infecciones como hepatitis B o C, sífilis, condilomas (HPV), etc.

En relación con los derechos y la circulación cotidiana de las chicas travestis en el barrio y en el centro de salud, podemos consignar que se ha producido un pequeño gran avance en rotular las historias clínicas con el nombre de género sentido de las travestis, con el acuerdo y beneplácito de ellas. Además, en nuestra percepción, “las chicas” tienen hoy una circulación por el barrio y el centro de salud mucho más aceptada que años atrás, manifestada por ejemplo en la conformación de parejas con varones, con visibilidad social manifiesta. Sin embargo, surge la duda de si estamos ante un proceso de inclusión o si es tan sólo una primera etapa, valiosa pero no concluyente, de no discriminación y al mismo tiempo desconocemos los aspectos íntimos de las parejas que conforman en cuanto a respeto mutuo, calidad del trato, etc.

En síntesis, diversos y frecuentes problemas parecen predominar en la salud de la población de travestis de Rosario, al menos entre las que se encuentran en proceso asistencial en el Centro de Salud del barrio Las Flores, destacándose los derivados de las inyecciones de siliconas y la infección por VIH. Un abordaje renovado de la prevención y atención de estos problemas deberá necesariamente pasar por un efectivo plan de recuperación o instalación de ciudadanía entre estas personas, y por la apropiación, por parte de ellas, de su derecho indeclinable a la salud.

DISPOSITIVO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES, TRAVESTIS, TRANSEXUALES E INTERSEXUALES

DR. CLAUDIO BERTONE - Centro de Salud Martín

Tal como sucede en el caso de las políticas educativas, cuando pensamos en las políticas de salud el principio de universalidad que las sustenta queda expuesto como una ficción: las travestis, transexuales y transgéneros vivimos afectadas por enfermedades relacionadas con la precariedad que caracteriza nuestras condiciones de existencia y morimos muy jóvenes por causas evitables⁴.

En consonancia con lo estipulado en uno de los párrafos de la Ordenanza 8.045 de octubre de 2006, que creó el Área de la Diversidad Sexual: "Facilitar el acceso a todas las personas, independientemente de su orientación sexual e identidad de género, especialmente de menores recursos, a los servicios de salud, culturales, deportivos, educativos y recreativos que brinda el municipio", se comenzó a pensar cómo, dónde y con quién se podía poner en marcha un espacio de salud integral destinado a lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales e intersexuales (LGBTI).

Un espacio de salud inspirado en la estrategia de APS "[...] que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema [...] conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción".⁵

4 Berkins, Lohana: Cumbia, copeteo y lágrimas, Buenos Aires, ALITT, Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual, 2007.

5 Organización Panamericana de la Salud: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas, documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

En septiembre de 2007 comenzó a funcionar en el Centro de Salud Martín un espacio de atención clínica destinado a LGBTI, que tiene como referente al Dr. Fernando Costa. Cuenta con el apoyo y acompañamiento de todo el equipo del centro: admisión, farmacia, enfermería, otros/as profesionales médicos/as y psicólogos/as y de los/as trabajadores/as del Área de la Diversidad Sexual y del Programa Municipal de SIDA, que realizaron una fuerte promoción del mismo, y ayudaron mucho a su rápida instalación, con derivaciones de las consultas al Área, distribución de tarjetas con el móvil del Programa, etc.

El proceso de trabajo fue pensado desde un inicio como claramente interdisciplinario y se aborda toda la complejidad de la identidad de género en sus aspectos sociales, legales y sanitarios. No se limita solamente al acompañamiento en el cambio de género, sino que se interviene positivamente en los procesos salud-enfermedad-atención que puedan aparecer.

Se definió desde el comienzo el respeto de la identidad manifestada por el/la paciente, que es quien se registra en las historias clínicas y demás documentos médicos. El objetivo, compartido por todos/as los/as integrantes del equipo, es el de construir un espacio de respeto, tolerancia e inclusión, en el que, sin llegar a generar diferencias irritantes con los demás pacientes del centro de salud, se faciliten los procesos de atención basados en un concepto de equidad y accesibilidad hacia un grupo humano siempre excluido por los servicios de salud.

En la medida en que los/as usuarios/as pudieron comprobar que se habían ido derribando las barreras discriminatorias que caracterizan a los servicios de salud, se fue construyendo un espacio de escucha, confianza y respeto entre los/as pacientes y el equipo de salud. Esto permitió ir más allá de la hormonación y así se pudieron diagnosticar y tratar casos nuevos o negados de VIH-sida, otras ITS (sífilis, gonorrea, condilomas acuminados), hipotiroidismo, infecciones respiratorias, enfermedades del tracto anorectal, enfermedades relacionadas con la aplicación indiscriminada y casera de silicona industrial líquida en diferentes partes del cuerpo (mamas, caderas, glúteos), con la aparición de siliconomas, necrosis tisular, infecciones de partes blandas, etc.

De acuerdo con una investigación realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y localidades de la provincia de Buenos Aires en 2007, la principal causa de muerte entre travestis, transexuales y transgéneros era el VIH-sida (54,7%), seguido por el asesinato (16,6%). Las otras causas fueron accidentes de tránsito, suicidio, cáncer, sobredosis, ataques cardíacos, diabetes, hepatitis,

meningitis, tuberculosis, cirrosis y complicaciones derivadas de la inyección de siliconas.⁶

La decisión de someterse voluntariamente a un tratamiento hormonal es parte de un proceso interno y subjetivo en la construcción de la identidad de género que la mayoría de nuestras/os usuarias/os viene sosteniendo en su vida cotidiana desde antes del contacto con el centro de salud. Esto conlleva, en muchos casos, el deseo y la necesidad de modificar su propio cuerpo, a través de diferentes acciones, entre las cuales la terapia hormonal es una parte de ese proceso.

Una limitante en la administración de hormonas es la edad de la persona que la demanda. Tomamos como referencia los dieciocho años, que es cuando se alcanza la mayoría de edad y se adquiere capacidad legal para decidir.

Actualmente tienen su referencia en nuestro centro 122 personas entre hombres y mujeres trans. De estas últimas, 56 están recibiendo tratamiento con estrógenos y antiandrógenos, y 5 hombres trans reciben testosterona. En la farmacia del centro, todos los meses se accede gratuitamente a la medicación.

Los/as pacientes tratados con hormonas son sometidos/as a controles periódicos, que se ajustan a las guías de tratamiento expuestas en otro capítulo de este escrito. Los análisis se realizan integralmente en el Laboratorio del Cemar, perteneciente a la Municipalidad de Rosario.

Según la complejidad de la problemática de salud se establecieron contactos con otros/as profesionales (infectólogos/as, cirujanos/as plásticos) de la red de salud municipal, con los cuales se trabaja coordinadamente.

En cuanto a la prevención, se interviene sobre la necesidad del cuidado del cuerpo a través del uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, y de desalentar las siliconas líquidas autoadministradas. El uso del preservativo es particularmente importante, dado que un porcentaje elevado de las mujeres trans realiza trabajo sexual y muchos clientes les ofrecen más dinero para no usar preservativos. Por lo tanto, la concientización del autocuidado es una manera de reafirmar sus derechos a la salud.

⁶ Berkins, Lohana: Cumbia, copeteo y lágrimas, Buenos Aires, ALITT, Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transsexual, 2007.

Una encuesta de satisfacción realizada entre usuarias/os de nuestro centro de salud pone en evidencia que: los/as pacientes manifiestan el deseo de sentirse controlados/as y guiados/as correctamente en todo el proceso de hormonación para evitar cualquier complicación o efecto indeseable. Debe resaltarse que es frecuente en las respuestas la sensación de apropiación y pertenencia al centro de salud que va más allá de los cambios corporales que todos/as saben que son lentos y paulatinos.

Nuestra experiencia nos permite sostener que el espacio ideal para los cuidados de salud del colectivo LGBTI, al igual que para cualquier otra persona, es el primer nivel de atención que se brinda en los centros de salud con la estrategia de atención primaria de la salud. No se necesita particular especialización profesional en este tema más que el convencimiento de que **los servicios de salud tienen que dar respuesta y alojar a todos/as sin distinción de ninguna naturaleza y que el derecho a la salud es un derecho inalienable de todas las personas.**

ABORDAJE HORMONAL EN PERSONAS TRANSEXUALES

DR. FERNANDO COSTA

Es por esta cuestión de la “indeterminación travesti” que la intervención médica en el tratamiento hormonal debe ser personalizada, tomando cada caso en particular, puesto que no todas las travestis querrán el mismo cuerpo ni querrán darle los mismos usos a éste. Así como una medicación no actúa de manera similar en todas las personas, una prescripción hormonal pensada desde lo cultural, lo simbólico, las identidades, las significaciones, las interpretaciones y valores sociales variará para cada una de las travestis tratadas, por lo que el profesional médico deberá tener presentes estas variables al momento de asesorarla médicamente.

Muchas travestis empiezan a tomar hormonas para que les deje de salir en el cuerpo, para que tomen forma los pechos, y entonces un “hombre” en proceso feminizante se “cree mujer”. Sin embargo, ellas conocen el efecto de las hormonas consumidas sin asesoramiento médico, que llevan en muchos casos a trastornos psíquicos irreversibles; además, para las travestis en estado de prostitución, que no les funcione el pene no es rentable ya que la mayoría de sus clientes no buscan una vagina.⁷

El proceso de inducción de caracteres sexuales secundarios “cruzados” (“cross-gender sex characteristics”) en pacientes transexuales adultos comprende dos aspectos:

1. La desaparición de las características sexuales del sexo biológico original.
2. La inducción de las características sexuales del sexo opuesto, al cual el paciente reconoce pertenecer.

1. Desafortunadamente, la desaparición de las características sexuales del sexo de origen nunca es completa. En la transexualización “hombre a mujer” (“male to female”) no hay modo de revertir los efectos previos de los andrógenos sobre el esqueleto. La mayor altura, la forma de la mandíbula, el tamaño y la forma de manos y pies, así como la estrechez pélvica masculina son características que no pueden ser “redise-

⁷ Hessling, Matías: “Conociendo mejor a las personas travestis”, en Atención de la salud de personas travestis y transexuales, Buenos Aires, Dirección de Sida-OPS, Año 2010

ñadas” una vez que han alcanzado su máximo desarrollo al final de la pubertad. Del mismo modo, la menor altura relativa en transexuales “mujer a hombre” (“female to male”) y la mayor amplitud en la configuración de la cadera no se modificarán bajo la influencia del tratamiento hormonal. Sin embargo, muchas son las características que sí se pueden modificar satisfactoriamente a partir de la correspondiente hormonación, adecuadamente aplicada y controlada.

2. Del mismo modo, la inducción de características sexuales del sexo opuesto también alcanza grados diferenciales. Mientras que en la mayor parte de los casos de transexualización “mujer a hombre” el tratamiento hormonal logra un desarrollo de caracteres sexuales masculinos muy completos, la hormonación para las personas trans “hombre a mujer”, si bien logra muy importantes y visibles efectos de cambio corporal, éstos resultan limitados en relación con algunas características, como la desaparición del vello facial, la modificación del timbre vocal (dado que las cuerdas vocales ya han alcanzado su máximo tamaño en la fase pospuberal) o, en algunos casos, una inducción incompleta del desarrollo mamario (si bien esto último ingresaría en la misma variabilidad que se observa en las mujeres biológicas de origen).

ESQUEMAS DE HORMONACIÓN: POSIBILIDADES

Para cada posibilidad de tratamiento hormonal en un proceso de transexualización existe una amplia variedad de esteroides sexuales. No se cuenta hasta el momento con evidencia sólida en la literatura acerca de una mayor eficacia de ciertos compuestos hormonales sobre otros, aunque en los últimos años el tema ha sido revisado con mayor frecuencia en función de las experiencias en distintos centros mundiales (adjunto separatas en anexo). La elección del esquema hormonal más adecuado en un proceso de transexualización depende de la disponibilidad (regulatoria nacional y farmacéutica local), los efectos colaterales posibles, las vías de administración preferenciales, las comorbilidades asociadas, los costos y las preferencias personales (del profesional tratante y/o del paciente trans). Si bien están establecidos los rangos de dosis, las dosis óptimas de estas drogas para estos fines aún no han sido fijadas.

Los primeros cambios biológicamente evidentes de un tratamiento hormonal de transexualización aparecen alrededor de las seis a ocho semanas de haber sido iniciado. La aparición de abultamientos mamaros dolorosos o con sensación de tensión en las pacientes trans hombre a mujer y los cambios en la voz en los pacientes trans mujer a hombre se encuentran entre las primeras manifestaciones. Sin embargo, los cambios toman entre seis y veinticuatro meses y aún más para completarse.

Algunos de ellos inclusive (por ejemplo, el crecimiento completo de barba en trans mujer a hombre) pueden demorar varios años más.

CUADRO 1 (Hormonas más utilizadas en procesos de transexualización)

Antiandrógenos	Análogos de LHRH	Leuprolina	3,75 mg por mes	S.C.
		Tritorelina	3,75 mg por mes	I.M.
	Interferencia con testosterona o producción de DHT	Espironolactona	100-200mg. Por día	Oral
		Finasteride	5-10 mg/día	Oral
	Antigonadotrópicos	Ciproterona	100-150 mg/día	Oral
		Medroxiprogesterona	5-10mg/día 150mg/mes	Oral I.M.
	Bloqueante de receptores androgénicos	Ciproterona	100-150 mg/día	Oral
		Nilutamida	300 mg/día	Oral
Estrógenos		Etinil-estradiol	0,1 mg/día	Oral
		Estrógenos conjugados	5-10 mg/día	Oral
		17 beta estradiol	2-4 mg/día 10 mg cada 2 semanas hasta 100 mg por mes	Oral I.M.
		Estriol	4-6 mg/día	Oral
Andrógenos		Testosterona	250 mg cada 2 semanas	I.M.
		Testosterona undecanoato	160-240 mg/día	Oral

1. DESAPARICIÓN DE CARACTERÍSTICAS SEXUALES MASCULINAS

En el proceso de transexualización hombre a mujer la supresión de las características biológicas del sexo original se logra por acción antiandrogénica directa o indirecta. Los andrógenos dependen para su producción del eje hipotálamo-hipofisario (LHRH y hormona LH) y para su acción biológica, de su interacción con sus receptores específicos en los tejidos blancos. La interferencia con cualquiera de estos mecanismos suprimirá progresivamente el efecto biológico de las hormonas androgénicas y sus intermediarios metabólicos. Las drogas utilizadas para estos fines (véase cuadro 1) son análogos de la LHRH (leuprolide, triptorelina), drogas antagonistas (acetato de ciproterona, progestágenos), drogas que interfieren directamente con la producción de testosterona o con su conversión a su potente metabolito activo 5-alfa-DHT (espironolactona, finasteride) y drogas que bloquean la unión del andrógeno o su metabolito con su receptor específico (acetato de ciproterona o la misma espironolactona).

Se han descrito efectos colaterales en todas las drogas mencionadas. Algunos que se deben tener en cuenta son la reducción de la masa muscular y de la fuerza física, del porcentaje de hemoglobina (éste último nunca a niveles anemizantes), así como algo de astenia, pérdida de vitalidad y cierto grado de depresión. Estos efectos se han visto más con ciproterona, por lo que se prefiere el uso alternativo de la espironolactona.

Tanto el vello sexual genital como el corporal se modifican con los antiandrógenos. El sexual genital adopta progresivamente un patrón de distribución más femenino. En tanto que el corporal (tronco, brazos y piernas), por tener un ciclo vital más corto que en la cara, responde más rápidamente y de manera más definitiva. El vello facial, por su mayor densidad folicular y ciclo de vida más largo, muestra una respuesta incompleta, por lo que se aconseja en este sector depilación definitiva (por láser o por electrolisis).

2. INDUCCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SEXUALES FEMENINAS

Las principales hormonas feminizantes son los estrógenos. Pueden producir la mayor parte de los cambios femeninos más típicos. Existen de varios tipos en el mercado y estrictamente hablando, en términos de acción biológica, no hay una clase superior de estrógenos. La elección depende de los factores ya mencionados (disponibilidad, costos, etc). Entre los más utilizados (véase cuadro 1) se cuentan el etinil estradiol (el más potente y accesible estrógeno sintético por vía oral), pero disponible sólo bajo la forma de ACO y combinado con progestágenos (de efecto discutible en procesos de transexualización); los estrógenos conjugados (estrógenos conjugados de otras especies animales), muy disponibles

en nuestro medio; el 17-beta-estradiol (muy potente dentro de los estrógenos nativos), comercializable en forma oral, intramuscular y en parches transdérmicos (pero poco disponible en nuestro mercado local, además de muy caro; y finalmente el estriol, el menos potente de los estrógenos nativos, utilizado en mujeres posmenopáusicas (para vaginitis atróficas y otros procesos de estas poblaciones) y con escaso uso en procesos de transexualización por las altas dosis que se requerirían y sin ninguna ventaja sobre las otras formas existentes). Las formas intramusculares se reservan para algún tipo de contraindicación de la vía oral (por ejemplo, pacientes con Smes. ácido-sensitivos o alguna forma de intolerancia gastrointestinal o hepatobiliar), ya que es difícil regular la concentración en sangre con las formas parenterales. Los parches transdérmicos –además de muy caros– se reservan para las pacientes de más de cuarenta años, en quienes la ingesta de altas dosis de estrógenos incrementa mucho el riesgo de enfermedad tromboembólica. Una alternativa con este grupo etario es comenzar con estrógenos orales a dosis menores que en poblaciones más jóvenes.

Todas las formas de estrógenos farmacológicos pueden presentar potencialmente efectos colaterales, en particular fenómenos tromboembólicos, retención hidrosalina con edemas y, a largo plazo, riesgo de cáncer en tejidos estrógeno-sensibles (que en el caso de la transexualización M-F se focaliza en el tejido mamario, aunque este fenómeno no está estudiado en profundidad).

TRANSEXUALIZACIÓN “MUJER A HOMBRE” (M-H)

1. DESAPARICIÓN DE CARACTERÍSTICAS SEXUALES FEMENINAS.

Los efectos de los estrógenos nativos sobre las características sexuales femeninas no pueden ser suprimidos con antihormonas, ya que éstas suelen estimular la liberación de gonadotrofinas y subsecuentemente, la producción ovárica de esteroides. Por lo tanto, la progresiva desaparición de las características sexuales femeninas está a cargo del tratamiento androgénico, en especial a partir del efecto antigonadotrófico que tendría la administración de estas hormonas a alta dosis. En aquellas situaciones (frecuentes) en las que no se logra el completo cese de los ciclos menstruales por efecto exclusivamente androgénico, se complementa con progestágenos (acetato de medroxiprogesterona o noretisterona), por su acción antagónica a las gonadotrofinas.

2. INDUCCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SEXUALES MASCULINAS

La aparición de características sexuales masculinas (virilización) es un proceso a cargo de hormonas androgénicas. Los andrógenos ejercen un intenso pro-

ceso de virilización, que se completa en un lapso no inferior a veinticuatro meses o aún más. Las formas farmacológicas más utilizadas (véase cuadro 1) son las intramusculares, particularmente los ésteres de testosterona, ya que las formas orales (decanoato de testosterona) no suelen estar disponibles en nuestro medio.

Al igual que con los estrógenos, la administración de andrógenos no está exenta de efectos colaterales: acné (a partir de una importante transformación sebácea de la piel), alteración del perfil lipídico (adquisición de un patrón masculino), elevación de la hemoglobina y del hematocrito (con riesgo de policitemia y/o eritrocitosis), incremento de la agresividad (paralela a una intensificación del deseo sexual), disfunciones hepáticas podrían mencionarse como los más frecuentes. Se remarca entonces –al igual que en la administración estrogénica– la importancia del control de parámetros clínicos y de laboratorio.

ESQUEMAS DE HORMONACIÓN MÁS FRECUENTES

En general, los esquemas que se aplican varían ligeramente si se administran antes o después de la castración quirúrgica (hecho que forma parte de la llamada “operación de reasignación sexo-genital”). La mayoría de las veces se administran con los criterios prequirúrgicos, ya que en nuestro país las intervenciones quirúrgicas con fines de adecuación sexual son escasas por los complejos trámites judiciales que deben precederlas.

Régimen hormonal de feminización prequirúrgico:

- Estradiol : 2 mg a 4 mg/día, sublingual.

Estrógenos conjugados: 2,5 a 5 mg/día, vo.

Estradiol parches: aplicar 2 parches semanalmente sobre la piel.

- Estradiol gel : aplicar 2 a 3 medidas diariamente sobre la piel.
- Finasteride : 5mg/día, vo, a la mañana.
- Espironolactona : 100 mg a 200 mg/día, vo, en dosis divididas, a la mañana y a la noche.
- Progesterona: 5 mg a 10 mg/día, vo, durante diez días al mes (opcional).

Los esquemas habituales de feminización hormonal comprenden 1 o 2 antiandrogénos, más una forma estrogénica (a elección).

Régimen hormonal de masculinización (virilización) prequirúrgico

- Ésteres de Testosterona (cipionato o enantato de testosterona, intramuscular): de 50 a 80 mg c/2 semanas, im, incrementando gradualmente la dosis por mes hasta la aparición de los cambios secundarios (o hasta que se lleve a un nivel masculino de testosterona en sangre). A partir de este momento, 100 a 200 mg c/2 semanas, im.
- Testosterona gel transdérmico: aplicar entre 5 y 10 g/día en la piel corporal. Se puede empezar con 2,5 g/día e ir subiendo gradualmente.
- Testosterona parches transdérmicos: aplicar parches hasta lograr entre 5 y 10 mg/día sobre la piel corporal. Se puede comenzar con 2,5 mg/día e ir subiendo gradualmente.

En el proceso de virilización o transexualización M-H se debe monitorear de cerca el riesgo de osteoporosis. De ser necesario, administrar inhibidores de reabsorción ósea (por ejemplo, alendronatos) o estimulantes de la osteogénesis (por ejemplo, estroncio) simultáneamente.

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

• Parámetros clínicos y de laboratorio antes del inicio del tratamiento hormonal

1. PROCESO DE FEMINIZACIÓN (TRANS HOMBRE A MUJER)

La evaluación clínica debería comprender una cuidadosa anamnesis en busca de antecedentes o factores de riesgo en relación con trombosis venosa, enfermedad vascular aterosclerótica, colestiasis, intolerancia a la glucosa, dislipemia, cáncer estrógeno-dependiente, enfermedades hepáticas, ITS, tabaquismo, ingesta de alcohol o de otras sustancias y cualquier otra condición mórbida que pudiera influir durante la ingesta prolongada de esteroides sexuales. El examen físico comprende el general de todo paciente, focalizando en el sistema cardiovascular, respiratorio y extremidades.

Se completará con un cuidadoso examen torácico, en particular del área mamaria.

En cuanto a los parámetros de laboratorio previos a la ingesta hormonal, de-

berán comprender hemograma completo, coagulograma básico, perfil lipídico (con fracciones), glucosa en ayunas (incluyendo hemoglobina glicosilada si se sospecha intolerancia o diabetes), función renal (urea y creatinina), electrolitos en sangre, ácido úrico, proteinograma, enzimas hepáticas y la serología para las ITS que se considere relevante (HIV, HBV). Respecto del perfil hormonal de base, se pedirá función tiroidea (TSH-T4 libre), gonodotrofinas, prolactina (las altas dosis de estrógenos tienden a alterar su nivel en sangre) y testosterona total y libre (para evaluar su progresiva disminución).

2. PROCESO DE MASCULINIZACIÓN O VIRILIZACIÓN (TRANS MUJER A HOMBRE)

Debe prestarse particular atención a los antecedentes o factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, diabetes o intolerancia a la glucosa, dislipemia, cáncer estrógeno-dependiente, enfermedades ginecológicas (incluyendo cervicales y enfermedad ovárica poliquística), así como enfermedad hepática. Cuando existan condiciones mórbidas predisponentes a enfermedad cardiovascular previas al inicio del tratamiento androgénico, se deberá tratarlas en la medida de lo posible (reducción de peso, de estrés laboral, medicaciones antihipertensivas, cuidados dietarios, etc). Se remarca que la situación de embarazo y la presencia de enfermedad coronaria inestable son contraindicaciones absolutas para comenzar la terapia androgénica. En el mismo sentido se remarca la necesidad de las medidas de control de embarazo para aquellos pacientes en riesgo de tal condición. El tabaquismo debería reducirse al mínimo, dado el incremento que ambos factores producen en el riesgo de enfermedad coronaria.

En relación con el laboratorio de base, hay que remarcar la necesidad de conocer el perfil lipídico, la glucosa en ayunas (y/o hemoglobina glicosilada si hay riesgo de intolerancia/diabetes), hemograma completo, función renal y enzimas hepáticas. El perfil hormonal de base es similar al ya mencionado para feminización, excepto que el dosaje de testosterona total y libre no es mandatorio, salvo que exista sospecha clínica previa de hiperandrogenismo.

• Control clínico y de laboratorio luego del inicio del tratamiento hormonal

1. PROCESO DE FEMINIZACIÓN (TRANS HOMBRE A MUJER)

La feminización tiene lugar gradualmente a lo largo de un período prolongado. Se observan cambios en el patrón de crecimiento del cabello (menor caída andrógeno-dependiente y línea de implantación anterior adelantada), menor frecuencia de extracción mecánica del vello corporal (por una progresiva menor

densidad folicular), desarrollo de botón mamario hasta mama desarrollada, disminución de volumen testicular, cambios en la textura de la piel (menos sebácea y más tersa) y progresivo cambio en el patrón de distribución de la grasa troncular (más fémoro-glútea y menos abdominal). Todos estos cambios deberán registrarse en la historia clínica. También deberá interrogarse sobre cambios en el humor, libido y función sexual.

En relación con el control del laboratorio, la testosterona (total y libre) deberá ser chequeada cada tres meses (hasta alcanzar un nivel estable, dentro de un rango femenino). Hay que remarcar que no siempre el nivel de estrogenización –medido por supresión plasmática de testosterona– se correlaciona en forma paralela con el mismo nivel de feminización clínicamente evidente en todos los casos. El seguimiento se completa con el monitoreo de los posibles efectos colaterales a través de ciertos signos clínicos (edemas periféricos y/o dolor en extremidades, reacciones de hipersensibilidad o intolerancia) y la posible alteración de algunos parámetros de laboratorio: enzimas hepáticas, perfil lipídico, glucosa en ayunas, prolactina, función tiroidea y supresión gonadotrófica.

Como mínimo, este control clínico y de laboratorio deberá realizarse una vez por mes durante los primeros tres meses o durante el ajuste de dosis (si cabe); luego, cada tres a cuatro meses durante el primer año y, finalmente, a una frecuencia no mayor a una vez por semestre, de no mediar ninguna dificultad.

2. PROCESO DE MASCULINIZACIÓN O VIRILIZACIÓN (TRANS MUJER A HOMBRE)

El control clínico deberá focalizarse en el monitoreo del grado de virilización logrado y sobre la posibilidad de aparición de efectos colaterales de la medicación. La masculinización es un proceso que se observa, al igual que la feminización, durante un lapso prolongado, durante el cual el paciente muestra cambios en la voz, el patrón de crecimiento del vello corporal (en forma y distribución), en su ciclo menstrual, tamaño clitoridiano (se incrementa), cambios de humor (mayor agresividad), libido y función sexual (tienden a intensificarse). También se observan cambios en el cabello (adopta un patrón masculino, incluyendo alopecia androgénica) y en la piel (mayor secreción sebácea). El examen físico debe incluir peso, perímetro de cintura (la grasa tiende a un mayor depósito abdominal).

Desde el punto de vista del laboratorio, para evitar dosis suprafisiológicas de testosterona es conveniente chequear la testosterona libre de dos a cuatro semanas luego de iniciar el tratamiento, así como luego de un ajuste de dosis y cada 6-12 meses después. El objetivo es lograr niveles plasmáticos dentro del intervalo masculino de referencia. El control bioquímico se completa con glucosa

en ayunas (hemoglobina glicosilada si fuera necesario), hemoglobina y hematocrito, perfil lipídico y enzimas hepáticas. Dado el riesgo de osteoporosis, se recomienda frente al tratamiento prolongado con andrógenos dosaje de calciuria y fosfaturia en orina de veinticuatro horas.

Al igual que en el proceso de feminización, el control clínico y de laboratorio se recomienda como mínimo una vez por mes durante los primeros tres meses o durante el ajuste de dosis (si cabe); luego, cada tres a cuatro meses durante el primer año y, finalmente, a una frecuencia no mayor a una vez por semestre, de no mediar ninguna dificultad.

SALUD ANORECTAL⁸

Todos los HSH que acceden a los servicios sanitarios deben ser animados a someterse a un examen anorectal. El examen anorectal no debe ser el foco de un examen clínico de un HSH; sino que debe ser uno de los varios procedimientos que deben realizarse en una rutina médica holística y con visión positiva sobre la sexualidad. Los trabajadores de la salud deben ser educados y estar familiarizados con las actividades sexuales que pueden derivar en resultados anorectales adversos.

Hay que capacitar y sensibilizar a los médicos ante el hecho de que el área anorectal es considerada un órgano sexual por algunos HSH, ya que no todos los HSH se involucran en sexo anal receptivo. Por lo tanto, las infecciones y condiciones específicas pueden relacionarse con actividad sexual fuera de las condiciones asociadas con la función biológica.

Aunque debe presentarse como un procedimiento de rutina, es necesario respetar la decisión de un cliente de no aceptarlo. Debido a la naturaleza del examen anorectal, es importante reconocer que el paciente puede decidir posponer el procedimiento por motivos relacionados con la higiene o el deseo de informarse más. Más aún, puede haber una gran cantidad de resistencia entre los HSH para someterse a un examen anorectal –se requerirá más para alentar a los HSH a hacer que estos exámenes sean parte de su atención de salud general.

Presiones estructurales en el sistema de salud pueden limitar la capacidad de un médico de tomarse el tiempo necesario para realizar consejería de salud anorectal. Con capacidad adecuada, los miembros de la comunidad y otros proveedores de atención médica pueden asumir la responsabilidad de este trabajo.

Por lo tanto, se alienta una mayor educación de los trabajadores de atención de salud y pares sobre los beneficios de someterse a un examen anorectal como parte de una evaluación de salud integral. Deben desarrollarse materiales educativos impresos específicos para los HSH sobre salud anorectal y los procedimientos de un examen anorectal. Los proveedores de atención médica también pueden adoptar

⁸ Este material fue extraído del “Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe”, de la Organización Panamericana de la Salud, que si bien no está dirigido al colectivo trans, tiene aspectos de interés por el cuidado que se pregona de la región anorectal, que entre las chicas trans y travestis es de fundamental importancia clínica.

prácticas para ayudar a superar parte de la vergüenza que puede asociarse con un examen anorectal y animar una mayor adopción de este examen. Los proveedores de atención médica, por ejemplo, deben emplear la posición de costado para disminuir la incomodidad física y emocional del paciente.

En el contexto de un examen anorectal, el proveedor de salud deberá preguntar al paciente acerca de:

- Uso constante de condón
- Uso de duchas rectales o enemas (de venta libre o caseras).
- Uso constante de lubricantes en base a agua en el sexo anal.
- Uso de objetos extraños y otras prácticas de inserción (ej., Consoladores, puño).
- Problemas previos de salud anorectal.
- Uso de drogas y otras sustancias durante el sexo anal.

El examen anorectal debe enfocarse en la identificación de:

- Lesiones cerca del ano o de la mucosa anal.
- Dolor agudo cerca del ano.
- Secreciones en y alrededor del ano o recto.
- Enfermedades o síntomas hemorroidales.
- Trombosis hemorroidal.
- Fisuras o fístulas anales.
- Objetos extraños en el ano o recto.
- Cáncer en el ano o recto.
- Complicaciones por prácticas sexuales que involucran trauma al ano o recto (ej. Sangrado pospenetración).
- Lesiones intestinales.
- Úlceras alrededor del ano o recto.
- Incontinencia anorectal.

Tras el examen y tratamiento anorectal de enfermedades o afecciones identificadas, los HSH deberán ser orientados acerca de la importancia de la lubricación, limpieza y el uso de condones para disminuir las posibilidades de desgarros y minimizar el riesgo de transmitir enfermedades durante el sexo anal. Deben ser informados de que como el ano no produce lubricación, y la piel y el tejido anal tienen tendencia a desgarrarse cuando están secos, la lubricación previa a la penetración es fundamental. El lubricante debe ser en base a agua o “compatible con condones de látex” y no con base de aceite porque dichos lubricantes destruyen los condones de látex, y deben evitarse los lubricantes que contienen espermicida nonoxonil-9.

Existen otros temas que debe tratar un proveedor de atención médica, incluyen la importancia de lavar la región anal antes y después del sexo anal, que reduce la cantidad de bacterias que podrían diseminarse de compañero a compañero, pero que también puede eliminar parte de la protección natural que el cuerpo tiene contra las infecciones; explicar la función que desempeñan los condones para prevenir la diseminación de ITS cuando se usan antes de cualquier contacto; y una advertencia en relación con el uso excesivo de enemas, que pueden destruir el equilibrio normal y saludable de bacterias en el tracto intestinal inferior.

LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE ORDENANZA Nº 7.946

Concejo Municipal:

Vuestras Comisiones de Derechos Humanos y Gobierno y Cultura han tomado en consideración los proyectos de Ordenanza y de Resolución presentado por los Concejales Lagarrigue, Barrera y Javkin, en los cuales manifiestan:

VISTO

“La Constitución Nacional (arts. 16, 19 y 75, incisos 22 y 23).

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (arts. 2, 3, 4, 5, 13, 17 y 20).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 1).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 15).

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (arts. 18, 19, 20 y 26).

La Convención Internacional Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

La Convención sobre los Derechos del Niño (art. 2).

La Ley Nacional 23.952/88.

La Ordenanza 4.837/90 y su modificatorias (Ordenanzas 4.884/90 y 5.363/92) y la Ordenanza 6.321/96”.

Y CONSIDERANDO

“Que la presente modificación a la Ordenanza 6.321 fue propuesta en el '1º Foro: Derechos Humanos y Construcción de Ciudadanías', por diversas Organizaciones y Organismos de Derechos Humanos que forman parte del Consejo Asesor de la Comisión de Derechos Humanos de este Cuerpo.

Que la propuesta está en todo de acuerdo a nuestra Constitución Nacional, a las Declaraciones, Convenciones y Pactos de defensa de derechos a los que nuestro país adhiere, así como a la ley 23.952 conocida como Ley antidiscriminación.

Que la propuesta fue consensuada y avalada por los mismos organismos.

Que es necesario y oportuno establecer una normativa local que reafirme el derecho personalísimo a la diversidad; a la vez que sancione a quienes arbitrariamente cometan actos discriminatorios.

Que es en el reconocimiento del otro diferente donde deben fortalecerse los la-

zos sociales y la vida democrática de nuestra comunidad.

Que el Concejo Municipal ha sancionado con anterioridad normas que tienden a proteger estos derechos haciéndose necesario hoy ampliar sus disposiciones para garantizar una mayor tutela efectiva de los mismos”.

Por todo lo anterior la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Modifícase la Ordenanza Municipal 6321196 la cual quedará redactada de la siguiente manera:

“Art. 1º.- En la Ciudad de Rosario se reconoce y garantiza el derecho a ser diferente, no admitiéndose discriminaciones que tiendan a la segregación, exclusión, restricción o menoscabo por razones o con pretexto de raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, edad, religión, ideología, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condición psicofísica, social, económica o cualquier circunstancia que implique distinción”.

“Art. 2º.- Se promueve la remoción de los obstáculos de cualquier orden que limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan el pleno desarrollo de la persona, su integración o su efectiva participación en la vida política, económica, cultural o social de la comunidad”.

“Art. 3º.- La Municipalidad de Rosario a través de su Oficina de Derechos Humanos y de todas sus áreas, realizará periódicamente campañas de promoción de derechos para favorecer la integración y la progresiva eliminación de todas las formas de discriminación mencionadas en el art. 1º”.

“Art. 4º.- Aquellos espectáculos o lugares abiertos al público, referidos en los arts. 1º y 2º de la Ordenanza 7.218/01, en los cuales se cometan actos discriminatorios en forma explícita o a través de un ejercicio arbitrario del derecho de admisión serán sancionados de acuerdo a lo dispuesto en el art. 604.8 del Código Municipal de Faltas en vigencia”.

“Art. 5º.- El Departamento Ejecutivo Municipal instrumentará los medios necesarios a los efectos que en los espectáculos y/o lugares abiertos al público se exhiba en sus boleterías o ingresos en cartel de al menos 25 cm x 40 cm con el siguiente texto:

De acuerdo a lo dispuesto por la Ordenanza 6.321/96 y sus modificatorias en este local está prohibida la Discriminación por razones o con el pretexto de raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, edad, religión, ideología, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condición psicofísica, social, económica o cualquier circunstancia que implique distinción, exclusión, restricción o menoscabo. El incumplimiento de la mencionada ordenanza se encuentra penado por el Código Municipal de Faltas”.

Art. 2º.- Modificase el artículo 604.8 del Código de Faltas Municipal, que quedará redactado de la siguiente manera:

“Art. 604.8.- Todo acto de discriminación por razones o con pretexto de raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, edad, religión, ideología, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condición psicofísica, social, económica o cualquier circunstancia que tienda a la segregación, exclusión o menoscabo o que implique distinción; llevado a cabo en espectáculos o lugares abiertos al público, bares, confiterías y discotecas, en forma explícita o a través de un ejercicio arbitrario del derecho de admisión, será sancionado de la siguiente forma: a) Clausura del local de 7 a 30 días, la primera vez que incurra en la falta; b) de 30 a 180 días en caso de reincidencia”.

Art. 3º.- Queda derogada la Ordenanza 4837190 con sus modificatorias y toda otra que se oponga a la presente.

Art. 4º.- Comuníquese a la Intendencia, con sus considerandos publíquese y agréguese al D.M.O.

Sala de sesiones, 22 de diciembre de 2005.

LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE ORDENANZA 8.045

Concejo Municipal:

Vuestra Comisión de Derechos Humanos ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza presentado por los Concejales Colono, Zamarini, Fregoni, Saab, Pedrana, Lagarrigue, Rivero, Barrera, León, Gandolla, Miatello, Trigueros y Comi, en el cual crean en el ámbito de la Municipalidad de Rosario el Área de la Diversidad Sexual.

VISTO

La Constitución Nacional (arts. 16, 19 y 75 incisos 22 y 23).

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (arts. 1, 2, 5, 28 y 29).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (arts. 1 y 2).

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (arts. 1 y 11).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12).

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 17).

La Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (art. 1).

La Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 2, 3, 4, 5).

La Ley Nacional 23.952/88.

La Ordenanza 6.3211/96 y la 79.461/05. La Ordenanza 8.004/06.

La Ordenanza 8.0121/06.

El Decreto 27.298/06 de este Concejo Municipal, de adhesión al Decreto 1086105 Plan Nacional Contra la Discriminación; aprobación del documento elaborado por el INADI y titulado "Hacia un Plan Nacional Contra la Discriminación en Argentina. Diagnóstico y propuestas". Diagnóstico. Áreas de análisis. Identidad sexual. Página 107.

Y CONSIDERANDO

Que en un contexto de marginalidad y exclusión, con deterioro en la calidad de vida y creciente fragmentación social, las políticas públicas adquieren un mayor protagonismo y se hace necesario diseñar estrategias integrales centradas en brindar capacidades que permitan una mejor inserción en la sociedad para el

desarrollo personal y comunitario. Es por esto que desde el Estado debe darse prioridad a:

- Respuestas orientadas a la inclusión e integración de los diferentes sectores de la sociedad.
- Atención y asistencia a los grupos vulnerables.
- Participación y fortalecimiento de las organizaciones sociales.
- Cogestión de proyectos.
- Asistencia directa en situaciones de emergencia, a través de dispositivos ágiles y transparentes.
- Elaborar y fortalecer experiencias innovadoras y proyecciones que trasciendan la intervención en la urgencia.
- Promover el desarrollo de emprendimientos sociales y productivos de los sectores populares.

Que en la actualidad, con el reconocimiento de los Derechos Humanos a nivel global, una nueva realidad se ha visibilizado en la sociedad, demandando respuestas concretas por parte del Estado en todas sus instancias.

Que las personas de orientación sexual diferente (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) han ganado las calles y otros espacios sociales para reclamar por derechos que les son propios en tanto son ciudadanas y ciudadanos de pleno derecho.

Que en todos los países del mundo el movimiento reivindicativo llevado adelante por la población LGBT se consolida cotidianamente y ha logrado importantes conquistas en el camino hacia la igualdad de oportunidades y derechos.

Que principalmente centrada en países europeos y algunas regiones de América (Estados Unidos, Brasil, México, Ecuador, Colombia, Cuba) esa lucha ha llegado a nuestra sociedad bajo la estricta necesidad de igualar en derechos y protección social a cerca del 10% de la población (según estudios científicos) que hasta nuestros días tiene inexplicablemente cercenado el acceso pleno a la ciudadanía.

Que es así como cotidianamente nos llegan noticias de diversos países, ciudades y regiones que, reconociendo el principio de igualdad de todas las mujeres y varones, reparan una situación de injusticia que por más de 2000 años llevó a la población LGBT a vivir en la persecución, la negación sistemática, el ocultamiento, la estigmatización y el prejuicio.

Que la Ley de Matrimonio LGBT o de identidad de género en España, el Matrimonio LGBT en Massachussets (Estados Unidos) o Sudáfrica o la exhortación del Parlamento Europeo a sancionar leyes de Matrimonio LGBT en todos los países miembro de la Unión Europea, son claros ejemplos de ello.

Que en Europa, fue en el País Vasco donde primero se ofreció un centro de servicios orientado a la población LGBT de carácter privado, Aldarte, y donde primero

se ha desarrollado, desde esta legislatura autonómica, el primer servicio autonómico de carácter público para lesbianas, gays y transexuales, Berdindhu.

Que en la actualidad, programas como Extremadura Plural, que se brinda a través de un convenio entre la Junta de Extremadura y la Fundación Triángulo Extremadura, en España, es uno de los más significativos ejemplos de cooperación y trabajo conjunto entre el Estado y la sociedad civil. Asimismo se brindan servicios de similares características en Madrid, Barcelona, Baleares, Cantabria y Vitoria entre otras.

Que en Latinoamérica, en este nuevo siglo han sido numerosos los avances en materia de protección de derechos para las personas LGBT, tal el caso del “Programa Brasil sin Homofobia” y la Defensoría Homosexual de la Ciudad de San Pablo; el “Plan de igualdad y no discriminación por orientación sexual” de Quito o el “Acuerdo sobre política pública para el sector LGBT” firmado por el Alcalde de Bogotá que incluye la creación de un “Centro Comunitario de Atención a personas LGBT”.

Que en México se creó en el año 2006 el Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación que tiene por objetivos diseñar, coordinar, orientar y evaluar los resultados de la política del Estado mexicano en materia de no discriminación, en un todo de acuerdo con la Constitución mexicana, y que en la actualidad brinda servicios tales como una línea gratuita para denuncias por motivos de discriminación así como también la realización de campañas específicas contra la homo, lesbo y transfobia.

Que en nuestro país, a pesar de contar hoy con mayor visibilidad de la temática LGBT, es aún incipiente, cuando no inexistente, la prestación de este tipo de servicios.

Que el financiamiento estatal para diversidad sexual, por lo general escaso y ubicado muy focalmente en determinadas localidades o provincias de nuestro país, ha llegado en líneas generales a través del VIH-SIDA, obligando a muchas organizaciones a desviar fondos de sus destinos originales, para poder sostener sus acciones y su funcionamiento cotidiano.

Que a nivel nacional la temática ha sido solo abordada tímidamente por el Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI) en el Plan Nacional contra la Discriminación, aprobado por el Decreto presidencial 1.087 de septiembre de 2005. Que en dicho Plan, al cual la Municipalidad de Rosario ha adherido a instancias del Concejo Municipal, se establecen líneas de acción iniciales que tienen por objetivo remover todo tipo de discriminación por cualquier tipo de motivo, incluyendo orientación sexual e identidad de género.

Que a nivel de las Provincias de la República Argentina, sólo dos cuentan con áreas que trabajan directamente la temática, Córdoba y Buenos Aires y en ambas, dichas acciones se desarrollan en el marco de las Secretarías de Derechos

Humanos provinciales, con un rol de perfil consultivo y no ejecutivo. Que en este sentido la Provincia de Córdoba creó el 18 de septiembre de 2000 la Comisión para Minorías Sexuales y Portadores de VIH (COMSEP) que tiene por objetivos: diseñar e impulsar campañas educativas tendientes a la valorización del pluralismo social y la eliminación de actitudes discriminatorias, recibir y centralizar denuncias sobre prácticas discriminatorias y llevar registro de ellas, brindar un servicio de asesoramiento integral y gratuito para personas o grupos discriminados, proporcionar al Ministerio Público y a los Tribunales Judiciales asesoramiento técnico especializado y establecer vínculos de colaboración con organismos provinciales, nacionales e internacionales, públicos o privados, con objetivos similares.

Que en el caso de la Provincia de Buenos Aires las políticas sobre diversidad sexual son llevadas adelante por la Dirección de Promoción de la Equidad de la Secretaría de Derechos Humanos provincial y tiene por objetivos incluir en la agenda política y en el debate social los derechos de las personas LGBT, analizar las causas de los comportamientos discriminatorios para posibilitar una futura modificación y promover procesos de reflexión, que permitan reconocerse y ser reconocidos como sujetos de derecho.

Que en las grandes ciudades de nuestro país la temática aún no ha tenido un trabajo sistemático ni un Plan o Programa que articule acciones o campañas entre el Estado y la Sociedad Civil. Más bien, los esfuerzos han sido aislados y muy puntuales, en algunas ocasiones en relación a VIH/SIDA, en otras a derechos civiles y sociales, en otras a campañas específicas.

Que nuestra ciudad cuenta con el orgullo de ser una ciudad pionera en la construcción de políticas públicas en la dirección de otorgar igualdad de derechos y reconocimiento pleno a todas y todos sus ciudadanos a través de legislación moderna, que reconoce las nuevas formas de relación, nuevas formas de familias y nuevas relaciones sociales.

Que así como desde la Municipalidad de Rosario se implementan programas y acciones destinados a diversos sectores vulnerables de la población, que tienen por objetivo la construcción de una ciudadanía plena para todas y todos, consideramos de vital importancia que desde el Gobierno Municipal, en forma coherente con las políticas sociales que se vienen desarrollando, se visibilice e institucionalice un espacio de trabajo específico en relación a una temática que no admite demoras y necesita constituirse en una política de Estado que permita alcanzar una igualdad plena para lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, en todo el ámbito de nuestra ciudad.

Que en nuestra ciudad numerosas son las iniciativas que en este sentido, desde el Concejo Municipal y el Departamento Ejecutivo se han llevado a cabo.

Algunas de ellas han situado a Rosario como un referente indiscutible de políticas positivas hacia la población LGBT. Algunos ejemplos de ello son la Ordenanza antidiscriminatoria 7.946, el otorgamiento del derecho a pensión a convivientes gays, lesbianas y transexuales de empleados municipales (Ordenanza 8004/06), la Ordenanza 8.012/06 de creación del Paseo de la Diversidad y la implementación del programa de salud para mujeres lesbianas y bisexuales “Cambiemos las preguntas”.

Sin embargo no hay una articulación o coordinación a nivel de las diferentes áreas intervinientes en el ámbito del Estado municipal que permita alcanzar una dimensión de verdadera política de Estado sistemática, lo cual muchas veces provoca que las acciones encaradas pierdan incidencia o terminen convirtiéndose en simples buenas intenciones.

La Municipalidad de Rosario ha encarado hace tiempo una serie de políticas activas en relación a diferentes sectores sociales que, basados en especificidades y características que les son propias, demandan políticas específicamente dirigidas hacia ellas y ellos, visibilizando las temáticas, brindando servicios y promoviendo su inclusión plena en la trama ciudadana.

Es así como el 10 de marzo de 1988, a través de la Ordenanza municipal 4.367 se crea en el ámbito de la Municipalidad la Dirección General de la Mujer, la Minoridad y la Familia. Dicha Ordenanza, reglamentada el 16 de septiembre del mismo año, daría origen al Departamento de la Mujer, posteriormente denominado Área de la Mujer, la cual funciona en la actualidad en el ámbito de la Secretaría de Promoción Social y a través de la Ordenanza 4.407 se crea también a instancias del Concejo Municipal el “Consejo Asesor de Apoyo del Departamento de la Mujer” con el rol de facilitar el cumplimiento de los objetivos del área.

El Área de la Mujer desarrolla políticas que promueven la ciudadanía de las mujeres y la apropiación de sus derechos, sensibilizando a la población acerca de ellos; lleva adelante programas que atienden problemáticas específicas de la mujer, a la vez que investiga, produce información y conocimiento acerca de su situación desde una perspectiva de género y además, brinda apoyo y capacitación a las organizaciones sociales lideradas e integradas por mujeres en pro de su fortalecimiento.

Que con relación a las políticas hacia la infancia en el año 1988, por un Decreto del Intendente Municipal, es creado el Departamento de Minoridad y Familia en el marco también de la Secretaría de Promoción Social y que en consonancia con la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y la doctrina de la protección integral, adoptó a partir de junio de 2001 el nombre de Área de la Niñez. Que en la actualidad, contribuye a mejorar la calidad de vida de niños y niñas de la ciudad, ejecutando y/o coordinando directa o conjuntamente con organizaciones de la comunidad y/u otros efectores públicos, acciones asistenciales, preventivas y promocionales que reconocen a los niños y niñas como sujetos

plenos de derechos. Asimismo aborda diversas problemáticas que victimizan y vulneran la integridad y derechos de niños y niñas.

Que otro de los sectores vulnerables de nuestra sociedad lo constituyen las y los jóvenes de entre 13 y 30 años y es por ello que en el año 1989 se crea por Ordenanza municipal 4.701 el Centro de Prevención Permanente para Púberes y Adolescentes dependiente de la Secretaría de Salud Pública, al que posteriormente se suma en el año 1991 y por Decreto el Departamento de la Juventud dependiente de la Secretaría de Promoción Social, los que son aunados bajo la órbita de dicha Secretaría en el año 1995 por ordenanza 6.146, la cual da lugar a la creación del Centro de la Juventud, que tiene por objetivos el: “desarrollo de programas de promoción, prevención y asistencia médica que contemplen la realidad y las diversas necesidades de los jóvenes en ámbitos tales como la salud, educación, trabajo, cultura, etc. y que a la vez sean canalizadores de las distintas iniciativas participativas y solidarias de la juventud”.

Que por otra parte, desde el Municipio, se llevan adelante programas y acciones en relación a otros grupos sociales tales como los Adultos Mayores los cuales se llevan adelante desde la Secretaría de Promoción Social a través de la Escuela de Gerontología, el programa de Centros de Día para la Tercera Edad y el Hogar de Mayores desde los cuales se articulan acciones con los siguientes objetivos:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de nuestra ciudad.
- Articular, en el desarrollo de sus proyectos las tareas de investigación, capacitación, formación y asesoramiento, vinculados con el envejecimiento en nuestro medio.
- Brindar servicio de residencia para adultos mayores autoválidos con horarios flexibles que permitan las visitas de amigos y familiares, así como la realización de trabajos manuales, actividades recreativas, deportivas y de integración especialmente diseñadas para ellos.
- Brindar servicios socioterapéuticos para personas mayores de sesenta años afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviéndose su autonomía y la permanencia en el entorno familiar.
- Estimular a los adultos mayores a participar de la vida social en plenitud, recuperando o fortaleciendo sus posibilidades de acción y sus vínculos grupales, desarrollando actividades terapéuticas y recreativas a cargo de personal especializado.

Que los ejes que atraviesan las políticas que lleva adelante la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, son implementados en los distintos barrios de la ciudad, a través de proyectos y programas que intentan afianzar los vínculos con la comunidad, promoviendo el diálogo fluido y el trabajo en red.

Que conjuntamente con niños/as, varones, mujeres, adultos mayores y jóvenes se generan espacios que permiten el intercambio de ideas con las instituciones y los vecinos de nuestra ciudad y ofrece la formalización de instancias de contención y asesoramiento.

Que la permanente construcción de la democracia requiere el compromiso constante de garantizar la pluralidad de voces, involucrándolas en un proceso de participación real.

Que consideramos que es momento de dar un paso más en la misma dirección que el Municipio ha encarado hace ya varios años respecto de la inclusión y la construcción de la plena ciudadanía de la población LGTB.

Es por lo precedentemente expuesto, que esta Comisión, propone para su aprobación, el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Municipalidad de Rosario el Área de la Diversidad Sexual, la cual dependerá de la Secretaría de Promoción Social.

Art. 2º.- El Área de la Diversidad Sexual contará con un “Consejo Consultivo Asesor”, el cual se constituirá con:

- Un representante de cada uno de los bloques políticos que integran el Concejo Municipal.
- Un representante de la Oficina de Derechos Humanos de la Municipalidad de Rosario.
- Representantes de gremios y sindicatos, Colegios Profesionales y la Universidad Nacional de Rosario.
- Representantes de organismos y organizaciones reconocidos por su defensa de los derechos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales.

Art. 3º.- Serán objetivos del Área de la Diversidad Sexual:

Objetivo General: Promover la construcción de una ciudadanía plena para las personas de orientación sexual diferente de la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos:

- Promover la igualdad y la no discriminación hacia personas de orientación sexual diferente, garantizando el más alto nivel de inclusión dentro de las políticas públicas en el ámbito de competencia de la Municipalidad de Rosario para Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales.
- Impulsar la creación de un Programa Integral de atención e información para personas LGBT en Rosario.
- Brindar servicios especializados dirigidos a la población LGBT.
- Promover la difusión de información precisa y clara que permita desmontar mitos y prejuicios en relación a la orientación sexual e identidad de género.
- Articular las diferentes acciones que actualmente y en el futuro el Municipio destine a la protección, promoción de derechos, capacitación, formación y re-

creación del colectivo LGBT en nuestra ciudad.

- Producir conocimiento en relación a la temática para el diseño de políticas vinculadas al colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales del Municipio.
- Facilitar el acceso a todas las personas, independientemente de su orientación sexual e identidad de género, especialmente de menores recursos, a los servicios de salud, culturales, deportivos, educativos y recreativos que brinda el municipio.
- Contribuir al fortalecimiento de las organizaciones que trabajan la temática específica y promover la articulación entre la sociedad civil y el Estado municipal, coordinando eventos y conmemoraciones, como así también una agenda vinculada a la temática.

Art. 4°.- Los objetivos propuestos en la presente Ordenanza pueden ser ampliados conforme se reglamente la presente, por parte de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad, en tanto tiendan a la igualdad de oportunidades, de trato y derechos de todas las personas sin distinción de orientación sexual o identidad de género en pleno ejercicio del derecho personalísimo a la libre determinación sexual.

Art. 5°.- Corresponde la reglamentación de la presente al Departamento Ejecutivo, a través de la Secretaría de Promoción Social.

Art. 6°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 5 de octubre de 2006.

LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO EL SIGUIENTE DECRETO N° 30.049

Concejo Municipal:

Vuestra Comisión de Derechos Humanos ha tomado en consideración el proyecto de Decreto presentado por los Concejales Colono, Zamarini, Fregoni, Saab, Lagarrigue, Pedrana, Barrera, Comi, Roldán, Miatello, Gandolla y Trigueros; en el cual se dispone que la Municipalidad designe con el nombre de identidad de género sentido masculino o femenino, a travestis y transexuales que asistan a sus dependencias.

VISTO

La Constitución Nacional Artículo 75 inciso 22 que incorpora Tratados Internacionales de Derechos Humanos, tales como:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 2, incisos 1 y 12).
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (arts. 17 y 27).
- La Convención Americana de los Derechos Humanos (art. 11).
- La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (art. 5).
- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 2, inciso 2).

La Ordenanza 6.321 y su modificatoria Ordenanza 7.946/05 que incluye la identidad de género entre las formas de discriminación a erradicar.

La Ordenanza 8.004, que otorga el derecho a pensión a parejas del mismo sexo de los y las trabajadoras municipales.

La Ordenanza 8.012 que designa un espacio público como Paseo de la Diversidad: “Por el respeto a todo género, identidad y orientación sexual”.

La Ordenanza N° 8045 de creación en el ámbito de la Secretaría de Promoción Social del Área de la Diversidad Sexual.

El Decreto 27.275 que Declaró de Interés Municipal al 5° Encuentro Nacional de Organizaciones LGBT.

El Decreto 27.297 de adhesión al Plan Nacional Contra la Discriminación del INADI.

La adhesión de Rosario al Programa del INADI “Ciudades Libres de Discriminación”.

El Decreto 27.723 que dispone el acercamiento del material elaborado por ES-

PARTILES a la Secretaría de Salud Municipal.

La Ordenanza 8.166 que establece en nuestra ciudad el “Día Municipal de lucha contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género”.

La Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires 2.359 de junio último.

Y CONSIDERANDO

Que a todas las dependencias municipales concurren numerosas personas travestis y trans.

Que la normativa antes citada, no sólo promueve la no discriminación de las personas LGBT, sino el mayor nivel posible de inclusión e integración como ciudadano/as plenos/as de derechos en los ámbitos de competencia municipal.

Que nuestra Constitución Nacional, en su artículo 75, inciso 22 incorpora Tratados Internacionales que contemplan entre otros derechos personalísimos, el derecho a la intimidad.

Que en tal sentido la Declaración de Derechos Humanos en su artículo 12, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su artículo 17 y la Convención Americana de los Derechos Humanos, en su artículo 11, establecen que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada ni de ataques a su honra o a su reputación.

Que en tal sentido, y dentro de la legislación vigente, es oportuno posibilitar en los ámbitos municipales, el derecho de las personas travestis y transexuales a ser llamadas por el nombre sentido y que han adoptado, sin perjuicio de que a los fines administrativos se registren los datos que figuran en el Documento Nacional de Identidad.

Que resulta violenta para las personas travestis y transexuales la situación por la que deben pasar al ser sindicados públicamente por el nombre que figura en el D.N.I.; por cuanto se debe garantizar que las personas travestis y trans puedan vivir plenamente su derecho personalísimo a la libre opción sexual, respetando y considerando su identidad de género y su nombre identitario.

Es por todo lo precedentemente expuesto que esta Comisión aconseja la aprobación del presente proyecto de:

DECRETO

Artículo 1º.- La Municipalidad de Rosario, en todos los ámbitos de su competencia, siempre que no se contraponga a ninguna normativa legal vigente, y atendiendo el derecho personalísimo a la libre determinación sexual, designará con el nombre de identidad de género sentido, masculino o femenino, a travestis y transexuales que asistan a dependencias municipales, sin perjuicio de que a los fines administrativos se registren los datos que figuran en el Documento Nacional de Identidad.

Art. 2°.- Encomiéndase al Departamento Ejecutivo Municipal, a través del Área de la Diversidad Sexual en coordinación con todas las Secretarías, la implementación del presente Decreto contemplando las particularidades de cada dependencia.

Art. 3°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 1 de noviembre de 2007.



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACTUAR
UNICEF
FMA
FNUO
UNFPA

OMC/O
OFI
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



 **ARGENTINA**
Con vos, siempre.