



MANUAL DE SERVICIOS DE ABORTO TRANS-INCLUSIVOS: políticas y prácticas

Argentina



Manual de Servicios de Aborto Trans-inclusivos: políticas y prácticas

Autoría, colaboraciones y agradecimientos

La presente producción es una traducción y adaptación del manual “TRANS-INCLUSIVE ABORTION SERVICES A manual for providers on operationalizing trans-inclusive policies and practices in an abortion setting”, de A.J. Lowik. La versión en castellano se realizó a partir de una traducción preliminar de Francisco Villa. La adaptación para su uso en la Argentina implicó tomar decisiones más profundas, ya que debimos ajustar los contenidos a las peculiaridades normativas, culturales y lingüísticas de nuestro contexto, y también generar contenidos nuevos en un escenario contencioso y en proceso de transformación.

Adaptación

Blas Radi y Marina Elichiry
Cátedra Libre de Estudios Trans

Fotografía

Fotografías y edición de las fotos págs. i, ii, v, 1, 2, 3, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 24: Marina Elichiry y Pedro Saieg.

Fotografía pág. 18: Jor Molina.

Revisión

Bruno Mercado, Caro Gero Gonzalez Devesa, Francis Fabre, Ian Levi Mendive, Juan Manuel Halvide, Liam Boggan, Maca Soler González, Marcos Varela Dugo, Marian Rutigliano, Mateo Diosque, Paola Brito y Santiago Ariel Rodríguez.

Este manual está disponible bajo una licencia Creative Commons y puede ser replicado en parte o en su totalidad, siempre y cuando se atribuya correctamente la autoría y no se utilice con fines comerciales.



CONTENIDOS

Introducción.....	iv
¿Qué contiene este manual?	1
La importancia del lenguaje	3
a) Vocabulario y glosario	3
b) Haciendo preguntas y cometiendo errores	6
c) El lenguaje como angustia, el lenguaje como empoderamiento.....	9
Cazando mitos: salud reproductiva trans	11
Servicios de aborto.....	15
a) Servicios de aborto en Argentina	15
b) Servicios de aborto para personas trans.....	19
La operacionalización de la trans-inclusividad en los servicios de aborto	21
a) Escenarios y recomendaciones para superar obstáculos en el cuidado trans-inclusivo del aborto	21
b) Evaluación de la trans-inclusividad	25
Palabras finales.....	28
Recursos - Para usted, para que lean les usuaries	29
Organizaciones de salud sexual y reproductiva específicas de Argentina y recursos online	30
Referencias institucionales.....	30
Citas y referencias bibliográficas	31

INTRODUCCIÓN

Nuestro trabajo comenzó cuando el debate parlamentario de la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo estaba llegando a su término. La ley fue sancionada el 30 de diciembre de 2020 y promulgada en enero del año siguiente. Estos cambios en la regulación normativa del aborto pusieron sus propias condiciones a nuestra agenda de trabajo, motivándonos a avanzar lentamente a fin de ofrecer una guía lo más actualizada posible. Sabemos, no obstante, que el impacto de la ley sobre el aparato institucional y el tejido social, todavía vibrantes, podrían requerir futuras actualizaciones de este material.

La versión final del presente documento fue mejorada gracias a las observaciones y comentarios de especialistas trans locales – activistas de distintos puntos del país, profesionales de la salud, integrantes de organizaciones que facilitan abortos y personas trans que pasaron por la experiencia del aborto en nuestro país. Algunas autorizaron a mencionar sus nombres, otras prefirieron mantenerse en el anonimato. En todos los casos, sus perspectivas fueron de gran valor para anclar el contenido del texto al territorio y sus particularidades.

En las páginas que siguen empleamos estrategias de lenguaje inclusivo, política lingüística *ad-hoc* que pone de relieve y desafía los límites del binario de género, al menos en su expresión gramatical. La expresión “trans” la utilizamos como hiperónimo para hacer referencia a todas las personas que se identifican con un género distinto al asignado al nacer. Algunas de esas personas se identifican efectivamente como “trans” y otras no, y se identifican como mujeres, como varones, o como personas no binaries. Esto significa, que “trans” es género (concepto operativo que funciona como paraguas) y especie (identidad de género de algunos sujetos que tienen lugar bajo dicho paraguas). El texto a continuación hace las precisiones pertinentes para evitar confusiones, pero si esto llegara a resultar abstruso, no hay de qué preocuparse. El manual incluye también un mecanismo tan simple como eficaz para no equivocarse nunca con la identidad de género de las personas, que consiste en preguntarles cómo se identifican.

La versión canadiense del manual incluye una sección con recursos específicos sobre aborto y personas trans y otra más con un listado de organizaciones que brindan servicios de aborto a personas trans. Creemos que la historia de la clandestinidad del aborto en nuestro país –por un lado– y las resistencias que muchos movimientos feministas han opuesto a la consideración de personas trans como sujetos de aborto –por el otro– explican las dificultades que encontramos para reunir referencias locales. Esperamos que en el futuro se multipliquen los materiales, las instituciones de salud y las organizaciones que abordan estos temas. Respecto de los materiales, anticipamos que será imprescindible producir guías de práctica clínica y realizar investigaciones sobre salud sexual y reproductiva que incluyan a población trans para que pueda beneficiarse de sus resultados, incluyendo estudios sobre uso concomitante de testosterona y métodos de aborto y/o anticonceptivos, entre otros abordajes posibles desde el ámbito de la salud, para complementar las recomendaciones y abordajes del presente manual.

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las personas trans exige mucho más que añadidos terminológicos al articulado de una ley. Exige, entre otras cosas, que las personas trans tengan participación efectiva y en igualdad de condiciones de todos los procesos de diseño, implementación y monitoreo de las regulaciones y los programas que traducen estándares universales a realidades concretas. Exige también erogaciones presupuestarias apropiadas, que garanticen la disponibilidad de recursos y accesibilidad de los servicios de aborto en todo el territorio. Y exige, además, atender al entramado jurídico e institucional que, junto con los derechos sexuales y reproductivos, afectan las condiciones materiales de existencia de las personas. Todo esto, que está lejos de ser garantizado en la actualidad, forma parte de esas otras expectativas que tiñen nuestro futuro –al decir de Gramsci– “con el pesimismo de la inteligencia y el optimismo de la voluntad”.

Blas Radi y Marina Elichiry





¿QUÉ CONTIENE ESTE MANUAL?

Este manual fue creado para profesionales que trabajan en las áreas de salud sexual y reproductiva de la Columbia Británica, especialmente para quienes trabajan para garantizar el servicio de aborto, y fue adaptado para la República Argentina. Si usted recién se está iniciando en la discusión sobre la trans-inclusividad, este le presentará quiénes son las personas trans y qué tipo de necesidades de salud sexual y reproductiva tienen algunas de ellas. Si usted está trabajando para operacionalizar la trans-inclusividad en su lugar de trabajo, este manual le brindará algunas sugerencias prácticas para hacer ese espacio más acogedor y también para preparar a usted y al resto del personal para brindar una atención competente a les usuaries trans. Sin importar en qué punto esté en su proceso de aprendizaje, y ya sea que trabaje en servicios de aborto realizando tareas administrativas o asistenciales, estas páginas tienen algo para usted.

Las personas trans poseen una gran variedad de necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo la necesidad de acceder a servicios de aborto seguros. Las personas trans son igual de diversas que el resto de les usuaries del sistema de salud. Este manual contempla cómo las distintas identidades y experiencias de vida de las personas trans pueden llevar a diferencias en cómo estas entienden sus capacidades sexuales y reproductivas.

Alentamos a quienes lean este manual a que consideren de qué modo los eventos asociados a la reproducción (embarazo, aborto, anticoncepción, etc.) han sido históricamente generizados como problemas de mujeres cis. La carga de la reproducción, incluyendo la infertilidad, el embarazo, el aborto, la lactancia, entre otras, sigue recayendo en las mujeres cis. Globalmente, esta labor reproductiva es realizada en gran parte por mujeres cis pobres, racializadas, y se halla devaluada.¹ No pedimos que se ignore esta realidad. Más bien, desafiamos a quienes lean este manual a expandir su entendimiento

de las experiencias reproductivas para incluir a las personas trans y a reconocer que la mayoría de las intervenciones y servicios de salud sexual y reproductiva que son necesarios para las mujeres cis, también lo son para las personas trans.

La investigación académica en el área de la salud reproductiva trans es escasa pero creciente. Se halla casi enteramente en inglés, con tan solo unos pocos artículos escritos o traducidos al francés. Además de las notas finales de este manual, hemos creado una Lista de Lectura Complementaria para su consideración. Esta lista otorga una visión general de artículos académicos sobre reproducción trans, pero aún no existen artículos que consideren explícitamente las experiencias y necesidades de las personas trans respecto del cuidado del aborto.

Aunque las necesidades de las personas trans varían considerablemente en función de diversos factores, este documento adopta algunos principios rectores.

Esta guía utiliza el término “trans” como un término paraguas para incluir identidades y experiencias que comprenden a personas transgénero, transexuales, no-binaries, queer, agénero y de género neutro, entre otras. Este paraguas es en sí mismo reductivo y no está exento de problemas, pero para nuestros fines funciona como una abreviatura y una alternativa a un acrónimo largo y engorroso (aquí, T, NB, Q, A/N, por ejemplo). Donde sea apropiado, identificaremos a quiénes nos referimos específicamente.

Esta guía reconoce que el trabajo de escribir este documento, su trabajo en el campo de la salud reproductiva y las vidas mismas de las personas trans, están sucediendo en las tierras ancestrales tradicionales de los pueblos originarios. Las maneras en que entendemos el sexo, el género, la sexualidad e incluso la reproducción, son productos de la colonización. Esta guía reconoce además que



algunas personas de los pueblos originarios pueden o no identificarse como trans. Forzar la interpretación de las experiencias de los pueblos originarios a la luz de categorías como “género” o “trans” podría contribuir a una distorsión de las experiencias de las personas indígenas entendidas y definidas en sus propios términos.

Este manual reconoce que las personas trans poseen varias identidades y experiencias que se cruzan con sus identidades de género. Esto da como resultado personas, vidas y problemas multifacéticos y complejos. Existen personas trans de todas las edades, clases, sexualidades, razas, religiones, culturas y capacidades. Las personas trans son integrantes de familias tanto elegidas como tradicionales. Son madres, padres, xadres, hijos y hermanes. Algunas eligen y/o pueden vivir como hombres o mujeres “a secas”, y no se identifican como “trans” en absoluto. Otras no se identifican como hombres ni como mujeres. Otras pueden enfatizar su identidad trans de maneras activas y radicales. Esta producción se hace desde un enfoque que reconoce la determinación interseccional de las experiencias de espacio, seguridad y pertenencia para personas trans racializadas e indígenas, que son muy diferentes a las de las personas trans blancas. Las personas trans racializadas y aquellas pertenecientes o descendientes de pueblos originarios enfrentan instancias desproporcionadas de violencia, discriminación, criminalización, agresión, asesinato, pobreza, desempleo, situación de calle y encarcelamiento.

Finalmente, esta guía entiende que existen factores complejos que pueden llevar a una persona a elegir ser xadre (a través de la reproducción o la adopción), dar a una niñe en adopción, o buscar servicios de aborto.

GUÍA DE SECCIONES

Sección 2: La importancia del lenguaje

Esta sección incluye un glosario de términos, estrategias para hacer preguntas y cometer errores, y una discusión respecto de por qué el lenguaje es importante a la hora de trabajar con personas trans.

Sección 3: Cazando mitos: salud reproductiva trans

Esta sección es presentada como una serie de mitos y hechos con respecto a la salud sexual y reproductiva de las personas trans.

Sección 4: Servicios de aborto

Esta sección es una descripción general de la historia y el estado actual del aborto en Argentina, seguida por una explicación sobre por qué se necesitan servicios de aborto trans-inclusivos.

Sección 5: La operacionalización de la trans-inclusividad en los servicios de aborto

Esta sección está dividida en escenarios ficticios que involucran problemas que una persona trans podría atravesar para acceder a la atención médica de un aborto junto con las recomendaciones para superar los obstáculos en estos escenarios. También incluye una herramienta de evaluación trans-inclusiva para ayudar a les profesionales de la salud a identificar las áreas de su práctica clínica o administrativa que podrían presentar barreras para usuaries trans que intentan acceder a sus servicios.

Sección 6: Palabras finales

Esta sección incluye algunas observaciones finales y pasos a seguir.

Sección 7: Recursos

Esta sección ofrece una lista de recursos para que les profesionales de la salud y les usuaries del sistema de salud puedan leer y explorar.

Sección 8: Organizaciones de salud sexual y reproductiva en Argentina

Esta sección proporciona una lista de organizaciones de salud sexual y reproductiva y una lista de recursos trans específicos locales disponibles online que pueden resultarle útiles.

Sección 9: Citas y referencias bibliográficas

Esta sección final contiene todas las referencias que respaldan este documento e incluye el enlace a la lista de lectura complementaria.



LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE

A. VOCABULARIO Y GLOSARIO ²

Este glosario contiene tres secciones: **verde**, **amarilla** y **roja**.

Las expresiones en verde pueden decirse con confianza. Se trata de palabras y frases usadas por muchas personas trans para referirse a sí mismas, a sus cuerpos, familias y comunidades. Actual y localmente resultan respetuosas y no representan una amenaza a la integridad o bienestar de las personas trans.

Las expresiones en amarillo deben usarse con precaución. Se trata de palabras y frases que resultan apropiadas en algunas circunstancias y contextos, y no en otros. Incluimos situaciones en las que se sugiere utilizar estas expresiones e indicamos cuándo es preferible evitarlas.

Las expresiones en rojo deben evitarse, ya que se trata de palabras y frases que son altamente problemáticas y/o discriminatorias y que han sido rechazadas por las personas trans.

A medida que las comunidades y personas trans cambian y crecen, también lo hacen las palabras que usamos. Reconocemos el derecho de cualquier persona trans a resignificar y reivindicar términos que se han utilizado en su contra. Las personas trans de diversas edades, razas, habilidades, y otras identidades, pueden utilizar términos que no están enumerados aquí o entenderlos de manera diferente. Este glosario no es un conjunto de reglas fijas sobre qué decir o no decir, sino una guía para orientar a formar el lenguaje que usted utiliza.

Le alentamos a:

- Seguir el ejemplo de les usuaries del sistema de salud y reflejar el lenguaje que usan para referirse a sí mismas.
- Brindar a les usuaries del sistema de salud las oportunidades para transmitirle a usted qué lenguaje utilizan al referirse a sí mismas, a sus partes del cuerpo, y a sus familias, tanto en forma escrita como personalmente.
- Hacer preguntas si les usuaries del sistema de salud que usted atiende utilizan términos con los que usted no está familiarizade.

¡VERDE! (¡USAR CON CONFIANZA!)

UTILICE la palabra “cis” como un término paraguas para referirse a todas las personas que no son trans, esto es: que se identifican con el género que les fue asignado al nacer.

UTILICE “cisnormativo” para describir el supuesto de que todas las personas son cis y la manera en que dicho supuesto se encuentra integrado en nuestros sistemas y estructuras.

UTILICE términos culturalmente específicos, cuando corresponda, como “Travesti” (Latinoamérica), “Muxes” (México), “Hijra” (India), “Fa’afafine” (Samoa), “Kathoey” / “Ladyboys” (Tailandia), “Khawaja sara” (Pakistán), y otros términos utilizados por varias comunidades alrededor del mundo para referirse a personas de sexos y/o géneros no-normativos.

UTILICE “género” para referirse al significado social atribuido a las diferencias sexuadas. Esto incluye las normas, los roles y estereotipos de género, así como la identidad de género y la expresión de género.

UTILICE “identidad de género” para referirse a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

UTILICE “intersex” como un término paraguas para referirse a la variedad de condiciones en las que una persona nace con características genitales o reproductivas que no se ajustan con las definiciones típicas de hombre o mujer.

UTILICE “malgenerizar” para referirse a la práctica de utilizar palabras (sustantivos, adjetivos y pronombres) que no reflejan correctamente el género con el que alguien se identifica. **RECONOZCA** que malgenerizar puede incluir nombrar mal (llamar a una persona por un nombre incorrecto), usar los pronombres incorrectos (por ejemplo, usar “él” para alguien que usa “ella”), o utilizar otro lenguaje de género incorrecto (por ejemplo: decirle “señor” a alguien que se identifica como mujer). **RECONOZCA** que, intencionalmente o no, malgenerizar tiene un impacto negativo en las personas trans y malgenerizar persistentemente es un acto de transodio.

UTILICE “no binarie” como un término paraguas para referirse a todas las personas cuya identidad de género no es exclusivamente masculino o femenino, hombre o mujer. Estas personas pueden identificarse como no binarias y también con los siguientes términos: no binarie, género fluido, género neutro, agénero, andrógino y otros. **RECONOZCA** que algunas personas no-binarias se identifican como trans y algunas otras no. **EVITE** referirse a las personas no binarias como si fueran varones o mujeres.

UTILICE “personas de todos y de ningún género” para reconocer que algunas personas no se identifican con ningún género y, por lo tanto, no se incluyen en afirmaciones como “personas de todos los géneros”.

UTILICE “sexo asignado al nacer” para referirse a la clasificación médica y legal que se hace al momento del nacimiento, basada principalmente en los genitales externos de les recién nacidos. **UTILICE** “persona asignada al sexo femenino al nacer” y “persona asignada al sexo masculino al nacer” cuando necesite hablar sobre personas en función de su asignación sexual.

EVITE “cuerpo de mujer”, “cuerpo de varón” y “biológicamente varón / mujer”.

REFIÉRASE a la construcción social de categorías mutuamente excluyentes de masculino/femenino, hombre/mujer, etc. como “binario de género” / “binario sexual”. **RECONOZCA** que algunas personas trans no se identifican con el binario de género.

UTILICE la palabra “trans” como un término paraguas para referirse a todas las personas que se identifican con una identidad distinta a la asignada al nacer. Algunas personas trans utilizan “trans*”, un término derivado de funciones de búsquedas en biblioteca y en línea, donde un asterisco representa todas las terminaciones posibles de un término. El asterisco puede no pronunciarse. **RECONOZCA** que algunas personas utilizan “hombre trans” / “mujer trans” para describir su relación con estas categorías de género.

UTILICE la expresión “afirmación de género” para referirse al proceso que algunas personas trans emprenden para expresar sus identidades de género. Los procesos de afirmación de género pueden involucrar tratamientos hormonales, intervenciones quirúrgicas y cambios registrales, pero no siempre es el caso. **EVITE** utilizar “cambio de sexo”, “cambio de género” o “reasignación de género”.

UTILICE “transodio” para referirse al prejuicio contra las personas trans tal como se expresa en actitudes, sentimientos, instituciones, políticas y prácticas hostiles.

UTILICE “personas con capacidad de gestar” para hacer referencia a todas las personas con capacidad de gestar. Recuerde que no todas las personas con capacidad de gestar son mujeres cis.

¡AMARILLO! (¡USAR CON PRECAUCIÓN!)

SOLAMENTE utilice “afirmación de género” en conversaciones en las que sea relevante, esto es, en conversaciones donde sea necesario hablar de las intervenciones quirúrgicas a las que algunas personas trans acceden como parte de su transición. **EVITE** dar por supuesto que todas las personas trans se han realizado cirugía/s o tienen el deseo de hacerlo.

ÚNICAMENTE utilice “pre-”, “post” o “no-operade” para referirse a personas trans que se denominan a sí mismas de estas maneras. **EVITE** agrupar a todas las personas trans dentro de estas categorías. Este tipo de denominaciones otorga centralidad a las intervenciones médicas a las que algunas personas trans recurren.

ÚNICAMENTE utilice “transexual” para referirse a personas trans que se denominan a sí mismas de esta manera. **UTILICE** este término si está reconociendo su papel en la medicalización y patologización de las personas trans en el pasado y el presente. **EVITE** utilizar “transexual” como un término paraguas, ya que muchas personas trans no se identifican con él. Hay quienes objetan el foco que este término pone en las intervenciones médicas que algunas personas trans utilizan para modificar sus cuerpos sexuados, además de genitalizar la sexualidad.

¡ROJO! (¡EVITE USAR!)

EVITE utilizar términos diagnósticos para hacer referencia a las personas trans. Si necesita recurrir a los códigos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (MDE/DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE/ICD), **EVITE** usarlos como fuente de verdad respecto de cómo las personas trans son o deberían ser; reconozca que estos documentos proporcionan una comprensión particularmente medicalizada o patologizada de la identidad y expresión de género. Cuando utilice el DSM o la CIE como herramientas, asegúrese de utilizar su versión más reciente. **EVITE** el uso de etiquetas obsoletas y de términos patologizantes derivados de versiones anteriores de estas fuentes como “transgenerismo”, “transexualismo”, “trastorno de identidad de género”, etc.

EVITE utilizar referencias a las personas trans como si se tratara de expresiones derogatorias, por ejemplo, decirle a una persona “transexual” o “travesti” a modo de burla.

EVITE usar el término “caso” para hacer referencia a las personas trans y sus experiencias. Se trata de una práctica extendida de instrumentalización que consiste en hacer de las personas y experiencias trans meros objetos que son expuestos para la comprensión ajena.

EVITE el doble estándar para hablar de personas cis y personas trans. Si las primeras “son” (mujeres o varones), las segundas también “son” – esto es: no “se sienten”, “se creen” o “se autoperciben”.

EVITE utilizar “hombres” y “mujeres” sin aclarar si está hablando de personas cis o trans, a menos que esté hablando de todos los hombres y mujeres, incluyendo hombres y mujeres trans. **EVITE** utilizar “mujeres y mujeres trans” cuando se refiere a mujeres cis y mujeres trans. **EVITE** utilizar “hombres y hombres trans” cuando se refiere a hombres cis y hombres trans.

EVITE utilizar los términos “transexual” y “transgénero” para clasificar a las personas trans en función de su historial quirúrgico. Estos términos, presentes habitualmente en los glosarios de las instituciones, revitalizan viejos criterios médicos que no proporcionan herramientas analíticas apropiadas y validan acríticamente la autoridad médica.

EVITE usar “travestido/a” como sustantivo o adjetivo para referirse a una persona. **EVITE** añadir la terminación de género “do/da” para referirse a una identidad (por ejemplo, “transgenerizado”, “transexualizado”).

EVITE la palabra “transformación” para referirse a las intervenciones de afirmación de género. **UTILICE** “transición” o, directamente, “afirmación de género”.

EVITE hablar en general de servicios o espacios de salud “para mujeres y personas trans”. Esto supone que mujeres y trans son categorías mutuamente excluyentes y genera una distinción problemática entre mujeres cis y mujeres trans. **EXPLÍCITE**, en cambio, que los servicios o espacios de salud son “para mujeres cis y personas trans”. De esta manera, usted aclara que dichos servicios o espacios están diseñados para todas las mujeres cis y todas las personas trans. Alternativamente, **EXPRESÉ** que esos servicios o espacios son para “cualquiera que experimente ____ o tenga ____ característica”. De esta manera, usted no está enumerando tipos particulares de personas, sino que está indicando a potenciales usuarias de servicios destinados a cualquiera que responda a la descripción proporcionada.

B. HACIENDO PREGUNTAS Y COMETIENDO ERRORES

Todes tenemos preguntas y todes cometemos errores. Pueden ocurrir respecto de la persona a la que nos referimos o dirigimos, o acerca de un problema o una experiencia que no comprendemos plenamente. Cuando ocurren errores, lo mejor es:

- ❶ **Disculparse**
- ❷ **Reflexionar y aprender del error**
- ❸ **Seguir adelante**

RESPETE la voluntad de las personas trans de no querer educarle. Las personas trans (así como otras personas marginadas) generalmente son posicionadas en el lugar de educadoras sobre problemáticas trans, o se les pide que hablen en nombre de todas las personas trans. Si puede investigar por su cuenta antes de preguntar a una persona trans, hágalo.

RECONOZCA la diferencia entre una especialista en temas trans y una persona trans. Una especialista en temas trans es una persona que, independientemente de su identidad de género, tiene una trayectoria de investigación que le convierte en especialista en teorías, problemáticas y experiencias trans. Ciertas preguntas pueden ser apropiadas para realizar a una especialista en temas trans en calidad de persona experta, pero resultarían inapropiadas de preguntar a una persona trans. Esto puede incluir preguntas cuyas respuestas son molestas o demasiado personales. O sea, usted puede hacer preguntas a autoridades epistémicas en la materia, pero esto no puede convertirse en la horrorosa situación de exigir a una usuaria de un servicio de salud que responda sus preguntas y le capacite. Asimismo, hay preguntas que debe hacer a una experte y no a cualquier otra persona. Si usted necesita consultoría, cursos de capacitación para equipos de salud, asesoramiento informado, supervisión de casos, consulte a expertes formades en estos temas, para ello deberá recurrir sin dudas a la interdisciplina y, sobre todo, al trabajo con equipos de organizaciones sociales trans y académiques trans que se dedican a estos temas. **RECONOZCA** que el trabajo de formación es trabajo y, como tal, debe ser pago.

RECUERDE que la mejor fuente de información respecto de la identidad de género de una persona es esa misma persona. Ni sus características físicas, ni su documento, ni su nombre son fuentes de información inequívoca. En Argentina existen enormes obstáculos institucionales para reconocer la identidad de las personas que no se identifican ni como mujeres ni como varones, y no todas las personas pueden o quieren modificar los datos de su documento. De todas maneras, eso no es excusa para no respetar su identidad de género. Conforme con lo establecido por la Ley de identidad de género, siempre se debe respetar la identidad de género adoptada por las personas, sea que hayan cambiado los datos de su documento o no.

Cómo preguntarle a alguien por sus pronombres

PREGUNTE educadamente y en privado “¿qué pronombres usa?” **OFREZCA** primero su propio pronombre. Esto puede realizarse verbalmente, o haciendo que el personal del hospital/clínica/centro de salud use una identificación visible que incluya su pronombre. **EVITE** ofrecer su pronombre solamente a personas cuyos pronombres no sean obvios para usted. Es decir, haga de esta práctica, una práctica sistemática y no una que sólo pone en marcha cuando no sabe cómo dirigirse a una persona.

UTILICE expresiones neutrales, el nombre de la persona o “esa persona” si no conoce los pronombres que usa, hasta ser corregido.

RESPETE que una persona utilice distintos pronombres en distintos contextos. Alguien puede revelar que utiliza un pronombre en privado y otro en el trabajo o con su familia.

RECONOZCA que personas de diversas comunidades, culturas, países, e identidades raciales y étnicas pueden utilizar diferentes pronombres más allá de los disponibles en español.

USE los pronombres de género neutro que fueron creados por las personas para referirse a sí mismas. Esto puede incluir le, les, elle, elles, etc.

PRACTIQUE por su cuenta en caso de que el uso de pronombres de género neutro sea nuevo para usted. Practique con el fin de evitar cometer errores cuando se dirige a personas que los utilizan.

EMPLEE estrategias de género neutro para hablar en plural de cualquier grupo que incluya a personas de más de un género.

EVITE asumir el pronombre de cualquier persona en función de su apariencia física, características físicas, expresión de género o cualquier otro factor que no sea la manera en que la persona se identifica.

EVITE hablar de nombres y/o pronombres como “preferidos” ya que esto denota que los pronombres son opcionales o meramente una preferencia.

EVITE invocar la corrección gramatical como una razón para no utilizar pronombres de género neutro. No es una razón válida para usar los pronombres incorrectos. La gramática cambia al igual que los idiomas. **PRACTIQUE** utilizar pronombres que sean nuevos para usted en caso de que le resulten gramatical o lingüísticamente difíciles.

EVITE utilizar expresiones neutras para hacer referencia a personas trans que utilizan expresiones femeninas o masculinas para hablar de sí mismas.

Cómo actuar si comete un error sobre el pronombre, el nombre u otro término generizado para hablar de una persona.

DISCÚLPESE lo antes posible. Puede reconocer y corregir su error en cualquier momento.

PREGUNTE nuevamente cómo debe referirse a una persona si ha olvidado cómo hacerlo.

ÚNICAMENTE discúlpese una y otra vez si sigue cometiendo el mismo error u otro. **PRESTE ATENCIÓN Y PIDA APOYO** a expertes trans y/o a personas de su equipo de salud respecto de cómo recordar el modo correcto de referirse a cierta persona o a una determinada problemática

EVITE dar una razón o explicación de su error.

EVITE disculparse demasiado por el error del cual ya se ha disculpado.

Cómo corregir a alguien que utiliza un nombre y/o pronombre o término generizado de manera equivocada

DEFIENDA a las personas trans.

CORRIJA a le hablante en forma privada y respetuosa. **DIGA**, por ejemplo, “He notado que estás llamando a (nombre/pronombre correcto) por/con (el nombre/pronombre incorrecto). A lo mejor no lo sabés, pero (nombre correcto) utiliza (nombre/pronombre correcto)”.

PREGUNTE qué puede hacer para ayudar a alguien a recordar que debe usar el nombre correcto, pronombre u otro término para referirse a una persona.

EVITE juzgar o avergonzar a alguien por cometer un error.

EVITE sacar del clóset (exponer) a una persona trans revelando detalles de su transición, cuerpo, historial médico, nombres/pronombres previos, etc.

EVITE preguntarle a otra persona sobre el cuerpo, historial médico, nombres/pronombres previos, etc. de una persona trans.

EVITE violar la confidencialidad haciendo comentarios con otros respecto de cualquier usuaria, incluyendo usuarias trans, ya sea en su lugar de trabajo o fuera.

Cómo preguntarle a alguien respecto del lenguaje apropiado para referirse a sí mismo y a su cuerpo

PREGUNTE en privado y educadamente qué lenguaje utiliza para referirse a sí mismo. Podría decir, por ejemplo: “Para brindarle la mejor atención sanitaria posible, me pregunto, ¿qué lenguaje usa para referirse a las partes de su cuerpo?”

TOME NOTA de cualquier terminología que una persona utilice para referirse a sí misma, y luego utilice esa terminología en su futura comunicación con ella.

RECONOZCA que las personas trans pueden cambiar la forma en que se refieren a las partes de su cuerpo con el tiempo.

PREGUNTE “¿aún seguís usando ____” y **ESTÉ PREPARADO** para cambiar el lenguaje que utiliza.

ÚNICAMENTE pregunte sobre las partes del cuerpo de alguien en el contexto de la prestación de servicios que lo requieran (en este caso, servicios de aborto).

EVITE hacer preguntas sobre las partes del cuerpo de personas trans si esa información no es necesaria para otorgarles servicios inclusivos y competentes.

EVITE hablar de partes específicas del cuerpo de las personas trans, excepto con el fin de brindar una adecuada atención.

EVITE reacciones físicas o verbales hacia la elección de términos de las personas, incluso si son palabras que usted no elegiría.

Cómo hacer que su lenguaje sea trans-inclusivo, en general

UTILICE “gente”, “ustedes”, “todas las personas”, u otras fórmulas neutrales para hablar de un grupo de personas.

DESCRIBA la vestimenta de la persona u otra característica distintiva (no física) cuando, por ejemplo, le pide a alguien que no sabe cómo se identifica que hable en una reunión de personal. En este caso podría decir: “la persona con la remera roja en la fila de atrás”, en lugar de “el señor de la fila de atrás”.

EVITE asumir que todas las personas son cis. Si usted es cis y quiere referirse a todas las personas cis en su mismo espacio, use expresiones como “para quienes somos cis”, en lugar de “nosotres”.

Si desconoce cómo se identifican las personas a las que se va a referir, **EVITE** “chicos y chicas”, “señoras y señores”, “señor”, “señora”, “señorita”, “niño”, “niña”. Estos términos implican suposiciones respecto del sexo y del género de las personas, así como sobre la edad.

C. EL LENGUAJE COMO ANGUSTIA, EL LENGUAJE COMO EMPODERAMIENTO

Para muchas personas, las personas trans entre ellas, el lenguaje es una parte importante respecto de cómo lidian con el mundo y pueden alterar el lenguaje para adaptarlo a sus necesidades e identidades.³ Las personas usan el lenguaje para hacerse entender, para hacer sus ideas inteligibles para otros y para ayudar a aliviar la angustia y el malestar que puede surgir vinculado al aspecto de algunas partes de su cuerpo, entre otras cosas. Estudios sobre la prestación de asistencia sanitaria a personas trans han demostrado que preguntarles sobre sus pronombres y otros términos generizados es un elemento importante de la atención trans-inclusiva.⁴ Sin embargo, el lenguaje también puede generar mucha angustia. La gramática formal del español, tanto como la del portugués, puede no tener palabras disponibles para ciertos usos, como, por ejemplo, para referirse a una persona no binaria. Malgenerizar a través del lenguaje puede suceder en todo tipo de formas inadvertidas y sutiles.

Puede también suceder porque nuestra manera de entender el sexo, el género, la reproducción y la crianza es profundamente cisnormativa.

Deberíamos revisar nuestro vocabulario y sus supuestos problemáticos respecto de estos asuntos. A menudo, dichos supuestos se transforman en sesgos que dificultan la comunicación. Por ejemplo, para saber si una persona mantuvo relaciones sexuales con penetración con una persona con pene y testículos, lo más conveniente es preguntar directamente eso en lugar de preguntar si tuvo relaciones sexuales con un hombre. Además de que no todas las personas se identifican como varones o mujeres, ni el género ni los genitales de las personas determinan que las prácticas tengan o no penetración, en todo caso, lo relevante aquí es conocer si la práctica tiene potencial reproductivo. Estos temas pueden ser sensibles para muchas personas, por ese motivo, antes de formular preguntas al respecto es conveniente hacer las aclaraciones pertinentes y restringir estas averiguaciones a las situaciones donde la información resulta imprescindible para brindar una adecuada atención en salud.

También deberíamos evitar generizar de manera innecesaria y problemática las partes del cuerpo (por ejemplo, llamar

a los ovarios, trompas uterinas y útero “sistema reproductivo femenino”). También podríamos utilizar expresiones como “personas con mamas” o “personas embarazadas”, en lugar de “mujeres”; o “cuerpos con pene”, en lugar de “cuerpos masculinos”.⁵ Para algunos, sin embargo, esto puede no ser suficiente.

Puede ser que algunas palabras -como mamas, pene, vagina, útero, por ejemplo- no sean apropiadas para el modo en que algunas personas trans se refieren a su cuerpo.^{6,7} Por ejemplo, “plitoris” o “agujero” son maneras comunes de renombrar los genitales externos, pero muchas otras son posibles. En ocasiones los equipos de salud pueden adaptar los documentos de consentimiento informado o folletera informativa al lenguaje preferido por les usuaries. Sin embargo, no siempre se pueden modificar los formularios de consentimiento informado, por lo que en estos casos se puede preguntar a les usuaries qué lenguaje utilizan para referirse a sus partes del cuerpo y/o adoptar el lenguaje que utilizan y realizar notas claras acerca de esto en la historia clínica.

Las palabras que se utilizan para hablar de las relaciones y de la crianza también pueden resultar inapropiadas para las personas trans. Puede parecer sencillo, ya que, si las personas trans asumen el papel de progenitore socialmente asociado con su identidad de género, entonces un hombre trans es un padre y una mujer trans una madre. Aunque esto puede ser cierto para algunas personas trans, no siempre es así. Algunas personas trans pueden identificarse como padre y madre a la vez.⁸ Otras personas trans utilizan palabras creadas recientemente, o recuperan otras viejas, como “xadre” o “ma-pa”. La experiencia reproductiva del embarazo puede ser rebautizada como la experiencia de una persona gestante⁹ y la lactancia puede replantearse como la práctica de amamantar, en lugar de tratarse como una experiencia esencialmente femenina¹⁰. Los aspectos corporales de la crianza pueden ser transformados por las personas trans que viven sus cuerpos y forman familias en sus propios términos, y cambiar el lenguaje utilizado para referirse a estas experiencias es parte de esa transformación.



CAZANDO MITOS: SALUD REPRODUCTIVA TRANS

MITO: Las personas trans no pueden quedar embarazadas.

FALSO.

Muchas personas trans que fueron asignadas al sexo femenino al nacer y no acceden a hormonas o a cirugía como parte de su transición pueden quedar embarazadas a través del coito o el uso de tecnologías de fertilización asistida. Recuerde que la identidad de género de una persona no proporciona ninguna información respecto de su orientación y prácticas sexuales. Tenga en cuenta también que no todas las personas trans pueden o desean acceder a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos y, además, que estos tratamientos suelen producir infertilidad transitoria pero habitualmente no provocan infertilidad permanente. Sin embargo, existe poca bibliografía científica que describa los efectos de la administración exógena de testosterona sobre la fertilidad, el embarazo y los resultados neonatales.¹¹ Durante el tratamiento hormonal con testosterona suele producirse una infertilidad transitoria que, de acuerdo con casos reportados,¹² puede ser reversible. Aunque en algunos casos puede ocurrir la ovulación incluso existiendo amenorrea.¹³ Por lo tanto, la hormonización con testosterona no se considera un método anticonceptivo efectivo, de la misma manera que ocurre con el esquema de estrógenos y antiandrógenos. Por esta razón, si la persona en tratamiento hormonal desea evitar un embarazo debería utilizar un método anticonceptivo con probada efectividad que resulte aceptable para la persona.¹⁴

Es incorrecto suponer que, por quedar embarazada, una persona ha dejado de ser trans o nunca lo fue. En un estudio sumamente problemático de 1988, el autor eligió catalogar a los participantes

del estudio como “mujeres” y “madres” (peor, como “malas mujeres” y “malas madres”), a pesar de sus identidades como hombres y padres.¹⁵ Diez años después, un estudio de 1998 mostró que los hombres trans que experimentaron un embarazo expresaban altos niveles de estrés debido a la creencia compartida por profesionales de la salud y terapeutas de que el embarazo y el nacimiento eran signos de que estos hombres no eran “realmente” trans.¹⁶ Los avances en trasplantes de útero implican que las mujeres trans eventualmente podrían ser capaces de experimentar un embarazo, y los debates bioéticos al respecto ya han comenzado.¹⁷

HECHO: La salud general de las personas trans se ve significativamente afectada por el estigma y la marginación.

VERDADERO.

Las personas trans están expuestas a un mayor riesgo y altas tasas de indigencia, baja auto-estima, suicidio, VIH/SIDA, así como también enfrentan inseguridad laboral y habitacional.¹⁸ Las personas trans experimentan discriminación y violencia transodiante en el trabajo, en el hogar y en el espacio público. Muchas no pueden acceder a los servicios de salud y otros servicios sociales,¹⁹ o pueden retrasar o evitar la búsqueda de servicios debido a experiencias previas de discriminación o el temor a sufrirla.²⁰ Las personas trans racializadas, pertenecientes a pueblos originarios y/o con discapacidad, entre otras, son más susceptibles de experimentar estos resultados negativos respecto de los servicios de salud que sus pares no racializadas y capacidades.



MITO: La homosexualidad y la transexualidad han sido completamente despatologizadas en el mundo.

FALSO.

“Disforia de género” es el nombre del diagnóstico actual sobre cuestiones de identidad de género en la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), hecho por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés). En 2018 se hizo pública la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11), en la que se retiran los códigos diagnósticos trans-específicos del capítulo de Trastornos mentales y del comportamiento y se introduce el código “Incongruencia de género” en el capítulo de Condiciones relacionadas con la salud sexual.

La patologización continua de identidades y expresiones trans a través del DSM y la CIE es polémica.²¹ En Argentina, la ley de Salud Mental (LN 26.657) prohibió realizar diagnósticos sobre la base de la identidad sexual de las personas, esto significa que la exigencia/extensión de un diagnóstico de “disforia de género” o “incongruencia de género” es contraria a la Ley.

Históricamente, el diagnóstico de “trastornos” de identidad de género suponía que una persona trans “real” sentía rechazo por su cuerpo, particularmente por sus genitales, y no estaba dispuesta a hacer uso de su sistema reproductivo.²² Ese supuesto es incorrecto. Lamentablemente, algunos terapeutas y otros profesionales de la salud pueden desalentar a las personas trans a usar sus cuerpos de maneras que parecen ir en contra de su género -esto es, en contra del género con el que las personas se identifican-.^{23,24}

MITO: Las personas trans son libres de reproducirse sin restricciones.

FALSO.

Las capacidades reproductivas de las personas trans están restringidas de muchas maneras, en varios lugares del mundo. Históricamente (y aún hoy en muchos países), se ha exigido a las personas trans que se sometan a tratamientos que las hacen infértiles (como ciertas cirugías de afirmación de género) para poder cambiar los datos consignados en sus documentos de identidad.^{25,26} Los legisladores suelen preocuparse por garantizar que las personas trans se sometan a una transición permanente,²⁷ lo que suele hacerse exigiendo la esterilización como condición para el reconocimiento legal del género (por ejemplo, poder hacer que aparezca el rótulo de género correcto en los documentos de identidad). Esto se realiza indirectamente, exigiendo cirugías genitales en las que la esterilidad es el resultado secundario y no explicitado de estos tratamientos quirúrgicos genitales. A

veces se realiza también de manera explícita, como en Alemania, en donde la “infertilidad quirúrgicamente irreversible” fue una condición para el reconocimiento legal del género antes de ser derogada por discriminatoria en 2010.

En 2015, la organización Transgender Europe reportó que 23 estados en Europa continúan exigiendo la esterilización como una condición para el reconocimiento legal del género.²⁸ Esto ocurre a pesar de la declaración de la WPATH (Asociación Profesional Mundial para la Salud Trans) de 2010 en la que se declaran estos requisitos como discriminatorios²⁹ y de la declaración interinstitucional de 2014 respecto de la eliminación de la esterilización forzada, coercitiva, o de otro modo involuntaria que nombra explícitamente estos requisitos como discriminatorios y abusivos.³⁰

En 2012, la Ley de Identidad de Género Argentina consagró el derecho al reconocimiento legal de la identidad de género sin requisitos quirúrgicos ni hormonales. Sin embargo, a la fecha no se han desarrollado políticas de salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar que alcancen a las personas trans.

Además, si bien las tecnologías de reproducción asistida han ampliado los límites de lo que se considera normal y posible en términos de reproducción humana,³¹ el acceso a estas tecnologías históricamente se ha restringido solo a quienes se consideran suficientemente aptes para beneficiarse de ellas. Al igual que a personas trans, a las mujeres cis solteras, lesbianas, viudas y mayores, junto con las parejas no heterosexuales y personas racializadas, frecuentemente se les ha denegado el acceso a estas tecnologías.³²

MITO: Las personas trans no desean reproducirse.

FALSO.

Si bien las investigaciones son limitadas, estudios recientes indican que muchas personas trans ya son xadres. En un estudio europeo de 2002, el 40% de las mujeres trans señalaron que tuvieron hijos, y otro 40% señaló el deseo de tenerlos.³³ Un estudio de 2012 mostró que el 54% de los hombres trans deseaban tener hijos, y otro 22% reportó tener al menos un hijo.³⁴ Un estudio de Ontario de 2014 encontró que el 77,9% de las xadres trans, habían engendrado a sus hijos.³⁵ Resta la realización de investigaciones similares que den cuenta de las realidades y necesidades reproductivas de las personas trans a nivel local.

Para algunas personas trans, sin embargo, perder las capacidades reproductivas resulta un pequeño precio a pagar por la transición.³⁶ De hecho, en una encuesta, el 90% de las mujeres trans señaló que la pérdida de fertilidad no era una razón lo suficientemente significativa para retrasar la transición.³⁷



Por otro lado, es importante notar que ser incapaz de concretar el deseo de tener hijos es, para algunas mujeres trans, un acto de violencia que exige nuestra atención como personas preocupadas por la justicia reproductiva.³⁸ Necesitamos imaginar un futuro reproductivo en donde las personas trans (especialmente las personas trans racializadas) puedan formar familias en sus propios términos.³⁹

Algunas personas trans están informadas y se sienten cómodas con la condición de infertilidad que acompaña la transición hormonal y/o quirúrgica. Otras no están adecuadamente informadas sobre la pérdida de su fertilidad y no tienen acceso a tecnologías de fertilización y preservación como el banco de espermatozoides y de óvulos antes de su transición hormonal y/o quirúrgica.^{40,41} Otras se lamentan de no poder criar hijos vinculados genéticamente tras recibir tratamiento hormonal y/o cirugías genitales.⁴²

En Argentina resulta urgente que el sistema público garantice métodos y tecnologías de fertilización asistida, incluyendo criopreservación de gametas, para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas trans.

MITO: Les hijos de las personas trans se ven afectadas negativamente por la identidad trans de sus progenitores.

FALSO.

Existen ciertas publicaciones, escasas, en las que se debate la ética de asistir a las personas trans para poder reproducirse, por ejemplo, promoviendo el acceso a los bancos de óvulos y de espermatozoides, así como a las tecnologías de fertilización asistida.⁴³ Una posición discriminatoria que se encuentra en dichos debates considera que si las personas trans están mentalmente enfermas (como podría sugerirlo un diagnóstico del DSM), entonces existe

una razón para creer que no serían aptas.⁴⁴ Sin embargo, el enfoque despatologizador vigente implica que no existe ninguna justificación ética para negar a las personas trans el acceso a sus capacidades reproductivas, o a tecnologías de reproducción asistida, de preservación de la fertilidad, etc.

Les hijos de las personas trans pueden enfrentar un período de adaptación si sus padres se encuentran en transición, pero esa adaptación no es diferente de otras transiciones y cambios familiares como por ejemplo el divorcio. De hecho, es el nivel de conflicto, más que las cuestiones de identidad de género o de transición, lo que influye en la forma de experimentar esta adaptación.⁴⁵ Lamentablemente, el conflicto frecuentemente está ligado con la discriminación y el estigma recurrente que sufren los progenitores trans, como la exclusión de los bienes materiales y recursos para la crianza o la violencia experimentada en centros de recreación públicos.⁴⁶ Es importante destacar que “no existe evidencia empírica que demuestre que el bienestar de los hijos de las personas trans se vea comprometido en virtud de la identidad de género de sus progenitores...”⁴⁷ De manera más positiva, las investigaciones muestran que progenitores e hijos trans participan de prácticas de cuidado mutuo⁴⁸ y que los progenitores utilizan estrategias para proteger a sus hijos del transodio.⁴⁹ Los progenitores trans pueden ser modelos a seguir para sus hijos, ejemplos de cómo llevar una vida auténtica.^{50,51}

HECHO: Las personas trans experimentan agresión sexual y violación.

VERDADERO.

Existen reportes de personas trans asignadas al sexo femenino al nacer que han sido sexualmente agredidas, violadas y fecundadas a la fuerza a modo de “violación correctiva” destinada a forzar la supuesta condición de mujer en quienes se entiende que son

“desviades de género”.⁵² Las personas trans asignadas al sexo masculino al nacer también son sexualmente agredidas, violadas e incluso asesinadas, a veces cuando alguien “descubre” que tienen un pene.

Algunas personas trans pueden buscar servicios de aborto tras una agresión sexual o una violación. Así como los equipos que brindan servicios de aborto están lidiando con la manera de ser trans-inclusivos, las organizaciones que trabajan contra la agresión sexual se han involucrado en estas mismas conversaciones. En algunos casos, los espacios de agresión sexual excluyen explícitamente a las personas trans.

En Argentina, los Encuentros Nacionales de Mujeres son reuniones anuales feministas, autoconvocadas y federales, que se realizan desde 1986. Estos encuentros emergieron con el objetivo de “tratar las problemáticas específicas de las mujeres en nuestro país”, lo que comprende, por supuesto, la violencia sexual, la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La celebración de los encuentros es relevante para la definición de la agenda y las prioridades de los movimientos locales.

Desde el año 2000 se hicieron cada vez más visibles las acaloradas discusiones acerca de la participación de personas travestis y mujeres trans en los Encuentros. Para muchas activistas cis, estos debates fueron una oportunidad de reflexión acerca del sujeto del feminismo y de las concepciones dominantes respecto del sexo y el género. Para muchas activistas trans representaron también fuertes cuestionamientos a su identidad y su integridad moral. En la actualidad, los encuentros dan la bienvenida a personas travestis y a mujeres trans.

La participación de personas asignadas al sexo femenino al nacer pero que no se identifican como mujeres no se ha tratado del mismo modo. Históricamente, los varones trans, sobre todo los que tienen una expresión de género masculina, han encontrado grandes obstáculos para participar de encuentros cuyos criterios de participación están pensados para dejar afuera a los varones. Participar de todos modos implica (en el caso de ser aceptados) que no se respete su identidad de género. No participar supone no intervenir en la definición de una agenda que los involucra de todos modos (como es el caso cuando se trata de violencia sexual, salud y derechos sexuales y reproductivos) y de los talleres, que reúnen a personas de todo el país, incluyendo profesionales de la salud y personas que están en condiciones de diseñar e implementar políticas públicas.

En la actualidad, los Encuentros Nacionales modificaron su denominación y hoy convocan a: “Mujeres, Lesbianas, Travestis, Trans, Intersexuales, Bisexuales y No Binaries”, pero no está claro qué política adoptan con relación a la participación de personas trans masculinas.

HECHO: Las experiencias reproductivas pueden influir en los sentimientos de malestar de las personas trans.

.....
VERDADERO.

El embarazo frecuentemente es imaginado como un aspecto definitorio de la feminidad. Un participante en un estudio realizado en 1998 sobre hombres trans que habían experimentado el embarazo en Alemania expresó la esperanza de que el embarazo lo ayudara a resolver su identidad de género, y finalmente, a “convertirlo” en una mujer.⁵³ Para algunas personas trans asignadas al sexo femenino al nacer, la idea de dar a luz un hijo es visto como una posibilidad no deseada, incongruente con sus identidades de género.⁵⁴ Otras experiencias, como la menstruación y el crecimiento del pecho durante la pubertad, también suelen ser angustiantes por razones similares.⁵⁵ Incluso para las personas trans que eligen el embarazo como su camino hacia la xaternidad y/o eligen amamantar, estas experiencias pueden (pero no siempre) acarrear algún grado de conflicto interno y un aumento de sentimientos de malestar.⁵⁶ Esto se debe tanto a los aspectos físicos de estas experiencias como a los modos en que son entendidas social, cultural y legalmente: como experiencias de mujeres cis. En consecuencia, los prestadores de servicios médicos, la familia, les amigos y extraños pueden cuestionar la identidad de género de la persona a la luz de la decisión de cursar un embarazo o interrumpirlo, generando situaciones de confusión y malgenerización.⁵⁷

Las mujeres cis embarazadas y lactantes tienen un alto riesgo de sufrir violencia,⁵⁸ las personas trans embarazadas y lactantes poseen un riesgo similar. Podría decirse que su riesgo de violencia es significativamente alto, porque se las ve como violadoras de los roles parentales y de las normas de género supuestamente “naturales”. Por ejemplo, en Winnipeg, Canadá, el hecho de que Trevor MacDonald amamantara a su hijo lo expuso a sospechas, disgusto y acusaciones de abuso infantil.⁵⁹ En otro caso, un hombre trans reportó haber sido agredido violentamente en una ambulancia por el EMT (Entrenamiento de Emergencia Médica), cuando notaron que era un hombre embarazado.⁶⁰

SERVICIOS DE ABORTO

A. SERVICIOS DE ABORTO EN ARGENTINA

En Argentina se calcula que se producen entre 446.998 y 522.216 abortos inducidos por año.⁶¹ De acuerdo con la Dirección de Estadística e información de Salud, la muerte por abortos inseguros es la primera causa individual de mortalidad vinculada al embarazo (habitualmente llamado “índice de muerte materna”)⁶² en la Argentina, representando el 17% del total de las muertes vinculadas al embarazo en el trienio 2014-2016.

En diciembre de 2020 el plexo legal del aborto en Argentina cambió significativamente. En enero de 2021 se promulgó la Ley Nacional 27.610, de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, luego de una lucha de décadas de organizaciones de la sociedad civil que exigían una ley que regulara y facilitara dicha práctica. La nueva ley permite acceder libremente al aborto voluntario hasta la semana 14, pero regula por causales el aborto en plazos posteriores, penando las interrupciones del embarazo que no se enmarquen en tales excepciones.

En Argentina, desde 1921 hasta este año, el Código Penal regulaba de manera exclusiva el aborto a través de un sistema de excepciones a la penalización, dado que se entendía al aborto como un delito contra la vida y contra la persona, cuando se realizaba en cualquier momento del embarazo. Los abortos permitidos por causal eran denominados “aborto no punible” (ANP) o “interrupción legal del embarazo” (ILE).

La Ley 27.610 es de carácter mixto, por plazos y por causales, y permite acceder al aborto de manera voluntaria hasta la semana 14 inclusive, pero sigue condenándolo más allá de la

semana 14, salvo las excepciones previstas en el Código Penal. Este modelo de permisos o despenalización parcial está legislado por el artículo 86 del Código Penal, donde una serie de causales justifican el aborto y lo convierten en no punible luego de la semana 14 de edad gestacional: la causal salud definida como el peligro o riesgo para la salud integral o para la vida de la persona gestante y la causal violación sexual. Este modelo de causales vigente requiere que un médique certifique que el embarazo pone en riesgo en alguna medida la salud o la vida de la persona gestante, y en el caso de violación que la persona realice una declaración jurada que indique que el embarazo es resultado de violencia sexual.

En cuanto a la edad de consentimiento, el Código Civil y Comercial de la Nación, desde el año 2015, establece que a partir de los 16 años los adolescentes son considerados personas adultas para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo (Art. 26), por lo cual pueden consentir cualquier práctica de salud de manera autónoma. Entre los 13 y los 16 años pueden consentir autónomamente prácticas que no resulten invasivas, comprometan su estado de salud o pongan en riesgo grave su vida o integridad física. Caso contrario, requieren también consentimiento de sus padres o tutores legales.

Acceso al aborto en Argentina

Las solicitudes de ILE antes del año 2012 eran tratadas como excepciones, y el poder judicial intervenía habitualmente en los permisos de excepción a la punibilidad. Esto generaba una dilación de los procesos no acorde con los tiempos fisiológicos del embarazo. Además, en el ámbito de las instituciones de





salud se imponían numerosos obstáculos y requisitos a aquellas personas que tenían derecho a acceder al aborto. En el año 2012 se expidió la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) con el fallo “F.A.L. s/ Medida Autosatisfactiva”, dando respuesta al caso de una adolescente de 15 años embarazada producto de una violación en la provincia de Chubut. El fallo resultó en abstracto ya que la adolescente en cuestión accedió al aborto luego de múltiples obstáculos, pero la CSJN decidió expedirse acerca de este tema por su relevancia institucional y sanitaria. Dicho fallo indicaba que el aborto no punible (ANP) debía garantizarse sin dilaciones siempre que se cumpla una causal de no punibilidad, que no debían judicializarse los casos enmarcados en el permiso por causales, y que no podía exigirse una denuncia de violación como prueba, entre otros avances. A partir de dicho fallo empezaron a surgir directrices sanitarias sobre ANP adecuadas a las recomendaciones de la CSJN en algunas provincias, incluido un Protocolo Nacional que fue actualizándose. Sin embargo, varias provincias nunca adhirieron a dicho protocolo y otras elaboraron directrices más restrictivas. Esto generaba un acceso inequitativo según la provincia donde la persona residiera. En cambio, la ley actual no requiere adhesiones provinciales ya que tiene inmediata vigencia en todo el territorio nacional. Aunque es de prever que su implementación resulte más lenta y dificultosa en provincias tradicionalmente conservadoras.

La ley IVE incluye las prestaciones y medicamentos necesarios para garantizar el aborto dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO), por lo tanto, la cobertura sanitaria debe ser total por parte de todos los subsistemas de salud.

Durante la última fase de edición de este manual, el Ministerio de Salud de la Nación publicó una actualización correspondiente al año 2021 del protocolo nacional sobre interrupción voluntaria y legal del embarazo. El contenido de este actualiza los términos legales así como ciertos procedimientos médicos, sin embargo sigue mencionando como comentario al pie la existencia de otras personas con capacidad de gestar además de las mujeres cis, aunque no hay recomendaciones específicas ni evidencia trans-in-

clusiva como sustento. Incluso en varios apartados se describe como sujetos del derecho al aborto a las “mujeres” exclusivamente, bajo aclaración de que se generaliza de esta forma porque se trata de la mayoría. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, por su parte, publicó una Guía de Implementación de la IVE provincial luego de la sanción de la ley.

Con respecto a las técnicas ofrecidas, actualmente la opción casi exclusiva en el subsistema público para acceder a una IVE es el aborto medicamentoso con misoprostol. En nuestro país no se cuenta con mifepristona, droga que combinada con el misoprostol hace la práctica más efectiva, ya que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) no ha aprobado tal droga, aunque la OMS la considera medicamento esencial. La provisión de misoprostol para el subsistema público actualmente depende del Ministerio de Salud de la Nación, y en algunas provincias hay abastecimiento propio. El acceso a la aspiración endouterina (AMEU), que es la otra estrategia recomendada por la OMS, es dificultoso y la oferta es escasa en el subsistema público, ya que no se ha promovido ubicuamente desde el Estado la garantía de esta práctica en el primer nivel de atención, que es el nivel donde se resuelven la mayoría de los abortos en Argentina. En la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, en el primer semestre de 2019, el 86% de los abortos en el sistema público fueron garantizados en los centros de atención primaria a través de esquemas de misoprostol ambulatorio.

Cuando falla el abordaje medicamentoso o excede el primer trimestre de gestación, se suele derivar el caso al segundo nivel de atención para su resolución. Existen dificultades en el acceso a la IVE luego del primer trimestre de gestación, ya que las guías recomiendan su atención en el segundo nivel, donde la cantidad de centros y profesionales que brindan esta práctica son significativamente menores. En hospitales la técnica de aborto ofrecida continúa siendo mayormente el legrado o raspaje, el cual no es recomendado por la OMS por presentar más riesgos, más tiempo de recuperación y más costos.



De acuerdo con algunas definiciones gineco-obstétricas se considera aborto a la interrupción de una gestación de hasta 20 o 22 semanas o un producto de gestación de hasta 500 gramos; en otros casos se considera aborto siempre que se interrumpa un embarazo antes de que el feto esté en condiciones de vivir fuera del útero. Si bien el código penal no indica plazos máximos cuando el aborto se enmarca en una causal, muy excepcionalmente se garantizan interrupciones del embarazo más allá de las 20 semanas. En la práctica, las sociedades locales de gineco-obstetricia suelen poner límites máximos arbitrarios (como 18 o 16 semanas) a los abortos del segundo trimestre, disminuyendo la accesibilidad a la práctica en estas condiciones.

La nueva ley IVE prevé que existan efectores de salud que no garanticen el acceso al aborto debido a la objeción de conciencia de todos sus integrantes; en ese caso insta a que el efector derive oportunamente a la persona que solicita la IVE a un centro de salud que lo garantice. Este mecanismo supone dilaciones y tiempos de viaje, alojamiento, salarios perdidos y costos de cuidados de niños u otras personas a cargo que pueden resultar una carga desproporcionada para la persona con derecho a acceder al aborto. Esta situación se vería agravada en el caso de territorios rurales o alejados de centros urbanos que garanticen la IVE.

Para superar los obstáculos que imponen las instituciones de salud e incluso los gobiernos provinciales, se han creado diversas iniciativas y redes profesionales y no profesionales para facilitar el acceso al aborto. En el ámbito de las organizaciones, es destacable la tarea de la organización Socorristas en Red, la cual funciona como red de organizaciones a nivel nacional con acciones en común destinadas a dar información y consejería para realizar un aborto medicamentoso en el hogar, por fuera del sistema de salud. Otra organización relevante es la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, la cual nuclea profesionales de distintas disciplinas (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, derecho, entre otras), con lineamientos y acciones

en común en todo el país, con el objetivo de facilitar el acceso a la IVE, las derivaciones, la formación académica y asistencia a profesionales que trabajan en equipos o de manera individual en el ámbito de la salud pública. Dado que muchas instituciones de salud siguen estigmatizando y negando el acceso al aborto legal, estas redes han suplantado en buena medida la escasa oferta del sistema de salud a través de redes informales y solidarias, especialmente en provincias más conservadoras.

En el ámbito del estado, existe un número gratuito de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva donde se puede solicitar el acceso a la IVE, especialmente cuando en la zona no hay adecuada respuesta institucional. Habitualmente por este medio se deriva a un efector de salud público que resuelva la demanda.

Inequidades provinciales

La nueva ley prevé la posibilidad de que cualquier profesional de la salud declare objeción de conciencia para la práctica del aborto, e incluso que toda una institución niegue dicha práctica con la responsabilidad de derivar a la persona para la resolución del aborto. La objeción de conciencia ha sido históricamente utilizada por muchos profesionales de la salud para negar sus deberes profesionales en la esfera pública. Esto implica el riesgo de que aquellas localidades y provincias donde históricamente se ha obstaculizado el acceso al aborto, por motivos mayormente religiosos, sigan incumpliendo con la obligación de garantizarlo. De esto se sigue la pervivencia de barreras económicas y geográficas en el acceso al aborto, porque deja a las personas que lo requieren en la situación de tener que asumir los costos de manera particular y/o de movilizarse a las provincias y localidades con mayor trayectoria en garantizar este derecho. Aunque el derecho al aborto supone la garantía de disponibilidad de esta prestación en todo el territorio nacional, esto está lejos de ser así y los territorios donde la accesibilidad es más asequible son con frecuencia los grandes centros urbanos.

Previo a la ley IVE, cinco provincias de Argentina no habían adherido al protocolo nacional de ILE ni habían elaborado protocolos propios: Corrientes, Formosa, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán. Por otro lado, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Santa Fe y Chubut, la accesibilidad al aborto legal en el sistema público era significativamente mejor que en otras provincias,⁶³ donde incluso existiendo protocolos seguían presentándose obstáculos, objeciones, dilaciones, estigmatización, hostigamiento de grupos anti-derechos, uso abusivo e inadecuado de la objeción de conciencia, objeción institucional, entre otras violaciones al derecho al aborto. Si bien resta esperar la implementación de la ley en todo el territorio nacional para evaluar la distribución del acceso, es de esperarse que sigan relegadas las mismas provincias y territorios que presentaron obstáculos a garantizar las interrupciones legales del embarazo por causales que estaban previstas antes de la ley. Por ejemplo, pocos días luego de la aprobación de la ley nacional, una jueza de la provincia de Chaco hizo lugar a una medida cautelar que suspendía la vigencia de la Ley de IVE en la provincia. Por otro lado, la justicia salteña desestimó un recurso colectivo para suspender la ley en la provincia de Salta luego de la puesta en vigencia de la ley.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires presentó en el año 2020 un informe de gestión sobre implementación de la ILE en la provincia,⁶⁴ donde describe que entre enero y junio del año 2020 se registraron 5028 interrupciones legales del embarazo. De éstas, el 40% se realizó en el segundo nivel. En el mismo documento se manifiesta que de un total de 221 hospitales en el territorio de la provincia –entre provinciales y municipales–, un 40% de los hospitales brindaba atención a las ILE, aunque sólo un 4% del total de hospitales lo hacía sin restricciones. En cuanto

a los centros de atención primaria de la provincia, un 10% brindaba atención a las ILE en el 2020. Como conclusión, indica que los datos previos revelan inequidades territoriales hacia el interior de la provincia, por existir municipios que no brindaban acceso a la ILE.

Según declaraciones de la directora de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, algunas provincias compran misoprostol por su cuenta, como Buenos Aires, La Pampa y Ciudad de Buenos Aires. Por su parte, Santa Fe se abastece de misoprostol a través de la elaboración en un laboratorio público local, que se espera que abastezca al resto del país.⁶⁵ Por otro lado, en las provincias de San Juan y Mendoza la venta de misoprostol en las farmacias estaba prohibida por ley incluso después de la sanción de la ley nacional de IVE, lo cual limitaba enormemente la accesibilidad al aborto en dichos territorios. En febrero de 2021 Mendoza eliminó dichas restricciones, que persisten hasta la fecha de publicación de este manual en San Juan.

¿A quién afectan más las barreras existentes?

Las barreras a los servicios de aborto no son experimentadas de la misma manera. Tienen un impacto desproporcionado en las personas marginadas, especialmente en aquellas de bajos ingresos, personas racializadas, neurodivergentes, migrantes sin documento argentino cuya precaria condición les impide o retrasa el acceso a la asistencia sanitaria pública. Las investigaciones han mostrado un vínculo específico entre altos niveles de pobreza y el bajo acceso a la salud sexual y reproductiva.⁶⁶ Las personas que no pueden acceder a la anticoncepción son más propensas a requerir atención de aborto y las personas que viven en comunidades indígenas y rurales tienen menos probabilidades de tener un proveedor médico de aborto cercano.



Además de las barreras ideológicas, religiosas, económicas y geográficas que obstaculizan el acceso al aborto, el acceso a este derecho está limitado también por la falta de inclusividad en los servicios ofrecidos. La discriminación o la falta de prácticas inclusivas explícitas en la provisión de servicios puede generar que las personas retrasen o eviten los servicios de atención de salud necesarios, a veces hasta el punto de poner en peligro su vida. Cuando se trata de satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva, el panorama es sombrío para personas jóvenes, para personas encarceladas, para personas trans, para personas neurodivergentes, para personas racializadas, para personas de pueblos originarios, para personas con discapacidades y para personas que tienen un IMC (Índice de masa corporal) de 41 o más.

Garantizar el acceso equitativo al conjunto completo de servicios de salud reproductiva, incluido el aborto, implica tener en cuenta y trabajar activamente en pos de eliminar las complejas barreras a las que se enfrentan las diversas poblaciones.

B. SERVICIOS DE ABORTO PARA PERSONAS TRANS

La nueva ley nacional de IVE menciona a “mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar” como las personas beneficiarias de la ley, en lugar de referirse solamente a “mujeres”. Sin embargo, en ciertos apartados habla exclusivamente de “niñas” o de “la paciente”.⁶⁷ Es decir, la inclusión de personas con capacidad de gestar que no son mujeres cis como sujetos de dichos derechos no se hace de manera consistente a lo largo del cuerpo de la ley, lo cual genera la sensación de querer adoptar una forma de corrección política más que una consideración real de las necesidades específicas de personas trans que requieren un aborto. Los términos en los cuales estaban legisladas las excepciones en el Código Penal, hasta la modificación que indica la nueva ley, incluían “madre” como sujeto del aborto, lo cual evidencia el lenguaje histórico y las presunciones sexistas y cissexistas asociadas a los derechos sexuales y reproductivos, lenguaje aún vigente en la mayoría de las iniciativas legales, estatales y sociales vinculadas a la regulación del aborto.

Por otro lado, el protocolo nacional de ILE vigente incluye la mención de la población trans en los términos de “personas con capacidad de gestar” aunque lo hace en forma de comentario al margen, utilizando a lo largo del protocolo los términos “mujeres, niñas y adolescentes” como sujetos de derecho de esta práctica.

El acceso a la ILE para personas trans en Argentina se encuentra poco estudiado y no existen iniciativas estatales al respecto. Se considera parte de la canasta de prácticas de salud sexual y reproductiva de las instituciones que las garantizan, sin tener en cuenta las especificidades y sin cuestionar el cissexismo que habitualmente se ejerce en estos consultorios. Resultan

problemáticos la presunción de que los sujetos de derecho de estas prácticas son las mujeres cis; los nombres de muchos de estos consultorios (por ejemplo: “Salud de la mujer”, “Hospital de la mujer y el niño”); su universo simbólico, incluyendo la cartelería con imágenes femeninas y los mensajes dirigidos a “las madres”; y la falta de formación de los equipos de salud en cuestiones básicas vinculadas al respeto de la identidad de género, al adecuado registro en la historia clínica y a necesidades específicas de la población trans que solicita un aborto. La adquisición de competencias sobre salud trans queda habitualmente relegada a una elección personal de los integrantes de los equipos de salud, y no constituye una obligación, ni parte de la currícula en la mayoría de las carreras universitarias.

En Argentina está vigente desde el año 2012 la Ley de Identidad de Género (LN 26.743) que establece el derecho a la identidad de género, prevé el respeto por el nombre y género de cada persona aunque no coincidan con los datos del documento, permite la modificación registral de nombre y género para aquellas personas que lo soliciten, promueve el respeto a la autonomía corporal, así como la cobertura de intervenciones hormonales y quirúrgicas trans-específicas, aunque este apartado correspondiente al artículo II de la ley demoró tres años más en reglamentarse y su aplicación está lejos de ser efectiva.

Si bien actualmente coexisten la Ley de Identidad de Género con la Ley de IVE, la realidad es que no hay iniciativas estatales ni privadas que promuevan un abordaje interseccional. Más bien existen documentos, directivas y efectores de salud vinculados a la cobertura de prácticas de salud para personas trans y/o prácticas de aborto, y se presupone que por ende tendrían competencias para abordar las necesidades específicas del aborto en personas trans. Sin embargo, no se contemplan medidas específicas que aborden el fenómeno de manera integral, teniendo en cuenta los diferentes factores contingentes en la interrupción del embarazo para hombres trans, personas no binarias y otras personas con capacidad de gestar.

Las personas trans se enfrentan entonces, no sólo a las barreras previamente mencionadas para acceder al aborto, sino también a obstáculos específicos vinculados al cissexismo de los equipos e instituciones de salud. La falta de formación en cuestiones de salud trans-específicas como tratamientos de hormonización, cirugías trans-específicas, abordaje de dudas, deseos y demandas del colectivo de personas trans, necesidades en salud integral, riesgo y/o deseo de embarazo, anticoncepción, interacciones medicamentosas, así como la falta de integrantes trans en las instituciones sanitarias y la falta de familiaridad con los términos apropiados, resultan barreras simbólicas que se suman a las barreras materiales.



LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA TRANS-INCLUSIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE ABORTO

A. ESCENARIOS Y RECOMENDACIONES PARA SUPERAR LOS OBSTÁCULOS PARA UNA ATENCIÓN MÉDICA TRANS-INCLUSIVA EN MATERIA DE ABORTO.

Esta sección cuenta historias de personas trans que acceden a los servicios de aborto. En marzo del 2012, Rainbow Health Ontario publicó un documento informativo sobre opciones reproductivas para personas trans, incluyendo una breve declaración sobre el acceso al aborto en casos de personas trans. Allí se recuerda a los proveedores de servicios de aborto que necesitan estar preparados para brindar apoyo y protección a cualquier usuaria que busque interrumpir un embarazo, señalando que “los proveedores de aborto suponen que las personas que accederán a sus servicios serán mujeres cis y necesitarán saber el pronombre, nombre y terminología correcta a utilizar para su paciente.”⁶⁸

En esta sección se consideran cuestiones de acceso que incluyen la cuestión de los nombres, los pronombres y la terminología, pero también van más allá. Aquí se explora la experiencia completa de acceso a los servicios de aborto, desde la búsqueda de información disponible sobre servicios de aborto hasta cualquier servicio post aborto que la persona pueda necesitar. Aunque estos escenarios son hipotéticos, reflejan la investigación sobre las experiencias de las personas trans en el acceso a la atención sanitaria.

La lucha de Miguel por encontrar un aborto trans-inclusivo

Escenario:

Miguel tiene un atraso de su menstruación y se realiza una prueba de embarazo en el hogar. Inesperadamente está embarazado. Se dirige a Internet para buscar información sobre servicios de aborto. Los sitios web de todas las clínicas dan por hecho que le usuaria es una mujer cis, y algunos espacios son exclusivos para mujeres. Debido a que Miguel no se identifica como mujer, decide evitar las clínicas exclusivas para mujeres y elige otra para pedir un turno. La persona que contesta el teléfono es amable, pero casi inmediatamente dice que necesita hablar directamente con “la paciente” y le pide que le pase el teléfono a “ella”. Miguel intenta explicar que él es un hombre trans y que necesita un aborto. La persona en el otro extremo no parece comprender. Él necesita explicar que fue asignado al sexo femenino al nacer, que su obra social lo registró como una mujer, con otro nombre, pero que su

nombre es Miguel, que se identifica como hombre, que está embarazado y que necesita sacar un turno. Eventualmente, le es posible reservar un turno.

Obstáculos:

Miguel no se ve reflejado a sí mismo en el imaginario y la redacción de los distintos sitios web de las clínicas y realiza una decisión médica en función de dónde asume que será mejor bienvenido y comprendido. También quiere respetar a las mujeres cis que optan por un espacio reservado para personas que se identifican como mujeres. Ante una voz masculina, la persona que atiende el teléfono solicita hablar con “la paciente”, con lo cual Miguel debe explicar y justificar su necesidad de sacar un turno revelando información sobre sus genitales, su identidad de género y las discrepancias entre su identidad y la información en sus documentos del seguro médico. Es posible que se trate de información que sea incómodo revelar en una conversación telefónica y/o ante alguien que no sea el profesional de la salud que lo atenderá. No confía en la competencia cultural trans-específica de la clínica, pero necesita su competencia médica particular, por lo que acudirá a su turno.

Recomendaciones:

- Que las páginas web de las clínicas, los folletos informativos y otros documentos reconozcan que las personas trans necesitan servicios de aborto. Esto puede realizarse:
 - Modificando el lenguaje para que los servicios estén dirigidos a “cualquier persona que curse un embarazo”
 - Declarando expresamente que los servicios de salud son para mujeres cis y para personas trans e incluyendo esta información en la página de internet de cada establecimiento.
 - Incluyendo imágenes de personas y familias trans.
- Que la persona encargada de responder consultas telefónicas, en lugar de pedir hablar con “la paciente”, pregunte: “¿estoy hablando con la persona para la que es el turno?”. De esta manera, Miguel podría decir que sí y sentirse alentado de no haber sido inmediatamente asumido como el compañero, padre o amigo de la paciente. Enmarcado de este modo, Miguel tendría cierta confianza en que la clínica está al tanto de que

algunos hombres también necesitan abortos y que no siempre se puede saber la asignación de sexo o la identidad de género de alguien por su voz.

- Que el personal reciba capacitación adecuada para saber cómo responder a una usuaria trans que revela ser trans por teléfono. Una vez que Miguel se identificó como el posible usuario, el procedimiento de reserva debió haber seguido como de costumbre. Debido a que Miguel reveló que es trans, le telefonista podría preguntar amablemente qué pronombres utiliza y tomar nota de ello en su historia clínica.

La experiencia de Bel con la malgenerización

Escenario:

Bel es una persona no binaria y llega a su cita con su compañero, Iván. Se sientan en una esquina de la sala de espera y llenan los formularios. Bel escribe su nombre y anota al lado: “pronombre elle”, resaltándolo con un círculo. Nota las pequeñas banderas de arcoíris cubriendo algunas de las plantas y tiene la esperanza de que la experiencia sea buena. Los documentos de consentimiento hablan acerca de vaginas y enumeran la lista de riesgos que afectan a un cierto porcentaje de mujeres. Cuando llaman a Bel desde la sala de espera, Iván comienza a seguirle. El médico le dice “lo siento, tendrá que esperar aquí por el momento, pero se la devolveré en unos 20 minutos”. Bel espera hasta estar en el consultorio para señalar el pronombre que indicó en la planilla y el médico se disculpa, remarcando el círculo nuevamente. A continuación, le pregunta sobre el uso de métodos anticonceptivos y Bel explica que utilizan preservativos, pero no siempre. Finalmente, le brinda una rápida visión general de los posibles métodos alternativos, refiriéndose constantemente a la vagina y el pene. Bel señala que son muy jóvenes para tener hijos y el médico le responde que “la maternidad es un trabajo muy duro”. Bel regresa a la sala de espera y comparte la experiencia con Iván.

Obstáculos:

Bel debe asumir la responsabilidad de agregar un lugar para sus pronombres en los formularios médicos. Aun así, el médico no toma nota de esta información y le malgeneriza en la sala de espera pública. Y aunque dibuje un círculo alrededor de los pronombres nuevamente, Bel no confía en que la próxima persona con quien hable tome nota de su pronombre. Los documentos de consentimiento y el asesoramiento sobre anticoncepción no utilizan los términos para las partes del cuerpo que utilizan Bel e Iván. Mientras que Bel pueda probablemente descifrar la información sobre cómo utilizar los distintos métodos anticonceptivos, es más probable que descarten la información, suponiendo que los riesgos descriptos aplican únicamente para personas cis. El uso de

“maternidad” en lugar de xaternidad, también representa un ejemplo de malgenerización.

Recomendaciones:

- Que los documentos de admisión médica incluyan un espacio para los pronombres y que, si ese espacio es dejado en blanco, se pida a los usuarios que los especifiquen. Esto es algo que el personal puede hacer tomándose como ejemplo (“Hola, soy Juan, soy el recepcionista. Utilizo el pronombre “él”. ¿Qué pronombre usás vos?”)
- Que el personal practique hablando con una gama diversa de pronombres o sin utilizar ningún tipo de lenguaje de generizado.
- Los colores del arcoíris y otros símbolos que ciertos espacios utilizan para presentarse como servicios/espacios amigables indican a las personas trans que son bienvenidas. Es conveniente no utilizar estos símbolos a menos que el personal esté preparado para prestar servicios inclusivos para todas las personas trans.
- Si bien los documentos de consentimiento no siempre pueden ser modificados por razones médico-legales, es posible adjuntar una pequeña nota a los formularios que diga: “Reconocemos que puede utilizar un lenguaje diferente para referirse a su cuerpo, sus partes del cuerpo, y al cuerpo y las partes del cuerpo de su/s compañere/s. Por favor, háganos saber el vocabulario que usted usa”. De esta manera, Bel podría haber escrito las palabras que utiliza y le podría haber adecuado su vocabulario para hablar de los diversos métodos anticonceptivos.
- Que los documentos de capacitación y protocolos internos eviten el uso del lenguaje generizado. Esto predispone el marco para nuevos integrantes del equipo de salud.
- Que se preste atención a cómo temas como el embarazo, las prácticas sexuales, los métodos anticonceptivos, el aborto y la crianza suelen estar generizados. A partir de ello, reemplace las expresiones genéricas sobre madre/madres/maternidad/padres/paternidad por otras expresiones neutrales tales como xadres o crianza.

El aislamiento de Tom

Escenario:

Tom se ha puesto la bata y le indican que espere en la sala de espera con el resto de las personas usuarias: va a hacerse una ecografía. Mientras tanto, Tom nota que una usuaria se mueve incómodamente en su silla, mirándolo fijamente. Esta persona se levanta y abandona la sala. Momentos después, una enfermera llega y le pide a Tom que la acompañe. Le indica que se siente solo en un pasillo, en lugar de la sala de

espera “por el bien de su privacidad”. Tom tiene la sensación de que su expresión de género masculina incomodó a la otra usuaria y él se siente segregado. Luego del procedimiento, lo llevan a la sala de recuperación compartida donde hay seis sillas, una al lado de la otra, con cortinas de privacidad entre ellas. La usuaria que realizó la queja está en la silla más alejada de él. Aunque ninguna de las cortinas de los otros cubículos está corrida, la enfermera se asegura de que las de Tom estén bien cerradas.

Obstáculos:

Tom es aislado bajo el pretexto de proteger su privacidad. No le preguntan si es algo que necesite ni tampoco se ofrece esta posibilidad a ninguna otra usuaria, incluyendo la persona que se ha quejado. Tom siente que la clínica priorizó conformar el transodio de la demandante en lugar de priorizar su bienestar y asegurarse de que tuviera una consulta segura y libre de prejuicios.

Recomendaciones:

- Que el personal sea capacitado para manejar quejas o problemas planteados por otras usuarias respecto de una persona trans en el espacio. Esto podría incluir afirmaciones como “Esta institución ofrece servicios para cualquiera que los necesite. Esta persona es usuaria aquí”. Si la queja persiste, se puede responder como se haría ante un incidente de racismo u otro prejuicio entre usuarias.
- Si existieran serias preocupaciones por la seguridad y/o privacidad de una persona trans, que el personal sea entrenado para preguntar a la persona trans si le gustaría esperar en un espacio privado, y que esté preparado para la posibilidad de que la persona trans diga que no.

El transodio hacia Alex en la sala de emergencias

Escenario:

Alex tiene quince años y comenzó a identificarse como una persona trans hace tres. Su última menstruación fue hace varias semanas, pero no le dio mayor importancia. No se dio cuenta de que estaba embarazada hasta hace unos días, cuando se desmayó en la escuela y fue llevado al hospital. En la sala de emergencias descubrió que tenía 12 semanas de embarazo. La enfermera estaba shockeada y le dijo. “¿Notaste que ya no estabas menstruando? ¿Tu novio no se cuidó? Sos una chica muy linda, aunque te vistas como un chico”. Alex necesita un aborto y no sabe cómo acceder a uno. No sintió que pudiera preguntarle a la enfermera. Cuando vuelve a casa, busca en internet y no encuentra nada.

Obstáculos:

Alex es como muchos otros jóvenes trans que no acceden a la educación sexual, ya que no ha recibido información adecuada

sobre sus capacidades reproductivas. Ve la ausencia de su menstruación como algo bueno: es un chico y no quiere menstruar. Se siente juzgado por la enfermera, por un lado, por no haberse dado cuenta de que estaba embarazada y, por el otro, por su identidad de género. La enfermera percibe al embarazo y al aborto como experiencias exclusivas de las mujeres cis y asume que Alex es una mujer masculina. Asume también que la pareja de Alex es un varón. Alex se queda con la sensación de que seguir adelante con el embarazo es su única opción y que es su culpa, pensando que, si fuera una chica, lo habría sabido.

Recomendaciones:

- Que las campañas de salud sexual y reproductiva también se dirijan a jóvenes trans. Les jóvenes trans suelen estar en desventaja en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Si bien en Argentina la educación sexual es un derecho de todos los estudiantes (Ley Nacional 26.150), la perspectiva de los materiales es una perspectiva cis, que se pronuncia fundamentalmente en los contenidos ligados a la salud reproductiva. Teniendo en cuenta la falta de oportunidades y materiales educativos apropiados para les jóvenes trans, les proveedores de atención primaria pueden asegurarse de brindar información importante a les usuarias trans sobre sus capacidades reproductivas, métodos anticonceptivos y su salud sexual. Podrían desarrollarse campañas que reflejen las experiencias de jóvenes trans para subsanar esta brecha. Si Alex hubiera recibido educación sexual y reproductiva trans-específica, habría tenido la información y el apoyo necesarios para prevenir su embarazo o para detectarlo antes.
- Les profesionales de la salud que trabajan en instituciones que brindan abortos y en otros centros sanitarios deben reconocer, por un lado, la diversidad de las experiencias trans. Por el otro, que el embarazo, el aborto, la lactancia, la menstruación, la producción de semen, la menopausia, etc. no son experiencias exclusivas de mujeres cis y varones cis. Las personas trans pueden estar embarazadas, amamantar, producir esperma, o menstruar sin que ello socave sus identidades de género.

Ari (usa pronombre elle) evita el hospital. Termina en una ambulancia

Escenario:

Ari está en casa y ya han pasado dos días desde que usó misoprostol. Ya que no quería que le malgenerizaran, decidió evitar ir a un hospital o una clínica y consiguió el medicamento por Internet. De repente, empieza a sangrar fuertemente y su dolor se intensifica tanto que decide llamar una ambulancia. Casi de inmediato, les médicas empiezan a hablar de Ari como si elle no estuviera allí: “Tranquila, vamos a cuidarte bien. Parece que ella está experimentando una hemorragia

leve post-aborto, la presión es normal. ¿Te sentís bien, Ari? ¿No querías a tu bebé? Central, aquí Marcos, tenemos una mujer de 35 años, posibles complicaciones por un aborto, estaremos en camino en 2 minutos. Tranquila, Ari, te estamos llevando al Centro de la Mujer. Está un poquito más lejos, pero es el mejor lugar para vos.”

Obstáculos:

Al igual que otras personas trans, Ari evitó a les profesionales de la salud por miedo a tener una experiencia negativa. Elle estaba experimentando una cantidad esperable de sangrado para ser un aborto con medicamentos. Sin embargo, no estaba en contacto con un servicio de salud ni accedió a información adecuada respecto de qué síntomas esperar, qué pautas de alarma tener y qué eventos monitorear. Un servicio de consejería adecuado también podría haberle brindado un número de teléfono para llamar en caso de complicaciones, o una guardia segura a la cual asistir. Ari entró en pánico ante la inesperada hemorragia y llamó una ambulancia. Allí, fue malgenderizado por el personal de la ambulancia y llevada a una Maternidad dirigida a mujeres cis, aunque se encontrara más lejos, aumentando la posibilidad de tener más experiencias negativas.

Recomendaciones:

- Que el sistema de salud desarrolle más información trans-específica y más servicios trans-inclusivos, incluyendo proveedores de aborto. Los recursos informativos permiten a las personas tomar decisiones informadas respecto de su salud. Éstos deben contener información respecto de cómo los servicios de aborto pueden garantizar que las personas trans tengan acceso a la atención que realmente necesitan de manera oportuna. Las personas trans suelen evitar o retrasar el acceso a los servicios de salud por temor al transodio y en este caso Ari buscó atención de emergencia porque no sabía que estaba experimentando signos y síntomas esperables posteriores al aborto con medicamentos, tampoco conocía cómo controlarlos. Se necesita información trans-inclusiva en los sitios web que ofrecen servicios de aborto y mejorar la accesibilidad en las instituciones.
- Las instituciones o servicios exclusivos para mujeres cis son conflictivos para las personas trans. Estos espacios suelen contar con recursos que potencialmente podrían prestar servicios a todas las personas asignadas al sexo femenino al nacer, sin embargo, están enmarcados y capacitados exclusivamente para brindar atención a mujeres cis. Es necesario contar con políticas y prácticas trans-inclusivas que tengan en cuenta tanto las identidades como los cuerpos de todas las personas con capacidad de gestar. Esto puede requerir replantear las políticas exclusivas para mujeres o las declaraciones de misión y marcos de trabajo centrados en las mujeres cis.



B. EVALUACIÓN DE LA INCLUSIVIDAD TRANS

Luego de revisar este manual, la siguiente escala⁶⁹ puede ayudarle a comenzar a evaluar el nivel de inclusividad trans en su institución de salud, clínica u organización. Algunos elementos se refieren a puertas de entrada institucionales para la trans-inclusividad, mientras que otros son instructivos, interpersonales, personales o se refieren a la imagen institucional de la institución de salud, clínica u hospital. Se recomienda tener una variedad de personas miembros de su equipo que completen la evaluación para poder determinar si las respuestas son consistentes y demuestran un entendimiento compartido y una cultura trans-inclusiva. La falta de respuestas consistentes podría significar que se necesitan más estructuras para asegurar que todo el personal reciba apoyo en función de promulgar políticas inclusivas; también pueden ayudar a identificar brechas en el conocimiento, falta de conocimiento de las políticas y directrices internas trans-inclusivas, la necesidad de capacitaciones y apoyos específicos y las barreras que les usuaries pueden experimentar en el acceso a los servicios del centro de salud o de la organización.

Tres aclaraciones importantes deben ser hechas. Primero, una evaluación positiva -incluso si es unánime- no implica necesariamente que se brinde de hecho una buena atención a les usuaries trans, sino solamente que se han dado pasos importantes y necesarios para brindarles una buena atención. Segundo, en un contexto donde el sistema de salud está desfinanciado y fragmentado, es fundamental tener presente que remover las barreras materiales para el ejercicio de los derechos sanitarios requiere además políticas públicas y presupuesto. Tercero, la calidad y competencia de los servicios de aborto trans inclusivo requerirán también desarrollar guías de práctica clínica e investigaciones aplicadas en salud con población trans.

1: Totalmente en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: De acuerdo 4: Totalmente de acuerdo NS: No sabe NA: No aplica

Área de interés	1	2	3	4	NS	NA
La junta directiva/dirección ejecutiva del hospital/clínica/centro de salud posee políticas, directrices, guías, reglamentos administrativos u otras directivas claras para trabajar con personal trans. (Institucional)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La junta directiva/dirección ejecutiva del hospital/clínica/centro de salud posee políticas, guías, procedimientos clínicos u otras directivas claras para trabajar con usuaries trans. (Institucional)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El hospital/clínica/centro de salud posee una política de contratación que alienta a las personas trans a postularse a puestos. (Institucional)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El hospital/clínica/centro de salud respeta el cupo laboral trans. (Institucional)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El hospital/clínica/centro de salud posee formularios y los mecanismos necesarios para permitir a les usuaries notificar al personal respecto de sus pronombres y de si utilizan un nombre diferente al registral. (Institucional)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El hospital/clínica/centro de salud posee baños designados como de género neutro. (Institucional)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

El hospital/clínica/centro de salud posee una política que asegura la privacidad/confidencialidad de les usuaries trans. (Institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El hospital/clínica/centro de salud posee directrices y apoyos para asegurar que el personal pueda atender a les usuaries que tienen preocupaciones por la presencia de una usuarie trans en el espacio, inclusive en el vestuario, el baño, la sala de espera y la sala de recuperación. (Institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El hospital/clínica/centro de salud tiene carteles y otras imágenes que presentan una diversidad de géneros y que comunican que el espacio es acogedor con las personas trans. (Institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El hospital/clínica/centro de salud capacita al personal para asegurar que realice la reserva de turnos y otras tareas administrativas de manera trans-inclusiva, que utilice lenguaje de género neutro y que no asigne compulsivamente un género a les usuaries. (Institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El personal del hospital/clínica/centro de salud es consciente de que una usuarie identificade como “varón” en su credencial y otros documentos puede tener problemas burocráticos respecto de su cobertura médica y está dispuesto a llamar a las autoridades correspondientes y explicar la situación en nombre de la usuarie. (Instructivo)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El personal y les directives del hospital/clínica/centro de salud están debidamente capacitades para prestar servicios de aborto trans-inclusivos, incluyendo educación sobre salud sexual trans-inclusiva. (Instructivo)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El hospital/clínica/centro de salud destina tiempo y presupuesto a la capacitación del personal y directives para prestar servicios de aborto trans inclusivos. (Institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Al personal y a les directives del hospital/clínica/centro de salud se les ofrece la posibilidad de participar en formaciones que les permitan aumentar su competencia al trabajar con usuaries trans. (Instructivo)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El personal del hospital/clínica/centro de salud respeta las indicaciones de les usuaries trans sobre sus nombres y pronombres. (Interpersonal)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El personal del hospital/clínica/centro de salud está preparado para preguntar a les usuaries trans qué lenguaje utilizan para referirse a sus partes del cuerpo, y están preparades para reflejar ese lenguaje en todas las interacciones, incluyendo donde sea posible en notas oficiales de enfermeres/médiques. (Interpersonal)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El personal del hospital/clínica/centro de salud está preparado para abordar el transodio, tanto si los comentarios o el comportamiento provienen del personal (médico o administrativo) como de parte de usuaries. (Instructivo, Interpersonal)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

El sitio web del hospital/clínica/centro de salud incluye una declaración de misión, un propósito o valores y/o una lista de objetivos que incluye explícitamente la provisión de servicios de aborto para personas trans. (Imagen institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El nombre del hospital/clínica/centro de salud sugiere que les usuaries son bienvenides cualquiera sea su identidad de género (es decir, no hace referencia exclusiva a las mujeres). (Imagen institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
El sitio web del hospital/clínica/centro de salud es consistente en su uso del lenguaje inclusivo, aun en versiones traducidas de cualquier documento publicado en su sitio web (formularios de consentimiento, descripciones de turnos, etc.). (Imagen institucional)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Me siento cómodo discutiendo la complejidad del género en lo que se refiere al cuidado de la salud sexual y reproductiva en mi papel de (directore, enfermere, médique, promotore, recepcionista, etc.) (Interno)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Me sentiría cómodo interviniendo si presenciara comentarios o comportamientos transodiantes de parte de alguien del personal o de otros usuaries. (Interno)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
En nuestro hospital/clínica/centro de salud, es seguro para mí ser yo mismo. (Interpersonal, Interno)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
En nuestro hospital/clínica/centro de salud, sería física, emocional y profesionalmente seguro para una trabajadore declararse como trans. (Institucional, Interpersonal, Interno)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Siento que he hecho mi propio trabajo interno explorando el género y cómo el género se cruza con cuestiones que encontramos en la clínica/hospital/centro de salud, incluyendo el embarazo, la agresión sexual, la salud sexual, las ideas sobre la crianza y las estructuras familiares, etc. (Interno)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

¿Hay algún otro aspecto de su clínica/hospital/centro de salud u organización que refiera a la presencia o ausencia de prácticas trans-inclusivas?

Según las preguntas incluidas en esta herramienta de evaluación, ¿Cuáles son las áreas en que las prácticas y políticas pueden modificarse en toda la organización para crear condiciones más trans-inclusivas tanto para usuaries como para empleades?

Según las preguntas incluidas en esta herramienta de evaluación, ¿Qué aspecto de su propio trabajo podría mejorarse o modificarse para contribuir a un espacio trans-inclusivo tanto para usuaries como para empleades?

¿Qué tan consistentes son las respuestas a esta herramienta de evaluación en toda la institución/organización?

¿Esta herramienta de evaluación reveló áreas de preocupación específicas o barreras imprevistas que deban abordarse que aún no había considerado?

¿Cuáles son algunos de los puntos fuertes de su institución/organización sobre los que debería trabajar para ofrecer un espacio más trans-inclusivo y para asegurar que los servicios que ofrece sean trans-inclusivos?

PALABRAS FINALES

Gracias por tomarse el tiempo de leer este manual. Esperamos que le haya resultado informativo y útil. Como prestadore de servicios de salud, está en una buena posición para realizar el trabajo de crear servicios de aborto trans-inclusivos y para hacer de su hospital, centro de salud, clínica o lugar de trabajo, un espacio acogedor en donde las personas trans puedan recibir una atención competente.

RECURSOS – PARA USTED, PARA QUE LEAN LES USUARIOS

Recursero Trans

www.recursero.info

Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Recursero:

www.redsaluddecidir.org/category/material/audiocisuales

www.redsaluddecidir.org/category/material/campanas

www.redsaluddecidir.org/category/material/guias

Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas

www.redaas.org.ar/archivos-recursos/Manual-abortoconpastillas.pdf

Protocolo para la Atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf

Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires:

<https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>

Mitología política sobre aborto y hombres trans

www.sxpolitics.org/es/3945-2/3945

Gestar y abortar para los hombres trans: una revisión de literatura científica

<https://revistacontroversia.com/index.php/controversia/article/view/1209/972>

Soy hombre trans y aborté: nadie sabe qué hacer con nuestros cuerpos

www.agenciapresentes.org/2017/09/28/hombre-trans-aborte-nadie-sabe-cuerpos

Es un hombre trans y terminó en un hospital, de urgencia, tras un aborto clandestino:

“Me desperté con un policía al lado”

www.diariofemenino.com.ar/es-un-hombre-trans-y-termino-en-un-hospital

Guía de Tratamientos de Modificación Corporal Hormonal para personas trans*

www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/files/2020/09/Gu%C3%ADa-TMCH-I-Versi%C3%B3n-2020.pdf

El reloj político de los derechos sexuales y reproductivos

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/socialesendebate/article/view/3342/2739>

¡Aborto legal para tipos trans!

www.revistaanfibia.com/cronica/aborto-legal-para-tipos-trans

Algunos casos de mala praxis retórica y crímenes de lesa argumentación en los debates contemporáneos sobre aborto

www.relampagos.net/2018/05/14/algunos-casos-de-mala-praxis-retorica-y-crmenes-de-lesa-argumentacion-en-los-debates-contemporaneos-sobre-aborto

Aborto y varones trans

www.youtube.com/watch?v=wXSz_BmTiq8&feature=youtu.be

Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/124493/CONICET_Digital_Nro.735f8238-27c1-4075-afbb-5c28fa921397_B.pdf

ORGANIZACIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ARGENTINA

COLECTIVA BRAVA – SOCORRISTAS MAR DEL PLATA

www.comohacerseunaborto.com/es/inicio

LA HOGUERA – TIERRA DEL FUEGO

www.facebook.com/LaHogueraTDF

RED ABORTO LEGAL CHUBUT

www.abortolegalchubut.wixsite.com/misitio

www.facebook.com/abortolegalchubut

LA HOGUERA CONSEJERÍAS – BUENOS AIRES Y CABA

www.facebook.com/lahogueraconsejerias

RED ABORTO PUERTO MADRYN

www.facebook.com/redabortopuertomadryn

www.twitter.com/RedAborto

SOCORRISTAS EN RED

www.socorristasenred.org

CASA FUSA (En su comunicación se dirigen a personas gestantes y usuaries, aunque no hay información específica para hombres trans y personas NB)

www.grupofusa.org

CASA Matrioshka (En su comunicación se dirigen a personas gestantes y usuaries, aunque no hay información específica para hombres trans y personas NB)

www.facebook.com/casamatrioskespaciodesalud

SOCORRISTAS CATAMARCA

3834221799

Lunes a viernes de 9 a 12 y 16 a 19

(puede haber modificaciones en el horario)

www.facebook.com/SocorroRosaCatamarca

www.instagram.com/socorristascatamarca

SOCORRO ROSA JUJUY

+5493885841757

(lunes a viernes de 10 a 16 hs.)

www.facebook.com/Socorro-Rosa-Jujuy-248282675510986

www.instagram.com/socorrrosajujuy

Mail: socorristasjujuy@gmail.com

SOCORRO ROSA SANTIAGO DEL ESTERO.

3856106940

www.facebook.com/SocorroRosaSantiago

www.instagram.com/socorrrosasgo

twitter.com/SocorroRosaSDE

SOCORRO CALCHAQUÍ

(Amaicha del Valle, Tucumán)

3813650630

www.facebook.com/colectiva.amaicha.7

www.instagram.com/lacolectivaenamaicha

SOCORRO ROSA SALTA

3874864085

Facebook: <https://www.facebook.com/Socorro-Rosa-Salta-938627342861802>

Instagram: <https://www.instagram.com/socorrrosasalta/>

SOCORRO ROSA QUEBRADA Y PUNA, JUJUY

3884808975

Facebook: <https://www.facebook.com/Socorro-Rosa-Quebrada-de-Humahuaca-y-Puna-123790868174674>

Instagram: <https://www.instagram.com/socorroquebradaypuna/>

REFERENCIAS INSTITUCIONALES

LÍNEA GRATUITA NACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

0800-222-3444

(lunes a viernes 9 a 21hs. sábados, domingos y feriados 9 a 18hs.)

PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL EN SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Efectores de salud que brindan atención a población LGBT+:

www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/centros-de-salud

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Mapa de efectores de salud que realizan IVE y otras prácticas:

<https://arcg.is/I9X8Wb0>

COORDINACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA CABA:

Mail: saludreproductiva@buenosaires.gob.ar

Teléfono: 4339 7817 (lunes a viernes de 9:00 a 13:00 hs.)

CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A continuación se encuentra la bibliografía que respalda los contenidos de este manual. Si le interesa leer más acerca de estos temas, hemos creado también una lista de lectura suplementaria que incluye todos estos artículos y más. Puede descargar la lista de lectura complementaria en el sitio web de A.J. Lowik aquí: www.ajlowik.com.

- 1 Colen, S. (1995). Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. En F. D. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction* (pp. 78-102). Berkeley: University of California Press.
- 2 Este glosario está tomado directamente del recurso complementario de la serie de talleres Promover la alfabetización trans (Promoting Trans Literacies), creado por estudiantes trans de la Universidad de British Columbia con el objetivo de explorar los modos en que les docentes pueden desarrollar prácticas pedagógicas trans inclusivas. Se ha actualizado y modificado a partir de la versión del glosario del 2016, disponible aquí: http://grsj.arts.ubc.ca/get-involved/promoting-trans-literacies/supplementary-resource-handout-2016_09_26/. Los principios rectores y las secciones de “cometer errores” de este manual también se basan en el recurso complementario Promover la alfabetización trans.
- 3 Jolles, M. (2012). Between embodied subjects and narrative somaesthetics. *Hypatia*, 27(2), 301-318.
- 4 Berger, A. P., Potter, E. M., Shutters, C. M. & Imborek, K. L. (2015). Pregnant transmen and barriers to high quality healthcare. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, 5(2), 1-12.
- 5 Spade, D. (2011). About purportedly gendered body parts. DeanSpade.Net, Retrieved from <http://www.deanspade.net/2011/02/03/about-purportedly-gendered-body-parts/>
- 6 MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A. & Myler, E. (2016). Transmasculine individual's experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(106), 1-17.
- 7 Ware, S. M. (2009). Boldly Going Where Few Men Have Gone Before: One Trans Man's Experience. In R. Epstein (Ed.) *Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood* (pp. 65-72). Toronto, ON: Sumach Press.
- 8 Califia-Rice, P. (2000). “Family Values: Two dads with a difference —neither of us was born male.” *The Village Voice*, June 20. <http://www.villagevoice.com/2000-06-20/news/family-values/>
- 9 Pelletier, G. & Green, F. (2015). Introduction. En F. Green and G. Pelletier (Eds). *Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering*, pp. 1-13. Bradford, ON: Demeter Press.
- 10 Lowik, A. (2015). The Ties that Bind are Broken: Trans* Breastfeeding Practices, Ungendering Body Parts and Unsexing Parenting Roles. En F. Green and G. Pelletier (Eds.) *Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering*, pp. 205-221. Bradford, ON: Demeter Press.
- 11 Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. & Kerns, J. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology* 124(6): 1120-1127.
- 12 Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6), 1120-1127.
- 13 Boudreau, D., & Mukerjee, R. (2019). Contraception care for transmasculine individuals on testosterone therapy. *Journal of midwifery & women's health*, 64(4), 395-402.
- 14 Elichiry, M. (2020). Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/files/2020/09/Gu%C3%ADa-TMCH-I-Versi%C3%B3n-2020.pdf>
- 15 Lothstein, L. (1988). Female-to-male transsexuals who have delivered and reared their children. *Annals of Sex Research*, 1, 151-166.
- 16 More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328.
- 17 Murphy, T. (2015). Assisted Gestation and Transgender Women. *Bioethics* 29(6): 389-397

- 18 Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- 19 Ibid.
- 20 Rapid Response Service. (2014). *Rapid Response: Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people*. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network.
- 21 Gorton, N. (2013). Transgender as Mental Illness: Nosology, Social Justice, and the Tarnished Golden Mean. En S. Stryker & A. Aizura (Eds.) *The Transgender Studies Reader 2*, pp. 644-654. New York, NY: Routledge.
- 22 Cromwell, J. (1999). *Transmen and FTMs: Identities, Bodies, Genders and Sexualities*. Chicago, IL: University of Illinois Press.
- 23 More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328.
- 24 T'Sjoen, G., Caenegem, E. V. & Wierckx, K. (2013). Transgenderism and reproduction. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 575-579.
- 25 Surkan, K. J. (2013). FTM in the fertility clinic: Troubling the gendered boundaries of reproduction. Paper presentation at *Probing Boundaries of Reproduction: Origins, Bodies, Transitions, Futures*, 1st Global Conference, May 12-May 13, Prague, Czech Republic.
- 26 Verlinden, J. (2012). Transgender bodies and male pregnancy: The ethics of radical self-refashioning. En M.M. Hampf & M. Snyder-Korber (Eds.) *Machines: Bodies, Genders and Technologies*, (pp. 107-136). Heidelberg
- 27 Sharpe, A. N. (2007). A critique of the Gender Recognition Act 2004. *Bioethical Inquiry*, 4, 33-42.
- 28 TGEU Transgender Europe – maps and other resources available online at <http://tgeu.org/>
- 29 World Professional Association for Transgender Health (2015, January 19). 2015 WPATH Statement on Identity Recognition. Retrieved from <http://www.wpath.org>
- 30 World Health Organization. (2014). *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement*, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Recuperado de <http://www.unfpa.org/resources/eliminating-forced-coercive-and-otherwise-involuntary-sterilization>
- 31 von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). *Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people*. *Culture, Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131
- 32 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 33 De Sutter, P., Verschoor, K. K., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. *International Journal of Transgenderism* 6(3), 215-221.
- 34 Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D. Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P. & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27, 483-487.
- 35 James-Abra, S., Tarasoff, L.A., green, d., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L.S. & Ross, L.E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 1-10.
- 36 De Sutter, P., Verschoor, K. K., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. *International Journal of Transgenderism* 6(3), 215-221.
- 37 Nixon, L. (2013). The right to (trans)parent: A reproductive justice approach to reproductive rights, fertility, and family-building issues facing transgender people. *William and Mary Journal of Women and the Law*, 20(1), 73-103.
- 38 Cárdenas, M. (2016). Pregnancy: Reproductive Futures in Trans of Color Feminism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 3(1-2): 48-57
- 39 Ibid.
- 40 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316
- 41 von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). *Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people*. *Culture, Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131.

- 42 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 43 Baetens, P., Camus, M., & Devroey, P. (2003). Should requests for donor insemination on social grounds be expanded to transsexuals? *Reproductive Biomedicine Online*, 6, 281-286.
- 44 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 45 Pyne, J., Bauer, G., & Bradley, K. (2015). Transphobia and other stressors impacting trans parents. *Journal of LGBT Family Studies*, 11(2), 107-126.
- 46 Ibid.
- 47 James-Abra, S., Tarasoff, L.A., green, d., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L.S. & Ross, L.E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 1-10.
- 48 Hines, S. (2006). Intimate transitions: Transgender practices of partnering and parenting. *Sociology*, 40, 353-371.
- 49 Pyne, J. (2012). *Transforming family: The struggles, strategies and strengths of trans parents*. Toronto, Ontario, Canada: Sherbourne Health Centre.
- 50 Pyne, J. (2013). Complicating the truth of gender: Gender literacy and the possible worlds of trans parenting. En F. Green & M. Friedman (Eds.), *Chasing rainbows: Exploring gender fluid parenting practices* (pp. 127-144). Toronto, Ontario, Canada: New Demeter Press.
- 51 Ryan, M. (2009). Beyond Thomas Beatie: Trans Men and the New Parenthood. En R. Epstein (Ed.) *Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood* (pp. 139-150). Toronto, ON: Sumach Press.
- 52 Lothstein, L. (1988). Female-to-male transsexuals who have delivered and reared their children. *Annals of Sex Research*, 1, 151-166.
- 53 More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328.
- 54 Obedin-Maliver, J. & Makadon, H.J. (2015). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 0(0), 1-5.
- 55 Davy, Z. (2011). *Recognizing transsexuals: Personal, political and medicolegal embodiment*. Ashgate Publishing Limited: Surrey.
- 56 Ibid.
- 57 Ware, S. M. (2009). Boldly Going Where Few Men Have Gone Before: One Trans Man's Experience. En R. Epstein (Ed.) *Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood* (pp. 65-72). Toronto, ON: Sumach Press.
- 58 Van Esterik, P. (1994). Breastfeeding and Feminism. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 47 Supplement, 41-54.
- 59 Lowik, A. (2015). The Ties that Bind are Broken: Trans* Breastfeeding Practices, Ungendering Body Parts and Unsexing Parenting Roles. En F. Green and G. Pelletier (Eds.) *Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering*, pp. 205-221. Bradford, ON: Demeter Press.
- 60 Graff, E.J. (2015). Real Men Give Birth. *Gay with Kids*. Recuperado de <https://gayswithkids.com/real-men-give-birth/>
- 61 Pantelides, M. E. y Mario, S. (2005). Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido. Resumen ejecutivo CENEP y CEDES. Pantelides, M. E. y Mario, S. (2009). Estimación del Aborto Inducido en Argentina. Notas de población N°87, Santiago de Chile.
- 62 Hablamos de "mortalidad de personas embarazadas" para evitar "mortalidad materna". Este indicador estadístico es utilizado mundialmente para medir la cantidad de muertes de personas durante el embarazo, durante el parto o los días siguientes al parto. El término "materno" resulta inapropiado por dos razones. En primer lugar, porque asume que toda persona embarazada es una mujer. En segundo lugar, porque hace de toda persona embarazada una madre, incluso aquellas personas que interrumpen el embarazo.
- 63 Ramón Michel, A. y Ariza, S. (2018). La legalidad del aborto en Argentina. Boletín REDAAS, sep. 2018. Recuperado de <http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/I29-09.%20Legalidad%20del%20Aborto%20-%20ARM%20y%20SAN.pdf>
- 64 El material puede encontrarse aquí <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/09/Informe-de-gesti%C3%B3n-Estrategia-de-implementaci%C3%B3n-de-la-interrupci%C3%B3n-legal-del-embarazo-en-PBA.-Enero-junio-2020.pdf>
- 65 El laboratorio público de Santa Fe suma misoprostol a su lista de medicamentos (2020, Julio 13) Recuperado de <https://www.telam.com.ar/notas/202007/488763-santa-fe-misoprostol-medicamentos.html>

- 66 Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Recuperado de https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F22&Lang=en
- 67 Ley Nacional de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LN 27610).
- 68 Rainbow Health Ontario, CAMH, LGBTQ Parenting Network. (2012). "RHO Fact Sheet: Reproductive Options for Trans People." Toronto, ON. Recuperado de http://www.rainbowhealthontario.ca/admin/contentEngine/contentDocuments/Reproductive_Options_for_Trans_People_final.pdf
- 69 Esta propuesta se basa en la herramienta Evaluación de inclusividad de género (Gender Inclusive Assessment), creada por Gender Spectrum, para evaluar qué tan inclusivo es el entorno escolar en materia de género. Recuperado de <https://www.genderspectrum.org/resources/education-2/>

cátedra libre de
estudios trans

