

GLOBAL ACTION
FOR
TRANS
EQUALITY



Es Tiempo de Reforma Cuestiones de Salud Trans* en la Clasificación Internacional de Enfermedades

Informe de la reunión
de Expert*s organizada por GATE

La Haya
16 al 18 de noviembre
2011

Es tiempo de reforma

Cuestiones de Salud Trans*
en la Clasificación Internacional de Enfermedades

Informe de la reunión
de Expert*s organizada por GATE

La Haya
16 al 18 de noviembre
2011

INDICE

I.Introducción.....	3
I.1. Sobre este informe.....	4
I.2.Sobre el proceso de reforma del CIE.....	4
Expert*s invitad*s.....	5
Lo que esta en juego.....	6
Principios.....	7
Sobre el término Trans*	7
II Acuerdos sobre los códigos a ser eliminados.....	8
III. Discusiones Abiertas.....	9
III.1 Cuestiones de salud trans* en la CIE-11.....	9
III.2 Modelo Estrella de Mar.....	10
III.3 Códigos Z.....	11
III.4 Códigos E y N.....	13
III.5 Códigos F.....	15
III.5.a. Eliminar todos los códigos F que aludan específicamente a las personas trans*	16
III.5.b. Crear un nuevo bloque o código/s F específicamente trans*, basado en las experiencias clínicamente relevantes y en particular la angustia.....	18
IV. Recomendaciones y Conclusiones.....	21
V. Definiciones.....	23
Agradecimientos.....	24

Introducción

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es un documento que incluye y organiza todos los trastornos, enfermedades, heridas y demás situaciones de índole sanitaria, así como los diagnósticos que reconocen y aplican l*s profesionales de la salud y los sistemas sanitarios. La CIE es producida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ratificada por la Asamblea Internacional de Salud. En este momento está vigente la décima edición (conocida como CIE-10), que fue aprobada en el año 1990. La OMS está revisando la Clasificación, con el propósito de presentar su undécima edición, la CIE-11, en el año 2015.

La CIE-10 incluye distintos diagnósticos que conciernen a las personas trans*. La mayoría de estos diagnósticos están incluidos en el Capítulo IV, dedicado a los Trastornos Mentales y de Comportamiento. Otras referencias se encuentran bajo los Trastornos de la Preferencia Sexual. Estos diagnósticos no solamente se aplican con regularidad a las personas trans* adultas, sino también a niñ*s y adolescentes.

Los diagnósticos de la CIE-10 se utilizan en muchos países para hacer posible el acceso de las personas trans* a la salud (incluyendo su salud transicional). También son requeridos como condición para acceder al reconocimiento legal de la identidad de género. Sin embargo, los mismos diagnósticos han sido históricamente denunciados en tanto patologizan a las personas trans* y a sus experiencias del cuerpo, la identidad, la expresión y la sexualidad. Al mismo tiempo, y en tanto constituyen juicios anticuados y prejuiciosos, los diagnósticos que conciernen a las cuestiones sanitarias trans* han sido criticados por su escasa o nula relevancia clínica. Es por eso que desde distintos sectores de la comunidad trans* se insiste en la necesidad de abordar críticamente tanto la aplicación de la CIE-10 como la formulación de la CIE-11.

A mediados del año 2011 GATE resolvió contribuir formalmente a este proceso colectivo a través de la organización de instancias de encuentro, discusión y producción en torno a dos cuestiones centrales: la despatologización trans* en el contexto de la CIE-11 y el pleno acceso de las personas trans* a la atención de salud (y al reconocimiento legal de su identidad de género, allí donde el diagnóstico es todavía un requisito). Con este fin, y como primera actividad, GATE convocó a un grupo de especialistas en distintas áreas –much*s de ell*s activistas trans*– a fin de discutir en profundidad la CIE-10 y proponer líneas de trabajo con vistas a la producción de la CIE-11. El documento que circulamos hoy refleja los debates sostenidos en esta reunión, y es nuestra esperanza que este documento contribuya a promover esos y otros debates en distintas comunidades y movimientos trans*.

La OMS producirá la CIE-11 a lo largo de los próximos años. Esos deben ser, por lo tanto, años en los que activistas trans* de todo el mundo tomemos parte en ese proceso –a través del análisis y la discusión, de la elaboración y puesta en común de propuestas, etc. Los interrogantes planteados por la necesidad de combinar despatologización y pleno acceso a derechos sanitarios y legales no tienen una única respuesta, capaz de satisfacer las necesidades e intereses de todas las personas trans* en cada uno de sus países y sus sistemas públicos o privados de salud. Es por eso que desde GATE llamamos a la participación comprometida en este proceso. No dudes en contactarnos escribiendo a icd@transactivists.org

I.1 Sobre este informe

Este documento tiene por objeto compartir un panorama de las discusiones que tuvieron lugar durante la Reunión de Expert*s organizada por GATE – Acción Global para la Igualdad Trans*. El contenido de las páginas que siguen es producto de la reflexión, elaboración y discusión colectivas, pero GATE asume la plena responsabilidad por la selección, presentación y expresión de ese contenido. La participación en la Reunión de Expert*s no implica el acuerdo con este documento, en todo o en cualquiera de sus partes, aunque esperamos haber representado la discusión y las reflexiones en forma adecuada.

I.2 Sobre el proceso de reforma de la CIE

En la mayoría de los países del mundo, la CIE –Clasificación Internacional de Enfermedades– constituye la base de los procedimientos diagnósticos, el financiamiento para la atención a la salud y su monitoreo. La produce la Organización Mundial de la Salud y se la actualiza en forma regular. Las revisiones significativas a la CIE son muy poco frecuentes: la última tuvo lugar dos décadas atrás. En este momento, se está llevando a cabo una profunda revisión de la CIE, lo que constituye una oportunidad única para que las comunidades trans* aporten sus demandas y deseos a esta revisión. Por eso, GATE reunió a un grupo de expert*s para analizar las alternativas posibles a las clasificaciones actuales que son relevantes para las personas trans*. El proceso de revisión está planificado de tal modo que se extenderá durante varios años, de modo que las personas trans* tienen posibilidades de hacer escuchar sus voces a lo largo de todo el proceso.

Expert*s invitad*s

GATE invitó a expert*s en cuestiones de salud trans* de todos los continentes, aunque lamentablemente debido a problemas de agenda ningun* de l*s expert*s de África que habían sido invitad*s pudo participar.

La lista siguiente incluye a l*s expert*s que sí lograron asistir a la reunión:

- Aitzole Araneta, sexóloga, Magister en Estudios de Género (País Vasco)
- Maria Sundin, trabajadora social y consejer* (Suecia)
- Paula Machado, antropóloga, docente de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul/integrante del Consorcio Latinoamericano de Trabajo sobre Intersexualidad (Brasil)
- Amitava Sarkar, Solidaridad y Acción contra la Infección por VIH en India (SAATHI) (India)
- Jack Byrne (Aotearoa/Nueva Zelanda)
- Sam Winter, profesor asociado, Universidad de Hong Kong (China)
- Amets Suess, Campaña Internacional por la Despatologización Trans 2012 (Stop Trans Pathologization) (España)
- Preempreda Pramoj Na Ayutthaya, trabajadora social (Tailandia)
- Alli Jernow, asesora legal senior, Proyecto Orientación Sexual e Identidad de Género, Comisión Internacional de Juristas (Suiza)
- Wissam Sheib (Líbano)
- Satya Rai Nagpaul, activista trans* (India)
- Randall Ehrbar, psicólogo (EEUU)
- Andre Wilson (EEUU)
- Tamara Adrián, profesora de derecho (Venezuela)
- Constantin Cojocariu, abogado, INTERRIGHTS (Reino Unido)
- Manou de Nennie, Asesora en políticas LGTB, Dirección de Igualdad de Género, Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia (Holanda)
- Els Veenis, Asesora en políticas LGTB, Dirección de Igualdad, Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia (Holanda).
- Expert*s de Holanda y los Estados Unidos que prefieren permanecer anónim*s en este informe.

También participaron de la reunión:

- Dr. Geoffrey Reed, Coordinador de Proyecto Senior, Revisión de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en la CIE-10, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MER/MSD), Organización Mundial de la Salud.
- Eszter Kismödi, LLM, JD. Asesora en Derechos Humanos, Género, Derechos Reproductivos y Adolescencia, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud.

- Mauro Cabral, co-director de GATE, Acción Global por la Igualdad Trans* (Argentina)
- Justus Eisfeld, co-director de GATE, Acción Global por la Igualdad Trans* (EEUU)
- Jane Cottingham (Suiza), consultora independiente sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, facilitadora de la reunión

Lo que está en juego

La despatologización, el acceso a la atención sanitaria, y el acceso al reconocimiento legal son tres cuestiones de derechos humanos que resultan urgentes para las personas trans*.

Despatologización: históricamente, las experiencias y necesidades de las personas trans* han sido tratadas como patológicas, y esta patologización permanente tiene consecuencias extremadamente negativas: limita o niega la autonomía de las personas trans*; crea y refuerza límites arbitrarios entre formas saludables y patológicas de existir desde el punto de vista del género; y hace que las vidas de las personas trans* –y su acceso al reconocimiento legal de su género– pasen a depender de un diagnóstico.

Acceso a la atención sanitaria: en la mayoría de los países del mundo, las personas trans* requieren de un diagnóstico específico para acceder a la atención sanitaria –incluyendo la atención transicional, así como la pre y post-transicional y la reducción de daños durante la transición. El diagnóstico también ejerce una influencia determinante en cuanto a decidir en qué área médica se tratarán las cuestiones de salud específicas de las personas trans*. Los costos de los servicios y su reintegro –que por lo general está estrictamente ligado al diagnóstico y a cómo la CIE lo codifica– son aspectos clave para el acceso a la atención a la salud. Otros aspectos que cobran una gran influencia en la posibilidad de que las personas trans* accedan a la atención sanitaria son la buena disposición y el conocimiento técnico de l*s profesionales.

Acceso al reconocimiento legal: en la mayoría de los países cuyas leyes y regulaciones les permiten a las personas trans* cambiar su género desde el punto de vista legal, el acceso de las personas trans* al reconocimiento legal de su identidad de género depende de diagnósticos médicos y de las cartas que les faciliten prestador*s de servicios médicos. Las personas trans* deben poder acceder a estas disposiciones legales, aun cuando se produzcan cambios en los códigos relevantes de la CIE. En los países en los que está criminalizado el “vestir las ropas de otro sexo” (cross-dressing), contar con un diagnóstico médico puede significar una protección frente a estas leyes.

Principios

La Reunión de Expert*s tuvo como guía los siguientes principios generales propuestos por GATE.

- Las disidencias en cuanto al género son un rasgo común a la humanidad, por eso las identidades y expresiones de género no son patologías. Deben ser respetadas, no tratadas, curadas, reprimidas, perseguidas y/o castigadas.
- Todas las identidades de género se deben abordar de manera integral y deben poder expresarse y realizarse plenamente, cualquiera sea su corporización histórica, presente o proyectada hacia el futuro.
- El acceso a la salud se debe abordar desde una perspectiva de derechos humanos, garantizando el pleno acceso para todas las personas; por eso, cualquier propuesta que afecte a las personas trans* en el mundo debe garantizar y proteger su acceso a la salud en los diferentes sistemas existentes. Por lo tanto, el derecho a la salud y el derecho a la identidad están inexorablemente relacionados.
- Se debe respetar y reconocer la diversidad trans*, incluyéndola como consideración clave en toda propuesta que afecte a las personas trans* en el mundo. Esta diversidad incluye, por ejemplo, el plano de las culturas, religiones, ubicaciones geopolíticas, etnias, condiciones socioeconómicas, edades, cuerpos, orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, estatus serológicos, estatus de ciudadanía y migratorios, estatus transicionales, etc.
- La autonomía de las personas trans* en cuanto a sus decisiones debe ser un principio orientador en todas las acciones que l*s afecten, con un énfasis especial en las decisiones relativas a la atención a la salud en sus aspectos específicos para las personas trans*. La base para acceder a los procedimientos de afirmación del género debe ser el consentimiento informado y no el diagnóstico diferencial.
- El estigma asociado a las cuestiones de salud mental es un desafío importante para el movimiento trans*; sin embargo, toda acción destinada a confrontarlo y desmantelarlo debe evitar naturalizar ese estigma, así como proyectarlo sobre otras comunidades.

Sobre el término trans*

GATE utiliza el término trans* para nombrar a las personas que se identifican con un género diferente del que les fuera asignado al nacer y/o a quienes sienten que deben, prefieren o eligen presentarse con una apariencia que difiere de las

expectativas asociadas al rol de género que les fuera asignado al nacer, ya sea por la vestimenta, accesorios, maquillaje o modificaciones corporales. Entre much*s otr*s, esta categoría conceptual incluye a las personas que se definen como transexuales y transgénero, travestis, *transvestite*, *hijras*, *cross-dressers*, *fa'afafine*, *two-spirits*, sin género, del tercer sexo y *genderqueer*.

Se debe entender el término trans* como un concepto paraguas, que comprende muchas experiencias diferentes y culturalmente específicas de corporización, identidad y expresión. El propósito del asterisco es hacer explícita su naturaleza de “final abierto”.

II. Acuerdos sobre códigos a ser eliminados

El grupo de expert*s reunid*s en La Haya alcanzó los acuerdos siguientes:

F64 Trastornos de la identidad de género

F64.0 Transexualidad

F64.1 Travestismo

F64.2 Trastorno de identidad de género de la infancia

F64.8 Otros trastornos de la identidad de género específicos

F64.9 Trastorno de identidad de género, sin especificar

F65.1 Fetichismo travestista

F66.0 Trastorno de maduración sexual

F66.1 Orientación sexual ego-distónica

F66.2 Trastorno relacional sexual

Fundamentación

Los códigos mencionados arriba:

- No aportan ninguna información clínicamente relevante.
- Reflejan prejuicios culturales contra la diversidad de género y refuerzan estereotipos de género occidentales cerrados.
- Han ejercido un fuerte impacto negativo sobre las vidas de las personas trans* a lo largo de la historia y continúan ejerciéndolo, porque patologizan y estigmatizan sus sexualidades, identidades y expresiones.
- Regulan, en forma excluyente, el acceso a la atención de la salud.
- Permiten que sigan cometiéndose abusos a los derechos humanos, por ejemplo en países en los que se exigen exámenes excesivos e irrelevantes en hospitales psiquiátricos para cualquier cambio en los documentos de identidad. En algunos países, también promueven y justifican las llamadas “terapias de reparación”.

III. Discusiones abiertas

Durante la Reunión de Expert*s en La Haya y las semanas que siguieron, continuaron las discusiones en torno a cuatro temas principales: el diagnóstico como una necesidad; la utilización de un modelo descentralizado para generar cambios; la ubicación de capítulos, bloques, códigos y diagnósticos; la mejor forma de atender a las necesidades de adolescentes y niñ*s. A continuación, presentamos un resumen de estos temas que generaron debate sin proponer ninguna decisión final con respecto a ellos.

III.1 Cuestiones de salud trans* en la CIE-11

Uno de los temas abordados en la Reunión de Expert*s que más retos generó fue la necesidad misma de incluir las cuestiones de salud trans* en la CIE-11. De acuerdo con los principios que orientaron esta reunión, esa inclusión debe tomarse como una referencia –o un conjunto de referencias– que no se base en la enfermedad y que, al mismo tiempo, garantice el acceso a la atención de la salud, la cobertura por parte de seguros de salud públicos o privados, y el reconocimiento legal de las identidades de las personas trans*.

Teniendo en cuenta la relación aparentemente ineludible entre el diagnóstico y la cobertura de la atención sanitaria, surge la pregunta de qué clase de diagnóstico resultaría necesario para garantizarla. El grupo de expert*s reunid*s en La Haya propuso de común acuerdo las siguientes referencias a tomar en cuenta para un posible diagnóstico:

- No debe patologizar las identidades de género, expresiones de género, sexualidades y –en general– las experiencias de las personas trans* con respecto al género, ya que las mismas constituyen variaciones humanas.
- Debe concentrarse en las cuestiones de salud de las personas trans* (p.ej. la angustia asociada a las características sexuales presentes o anticipadas que la persona percibe en sí misma y que no se condicen con su identidad de género).
- Debe relacionarse de manera efectiva con un tratamiento adecuado (p.ej. con los procedimientos de afirmación del género), descartando los tratamientos inadecuados y perjudiciales (p.ej. las terapias 'de reparación', los estudios/procedimientos para el diagnóstico excesivos).
- Debe ser reconocido por los sistemas de salud públicos y privados como reembolsable en su totalidad.
- No debe tener efectos re-patologizantes, re-estigmatizantes u otros negativos sobre las vidas de las personas trans*.
- Debe aplicarse sólo a quienes procuren atención sanitaria específica y sólo mientras la requieran; no debe funcionar como descriptor universal aplicable a todas las personas trans* durante un período indefinido.
- Debe poder garantizar el acceso a atención sanitaria específica en los diferentes estadios transicionales según lo que la persona trans* solicite/requiera.

- Debe resultar accesible para el personal de salud, sobre todo para l*s que trabajan en establecimientos de atención primaria de la salud y cuentan con formación clínica y/o conocimientos limitados acerca de los temas que afectan a las personas trans*, sin dejar por ello de promover investigaciones y formación especializada.
- Debe contar con validez legal en aquellos países en los que se requiere un diagnóstico específico para acceder al reconocimiento legal de la identidad de género, y también en aquellos países en los que el diagnóstico se utiliza para eludir la criminalización.
- Deber respetar plenamente la diversidad cultural y su formulación de las identidades de género, expresiones de género, necesidades transicionales, atribuciones culturales en materia de género, etc.

En su intento por dar respuesta a las necesidades diversas y urgentes en cuanto al diagnóstico, el grupo de expert*s comenzó a imaginar un modelo de clasificación que pueda responder con éxito a todas ellas. Este modelo descentralizado recibió el nombre de Modelo Estrella de Mar y se presenta en el apartado siguiente.

III.2 Modelo Estrella de Mar

Tras analizar por separado los diferentes códigos, bloques y capítulos, la Reunión se propuso explorar lo que dio en llamarse Modelo Estrella de Mar: un sistema descentralizado de códigos, ubicados en distintos bloques y capítulos, que podría ser utilizado por y para las personas trans* con el objeto de garantizar su acceso a la atención de la salud en contextos muy diferentes.

La estrella de mar tiene un sistema nervioso descentralizado. Si bien todas las partes de la estrella de mar funcionan como un conjunto, si se le corta una extremidad, esta puede existir por sí sola e incluso generar una nueva estrella de mar. La araña, por ejemplo, tiene un sistema nervioso central que hace que la araña entera muera si recibe una herida en la cabeza. En la Reunión de Expert*s se utilizó a la estrella de mar como modelo metafórico que podría dar respuesta a la necesidad de posibilidades diferenciales en cuanto al acceso a la atención de la salud, incluyendo su cobertura. En este sentido, la combinación entre diferentes capítulos, bloques y códigos (las extremidades de la estrella de mar) podría incrementar en gran medida las oportunidades que tendrán las personas trans* de acceder a la atención de la salud en circunstancias muy variadas, sin tener que recurrir a un diagnóstico único que podría volver a patologizarlas (el Modelo Araña). Algunas de las circunstancias consideradas fueron las siguientes:

- Las regulaciones públicas y/o privadas con respecto a la atención médica transicional y a su cobertura, que podrían requerir de códigos específicos para poder funcionar. El Modelo Estrella de Mar proporcionará esos códigos y los integrará dentro de una clasificación más amplia.
- Acceso a prestaciones de salud específicas o generales según su disponibilidad

a nivel local. El Modelo Estrella de Mar ofrecerá diferentes puntos de entrada para orientar a l*s prestador*s de servicios de salud de los diferentes ámbitos y grados de especialización acerca de las necesidades de las personas trans* en materia de salud.

- Acceso al reconocimiento legal, así como a la función protectora del diagnóstico frente a la criminalización. El Modelo Estrella de Mar aportará los diferentes códigos que resulten necesarios para garantizar el acceso al reconocimiento legal en muchos países y aquellos códigos que se podrán utilizar como protecciones a los derechos humanos en los contextos donde las personas trans* están criminalizadas.
- Como los códigos, bloques y capítulos que se consideran como potenciales extremidades de la estrella de mar implican diferentes abordajes de la salud trans*, el Modelo Estrella de Mar protegerá la diversidad de las personas trans* en cuanto a sus necesidades en materia de salud.

Durante y después de la Reunión de Expert*s, los debates se centraron sobre todo en los siguientes capítulos como posibles extremidades de un diagnóstico estrella de mar para las personas trans*:

- Capítulo IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (Códigos E)
- Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento (Códigos F)
- Capítulo XIV. Enfermedades del aparato genitourinario (Códigos N)
- Capítulo XXI. Factores que influyen en el estado de la salud y contacto con servicios de salud (Códigos Z)

L*s expert*s también exploraron la posibilidad de crear un nuevo capítulo de la CIE centrado en salud sexual y reproductiva, ubicando allí un bloque trans* específico. Esta posibilidad no se ha explorado a fondo todavía. Debido al temor a perder la cobertura en diversos sistemas de salud, la creación de un bloque Z independiente dedicado a la atención de la salud que específicamente requieren las personas trans* tampoco se desarrolló a fondo.

•El resto de este informe se concentra específicamente en el desarrollo de un modelo estrella de mar descentralizado y efectivo para el acceso de las personas trans* a la atención en salud. Sin embargo, en este punto resulta útil mencionar algunos temas importantes que todavía requieren de mayor discusión, como por ejemplo:

- Para que el modelo funcione, ¿se necesitan diagnósticos específicos para personas trans* en cada extremidad de la estrella de mar? Si la respuesta es “no”, ¿cómo funcionarán los diagnósticos generales y los específicos juntos en el mismo modelo? ¿Cómo se conectarán entre sí?
- ¿Todas las extremidades de la Estrella de Mar tienen la misma importancia?. Y, si la respuesta es “no”, ¿en torno a qué principios deberían estructurarse (p.ej. según su relevancia en cuanto al tratamiento, a la cobertura, etc.)?
- ¿Qué capítulo/s, bloque/s y código/s deben formar parte de la Estrella de Mar?

III.3. Códigos Z

Una de las propuestas más atractivas que surgió de la Reunión de Expert*s fue la idea de trabajar con los códigos incluidos en el Capítulo 21: Factores que influyen en el estado de la salud y contacto con servicios de salud (Z00-Z99). Esto podría implicar la creación de un nuevo código o de un nuevo bloque [Z(t)], o la utilización de los códigos ya existentes en el Capítulo XXI [Z].

Fundamentación

- En el plano conceptual, Z parecería ser el mejor lugar donde introducir una definición no patologizante de aquellas experiencias de las personas trans* que entran en contacto con el sistema de salud, en forma consistente con otros bloques y códigos que ya están en el Capítulo XXI.
- Los códigos Z ofrecerían referencias que no están basadas en la enfermedad, para guiar a l*s prestador*s de servicios de salud y a investigador*s hacia un modelo despatologizador.
- En un modelo Estrella de Mar, (Z) o (Z)t podría constituir un centro no patológico que modifique a otros bloques o códigos. Sus códigos podrían utilizarse para modificar otros ya existentes en forma tal que atiendan mejor las necesidades de las personas trans*. La categoría (Z)t podría convertirse en el factor decisivo para que un código ya existente se amolde a las necesidades trans* en materia de salud cuando sea necesario o para lograr que se destaque cuando resulte útil hacerlo. En este sentido, los códigos Z contrarrestarían el supuesto de que las experiencias trans* son radicalmente únicas y no se pueden relacionar con las necesidades de otr*s usuari*s de los servicios de salud.
- Los códigos Z ya existentes aportan buenas referencias para la atención a la salud de las personas trans (tal como Z60.4: Problemas relacionados con exclusión y rechazo social; Z60.5: Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas; Z70: Consulta relacionada con conducta, actitud u orientación sexual; y Z71: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos no clasificados en otras partes).

Desafíos

Los códigos Z no son códigos diagnósticos sino modificadores. Trabajar sólo con los códigos o bloques Z o Z(t) presenta el riesgo de perder el acceso a la cobertura en distintos sistemas de salud y países.

Comentarios adicionales

- Algun*s expert*s propusieron introducir dos bloques Z(t), uno centrado en la salud transicional y el otro en las necesidades específicas de las personas trans* en el contexto de la atención general a la salud (como el acceso a los servicios con

marca de género como las pruebas para detectar el cáncer cérvico-uterino o el de próstata, o la consejería para una situación de depresión sobre la que influyen la identidad o expresión de género de la persona).

- Un bloque o código Z podría funcionar como el centro y el nódulo transmisor de la estrella de mar (p.ej. como “atención a la salud relacionada con la identidad de género”), aportando modificadores específicamente trans* a los códigos E, N y F estándar (o sus nuevas, pero neutras, versiones).

III.4. Códigos E y N

Otra propuesta fuerte surgida de la reunión de Expert*s fue la posibilidad de trabajar tanto con el Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E 00-99) como con el Capítulo XIV: Enfermedades del aparato genitourinario (N 00-99). Esto podría implicar la utilización de códigos y bloques existentes (E) y (N) (o la creación de nuevos códigos neutros que también podrían usarse para cuestiones relacionadas con las personas trans*), o la creación de códigos y bloques nuevos, específicamente trans*: (E)t y (N)t.

Fundamentación

- Los códigos E y N mantienen una relación intrínseca con los tratamientos transicionales altamente exitosos (p.ej. la terapia hormonal y/o los procedimientos quirúrgicos).
- Para los códigos E, en la mayoría de los casos el principio subyacente sería el concepto de bienestar o equilibrio hormonal, como punto de partida médico para considerar la inducción o el bloqueo de las hormonas sexuales.
- El personal de salud que presta servicios relacionados con la transición –como por ejemplo médic*s clínic*s, endocrinológ*s, urólog*s, ginecólog*s y cirujan*s plástic*s– por lo general aplica los códigos E y N y por ende ya está acostumbrad* a utilizarlos.
- En general, se reconoce el reintegro de gastos para los códigos E y N.
- Los códigos E y N ya incluyen rasgos orgánicos que pueden relacionarse con la corporización de las personas trans* (como E34.9: Otros trastornos endocrinos; N50.9: Trastorno no especificado de los órganos genitales masculinos; N62: Hipertrofia de la mama, incluyendo ginecomastía e hipertrofia masiva puberal no especificada en otra parte, N64.0 Atrofia de la mama, etc.)
- Algunos códigos E, constituyen buenos ejemplos a seguir en el diseño del modelo Estrella de Mar descentralizado (p.ej. E10-14 Diabetes Méllitus, que incluye complicaciones renales, complicaciones oftalmológicas, complicaciones neurológicas, etc.)
- Los códigos E y N son los que mejor reflejan el componente físico o corporizado de las experiencias trans*, que no estaría incluido en un diagnóstico basado en la identidad de género.
- Los códigos E y N se pueden aplicar sin necesidad de depender de un

diagnóstico de salud mental.

- Los códigos E y N guardan una relación intrínseca con la atención de la salud basada en la reducción de daños (p.ej. las consecuencias que acarrearán los tratamientos hormonales sin supervisión, o el incremento mamario que se logra con silicona industrial comprada en forma clandestina).

Desafíos

- No cabe duda de que el principal desafío asociado a los códigos E y N es cómo expresar los códigos E(t) y N(t) sin reforzar los binarismos de género o patologizar la diversidad corporal. Un ejemplo de las discusiones sobre este tema es la que gira en torno a si introducir nuevos bloques y/o códigos centrados en “características sexuales primarias y/o secundarias presentes o anticipadas autopercebidas como inconsistentes/incongruentes/incoherentes con la identidad/la sensación de sí/la identidad de género autopercebida”
- Los bloques y códigos E y N están intrínsecamente ligados a órganos específicos (p.ej. ovarios) y, en algunos casos, también conllevan una especificidad de género. Por ejemplo E 28 (Disfunción ovárica) sólo está disponible para cuerpos clasificados como femeninos y E 29 (disfunción testicular) sólo para aquellos clasificados como masculinos. Ambos también se refieren a rasgos anatómicos muy específicos. Por eso probablemente será necesario elaborar nuevos códigos E y N que sean neutros desde el punto de vista del género, reflejando la diversidad sexual y corporal de las personas trans. Crear nuevos bloques y códigos (E)t y (N)t implicaría introducir un cambio fundamental en la lógica de estos capítulos.
- Por la misma razón de naturaleza orgánica, los códigos E y N no incluyen ninguna dimensión subjetiva (p.ej. identidad de género/sensación de sí en relación al género). Dada la forma en que epistemológicamente se entiende la subjetividad en la CIE, esto podría implicar la necesidad de una referencia cruzada con el Capítulo IV, Trastornos mentales y del comportamiento, para que los códigos E y N puedan funcionar.
- La introducción de la dimensión subjetiva mencionada en el párrafo anterior (p.ej. identidad de género autopercebida) pondría en cuestión el reintegro de gastos codificados como E y N en algunos países.
- Incluir los códigos E y N podría reforzar la actual patologización de la diversidad corporal y promover una mirada clínica sobre las cuestiones de salud de las personas trans* como expresión de trastornos del desarrollo sexual. Este riesgo se acentúa en el caso de l*s niñ*s y adolescentes. Por eso es fundamental centrarse en el bienestar hormonal autopercebido tal como se señalara más arriba. Ningún diagnóstico debería definir a ciertos cuerpos como “atípicos” o a ciertas características sexuales como problemáticas per se.

Comentarios adicionales

- Proponer la creación de códigos (o bloques) E y N específicamente trans*, o que se incluya la atención de la salud específica para las personas trans* en códigos neutros, no significa que se le atribuya un origen/una etiología endocrina o genitourinaria a las identidades y experiencias trans*.
- Si bien el Capítulo XVII: Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (Códigos Q) no se analizó formalmente durante la Reunión de Expert*s, algunos códigos incluidos en ese capítulo podrían desempeñar el mismo rol que los códigos N relevantes (p.ej. Q52.0: Ausencia congénita de la vagina; Q55.5: Aplasia y ausencia congénita del pene, etc.). El uso de códigos Q conlleva el mismo riesgo de reproducir binarismos de género y patologizar la diversidad corporal ya señalado para los códigos E y N.

III.5 Códigos F

El grupo de expert*s reunid*s en La Haya expresó un fuerte consenso en torno a la necesidad de eliminar todos los códigos F existentes que se refieren a las personas trans*. Sin embargo, la cuestión de si se debería introducir o no un nuevo código específicamente trans en el capítulo F generó mucha discusión y opiniones encontradas.

Los otros debates decisivos que tuvieron lugar durante y después de la Reunión de Expert*s se dieron en torno a los Códigos F y a la posibilidad de que desempeñen algún rol –o no– en el Modelo Estrella de Mar descentralizado, y en caso afirmativo cuál. Se prestó una atención especial al código F64.0: Transexualismo y su ubicación en el Capítulo IV: Trastornos mentales y del comportamiento, Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69), F64 Trastornos de la identidad de género.

Fundamentación

- Su ubicación en el Capítulo IV implica que las experiencias trans* son, por definición, trastornos mentales y/o del comportamiento. Esta definición promueve en la clínica, el derecho, la bioética y la sociedad en general, la idea de que las personas trans* padecen trastornos mentales.
- Su ubicación bajo la etiqueta “Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos” implica que existe algo intrínsecamente patológico en el núcleo mismo de las personalidades y/o comportamientos trans*.
- Su ubicación bajo la etiqueta de 'Trastornos de la identidad de género' implica que la propia identidad de género es un fenómeno a diagnosticar cada vez que el género de una persona se diferencia del sexo que le fuera asignado al nacer, lo que implica que una identidad personal se convierte en una condición clínica que debe ser tratada. La conexión normativa entre las experiencias trans* y la identidad de género también ignora el lugar central que ocupan las

cuestiones físicas o corporales asociadas a esas experiencias.

- Su ubicación, así como su definición, hacen que se le preste una mayor atención a información que es irrelevante para la clínica (como “el deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto”) en lugar de tener en cuenta experiencias que sí son relevantes, como la angustia o la disforia.
- Todo el diagnóstico se construye sobre un supuesto binario de género, anticipando que sólo se presentarán dos identidades de género mutuamente excluyentes: masculina y femenina. Este supuesto deja de lado el hecho de que muchas culturas conciben la posibilidad de que se presenten más de dos géneros, superpuestos o no en la misma persona.

Desafíos

- Algunas personas trans* manifiestan problemas de salud mental que pueden estar relacionados con su identidad de género, por ejemplo cuando la lucha con su identidad de género y/o el trato que reciben por ella les genera ansiedad o depresión.
- Algunos sistemas de salud se apoyan en la intervención de profesionales de la salud mental para determinar la cobertura de la atención a la salud específica para personas trans.
- Como los códigos específicos sobre las personas trans* han sido fundamentales para garantizar el acceso a la atención sanitaria transicional, perder esos códigos y reemplazarlos por códigos F(z) podría resultar difícil o impedir en el futuro el acceso a esa atención sanitaria y su cobertura en distintos países.
- La remoción propuesta podría tener un impacto negativo sobre el acceso a información específica por parte de l*s profesionales de la salud si en la ficha médica de una persona no se mencionara en absoluto su identidad de género.
- Dicha remoción pasa por alto la naturaleza única de las experiencias trans* y en particular la angustia asociada con la corporización.

En el apartado siguiente se describen las principales opciones planteadas en las discusiones sobre el rol que los códigos F podrían desempeñar en un Modelo Estrella de Mar descentralizado y específico para las personas trans*.

III.5.a. Eliminar todos los códigos F que aludan específicamente a las personas trans*

Aceptando el supuesto de que la identidad de género no es una enfermedad mental, y contando con otras opciones diagnósticas para brindar tratamientos físicos, no resulta necesario conservar ningún código específico en el capítulo F. Algunas personas trans* manifiestan problemas de salud mental que están relacionados con su identidad de género, como la depresión o la ansiedad que resultan de su propia incomodidad (o la de la sociedad) con su identidad o expresión de género. Los códigos F en el Capítulo V incluyen un conjunto

de diagnósticos que podrían satisfacer las necesidades de las personas trans* en materia de salud mental sin necesidad de introducir un diagnóstico específico (p.ej. F41. Otros trastornos de ansiedad, F43 Reacciones al estrés grave y F43.2 Trastornos de adaptación). En lugar de crear un nuevo bloque F(t) y nuevos códigos, estos y otros códigos F se podrían modificar con códigos específicos Z(t) en el contexto del Modelo Estrella de Mar descentralizado siempre que hacerlo resulte apropiado y sin acarrear consecuencias negativas para la persona trans* en cuestión.

Fundamentación

- Auto-identificarse con un género que es diferente del sexo asignado al nacer, y las experiencias asociadas a esa auto-identificación, no constituyen un trastorno mental.
- La vinculación entre diversidad de género y patología (en este caso, un trastorno mental) se basa en prejuicios culturales y en el apego al binarismo de género y sus jerarquías. No hay nada intrínsecamente trastornado en el hecho de identificarse con un género diferente del sexo asignado al nacer, adoptar una expresión de género que es contraria a las expectativas culturales asociadas con ese género asignado, o querer modificar las características sexuales propias y exigir el reconocimiento social y legal concomitante.
- Asociar la identidad de género y, en general, las experiencias trans* con cualquier diagnóstico de salud mental específicamente trans* significará continuar patologizando esas experiencias y, peor aún, a las personas trans*.
- Si las experiencias trans* se leen principalmente como trastornos mentales, a las personas trans* puede resultarles todavía más difícil que se les reconozca su identidad de género autodefinida (p.ej. si a una mujer trans se la percibe como un hombre con trastornos mentales).

Desafíos

- La eliminación de los códigos F que se refieren específicamente a cuestiones trans* podría acarrear el riesgo de perder el acceso a:
 - la salud transicional en distintos países, incluyendo la cobertura por parte de los seguros de salud.
 - servicios específicos de salud mental (como la consejería y la psicoterapia) y/o.
 - el reconocimiento legal del género autodefinido en aquellos casos en que para ello se requiera un diagnóstico de código F.
- Resultará difícil hacer visibles los vínculos entre las experiencias trans* y la salud mental, sobre todo cuando los problemas de salud mental son el resultado de cómo las personas trans* negocian su existencia en una sociedad transfóbica.

III.5.b. Crear un nuevo bloque o código/s F específicamente trans*, basado en las experiencias clínicamente relevantes y en particular la angustia.

Durante la Reunión de Expert*s se presentó otra postura en relación a los códigos F. Reconociendo los efectos negativos de la clasificación actual y el acento que esta pone sobre la identidad de género y la expresión de género, esta postura alternativa propone cambiar el acento del diagnóstico para centrarlo en las experiencias clínicamente relevantes de las personas trans* en el terreno de la salud mental, y sobre todo en la angustia asociada con las características sexuales presentes o anticipadas, así como en los impedimentos provocados por esa angustia. Según esta propuesta, se podrían introducir diagnósticos específicos trans* en el Capítulo V como código (o bloque) F diferencial, bajo el nombre posible de “disforia de género”, con el propósito de atender a las necesidades bien definidas de salud mental surgidas de las diferentes situaciones a las que se enfrentan las personas trans* y garantizar el acceso a la cobertura por parte de los seguros de salud cuando el acceso a ella dependa de los códigos F.

Fundamentación

- El diagnóstico adecuado tendrá un impacto positivo en cuanto a garantizar el acceso a la atención apropiada de la salud y a mejorar las condiciones en que se atiende la salud de las personas trans* (p.ej. mediante investigaciones centradas en las cuestiones que afectan a las personas trans*).
- El diagnóstico se debe centrar en los síntomas clínicamente relevantes. En este caso, esos síntomas son la angustia relacionada con las características sexuales presentes o anticipadas o con el rol de género atribuido a la persona, acompañada de consecuencias relevantes desde el punto de vista clínico o de impedimentos significativos en áreas funcionales relevantes. Esto podría expresarse mediante un diagnóstico como el de “disforia de género”. Poner el acento en los síntomas también serviría para impedir que este diagnóstico se aplicara a tod*s l*s personas trans* sin importar cuáles fueran sus experiencias y les permitiría tener acceso a atención adecuada para su salud mental a quienes de verdad la necesiten. Un diagnóstico basado en los síntomas también contribuirá a fijar criterios claros (p.ej. sobre la base de umbrales de angustia) para el tratamiento. Esto también crea como opción las “cláusulas de remisión” en las que especificaría que cuando la angustia se alivia (p.ej. mediante el acceso a servicios de salud apropiados) el diagnóstico ya no se aplica.
- La atención de la salud transicional, sobre todo los tratamientos de afirmación del género como los procedimientos hormonales y quirúrgicos, han sido considerados tratamientos exitosos para la angustia que much*s personas trans* sienten –pero no tod*s. Un diagnóstico de esta clase, con un código F, garantizaría el acceso a estos tratamientos para todas las personas que los necesiten.

Desafíos

- La caracterización clínica de las experiencias trans* como “únicas” y por lo tanto merecedoras de un diagnóstico específico se basa en prejuicios culturales contra esas experiencias (como por ejemplo la disidencia con respecto al género).
- Poner énfasis en la angustia para el diagnóstico será una forma de continuar patologizando determinados sentimientos de las personas trans* (p.ej. la angustia)
- Aun cuando la angustia o la disforia se conviertan en los principales conceptos para este diagnóstico, dado el funcionamiento histórico y actual de los trastornos mentales, el nuevo diagnóstico continuará patologizando a las personas trans* y sus identidades.
- Dada la conexión intrínseca entre el diagnóstico y el acceso a la atención sanitaria transicional en diferentes países, un diagnóstico construido sobre conceptos como la angustia o la disforia serviría para promover esos conceptos y las experiencias asociadas con ellos como la versión normativa de las identidades trans*, obligando a las personas a reproducir relatos de angustia o disforia o amenazándol*s con la exclusión de la atención sanitaria transicional.
- Otras condiciones con un potencial de impacto negativo sobre la salud mental no requieren de diagnóstico específico (por ejemplo, la angustia asociada a las enfermedades oncológicas).
- Los códigos F –tanto los que se refieren específicamente a las personas trans* como los que no– tienen una larga historia de ser usados para regular el acceso de las personas trans* a los servicios de salud que necesitan y excluirl*s de ellos. Continuar vinculando la atención de la salud de las personas trans* con códigos F específicos podría significar persistir en esta práctica.
- Aun cuando un diagnóstico basado en un síntoma clave –como la angustia o la disforia– podría tener un alcance más reducido, la influencia normativa e histórica de un diagnóstico de salud mental podría acarrear consecuencias negativas para el modelo descentralizado de la Estrella de Mar. En este sentido, la “disforia de género” podría funcionar fácilmente como diagnóstico en sí misma o convertirse en el centro de la estrella de mar, convirtiéndose en el punto de entrada para toda la atención de la salud relacionada con las personas trans* y haciendo que todo otro diagnóstico resulte irrelevante (por ejemplo, si ese diagnóstico resultara inevitable para acceder a la atención de la salud específica para las personas trans*).

Niñ*s y adolescentes

El grupo de expert*s reunid*s en La Haya no propuso ningún capítulo, bloque o código específico en relación a niñ*s y adolescentes trans*, sobre todo debido a limitaciones de tiempo. Sin embargo, se plantearon preocupaciones en torno a

a los siguientes temas:

- El diagnóstico actual (p.ej. F64.2 Trastorno de identidad de género de la infancia) patologiza la disidencia genérica en la infancia, reforzando e imponiendo estereotipos de género. Aplicar un diagnóstico a la disidencia de género que se manifiesta en la infancia tiene serios efectos negativos, que van desde el estigma a la terapia de reparación forzada, y es algo que la CIE-11 debe evitar.
- L*s niñ*s y adolescentes tienen derecho a acceder a información, consejería y atención de la salud específica para cuestiones trans (p.ej. consejería, bloqueadores hormonales en la adolescencia, etc.). Este derecho podría garantizarse a través de los códigos Z (t).
- El uso de los códigos F90-98 (Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia) como significativos para la atención de la salud de las personas trans podría significar una re-patologización de la disidencia genérica en la infancia y/o la adolescencia.
- Los códigos Z parecerían satisfacer muchas de las necesidades en materia de salud expresadas por l*s niñ*s y adolescentes trans y sus familias (p.ej. en los códigos Z76: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos; Z70: Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual; Z71: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte, etc. y en general los códigos Z80-Z99: Personas en contacto con los servicios de salud por riesgos potenciales para su salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen en su estado de salud).
- Sin embargo, y como ya se señalara, un código Z no representa por sí mismo un diagnóstico y podría no ser suficiente para acceder a financiamiento para servicios relevantes. Si resultara necesario desarrollar códigos E específicos para permitir que niñ*s y adolescentes accedan a bloqueadores de hormonas, estos códigos no deberán patologizar la diversidad corporal, de identidades de género o de expresiones de género como un problema en sí, sino más bien centrarse en el interés superior del niñ*.

IV. Recomendaciones y conclusión

Desde hace décadas, personas trans* del mundo entero están planteando la misma pregunta: ¿cómo despatologizar sus vidas sin perder el pleno acceso a la atención de su salud y el reconocimiento legal? Son diversas las respuestas que se han propuesto, que van desde eliminar toda posible referencia a las cuestiones trans* de los manuales clínicos hasta incluir solamente las que resulten menos perjudiciales. La Reunión de Expert*s convocada por GATE fue otra oportunidad para plantear estas preguntas fundamentales, explorar distintas respuestas y darnos cuenta, una vez más, de lo urgentes y desafiantes que pueden ser las respuestas correctas.

A esta altura de los debates en torno a estos temas, GATE no tiene una propuesta formal para presentar a la Organización Mundial de la Salud con respecto a qué cuestiones de atención de la salud, tanto específicas de las personas trans* como generales, se deberían incluir en la CIE-11. Pero sí tenemos algunas recomendaciones acerca del proceso a seguir para incluirlas.

- 1.** Personas trans* de distintas partes del mundo deben participar activamente en el proceso de definir e incluir sus necesidades en cuanto a la atención de la salud en el contexto de la CIE-11. La experticia de las personas trans* no debe ser descartada, ignorada o excluida.
- 2.** En todas las referencias (capítulos, bloques, códigos) de la CIE-11 se debe evitar la patologización de las experiencias de las personas trans* acerca de su identidad de género, expresión de género, diversidad corporal y sexualidad. Esta recomendación se aplica sobre todo a las referencias que podrían afectar a niñ*s y adolescentes. El acento debe estar puesto en las necesidades de las personas trans* en materia de salud.
- 3.** A las personas trans* se las debe llamar de acuerdo a su identidad de género autopercibida; se deben eliminar también las marcas de género en las referencias a rasgos bio-anatómicos o a las partes de cuerpo.
- 4.** Las referencias en la CIE-11 se deben aplicar sólo a las personas trans* que requieran atención médica, y sólo mientras la necesiten, evitando toda codificación de las experiencias trans* en general como susceptibles o necesitadas de diagnóstico.
- 5.** Dado su impacto global, las referencias de la CIE-11 deben tomar en cuenta los diferentes contextos culturales y evitar toda codificación de las experiencias trans* en términos propios del Norte Global/Occidente, sobre todo en el empleo de términos que dan por sentada la existencia de géneros binarios, mutuamente excluyentes, como por ejemplo masculino/femenino.

6. Aun cuando la CIE se basa intrínsecamente en una lógica clínica, creemos sinceramente que esta lógica se puede ampliar para incluir enfoques despatologizantes a las cuestiones de salud de las personas trans* y por eso alentamos a l*s expert*s del grupo de trabajo de la OMS a avanzar en esa dirección.

V. Definiciones

En este informe se utilizan los siguientes conceptos:

Procedimientos de afirmación del género: se refiere a todos los procedimientos –quirúrgicos, hormonales, psicológicos u otros– que tienen por objeto afirmar la identidad de género de las personas trans* y/o permitirles expresarla libremente y en la forma que prefieran. Los procedimientos de afirmación del género deben estar guiados por el deseo de la persona que los procura.

Atención de la salud transicional: se refiere a las necesidades y prestación de servicios en materia de salud asociadas con el proceso de identificarse con un género diferente del sexo asignado al nacer y vivir de acuerdo a él, incluyendo consejería, tratamientos hormonales, procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos de afirmación del género, así como medidas para la reducción de daños.

Reconocimiento legal del género: se refiere al proceso por el que deben pasar las personas trans* para obtener documentación legal (pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de identidad, identificación tributaria, etc.) que represente plenamente su identidad de género.

Atención de la salud específica para personas trans: se refiere a las necesidades en materia de atención de la salud que se desprenden directamente de las experiencias de las personas trans* en cuanto a sus identidades de género, expresiones de género, sexualidades, corporización, etc. Incluye no sólo los procedimientos de afirmación del género sino también medidas para la reducción de daños y, en general, todas las cuestiones de salud de las personas trans*. También incluye procedimientos con marca de género que pueden estar localizados en partes corporales que por lo general se asocian con un género diferente (por ejemplo los exámenes cervicales para las personas trans* cuya identificación es masculina), así como la atención de la salud que resulta necesaria por vivir en una sociedad transfóbica (como los servicios de salud mental).

Reducción de daños: se ha convertido en una cuestión urgente para la salud de las personas trans*. En aquellos contextos en los que las personas trans* no tienen acceso a atención transicional apropiada, las modificaciones corporales se realizan de otra manera como por ejemplo a través de inyecciones de silicona sin supervisión, tratamientos hormonales de venta clandestina y cirugías en establecimientos no autorizados. Como estos procedimientos han tenido consecuencias extremadamente negativas, abordarlos mediante políticas eficaces para la reducción de daños es una prioridad en el campo de la atención de la salud de las personas trans* en muchos países.

Agradecimientos

GATE desea expresar su gratitud con las siguientes personas y organizaciones:

- Geoffrey Reed y Eszter Kismödi, por su asesoramiento y apoyo.
- Rebecca Fox, por su ayuda, especialmente en la edición del informe en inglés.
- Alejandra Sardá – Chandiramani y Radhika Chandiramani, de Translingua, por sus traducciones al castellano y al inglés.
- Kam Wai Kui, por la excelente organización de la reunión en La Haya, y a Transgender Netwerk Nederland y T-Image Foundation for su apoyo técnico.
- María Luisa Peralta, por su colaboración en la compilación y revisión inicial de material bibliográfico.
- Heather Doyle y Rebecca Fox, por su compromiso sostenido a lo largo de este proceso.
- L*s expert*s que participaron en la reunión de La Haya, y a aquell*s que apoyaron este trabajo a la distancia –en particular, Sonia Córrea y Barbara Klugman.
- Tod*s l*s activistas que colaboraron con este proyecto enviando información sobre la aplicación de la CIE en sus distintos países y regiones.
- L*s donantes sin l*s cuales nuestro trabajo –incluyendo la reunión en La Haya ni este informe– hubieran sido posibles: Arcus Foundation, Open Society Foundations, HIVOS, Mama Cash, el Gobierno de Holanda, así como a un* donante anónim*.

GLOBAL ACTION
FOR
TRANS
EQUALITY 
Noviembre
2011

