

BIOÉTICA

**Autor:** Fernández, Silvia E.

**Título:** Identidades, género e infancias

**Publicado:** SJA 2015/02/11 - 14 ; JA 2015/02/11

**Sección:** DOCTRINA

(\*)

**I. ALGUNAS NECESARIAS ACLARACIONES PRELIMINARES**

El escenario social, asentado en la dupla naturaleza/cultura, ha receptado una clara dicotomía propia de la perspectiva emergente de la heterosexualidad: la que divide / clasifica un perfil sexual de la persona acorde dos opciones: varón/mujer. Este modelo de unicidad —dominante hasta el siglo XVIII (1)— y sostenido por la ciencia médica, determinaría cierto tipo de genitalidad considerada como "normal": hembras o machos. Los primeros corresponden al cariotipo XX y al fenotipo femenino y los segundos, al cariotipo XY y al fenotipo masculino, con su correspondiente genitalidad (2).

Desde la perspectiva del cuerpo, esta diferencia anatómica hombre/mujer determina la ubicación social; el género (3) es definido en función de esa diferencia. Así, cuando se considera que el sexo anatómico prevalece sobre el género, la humanidad se divide en dos categorías inmutables: hombres y mujeres; toda otra distinción carece de importancia. Propuesta por Freud (4), la frase "la anatomía es el destino"(5) es el reflejo de este determinismo en relación a la construcción identitaria de la persona.

Sin embargo, los diversos escenarios sociales exhiben hace un tiempo prácticas y reclamos actuados por quienes pretenden ejercer su derecho al reconocimiento de su "libre expresión de género"(6). Estos movimientos luchan contra las consecuencias de la prevalencia de la matriz heterosexual, que asentada en un encorsetamiento de género binario, desconoce estas expresiones personales, legitima la discriminación y la violencia que sufren aquellas personas cuyos cuerpos no son inteligibles en el sistema (7).

A partir de esta puesta en crisis, emerge la necesidad de tamizar por el discurso multidisciplinar —jurídico, médico, bioético, sociológico, psíquico, ético— el análisis de la persona trans\*, la diversidad de su cuerpo y expresión, su proyección autónoma, para su necesario reconocimiento.

Este "ser distinto" incluye un abanico de posibilidades que, desde aquella perspectiva lineal y "codificante", son calificadas como "anormalidades"(8); el discurso heteronormativo, que instala el binomio hombre/mujer como forma exclusiva para entender el género, performa una operación reguladora de poder (9) que reduce la posibilidad de pensar "diferencias"(10), que se definen como excepcionales, anormales.

Por persona trans\* se entiende toda persona cuyo sentido —percepción de identidad de género difiere del sexo

asignado al momento del nacimiento (11). Este término comprende las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad entre el sexo biológico y la identidad de género tradicionalmente asignada a éste.

Una persona trans\* puede construir su identidad de género independientemente de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos (12).

De conformidad con los Principios de Yogyakarta, la identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ella sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (13).

La persona trans\* no siempre se define en función de una "contraposición" de sexo en lectura binaria; no es una persona que "se siente" como perteneciente "al sexo opuesto". Éstas constituyen afirmaciones frecuentemente oídas y leídas en la interpretación y definición de la condición trans\*, que en realidad no hacen más que reducirla conceptualmente a un objetivo de re-genitalización del cuerpo, amén de reforzarlo como un cuerpo "trastornado o resquebrajado". Este reduccionismo arremete con la autopercepción particular de las transgeneridades (14).

Avanzando un poco más, ha comenzado a resaltarse la diferencia entre identidad de género y expresión de género, incluyéndose específicamente a esta última en distintas leyes. La expresión de género supone aspectos puntuales de la manifestación externa y de la percepción social de la identidad de género, tradicionalmente invisibles. Se define como "la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado"(15). Constituye una expresión externa y, aun cuando no se corresponda con la auto-definición de la identidad, puede ser asociada por terceros con una determinada orientación sexual o identidad de género.

En el ámbito jurídico, la distinción entre identidad de género y expresión de género tiene relevancia, pues permite la protección de una persona con independencia de si su expresión de género corresponde con una particular identidad de género o es únicamente percibida como tal (16).

## **II. LAS PERSPECTIVAS ACERCA DE LA PERSONA TRANS\***

Tradicionalmente, ha sido aprehendid\* y comprendid\* desde una inicial visión médica, propia a la interpretación binaria antes referida; la referencia empleada en repetidas ocasiones —en especial al solicitar intervenciones quirúrgicas de reasignación sexual— "estar atrapada/o en un cuerpo equivocado", debería reemplazarse por la de "estar atrapad\* en una sociedad equivocada", y este desplazamiento es paralelo al producido teóricamente entre sexo y género (17).

Aquella tradicional frase marca la prevalencia de la injerencia médica, desde una perspectiva de patologización de las personas trans\* (18), amén de que un claro objetivo de adecuación, al que también la ciencia jurídica

coadyuva, prestando su argumentación al autorizar estas intervenciones "correctivas" o de "reajuste" al binarismo "normal".

El discurso jurídico así adopta o incorpora perfiles de la ciencia y justificación médica (19): la condición —patológica— refuerza su desajuste desde la argumentación jurídica, que colabora a fin de posibilitar la re-generación, la re-adequación de la persona, abandonando el estado de tránsito "hombre-mujer/mujer-hombre"(20).

Estas concepciones son inapropiadas para comprender la persona trans\* desde la perspectiva de derechos humanos, como una condición de identidad no patológica.

El destierro de las concepciones que identifican trans\* como igual a anomalía/patología es el resultado de una extensa y fuerte lucha llevada adelante principalmente por activistas y organizaciones en distintos países. En esta línea es de interés mencionar que la OMS propuso hace escaso tiempo la modificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (21), modificando la concepción de transexualidad como patología mental (22) (CIE-11) (23).

La Asociación Mundial Profesional de Salud Transgénero (The World Professional Association for Transgender Health —WPATH—) (24) resalta que ser transexual, transgénero o presentar disconformidad de género es cuestión de diversidad, no de patología. En el año 2010 publicó un estudio exhortando a la despatologización de la no conformidad de género (WPATH Board of Directors, 2010). El estudio señala que las expresiones de género incluyen identidades que no están estereotípicamente asociadas con el sexo asignado al nacimiento y que existe un estigma relacionado a esta condición, que puede generar un prejuicio discriminatorio, ubicando a la persona en mayor vulnerabilidad y posibilidad de desarrollar problemas de salud —v.gr., eventualmente ansiedad y depresión—. Sin embargo, estos síntomas son inducidos socialmente, no son inherentes a la condición personal.

En efecto, la no conformidad de género refiere a la situación en que la identidad de género de la persona, su rol o expresiones difiere de la que cultural y normativamente aparece prescripta a un tipo particular de sexo. En algunos casos, esta percepción puede generar síntomas clínicos que señalan la existencia de distress, calificado como disforia de género, cuestión también discutida. Pero la no conformidad no significa, per se, un estado patológico.

Esto ha sido receptado en la última edición del DSM-5 —Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría—, que excluye al transexualismo, conservando sólo la disforia de género, es decir, el eventual resultado de angustia o displacer que la persona puede sentir como consecuencia de esta falta de adecuación (25).

Esta disforia de género es también rechazada por activistas y organizaciones trans porque perpetúa la patologización —será eso lo que deberán demostrar para acceder a derechos, seguirá funcionando como condicionante—.

A su turno, en mayo de 2013, la American Psychiatric Association (APA) publicó el DSM-5 (APA 2013a, 2013b). Las modificaciones introducidas no suponen una des-patologización de las expresiones, trayectorias e identidades trans\*. Siguen clasificadas en el DSM-5 bajo las categorías diagnósticas "Gender Dysphoria" ("Disforia de

Género") y "Transvestic Disorder" ("Trastorno Transvestista") (26).

Útil es aclarar que la "despatologización" de la identidad trans\* no pretende únicamente —ni se obtiene con— la modificación de manuales de diagnóstico médico; tampoco alcanza con eliminar el calificativo de "trastorno" de identidad; si bien ello es necesario, el objetivo es reivindicar la calidad de persona, el ejercicio de la libertad y derechos fundamentales, la toma de decisiones sin paternalismos y la defensa del principio de autonomía personal. Se trata de reivindicar la propia identidad.

Por otro lado, lejos de lo que pudiese pensarse, la despatologización no "abandona" a las personas trans\* frente a la necesidad de cobertura de los requerimientos de salud —v.gr., tratamientos médicos, suministro de bloqueadores hormonales, láser, terapias del área psíquica, cirugías, etc.—. Por el contrario, desde una concepción de salud no relacionada con la patología —cfr. OMS—, el más alto grado de bienestar de la persona se alcanza asegurando el acceso a estas terapias, sus correspondientes coberturas, lo que implica el cuidado y satisfacción de derechos fundamentales.

Este giro conceptual que involucra el entendimiento de la condición trans\* como constructo de identidad, ampara la "mismidad" de cada persona en ejercicio de su libertad personal y decisión autorreferencial (art. 19, CN) (27). Por ende, desde la perspectiva de derechos humanos, exige una protección en sintonía: así, cuando se denomina a una persona como lesbiana, gay, trans, bisexual o intersex, se asegura el reconocimiento legal de su orientación sexual, de su identidad de género y/o expresión de género como elementos legalmente protegidos para la construcción de su identidad, reconociendo la discriminación histórica (28) a que han estado sometidas estas personas (29), a fin de dotarlas de protección apropiada a partir de tal reconocimiento positivo.

En un estudio del año 2012 (30), la Comisión IDH explica que "al articular los conceptos orientación sexual, identidad de género y expresión de género, o hacer referencia a una persona bajo la sigla LGTBI se evocan, por lo menos, perspectivas sociales, legales y médicas. Por ejemplo, las siglas B (por bisexual), G (por gay o gai), I (por intersex), L (por lesbiana), T (por trans), y algunas o todas de ellas han sido utilizadas para describir corrientes, movimientos o eventos de reivindicación, movilización comunitaria o protesta, así como comunidades, grupos o identidades"(31).

Tanto la Comisión como la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostienen que la orientación sexual y la identidad de género se encuentran comprendidas dentro de la frase "otra condición social" en el artículo 1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos (32); en consecuencia, toda diferencia de trato basada en la orientación sexual (y la identidad de género) es sospechosa, se presume incompatible con la Convención y el Estado se encuentra en la obligación de probar que la distinción no es irrazonable ni discriminatoria.

Asimismo, la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género son componentes fundamentales de la vida privada de las personas (33); el derecho a la privacidad protege el derecho a determinar la propia identidad y a formar relaciones personales y familiares con base en esa identidad, aunque ella no sea aceptada o tolerada por la mayoría. Todo lo concerniente a la vida privada de un individuo debe estar libre de interferencias arbitrarias y abusivas por el ejercicio del poder público, en ausencia de razones de mucho peso y convincentes (34)(35).

### III. LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

Al avanzar en el análisis, surge la necesidad de examinar de qué modo opera el reconocimiento legal de la persona trans\* (36).

Cuando el orden jurídico la aborda como un "trastorno de la identidad sexual", sitúa el cuerpo trans como un cuerpo enfermo, trastornado, desviado (37).

La ley argentina 26.743 (38) aparece ajena a dicha concepción, al consagrar el derecho a la identidad de género, propio de la identidad personal, comprensivo de la multiplicidad de realidades y experiencias trans.

La norma argentina ampara:

a) El reconocimiento de la identidad de género (art. 1º.a) (39), que define como "(...) la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales" (art. 2º).

b) El derecho al libre desarrollo personal conforme esa identidad de género (art. 1º.b) (40): la construcción del proyecto de vida autorreferencial (41) y el respeto a la dignidad.

c) El derecho al trato y a la identificación (art. 1º.c) "...A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada".

El eje central de la norma argentina es la des-patologización de las cuestiones relacionadas con la identidad de género. La des-patologización de la condición trans\* implica que ella no es vista como una cuestión de "enfermedad", como una anormal falta de adecuación a estándares "normales" —propios del reduccionismo "género-sexo"—. Consecuencia de ello es la desjudicialización (42) de las peticiones de adecuación a la identidad de género —médica y/o registral— y la consagración del derecho a la identificación y el derecho a la documentación, como integrantes del concepto de identidad en su faz estática y dinámica, al permitir el reconocimiento jurídico de la identificación acorde al género sentido por la persona (43).

#### **IV. NIÑEZ TRANS\***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado on line sus propuestas sobre salud trans en el borrador Beta de la CIE-11 (44). La publicación incluye dos nuevas categorías presentadas por el Grupo de Trabajo de la OMS: "Incongruencia de género en la adolescencia y la adultez" e "Incongruencia de género en la infancia". Ambas categorías forman parte de un nuevo capítulo de la CIE11: "Condiciones relacionadas con la salud sexual" [06]. Por primera vez la OMS incluye las cuestiones trans en un capítulo distinto al de "Trastornos mentales y del comportamiento", lo que reviste un valor esencial a la luz de la lucha por la despatologización.

Sin embargo, nuevas discusiones son generadas a partir de esta modificación (45). Desde el escenario multidisciplinar, la organización Stop Trans Pathologize alerta sobre la necesidad de una más amplia discusión de la categoría "Incongruencia de género" incluida en la CIE-11 y sus riesgos de re-patologizar las cuestiones trans\*. El reclamo brega por una revisión y nueva versión de la CIE que excluya la recepción normativa de estereotipos de género. En particular, se insiste en evitar la inclusión de la categoría "Incongruencia de género en la infancia" (46)(47).

En el Borrador se señala: "Nos gustaría expresar nuestra crítica respecto al título 'Gender Incongruence' ('Incongruencia de Género') (...) el concepto de 'incongruencia' patologiza el momento anterior al tránsito y el proceso de tránsito en el género en sí, a la vez de establecer un estado normativo de 'congruencia'. Nos preocupa el carácter psicológico-psiquiátrico del término, por seguir conceptualizando los trastornos de género como problema psicológico, aunque la categoría esté ubicada fuera del capítulo V. (...) Asimismo, manifestamos nuestra preocupación ante la propuesta de una categoría específica para niñ\*s ('Gender Incongruence of Childhood', 'Incongruencia de Género en la Infancia') en la CIE-11. Nos parece importante resaltar que la exploración de expresiones y trayectorias de género diferentes al género atribuido al nacer durante la infancia no está relacionada necesariamente con una experiencia de sufrimiento o conceptualizada como enfermedad, trastorno o estado necesitado de atención médica. En algunos casos, niñ\*s con expresiones, trayectorias e identidades de género que difieren del género asignado al nacer pueden requerir asesoramiento psicológico y social acerca del proceso de exploración de expresiones de género o experiencias de discriminación, al igual que sus padres y otras personas que pertenecen a su entorno social cercano. Para este tipo de apoyo, consideramos que no sería necesaria una categoría específica en la CIE, sino ante todo la disponibilidad de profesionales con un enfoque no patologizante y abierto a la diversidad de género. (...) la inclusión de una categoría específica de 'Incongruencia de Género en la Infancia' en la CIE-11 carece de utilidad clínica, además de aumentar el riesgo de una patologización y medicalización de la exploración libre de expresiones, trayectorias e identidades de género en niñ\*s. Identificamos a l\*s niñ\*s como especialmente vulnerables a situaciones de discriminación, abusos médicos o terapias reparativas, debido a una frecuente falta de reconocimiento de sus derechos de participación en las decisiones clínicas".

Atendiendo a estas críticas, afirmamos que el escenario de infancia pone en jaque principios bioéticos esenciales como lo son el de autonomía, en su dimensión aplicativa específica ante la infancia —autonomía progresiva— y el principio bioético de beneficencia/no maleficencia. En efecto, la consideración de la identidad trans\* desde una perspectiva patológica, como proceso de tránsito y sufrimiento "por falta de adecuación", lleva a diagnósticos y eventuales tratamientos, sin necesidad médica ni justificación puntual en relación a determinad\* niñ\*, colaborando a conformar escenarios propios para el despliegue de decisiones paternalistas, que obvian el respeto al principio de autonomía ajustado a\* niñ\* y vulneran el principio bioético de beneficencia.

Desde la perspectiva de derechos humanos, bajo cuyo tamiz deben analizarse las cuestiones relativas a la identidad de l\*s niñ\*s, la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia entraría en contradicción con principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, las observaciones generales 7, 12, 15, 17 del Comité sobre los Derechos del Niño, así como los Principios de Yogyakarta citados. En estos documentos, se reafirma el derecho de l\*s niñ\*s a protección contra la discriminación y contra la violencia, el abuso y los malos tratos, el derecho al más alto nivel posible de salud, el derecho a la protección de su interés superior, a la libertad de expresión, a ser escuchado y a participar en las decisiones sanitarias.

Por su parte, el corpus iuris de infancia reconoce la condición de vulnerabilidad de niñ\*s y en función de ello

otorga protección especial desde la perspectiva de DD.HH. Esta noción de vulnerabilidad intrínseca a la condición de infancia se refuerza frente al escenario en que la condición trans\* ubica a\* niñ\* ante los operadores multidisciplinares, encargados de "regular" o "disciplinar" dicha condición, imbuidos de la descrita perspectiva binaria (48).

Ante este escenario contextual, ¿cómo ha legislado Argentina la situación de la infancia trans\*?

La rectificación registral del sexo y el cambio de nombre de pila e imagen requieren la edad mínima de 18 años (art. 4º). Para menores de esta edad "(...) la solicitud del trámite a que refiere el art. 4º deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo a lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la ley 26.061, de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el art. 27 de la ley 26.061. Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo a lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes" (art. 5º).

La ley receipta el principio constitucional de autonomía progresiva en el ejercicio de derechos de niñ\*s y adolescentes (arts. 5º y 18, CDN; arts. 3º, 19.a, 24.b, ley 26.061) (49), principio que condice o encuentra su parámetro en la noción bioética de competencia (50); así, no hablamos de capacidad en la toma de decisiones, sino de la aptitud o habilidad particular o propia al caso de que se trate para la toma de decisión, a partir del desarrollo de una conciencia reflexiva, libre, racional, que va adquiriéndose progresivamente, conforme la evolución personal de cada niñ\* (51).

Determinado grado de autonomía permite tomar determinadas decisiones razonadas, según cuál sea la cuestión en cada caso involucrada, independientemente de la capacidad civil y aun de la edad (52). Acorde este principio, se reconoce a l\*s niñ\*s el derecho a decidir autónomamente respecto de aquellas cuestiones que los afectan, ponderando las diferentes etapas de su desarrollo evolutivo (53).

La aptitud de decidir por sí mismo —para entender la información y para poder elegir autónoma y racionalmente— debe ser valorada caso por caso. Y aunque es aconsejable acordar una franja de edad orientativa y no rígida, aparece más adecuada la postura que admite el ejercicio de los derechos de la personalidad a medida que cada niñ\* / adolescente tenga suficiente capacidad de autogobierno, debiendo cualquier limitación ser interpretada de modo restrictivo (54)(55).

La consideración de los derechos a la salud y al propio cuerpo como personalísimos —dirigidos a la construcción del propio proyecto de vida— implica el respeto a la toma de decisiones autorreferentes: es su titular como agente moral autónomo quien decide su ejercicio, en tanto no perjudique a terceros ni afecte al bien común (art. 19, CN) (56). Existen entonces fuertes obligaciones éticas y clínicas que llevan a involucrar a l\*s niñ\*s en las decisiones acerca de su salud en la medida en que estén dispuestos y sean competentes para hacerlo (57).

Tratándose la identidad de un derecho personalísimo —arts. 7º, 8º, 9º, CDN—, no existe posibilidad de



sustitución en su ejercicio, debiendo ser actuado por su titular. Desde esta perspectiva, en el tiempo inmediato a la sanción de la ley, sostuvimos que ella no regulaba el acceso de niñ\*s trans\* a su adecuación registral con estricto criterio constitucional. La exigencia en punto a que "la solicitud deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor" debería redefinirse a la inversa: adolescentes con competencia para la cuestión prestarían su consentimiento con el asentimiento de sus progenitores (58).

Sin embargo, una revisión de esta inicial interpretación a la luz de casos concretos acaecidos en nuestro propio país lleva a re-analizar estas afirmaciones de un modo menos radical, considerando, justamente, esta noción de progresividad. Nos referimos al conocido en forma pública como el caso "Lulú", en que la Argentina —a través de sus organismos competentes— reconoció el derecho de adecuación a la identidad de género de una niña trans de 6 años de edad (59). En el caso, la petición fue llevada adelante por la progenitora ante las autoridades del Registro de las Personas, así como órganos gubernamentales. Corresponde entonces pensar —y sin perjuicio de la participación sustancial que "Lulú" tuvo en este proceso, mediante manifestaciones verbales, corporales, identificatorias, que determinaron la viabilidad del pedido— cómo hubiese podido postularse éste, a no ser por intermedio de la subrogación de la ejerciente de la responsabilidad parental.

La solicitud, luego de sucesivos informes de profesionales expertos, interdisciplinarios, y dictamen favorable de la Dirección de Asuntos legales de la SENNAF (60) obtuvo resultado favorable, con argumento en los derechos a la no discriminación (art. 2º, CDN); a la preservación de su identidad (art. 8º); a ser oído en todo asunto que lo involucre (art. 12); a la protección contra injerencias arbitrarias (art. 16); al disfrute del más alto nivel de salud (art. 24); a la crianza y el desarrollo del niño por sus padres (art. 24); a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (art. 27).

Véase la diferencia entre la perspectiva de resolución de este caso y la oportunamente aplicada hace unos años en el resonado "caso Naty" (61) —si bien éste versaba sobre el pedido de reasignación sexual y rectificación registral—, en que la acción interpuesta por los padres ante la justicia inicialmente fue rechazada, por considerar el carácter personalísimo del planteo. Esta visión sería posteriormente revisada, resolviendo hacer lugar a la autorización peticionada por los padres, con fundamento en la necesidad de consolidación de la identidad de género (62).

Claramente, estos dos supuestos presentaban situaciones distantes desde la perspectiva de la autonomía de la persona involucrada. De haber contado "Lulú" con una edad mayor, su pedido hubiese sido motorizado por ella misma, siendo adecuado, desde la perspectiva convencional, la postulación del derecho por propi\* adolescente / joven involucrad\* (63)(64).

En este sentido, colabora en la definición competencial la propuesta del Proyecto de Código Civil y Comercial (65), que exceptúa de la representación legal a la persona "...que cuenta con edad y grado de madurez suficiente", la que "puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico" (art. 25; art. 24, inc. b), previendo la posibilidad de actuación del adolescente con asistencia letrada.

Desde una relación inversamente proporcional entre autonomía y representación, el Proyecto establece que a mayor autonomía disminuye la representación en el ejercicio de los derechos de los hijos (art. 639); art. 646: debiéndose "...c) respetar el derecho del niño y adolescente a ser oído y a participar en su proceso educativo, así como en todo lo referente a sus derechos personalísimos...".



Con intención de una interpretación integrada y armonizadora, podríamos decir que si bien es cierto que el acto material imprescindible de "apertura" de un reclamo es materialmente imposible de llevar adelante por una niña de seis años de edad, como en el caso de Lulú, y por tal razón puede y debe admitirse subrogado por su progenitor —como herramienta para el acceso efectivo al derecho—, la efectiva postulación personal es expuesta por propi\* niñ\*, siendo sus vías de manifestación múltiples y descifrables desde una lectura interdisciplinaria, aspecto este último de sustancial valor para esta especial "escucha".

Avanzamos a una segunda cuestión. En punto a las intervenciones físicas, el art. 11 de la ley dispone: "Derecho al libre desarrollo personal. Todas las personas mayores de 18 años de edad podrán, conforme al art. 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el art. 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo a lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes...".

El principio de desjudicialización que la ley consagra para la prestación del consentimiento informado para las intervenciones quirúrgicas de reasignación no es aplicable en relación a los menores de 18 años: para ellos corresponde la intervención judicial. La remisión del art. 11 al art. 5° "para la obtención del consentimiento informado" importa que aquí también la petición será realizada por el representante legal, haciendo extensivas las mismas críticas que arriba formulamos en punto a la operatividad del principio de autonomía progresiva del\* niñ\*, siendo en este caso más fuerte el cuestionamiento, considerando que se tratará de un adolescente.

La norma especial se integra con las disposiciones de la ley 26.529, que en su art. 2°, inc. e), expresa: "...Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud". El alcance de esta "intervención" ha pretendido detallarse por conducto de la reglamentación del dec. 1089/2012: "Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la voluntad de los niños, niñas y adolescentes sobre esas terapias o procedimientos, según la competencia y discernimiento de los menores. En los casos en que de la voluntad expresada por el menor se genere un conflicto con el o los representantes legales, o entre ellos, el profesional deberá elevar, cuando correspondiere, el caso al Comité de Ética de la institución asistencial o de otra institución si fuera necesario, para que emita opinión, en un todo de acuerdo con la ley 26.061..." (art. 2.e).

El art. 5° del decreto, en tanto, regula el "consentimiento por representación", que establece a través de una línea demarcatoria relacionada con el concepto de competencia: "También operará este consentimiento por representación en el caso de los pacientes... menores de edad que no son capaces intelectual o emocionalmente de comprender los alcances de la práctica a autorizar. Cuando los mismos puedan comprender tales alcances, se escuchará su opinión, sin perjuicio de suministrarse la información a las personas legalmente habilitadas, para la toma de decisión correspondiente. Para este consentimiento deberán tenerse en cuenta las circunstancias y necesidades a atender, a favor del paciente, respetando su dignidad personal, y promoviendo su participación en la

toma de decisiones a lo largo de ese proceso, según su competencia y discernimiento".

En el caso de pacientes niño\*s/adolescentes incompetentes para la toma de decisión, tratándose de una intervención quirúrgica de reasignación sexual y atento a su carácter personalísimo, parece impracticable el consentimiento por representación puro (66). De este modo, las intervenciones de reasignación aparecerían viables respecto de niño\*s/adolescentes competentes para la decisión, pero en este caso la petición y prestación del consentimiento no cabrían canalizarse por la vía representativa propuesta por la ley de identidad de género, sino desde el reconocimiento de la petición y participación personal del paciente —menor de edad—, según su edad, madurez y desarrollo y con asistencia de sus representantes legales para la prestación de un consentimiento integrado o asistido. Ello, más la autorización judicial que es recaudo legal. La petición judicial corresponderá ser planteada por el propio adolescente con autonomía progresiva suficiente y con el recurso a la asistencia letrada (67).

Una aclaración expresa. Sólo las intervenciones consistentes en cirugía de reasignación requieren autorización judicial. Esto reviste importancia frente a otras terapias, v.gr., las relativas a aplicación de bloqueadores hormonales. En efecto, existen tratamientos autónomos, o bien decididos como intermedios —previos a la cirugía de reasignación, la que es sólo una de las posibles acciones médicas—. El número y tipo de intervenciones difiere de persona a persona e incluye cambios en la expresión y rol de género, terapia hormonal para feminizar o masculinizar, cirugía de modificación de características primarias y secundarias de sexo —genitales externos e internos, rasgos faciales, pecho, etc.—; tratamientos laser de remoción de vello, psicoterapia, etcétera.

En el caso de niño\*s y adolescentes, la rapidez del proceso de desarrollo —psíquico, psicológico y sexual— es fluido y variable, acentuándose en la pubertad. Pero desde los dos años de edad, niño\*s pueden revelar experiencias de género, expresar un deseo a pertenecer a otro sexo y disconformidad sobre sus características sexuales físicas y funciones. Pueden preferir ropas, juguetes, juegos mayormente asociados al otro sexo, así como vincularse y jugar con niños de aquél (68).

En ciertos niño\*s, estos sentires se intensifican y desarrollan aversión a su cuerpo, que aumenta cuando inician la adolescencia, con el consecuente desarrollo acorde características femeninas/masculinas. Ello provoca un profundo deseo de someterse a tratamientos de hormonas o cirugías, a fin de adecuarse al género sentido como propio.

Algun\*s niño\*s desean efectuar esta transición de género mucho antes de la pubertad. Esto depende de factores varios, no sólo propios al\* niño\* sino a la permeabilidad de la propia familia frente a las decisiones autónomas del\* niño\*; su familia debe también ser asistida por los profesionales de la salud a los fines de favorecer la expresión auténtica de identidad de género, acorde el respeto de las necesidades del niño\*, nutriendo sus experiencias de exploración en un ambiente saludable (v.gr., usar el nombre pedido, posibilitar un ambiente acorde a las expresiones de género, familiar como socialmente) (69).

Las cuestiones que aparecen más complejas se relacionan entonces no ya con las intervenciones quirúrgicas —que frecuentemente se postulan en la adolescencia o pre-adolescencia, exhibiendo un mayor grado de autonomía— sino con intervenciones médicas anteriores —v.gr., la referida aplicación de terapias hormonales—. El uso temprano de hormonas de supresión de la pubertad puede evitar consecuencias negativas sociales y emocionales con mayor eficacia que posteriormente.

En efecto, las intervenciones físicas encuadran en tres categorías (70): 1. Intervenciones totalmente reversibles: implican el uso de análogos de GnRH para suprimir la producción de estrógeno o testosterona y retrasar los cambios físicos de la pubertad (71). Su ventaja es aliviar el sufrimiento asociado con el desarrollo de características sexuales y la prevención de los cambios no deseados y permanentes en el cuerpo (v.gr., desarrollo de mamas, barba, cambios en el tono de la voz); 2. Intervenciones parcialmente reversibles: incluyen la terapia hormonal para masculinizar o feminizar el cuerpo. Algunos de los cambios inducidos por las hormonas pueden necesitar cirugía reconstructiva para neutralizar el efecto (p. ej., ginecomastia causada por los estrógenos), mientras que otros cambios no son reversibles (p. ej., profundización del tono de voz causado por testosterona); 3. Intervenciones irreversibles: son procedimientos quirúrgicos.

Desde una perspectiva tradicional, se afirma recomendable un proceso escalonado que permita mantener opciones durante las dos primeras etapas, debiendo transitarse un adecuado tiempo entre una y otra para que \*l adolescente y familia asimilen los efectos de cada intervención. Sin embargo, desmedicalizar la atención sanitaria en personas trans\* significa dar valor y oportunidad al proceso de resignificación de la experiencia (72) y no sujetarla a imposiciones temporales estándar que no sean las propias derivadas de la identidad autopercebida y la proyección de la persona acorde su proyecto de vida autorreferencial.

Así, un modelo de buenas prácticas en el ámbito de la salud trans exige reemplazar la función de determinación paternalista por la de acompañamiento, en pos de promover y respetar la autonomía de la persona en lugar de sustituirla en el proceso de experiencias de género, indagación de identidad y consentimiento informado. Las/os profesionales deben romper con el binarismo hombre/mujer, hétero/homo y cuestionar las categorías que patologizan la diversidad sexual y de género (73)(74).

Es importante que los profesionales reconozcan que las decisiones sobre hormonas son, ante todo, decisiones de la persona usuaria de servicios —al igual que todas las decisiones relativas a la salud—. Si bien debe dejarse constancia que ha sido dada y entendida información comprensible sobre los aspectos relevantes de la terapia hormonal —incluyendo los posibles beneficios y riesgos (75), su impacto en la capacidad reproductiva (76)—, esto constituye parte del proceso de consentimiento informado en atención de salud, que no se obstruye por la condición de adolescencia.

La Suprema Corte de Australia (77) se expidió frente a la solicitud de los padres para iniciar el proceso de supresión hormonal respecto a su hij\*, de once años de edad, quienes pidieron autorización para consentir en representación. La Corte se pregunta si se trata de un procedimiento médico especial que desplace la responsabilidad parental y requiera decisión judicial. Responde negativamente: apropiadamente informados, los padres están en posición de adoptar estas decisiones, en especial, por tratarse de tratamientos reversibles, que no importan un grave riesgo. No existiendo controversia en el seno familiar, la decisión reposa en la responsabilidad parental si el hij\* no es aún capaz de tomar su propia decisión. Parece excesivo requerir a los padres someter a autorización judicial la situación, con el agregado de estrés, demoras, cuando médicos y padres acuerdan con el hij\* en favor de la terapia. La competencia bajo el estándar "Gillick competent" es materia a ser determinada por la Corte ante disputa entre padres, hij\* y profesionales.

Respecto de las intervenciones irreversibles —cirugía genital—, algunas posturas más restrictivas aconsejan no llevarla a cabo hasta que (i) las personas usuarias de servicios alcancen la mayoría de edad legal para consentir procedimientos médicos de acuerdo con las leyes nacionales y (ii) las personas usuarias hayan vivido continuamente durante, al menos, doce meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género (78). Si bien el tránsito por la experiencia puede parecer justificado, su imposición desdibuja el principio de

autonomía. Si este recaudo —que normativas avanzadas como la Argentina no exigen— se impone cuando se trata de un adolescente, la autonomía aparece "menos autónoma" y la visión continúa siendo paternalista. Se explica, en tren de justificar la posición, que el objetivo es brindar al adolescente suficiente oportunidad de experiencia personal y social ajustada a su rol, antes de avalar una intervención irreversible. De todos modos, aun ello no permitiría imponer un determinado "plazo de experiencia"; eventualmente sería un aspecto que emergería en el proceso de consentimiento informado, conforme las necesidades del paciente; no correspondería como exigencia impuesta genéricamente en un protocolo sanitario.

Standards of Care es el documento de referencia internacional que han seguido buena parte de las instituciones sanitarias nacionales, pero no está exento de críticas por las propias personas trans\* (por la perpetuación de la calificación negativa y referencias a la persona como objeto de intervención) (79). Un modelo de buenas prácticas en salud se basa en la absoluta despatologización de todas las identidades trans\*, su desproblematización y reconocimiento como parte de la diversidad humana (80).

## V. CONCLUSIÓN

La violencia, en sus diferentes manifestaciones, atraviesa las vidas de los niños y las niñas en general; la experiencia trans en la infancia agrega un plus importante a esa violencia ejercida como respuesta hallada por las familias, sin distinciones socioculturales, políticas ni económicas, por las instituciones del Estado, como si frente a lo diverso y desconocido no existiera otra posibilidad que ceñirse a los mandamientos de la cultura. "(....) Esto configura sólo una parte del alto precio que debe pagar muchas veces la expresión de la identidad en la infancia"(81).

La perspectiva de derechos humanos frente a la identidad de género exige un modelo de autonomía personal y obtención de consentimiento informado, recaudo ético imprescindible frente a cualquier intervención sanitaria, reforzado en función del principio de protección especial frente a la condición de niñ\* / adolescente. (CDN, art. 3º; OC 17, CIDH; observaciones generales del Comité de Derechos del Niño).

El principio que sostiene aquella presunción en torno a que son los progenitores quienes conocen qué es "lo mejor" para sus hij\*s se ensombrece y desdibuja ante los supuestos que involucran la identidad de género, con la complejidad que la caracteriza. Se trata de decidir la identidad de un tercero, el\* hij\* (82). La valoración debe tener en cuenta la interrelación entre opuestas obligaciones estatales: una negativa, de evitación de injerencias arbitrarias y otra positiva, de protección ante la vulnerabilidad: lograr el equilibrio es un punto complejo (83).

Desde el momento en que se altera, define y redimensiona la identidad de un tercero —el\* hij\*—, la cuestión se ubica claramente fuera del ámbito de la representación, marcando la necesidad de un auténtico protagonismo del\* afectad\* —hij\* menor de edad—, como así también de un actuar estatal signado por la precaución y el respeto a los derechos fundamentales de la persona, bajo el paraguas de su dignidad.

(\*) Los asteriscos (\*) son usados por la autora para no determinar un sexo específico en su relato.

(1) Roudinesco, Elisabeth, "La familia en desorden", Ed. Fondo de Cultura Económica, 2003, ps. 123 y ss.

(2) Cantore, Laura, "Intersexualidad, transexualidad y derechos de la infancia", en Fernández, Silvia E. (dir.), "Tratado de derechos de niñas, niños y adolescentes", Thomson Reuters, en prensa. Cariotipo: construcción genética de un individuo, que puede distinguirse a partir del fenotipo. Fenotipo: Las características bioquímicas, fisiológicas y morfológicas observadas de un individuo, determinadas por su genotipo y el ambiente en el que se expresa.

(3) Se ha explicitado la diferencia entre sexo, abarcando lo que compete al cuerpo sexuado (masculino, femenino) y género, relativo a la significación sexual del cuerpo en la sociedad (masculinidad o femineidad). Cfr. "El género una categoría útil para el análisis histórico" en Cangiano, María Cecilia y Dubois Lindsay (comps.), "De mujer a género. teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales", Ed. Ceal, Buenos Aires, 1993. Volveremos más adelante sobre esta distinción.

(4) Freud, Sigmund, "Œuvres complètes", vol. 11 trad. española, "Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (contribuciones a la psicología del amor, II), cit. por Roudinesco, Elisabeth, "La familia...", cit., ps. 139 y ss.

(5) En alegoría a la conversación que habría mantenido Napoleón con Goethe en 1808, bajo la oración "que nos importa hoy el destino": "la política es el destino". Goethe, Johann W., "Escritos autobiográficos 1789-1815", trad. española en "Obras completas", vol. 2, Ed. Aguilar, Madrid, 1990.

(6) Litardo, Emiliano, "Habemus corpus: El acto de juzgar los cuerpos (tod@s)", RDF 2012-I-147.

(7) Viturro, Paula, "Constancias", en Courtis, Christian (comp.), cit., por Litardo, Emiliano, "Habemus...", cit., ps. 157/158.

(8) Podemos aquí citar a Foucault en su obra "Los anormales": "Creo que para situar esta especie de arqueología de la anomalía puede decirse que el anormal del siglo XIX (...) va a seguir marcado —y muy tardíamente en la práctica médica, en la práctica judicial, tanto en el saber como en las instituciones que van a rodearlo— por esa especie de monstruosidad cada vez más difusa y diáfana, por esa incorregibilidad rectificable y cada vez mejor cercada por ciertos aparatos de rectificación. Y por último está marcado por ese secreto común y singular que es la etiología general y universal de las peores singularidades". Foucault, Michel, "Los anormales", 4ª reimp., Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007, p. 65.

(9) La constitución del cuerpo moderno se da en ocasión de relaciones de poder, múltiples y complejas. "No hay ejercicio del poder sin cierta economía de los discursos de verdad que funcionan en, a partir y a través de ese poder". Foucault, Michel, "Defender la sociedad", Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001.

(10) Butler, Judith, "Deshacer el género", Ed. Paidós, Barcelona, 2006, ps. 70/71.

(11) El Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ha establecido que el término "sexo" se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que el término "género" se refiere a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente y al significado

cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas.

(12) El cambio en la visión actual de la persona trans\* modifica incluso la calificación de "reasignación de sexo o género" —por medio de cirugías, tratamientos hormonales, etc.—, denominando a estos procesos, de "afirmación de género". Dentro de ellas, las personas transexuales se sienten y conciben como pertenecientes al género opuesto al que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico y optan por una intervención médica para adecuar su apariencia física-biológica a su realidad psíquica, espiritual y social. A diferencia de esta situación, el término travesti refiere a la persona que opta por vestimentas que, tradicionalmente, y como parte de un estereotipo, usa el otro género. Esto no implica falta de identificación con su sexo asignado, ni indica orientación sexual. Otras percepciones incluyen drag queens, drag kings—modificaciones de vestimenta y caracterización, con fin de exhibición social y sin identificación—, cross dressers, etc. Otras, personas andrógín\*s, multigénero, desconformes con el género, entre otras. Disponible en [www.apa.org/topics/lgbt/transgenero.aspx?item=4](http://www.apa.org/topics/lgbt/transgenero.aspx?item=4); cfr. estudio elaborado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en cumplimiento de la resolución AG/RES. 2653 (XLI-O/11): "Derechos Humanos, orientación sexual e identidad de género", OEA/Ser.G, CP/CAJP/INF. 166/12, 23/4/2012, disponible en [www.oas.org/dil/esp/CP-CAJP-INF\\_166-12\\_esp.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/CP-CAJP-INF_166-12_esp.pdf), fecha de consulta, 26/8/ 2014.

(13) Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, 2006. [www.oas.org/dil/esp/orientacion\\_sexual\\_Principios\\_de\\_Yogyakarta\\_2006.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf).

(14) Litardo, Emiliano, "Habemus...", cit.

(15) Alcaraz, Rodolfo y Abril, "El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género", Textos del Caracol, nro. 4, Dante, nro. 14, CONAPRED, 2008, p. 6. Véase también Comisión Internacional de Juristas, "Orientación sexual e identidad de género y derecho internacional de los derechos humanos", Guía para Profesional nro. 4, 2009, p. 23.

(16) "(e)s posible que una persona resulte discriminada con motivo de la percepción que otras tengan acerca de su relación con un grupo o sector social, independientemente de que ello corresponda con la realidad o con la auto-identificación de la víctima". Corte IDH, "Caso Perozo y otros v. Venezuela". Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de enero de 2009. Serie C, nro. 195, p. 380.

(17) Fernández, Josefina, cit. por Cantore, Laura, "Intersexualidad...", cit. Litardo, Emiliano, "Los cuerpos desde ese otro lado: la ley de identidad de género en Argentina", disponible en [www.fumec.br/revistas/meritum/article/download/2168/1328](http://www.fumec.br/revistas/meritum/article/download/2168/1328), fecha de consulta, 31/8/2014.

(18) El endocrinólogo Harry Benjamin es quién introduce el 1954 el término "transexualismo" y desarrolla los primeros criterios para su diagnóstico. En 1979, la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (actualmente World Professional Association of Transgender Health) establece un protocolo oficial para los tratamientos de reasignación de género denominado Standards of Care for Gender Identity Disorders (SOC). Este protocolo indica de forma detallada el tratamiento psiquiátrico, endocrinológico y quirúrgico de las personas trans. A lo largo de los 70 y 80, muchos países europeos importaron este modelo colaborando con la identificación trans\* como condición/patología mental.

(19) Los protocolos clínicos basados en la hegemonía de un sistema binario no se condicen con la multiplicidad de expresiones e identidades de género acordes a la singularidad de cada persona.

(20) En Australia, una persona presentó un recurso ante la Corte, fundado en que si bien se había sometido a una intervención quirúrgica de "afirmación de sexo", su sexo era ambiguo y no se correspondía con las categorías de masculino-femenino; en estas circunstancias, conforme a lo previsto en la ley antidiscriminatoria, afirmó que su identidad de género se correspondía con la categoría "inespecífico". La Corte entiende que el sexo no responde a dos variables "masculino" y/o "femenino" y, en virtud de ello, puede la persona anotarse con un sexo que no encuadre en estas dos alternativas, admitiendo el pedido de rectificación bajo el término "inespecífico". Trib. Apel. de Nueva Gales del Sur, Australia, 31/5/2013, "N. v. NSW Registrar of Wales", RDF 2014-III-259. Las personas trans pueden ser identificadas como hombre, mujer o tercer género. Suprme Court of India, "National Legal Services Authority v. Union of India and others", 15/4/2014.

(21) La CIE es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología, gestión de salud y fines clínicos. ICD-10 fue aprobado por la 43<sup>ra</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y entró en uso en los Estados Miembros de la OMS desde 1994. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) (Familia de Clasificaciones Internacionales de OMS).

(22) Agradezco a la Dra. Eleonora Lamm sus orientaciones, informaciones e indicaciones en relación a este documento y cuestiones vinculadas.

(23) La revisión 11 de la clasificación —donde se produce esta modificación— ya ha comenzado y continuará hasta el año 2017, en que se contará con el texto definitivo, con voto de la Asamblea Mundial de la Salud.

(24) WPATH es una asociación internacional, profesional multidisciplinaria cuya misión es promover un cuidado de salud, educación, desarrollo y política pública basado en evidencia respecto a la atención de salud transgénero. Una de sus principales funciones es promover Estándares de Cuidado (Standards of Care —SOC— for de Health of Transsexual, Transgender and Gender - Nonconforming People Versión 7; SOC), basado en el más alto y calificado consenso de ciencia y profesionales especializados, basado sustancialmente en resultados provenientes de norteamérica y de Europa occidental. International Journal of Transgenderism, 13:165-232, 2011, disponible en [www.wpath.org/site\\_page.cfm?pk\\_association\\_webpage\\_menu=1351](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351).

(25) En algunos países se ha intentado poner fin a la patologización trans\* modificando las clasificaciones de enfermedades. V.gr., en febrero del 2010, el Ministerio de Sanidad francés eliminó los trastornos de identidad de género de la lista (ALD-23), si bien los ha reclasificado como "enfermedad de causa indeterminada", lo cual no termina de eliminar el tinte patológico, a pesar de borrar el factor psiquiátrico. Outrans, 2010. [www.outrans.org/spip.php?article94](http://www.outrans.org/spip.php?article94).

(26) En el texto explicativo que acompaña a los criterios diagnósticos de "Disforia de Género" en el DSM-5, se diferencia el diagnóstico de "(n)onconformity to gender roles" ("no-conformidad con roles de género"). Si bien aparecería como un aspecto positivo el intento de reducir la carga estigmatizante a través del cambio del título (de "Trastorno de la Identidad de Género" a "Disforia de Género"), así como un reconocimiento de la diversidad de género más allá de un modelo binario —"or some alternative gender different from one's assigned gender"—, se



cuestiona que el hablar de "disforia" de género asocia el proceso de tránsito en el género a un estado de sufrimiento o malestar. Similares connotaciones presenta el término "incongruencia". Trans Pathologize expresa su rechazo a la permanencia de la categoría de "Disforia de Género" en el DSM-5 "(...)" y a la continuada clasificación de la diversidad de género en la infancia", bajo el título de 'Gender Dysphoria in Children' ('Disforia de Género en Niñ\*s') en el DSM-5 (APA 2013a: 452). Cuestiona la utilidad clínica de una categoría diagnóstica para niñ\*s con expresiones y trayectorias de género diferentes al género que difieren de las expectativas sociales asociadas al género asignado al nacer. En caso del DSM-5, teniendo en cuenta su carácter como "Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales", preocupan los riesgos inherentes a un proceso de psicopatologización de la diversidad de género en niñ\*s, incluyendo el riesgo de exposición a situaciones de discriminación social, terapias reparativas y otras formas de abuso iatrogénico. Ver "Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5", STP, "Campaña Internacional Stop Trans Pathologization"; disponible en [www.stp2012.info/Comunicado\\_STP\\_agosto2013.pdf](http://www.stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf), fecha de consulta, 28/8/2014.

(27) Fernández, Silvia, "Transexualismo y derecho al nombre. Una sentencia a la medida de la persona y sus derechos", comentario a fallo Juzg. Crim. y Corr. n. 4 Mar del Plata, 10/4/2008, LL del 8/10/2008, LL 2008-F-37.

(28) La CIDH entiende por discriminación por orientación sexual, identidad de género o expresión de género toda distinción, exclusión, restricción o preferencia de una persona por estos motivos que tenga por objeto o por resultado —ya sea de iure o de facto— anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades, teniendo en cuenta las atribuciones que social y culturalmente se han construido en torno a dichas categorías. Cfr. CIDH, "Caso Karen Atala Riffo e hijas v. Chile". Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C, nro. 239, párr. 91.

(29) Cfr. resolución AG/RES. 2653 (XLI-O/11) de la Asamblea General de la ONU.

(30) Estudio elaborado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos "CIDH" en cumplimiento de la resolución AG/RES. 2653 (XLI-O/11): "Derechos humanos...", cit.

(31) Cfr. noticia, CIDH, Comunicado de Prensa nro. 115/11, "CIDH crea unidad para los derechos de las lesbianas, los gays y las personas trans, bisexuales e intersexo", 3 de noviembre de 2011. La Unidad para los Derechos de las Lesbianas, los Gays, las Personas Trans, Bisexuales e Intersex (LGTBI) de la CIDH, se ha designado con este nombre con el fin de dar una nominación fácilmente reconocible y unificar algunos de los principales debates en relación a las categorías de orientación sexual, identidad de género y expresión de género. La CIDH reconoce la auto-identificación de cada persona como una guía fundamental. En igual sentido, "Advisory Opinion by UNHCR to the Tokyo Bar Association Regarding Refugee Claims Based on Sexual Orientation", ACNUR, 3 September 2004, párr. 8, disponible en: [www.unhcr.org/refworld/docid/4551c0d04.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/4551c0d04.html).

(32) Corte IDH, "Caso Karen Atala Riffo e hijas v. Chile", cit., párr. 91

(33) Corte IDH, "Caso Karen Atala Riffo e hijas v. Chile", cit, párr. 92.

(34) CIDH, informe 71/99, caso 11.656, "Marta Lucía Álvarez Giraldo", Colombia, 4 de mayo de 1999. Caso 12.502, 17 de septiembre de 2010, párr. 111, citando a Corte Europea de Derechos Humanos, "E. B. v. Francia", Aplicación nro. 43546/02, 22 de enero de 2008, párr. 91; "Smith and Grady v. the United Kingdom", Aplicaciones nros. 33985/96 y 33986/96, 27 de septiembre de 1999, párr. 89; "Lustig-Prean and Beckett v. the United Kingdom", Aplicaciones nros. 31417/96 y 32377/96, 27 de septiembre de 1999, párr. 82; "Karner v. Austria", Aplicación nro. 40016/98, 24 de julio 2003, párr. 37.

(35) CIDH, informe 4/01, "María Eugenia Morales de Sierra (Guatemala)", 19 de enero de 2001, párr. 47, y CIDH, informe 38/96, "X y Y (Argentina)", 15 de octubre de 1996, párr. 91. Véase también Comité de Derechos Humanos en el caso "Toonen v. Australia", Comunicación 488/1992, U.N. Doc. CCPR/C/50/D/488/1992 [1994]. Corte IDH, "Caso Karen Atala Riffo e hijas v. Chile", cit., párr. 161, citando la jurisprudencia de dicho tribunal en los casos "Masacres de Ituango v. Colombia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C, nro. 148, párr. 194, y "Caso Fontevecchia y D'Amico v. Argentina". Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de noviembre de 2011. Serie C, nro. 238, párr. 48.

(36) "(Q)uien asume un compromiso con la lucha antidiscriminación sabe que, le guste o no, gran parte de sus batallas se librarán en el pantanoso ámbito del derecho". Viturro, Paula, "El revés del derecho", Buenos Aires, 2011. Disponible en: [www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-2048-2011-07-15.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-2048-2011-07-15.html).

(37) En esta tesis, "se olvida de los efectos performativos del derecho y su dimensión ideológica; (...) se calla el lenguaje constrictor del decir del derecho. En definitiva se ubica al derecho como lo incuestionable, tal como se nos presenta, por ejemplo, la diferencia sexual entre varones y mujeres". Litardo, Emiliano, "Habemuss...", cit., p. 151.

(38) Sancionada el 9/5/2012, promulgada el 23/5/2012, BO del 24/5/2012.

(39) Gil Domínguez, Andrés; Famá, María Victoria y Herrera, Marisa, "Derecho constitucional de familia", t. 2, Ed. Ediar, Buenos Aires, ps. 1108 y ss.; Pellegrini, M. Victoria, "Todavía la identidad sexual requiere la intervención de los jueces", DFyP 2012, enero-febrero, p. 278.

(40) Conf. art. 6º, DUDH; art. 3º, CADH; art. 16, PIDESC; art. 19, CN.

(41) La Corte Suprema ha sostenido: "...además del señorío sobre las cosas que derivan de la propiedad... está el señorío del hombre a su vida, su cuerpo, su identidad su honor, su intimidad, sus creencias trascendentes, es decir lo que configura su realidad integral y su personalidad, que se proyecta al plano jurídico, tratándose en definitiva de los derechos esenciales de la persona humana, relacionados con la libertad y la dignidad del hombre". Corte Sup., in re "Bahamondez", LL 1993-D-130.

(42) La ley deroga el art. 19, inc. 4, de la ley 17132, que veda la realización de prácticas de adecuación sexual sin autorización judicial.

(43) Art. 4º, último párrafo: "...En ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación

genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico". Ver Juzg. Crim. y Corr. n. 4 Mar del Plata, 10/4/2008, magistrado Dr. Pedro F. Hooft, LL del 8/10/2008; Juzg. Civ. y Com. n. 8 Quilmes; Trib. Familia Bahía Blanca, 30/8/1999; Trib. Familia n. 1 Quilmes, 30/4/2001; Juzg. Civ. y Com. Córdoba, 19ª, 18/9/2001; Juzg. Nac. Civ n. 102, 1/3/2006; C. Civ. y Com. Jujuy, sala 1ª, 17/8/2007, LLNOA 2007, octubre, p. 930; Juzg. Familia, Niñez y Adolescencia n. 4 Neuquén, 7/10/2008, LLPatagonia 2008 (diciembre), p. 599, C. Nac. Civ., sala L, 30/6/2009, www.laleyonline.com.ar AR/JUR/51873/2009; Pellegrini, M. Victoria, "Identidad sexual: otro capítulo en la relación autonomía de la voluntad y orden público", DFyP 2010 (septiembre), p. 257; C. Civ. y Com. Formosa, 29/10/2001; Sup. Corte Bs. As., 21/3/2007, eIDial, AA3C25; C. Nac. Civ., sala B, 18/7/1996; sala G, 9/2/2001.

(44) Disponible en [ww.apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en](http://www.apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en), consulta, 31/8/2014.

(45) La aprobación de la CIE-11 está prevista en mayo de 2015, dentro de la Asamblea Mundial de la Salud. Actualmente, el Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health, ("Grupo de Trabajo sobre la Clasificación de Trastornos Sexuales y Salud Sexual") de la OMS está revisando las categorías trans-específicas en la CIE.

(46) Ver [www.stp2012.info/old/es/noticias](http://www.stp2012.info/old/es/noticias), fecha de consulta, 26/8/2014.

(47) En similar línea discute el grupo activista "Cape Town" (trans y profesionales de la salud intersex, defensores, activistas, investigadores, miembros de familia y miembros de la comunidad trans\*, que representan colectivamente más de once países y culturas diversas). En la Cape Town Declaration "Gender Incongruence in Childhood" (28/7/2014), se concluye: "este diagnóstico pre-pubescente es el problema más urgente que enfrenta la comunidad trans en el momento. (...)"; exige que la OMS deseche el actual "trastorno de identidad de género en la niñez" y se abstengan de su sustitución con cualquier nuevo diagnóstico patologizante, incluido el "GIC" (incongruencia de género en la infancia).

(48) Desde la primera ecografía de un niño en gestación y la pregunta de amigos y familiares, "¿Qué es? ¿nene o nena?", hasta los ajueres en rosas y celestes y luego la propia disposición de cualquier juguetería, enfrentando "barbies y bebés" a "autos y pelotas", como claros modelos de reforzamiento de los estereotipos de género y la matriz disciplinar, desde la infancia.

(49) Gil Domínguez, Andrés; Famá, María Victoria y Herrera, Marisa, "Ley de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes", Ed. Ediar, Buenos Aires, ps. 453 y ss.; Minyersky, Nelly, "Capacidad progresiva de los niños en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño"; Grosman, Cecilia y Herrera, Marisa (comps.), "Hacia una armonización del derecho de familia en el Mercosur", Ed. LexisNexis, Buenos Aires, ps. 250 y ss.

(50) Kemelmajer de Carlucci explica que capacidad es una noción utilizada en el ámbito de los contratos, por razones de seguridad jurídica. Competencia, en cambio, es un concepto perteneciente al área de los derechos personalísimos, no se alcanza en un momento determinado sino que se va formando, requiere una evolución. Una persona es competente en tanto pueda entender aquello que se le dice, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las opciones y si tiene valores para poder juzgar. El concepto de consentimiento informado está unido a la noción de discernimiento y, en consecuencia, a la de competencia. Se trata de "un estado psicológico empírico en

que puede afirmarse que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia autonomía moral personal". Kemelmajer de Carlucci, Aída, "El derecho del niño a su propio cuerpo", en Bergel, Salvador D. y Minyersky, Nelly (comps.), "Bioética y derecho", Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2003, ps. 114/115.

(51) En el proceso inciden factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que complejiza el concepto "evolución de facultades". Lansdown, Gerison, "La evolución de las facultades del niño", Innocentiinsight, Centro de Investigaciones Innocenti, UNICEF 2005, www.unicef-ir.org. Sobre el tema, ver, entre otros: Kemelmajer de Carlucci, Aída; "Dignidad y autonomía progresiva de los niños", Revista de Derecho Privado y Comunitario. Derechos del Paciente, 2010-3, y "El derecho...", cit., ps. 115 y ss.; Minyersky, Nelly, "Capacidad progresiva de los niños, niñas y adolescentes al cuidado de su propio cuerpo", RDF 43-131 y ss.; Minyersky, Nelly y Herrera, Marisa; "Autonomía, capacidad y participación a la luz de la ley 26061", en García Méndez, Emilio (comp.), "Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Análisis de la ley 26061", Ed. Fundación Sur - Editores del Puerto, Buenos Aires, 2006, ps. 43 a 70; Gil Domínguez, Andrés; Famá, María Victoria y Herrera, Marisa, "Derecho...", cit., ps. 520 y ss.; Famá, María V., "Autonomía progresiva del niño en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo", RDF 57-5/29; Krasnow, Adriana N., "Responsabilidad parental, derechos personalísimos y procreación asistida. Su vinculación con decisiones reproductivas", en Lloveras Nora y Herrera Marisa (dirs.), "Derecho de familia en Latinoamérica 2", vol. 2, Ed. Nuevo Enfoque Jurídico, Córdoba, 2012, ps. 1123/1145.

(52) Gil Domínguez, Andrés, "Constitución, patria potestad y salud reproductiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", LL 2004-B-411; Medina, Graciela, "Bioética, libertad sexual y derecho. Libertad de elección sexual, libertad de contracepción, libertad de cambio de sexo. Límites y responsabilidades", RDF 21-91/112; Famá, María Victoria; Herrera, Marisa y Revsin, Moira, "Un paso más hacia su consolidación... Los derechos sexuales y reproductivos como un derecho humano", LLC 2004 (septiembre), p. 800; Fernández, S. E., "Consideraciones en torno al principio de autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes en el anteproyecto de reforma de Código Civil y Comercial argentino", JA, Número Especial, 2012-II-109.

(53) Famá, María Victoria, "El derecho de niños y adolescentes al cuidado de su propio cuerpo en el marco de la responsabilidad parental", en Kemelmajer de Carlucci, Aída (dir.) y Herrera, Marisa (coord.), "La familia en el nuevo derecho. Libro homenaje a la profesora Dra. Cecilia P. Grosman", t. II, Ed. Rubinzal-Culzoni, Buenos Aires, 2009, ps. 343 a 362; Fernández, Silvia E., "Los derechos de niños y adolescentes en el ámbito de la salud y del cuidado del propio cuerpo. Una aproximación a la cuestión frente a la ley 26.529 de Derechos del Paciente", SJA del 7/7/2010; Herrera, Marisa, "Autonomía, capacidad y participación en el ejercicio de derechos personalísimos de niños, niñas y adolescentes a un lustro de la ley 26.061", en Flah, Lily R. (dir.); Fodor, Sandra y del Árbol, Mabel (coords.), "Los desafíos del derecho de familia en el siglo XXI, derechos humanos. Bioética. Relaciones familiares. Problemáticas infanto-juveniles. Homenaje a la Dra. Nelly Minyersky", Ed. Errepar, Buenos Aires, 2011, ps. 693/720.

(54) Kemelmajer de Carlucci, Aída y Lamm, Eleonora, "La persona transexual, menor de edad, competente para decidir sobre la intervención médica que requiere judicialmente", Semanario Jurídico, nro. 1637, Córdoba, 6/12/2007, ps. 793/821.

(55) Adscribirían a esta línea restrictiva en el sentido de descartar una "autonomía suficiente" en personas menores de edad a la vez que la imposibilidad de subrogación del consentimiento, legislaciones como la recientemente sancionada en Dinamarca, que no permite las intervenciones de reasignación a menores de 18 años de edad. Esta ley, si bien es la primera de Europa en reconocer la identidad referida a la auto percepción personal,

aboliendo la necesidad de tratamientos médicos, hormonales, etc., instituyendo la vía administrativa para generar en forma autónoma la documentación personal acorde a la identidad de género, exige primeramente aguardar un período de seis meses a fin de garantizar la autenticidad y convencimiento en la petición y la limita a la edad —sin excepciones— de 18 años. WPATH y otras instituciones de derechos humanos —v.gr., Irish Ombudsman for Children or the Council of Europe Human Rights Commissioner— han señalado que no hay razones legales ni médicas para insistir en la limitación del acceso de la identidad de género en personas menores de 18 años. Las personas descubren sus experiencias y trayectorias trans en edades tempranas, por lo que es fundamental no ser excluidas de este reconocimiento, y menos aún del acceso a la educación y al trabajo. Ver "TGEU statement: Historic Danish Gender Recognition Law comes into Force", disponible en [www.tgeu.org/TGEU\\_statement\\_Historic\\_Danish\\_Gender\\_Recognition\\_Law\\_comes\\_into\\_Force](http://www.tgeu.org/TGEU_statement_Historic_Danish_Gender_Recognition_Law_comes_into_Force), fecha de consulta, 3/9/ 2014. Agradezco a la Dra Eleonora Lamm el compartir esta información.

(56) Corte Sup., "Bahamondez", 6/4/1993, LL 1993-D-130; Sup. Corte Bs. As., Ac. 76041 23/4/03, Juba.

(57) Larcher and Hutchinson, "How should paediatricians assess Gillick competence?", Arch Dis Child 2010, 95, ps. 307/311, cit. por Lamm, Eleonora, "El derecho de niños, niñas y adolescentes al cuidado de su propio cuerpo. Una cuestión de autonomía, libertad, integridad, libre desarrollo de la personalidad y dignidad", en Fernández, Silvia, "Tratado...", cit., en prensa.

(58) Fernández, Silvia, "La realización del proyecto de vida autorreferencial. Los principios de autonomía y desjudicialización", Suplemento especial LL "Identidad de género. Muerte digna", mayo 2012, p. 13.

(59) La SENNAF toma intervención al conocer una carta enviada por la madre de una niña a la Presidencia de la Nación, relatando que tiene una hija transexual de seis años de edad con diagnóstico de trastorno de la identidad sexual, a la cual le fue denegado el trámite de rectificación de su identidad conforme lo dispuesto en la Ley de Identidad de Género. Destaca que su hija hace cuatro años que se comporta como una niña, siendo tratada como tal en el jardín de infantes al que asiste. Menciona que cuenta con el respaldo de la Comunidad Homosexual Argentina y que su niña recibe atención psicológica.

(60) SENNAF, res. 1589 (SNNAyF), 13/9/2013, RDF 2014-I-69.

(61) Juzg. 1ª. Inst. y 2ª. Nom. Civ. y Com. Villa Dolores, 21/9/2007, "C. J. A. y otra".

(62) Juzg. 1ª Inst. Civ. Com., Conciliación y Familia Villa Dolores, 21/9/2007, "C. J. A.", LLC 2007- 1102.

(63) La observación general 4 del Comité de Derechos del Niño establece que en cuestiones que comprometen la salud de los jóvenes, es necesario que el adolescente tenga oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que ellas sean debidamente tenidas en cuenta, conf. art. 12 de la Convención. Si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado de él, informándose simultáneamente a los padres. Comité de los Derechos Niño, observación general 4, 2003, "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño", U.N. Doc. CRC/GC/2003/4.

(64) Por su parte, la OG 15 destaca que "el Comité reconoce que las capacidades cambiantes del niño repercuten en su independencia al adoptar decisiones sobre las cuestiones que afectan a su salud. Observa también que, a menudo, surgen discrepancias profundas en cuanto a esa autonomía en la adopción de decisiones, siendo habitual que los niños especialmente vulnerables a la discriminación tengan menor capacidad de ejercerla. En consecuencia, es fundamental disponer de políticas de respaldo y proporcionar a los niños, los padres y los trabajadores sanitarios orientación adecuada basada en derechos con respecto al consentimiento, el asentimiento y la confidencialidad". Comité de los Derechos Niño, observación general 15 [2013], sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, parr. 21.

(65) Dec. 191/2011, Comisión Dres. Aída Kemelmajer de Carlucci, Elena Highton y Ricardo Lorenzetti.

(66) En sostén de esta posición puede citarse un precedente que data ya de algunos años, proveniente de la Corte Constitucional de Colombia, rechazando el pedido de una madre en representación de su hija de ocho años a los fines de una intervención de reasignación sexual. La Corte ordenó la constitución de un equipo interdisciplinario a quien correspondería determinar cuándo la niña gozaría de la autonomía suficiente para prestar un consentimiento informado válido. Expresó la Corte: "si el menor tiene varios años, entonces ya ha adquirido un grado de autonomía, que merece una mayor protección constitucional, por lo cual, la legitimidad del consentimiento paterno sustituto se reduce considerablemente...". Corte Constitucional de Colombia, sent. 337/1999.

(67) Ante la sanción del hoy Proyecto de CCom, cabrá tener en cuenta la disposición de su art. 26: "...Se presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo".

(68) "Repetías todo el tiempo y a quien quisiera escucharte: 'Yo nena'. Contrariarte era peor. Lógicamente te respondíamos: 'no sos una nena, sos un nene'. (...) El pediatra sostenía (...) 'le falta la figura paterna, llévenlo a jugar a la pelota y a practicar juegos más rudos. Pasa mucho tiempo con la madre'. Y yo pensaba: '¿Y tu hermanito? Él pasa el mismo tiempo que vos y papá está para los dos por igual y sin embargo no me dice que es nena'. (...) Fui a una entrevista con una psicóloga infantil (...) decidió aplicarte un método correctivo y afirmar tu masculinidad. (...) a papá le costaba mucho verte así entonces acató la orden de la psicóloga al instante. Yo hice lo mismo creyendo que era lo correcto. (...) Lamento tanto lo que todos te hicimos sufrir. (...) horas te escuché llorar por una remera o porque decíamos que eras un nene. (...) Manuel, ¿sabés qué quiere Federico para el día del niño? Sí, quiere un tren. Federico, ¿vos sabés que quiere Manuel de regalo? Sí, una muñeca rosa" (Extractos de Mansilla, Gabriela, "Yo nena, yo princesa", Ed. Universidad Nacional de General Sarmiento, 2014).

(69) WPATH, op. cit.

(70) "Normas de atención" de la WPATH (traducción español). [www.wpath.org](http://www.wpath.org).

(71) Las opciones alternativas de tratamiento incluyen progestinas (más comúnmente medroxiprogesterona) u

otros medicamentos (por ejemplo, espironolactona), que disminuyen los efectos de los andrógenos secretados por los testículos de los adolescentes que no reciben análogos de GnRH. Anticonceptivos orales continuos pueden ser usados para suprimir la menstruación. Dos metas justifican la intervención con hormonas de supresión de la pubertad: (i) su uso otorga al\* adolescente más tiempo para explorar su variabilidad de género y otras cuestiones de desarrollo; y (ii) su utilización puede facilitar la transición al impedir el desarrollo de las características sexuales que son difíciles o imposibles de revertir si el\* adolescente continua hacia una reasignación de sexo. La supresión de la pubertad no deriva, necesariamente, en la transición social o la reasignación de sexo. Cfr. "Normas de atención" WPATH, cit.

(72) Balteiri et al. [2009] informan acerca de dos transexuales adolescentes en São Paulo, Brasil, a quienes se les negó la terapia hormonal debido a que no existe en el país una política sobre el acceso a este tratamiento para menores de edad. Esta falta de acceso encamina a los adolescentes a recurrir al trabajo sexual para poder pagar y auto administrarse hormonas, generando daños. Ver "Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe", disponible en [www.aidstar-one.com/sites/default/files/Por\\_la\\_Salud\\_de\\_las\\_Personas\\_Trans.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Por_la_Salud_de_las_Personas_Trans.pdf).

(73) En este sentido, "Ningún protocolo ni intervención médica ha de servir para poner a una/un paciente bajo prueba de la 'Experiencia de la Vida Real' para que demuestre efectivamente cuál es su identidad. Esta prueba supone un ejercicio de poder por parte de la / del profesional que no se exige a ningún otro tipo de pacientes, y además pone a la / al paciente bajo unas condiciones injustas e innecesarias y puede acarrear consecuencias negativas para la vida de ésta / éste". "Guía de buenas prácticas para la atención a personas trans en el marco del sistema nacional de salud", editada por la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español, disponible en [www.stp2012.info](http://www.stp2012.info).

(74) La valoración acerca de la competencia del paciente adolescente en la supresión hormonal exige, en el criterio de las Normas de WPATH, que haya demostrado un extenso e intenso patrón de no conformidad de género, que eventuales problemas coexistentes —psicológicos, médicos o sociales— que puedan interferir en esta experiencia reciban tratamiento y que el adolescente haya sido suficientemente informado y preste su consentimiento informado, y cuando el adolescente no tiene aún la edad para un consentimiento médico admisible, que los padres o cuidadores hayan consentido dicho tratamiento y comprometidos a sostener al adolescente. Esta perspectiva mantiene un sesgo paternalista, sea desde la entidad atribuida a la opinión familiar como a la determinación médica, que maneja en forma exclusiva los tiempos "suficientes", desconociendo las trayectorias de género en su individualidad.

(75) Por el empleo de hormonas feminizantes: enfermedad tromboembólica venosa, cerebrovascular y cardiovascular, a nivel de lípidos, hígado, vesícula, y como riesgo posiblemente aumentado, diabetes mellitus tipo 2; de la terapia masculinizante, también entre otros: policitemia, aumento de peso, posiblemente aumentados, lípidos, psiquiátricos, etc. "Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género", 2012, World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7ª versión3 | [www.wpath.org](http://www.wpath.org).

(76) WPATH, op. cit.

(77) Family Court of Australia, 31/7/2013, 2013 FamCAFC 110.



(78) "Normas...", cit. V.gr., legislación de Holanda 563/ 2002, exigiendo certificación médica de la condición trans\* —aspecto cuestionable— y edad legal (16 años). La ley fue modificada en el año 2013, permitiendo la modificación registral sin intervención quirúrgica médica, reduciendo la edad a los 16 años para la eventual intervención quirúrgica. Esta última ley prohíbe la esterilización forzosa. En España, la ley 3/2007 exige mayoría de edad para la rectificación registral. En Australia, la edad es la de 16 años para consentir como un adulto, Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995 (SA) s 6).9 132. En Nueva Zelanda, acorde el Care of Children Act 2004 (NZ), a los 16 años puede consentirse donación de sangre, tratamientos médicos, cirugías o procedimientos, incluidas transfusiones en beneficio que no irroguen riesgo. En Reino Unido, la Family Law Reform Act 1969 presume que a los 16 años se goza de la capacidad para dar consentimiento válido respecto de tratamientos médicos o quirúrgicos.

(79) En el modelo tradicional, la medicalización se traduce en la trifase psiquiatría-endocrinología-cirugía, ya se entiendan cada una de ellas como etapas consecutivas o con susceptibilidad de variación. Desmedicalizar la atención sanitaria en personas trans significa dar valor y oportunidad al proceso de resignificación de la experiencia. Las técnicas médicas, ya sean endocrinas o quirúrgicas, aparecen aquí como una herramienta de apoyo que puede ser requerida por la persona trans.

(80) "Guía de buenas prácticas", cit. Esto requiere la retirada de trans\* como patología del DSM-V como del CIE.

(81) Prólogo de Valeria Paván —psicóloga— a la obra "Yo nena, yo princesa", cit.

(82) Herrera, Marisa y De la Torre Natalia, "Biopolítica y salud. El rol del Estado en la prevención del daño en adolescentes. Autonomía y paternalismo justificado", Daños a la salud 2011-3. Rubinzal-Culzoni, p. 582.

(83) Herrera, Marisa y De la Torre, Natalia, "Biopolítica...", cit., p. 552. Ver dictamen Comité DH, 28/4/2011, denuncia contra Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007.