



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Universitat Autònoma de Barcelona

Institut de Govern i Polítiques Públiques

Doctorado en Políticas Públicas y Transformación Social

**Víctor y Victoria: Transexualidad y Políticas Públicas. Estudio de caso de un
*transmigrante económico latinoamericano en Barcelona***

Tesis doctoral

Autora: Margarita Camacho-Zambrano

Dirección: Doctora. Margarita De León Ramón Borja

Tutor académico: Doctor Joan Subirats Humet

Belaterra, junio de 2017

Sumario

Glosario de siglas y acrónimos	5
Agradecimientos	7
Resumen	8
Justificación	10
Conceptualizaciones de sexo y género	12
El encuentro con Victoria...	16
La historia de vida: metodología y alcances	17
Organización del estudio	20
CAPÍTULO 1	24
Cuerpos, sexos, género y relaciones de poder	24
Introducción	24
1. Del sodomita a la opresión de la sexología	25
1.1 Inicios del activismo homosexual y de la medicina moderna	30
1.2 Lili Elbe y su emblemática lucha por el cambio de sexo	42
1.3 El revés de la historia: nazismo y la persecución homo-transfóbica	44
1.4 Patologización de la transexualidad	45
1.5 Cuerpos de género	64
1.6 Feminismo, sexo y cuerpos trans	69
1.7 Stop Trans Pathologization - STP	78
CAPÍTULO 2	83
La lucha LGBTI por la transformación social y las políticas públicas	83
Introducción	83
2. Marco Normativo Internacional y Español	84
2.1 Homofobia de Estado e ilegalidad de la homo-transexualidad	91
2.2 Contexto Español y normativa nacional	93
2.3 Ley 3/2007	99
2.4 Leyes y derechos LGBTI en Cataluña	106
Conclusiones	112
CAPÍTULO 3	116
Historia de Vida de Víctor	116
Introducción	116
3.1 Víctor en Colombia	116
3.2 Llegada a España: empleo y vivienda en Cataluña	121
3.3 Transmisión y auto reconocimiento translébico	123

3.4 Victoria acude a la UTIG del Hospital Clínic	126
3.5 Vida afectiva en Cataluña y vínculos familiares con Colombia	128
CAPÍTULO 4	130
La larga lucha de Victoria	130
4.1 Relaciones sociales	130
4.1.1 Vida cotidiana y empleo	132
4.2 Recorrido por los servicios públicos	134
4.2.1 Obtención de la nacionalidad	135
4.3 Lista de espera del Hospital Clínic	136
4.4 Lucha política y legal por sus derechos	140
4.5 Victoria para Victoria	142
Conclusiones	145
CAPÍTULO 5	149
Reflexiones finales	149
Referencias bibliográficas	156
Anexos	167

Glosario de siglas y acrónimos

ACATHI	<i>L'Associació Catalana per a la Integració d'Homosexuals, Bisexuals i Transexuals Immigrants</i>
APA	Asociación Psiquiátrica Americana
BOE	Boletín Oficial del Estado Español
CAP	<i>Centre d'Atenció Primària</i>
CATSalut	<i>Servei Català de Salut</i>
CIU	<i>Convergència i Unió</i>
CPE	Código Penal Español (Ley Orgánica 10/1995)
CRS	Cirugía de Reasignación Sexual
CUP	<i>Candidatura d'Unitat Popular</i>
DNI	Documento Nacional de Identificación
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ERC	<i>Esquerra Republicana de Catalunya</i>
FAGC	<i>Front d'Alliberament Gai de Catalunya</i>
<i>fb</i>	<i>Facebook</i>
GRS	<i>Gender Reassignment Sex Surgery</i>
ICD	<i>International Classification Diseases</i>
ICV	<i>Iniciativa per Catalunya Verds</i>
ILGA	Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Trans e Intersex.
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales
OCH	Observatorio Contra la Homofobia
OMS	Organización mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas

PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PSC	<i>Partit del Socialistes de Catalunya</i>
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
STP	<i>Stop Trans Pathologization</i>
SoC	<i>Standars of Care</i>
TIG	Tratamiento de la Identidad de Género
UDC	<i>Unió Democràtica de Catalunya</i>
UE	Unión Europea
UTIG	Unidad de Trastornos de la Identidad de Género
UIG	Unidad de Identidad de Género
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i>

No habríamos sobrevivido a los avatares de la vida sin otras mujeres conocidas y desconocidas, próximas o distantes en el tiempo y en la tierra.

Marcela Lagarde, 2006

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a Victoria por su generosidad y confianza para compartir sus vivencias, sus expectativas vitales y los hechos que marcaron su historia de vida tanto en Colombia como en Cataluña. Y, sobre todo por dejarnos conocer su proceso subjetivo racional de la *transmigración* del género, de la sexualidad «*paso a paso, al son que el cuerpo se iba feminizando*» y, con su cuerpo en tránsito su lucha por el derecho a «ser» y culminar su *transmigración* psicosocial del género por medio de la cirugía de la vaginoplastia. Por toda la información entregada, por su interés, persistencia y compromiso para difundir su historia de vida como por su disponibilidad para realizar las entrevistas en profundidad una y otra vez, ya fuesen grabadas o registradas vía *chat*. Es decir, por su profunda generosidad.

Así también a Joan Subirats quien estuvo desde el inicio de mi proceso doctoral, a Marga León por su soporte, paciencia y solidaridad con quien aprendí a crecer como investigadora. Considero que una tesis doctoral más que un esfuerzo individual es un diálogo colectivo con muchas voces. Esta tesis no se habría concluido sino fuera por una red de mujeres que me ayudaron a sostenerme con su escucha y comprensión; gracias a ellas pude continuar y terminar este trabajo. Quiero nombrar en especial a mi madre, a mis dos hermanas Gloria y Lourdes como a mis amigas Ibiti -Ariadna Carvalho-, Patricia Baeza y Andrea Pequeño quienes leyeron en distintos momentos los avances de tesis e hicieron importantes aportes y sugerencias; a Carola Muñoz por el envío de artículos del repositorio de la UAB y a León Sierra por prestarme sus libros de cabecera.

A mi hija Camila, a mi hermana Mercedes y cuñada Pía por el cariño y el apoyo recibido así también a Alicia Guasch. A Katjuscia Mattu por invitarme a participar en el grupo de doctorandos del ForIt de Cidob, donde me sentí acogida, sobre todo por Ibiti, Laura y Diego. Finalmente, agradezco haber contado con el apoyo tanto de Ramón Canal y Martín Jaime como de mis invalorable amigas Constanza Carvajal, Anna Piqué, Lesly Ponce, Claudia Rosas, Clory Castillo, Agnes Villamor y Maite Herreros, especialmente, durante esa difícil primera etapa del proceso de investigación de este estudio doctoral.

Resumen

Palabras clave

Transmigración / Cuerpo / Transexualidad / Ley 3/2007 / Derechos / vaginoplastia

Este estudio es de carácter cualitativo y se realizó en Barcelona entre 2014-2016. Reconstruye la historia de vida de Víctor/Victoria para indagar cómo influyó el contexto sociocultural y la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, contribuyeron o no para que un inmigrante latinoamericano en España construya identidades *transmigrantes* en términos de permitirle desarrollar un proceso reflexivo sobre su identidad de género y asumir su transexualidad en un contexto histórico y político determinado.

Víctor emigró a Cataluña en el año 2000, al estar fuera de su entorno de origen, en un nuevo territorio geopolítico sociocultural que cuenta con un marco de derechos pudo reconocerse como mujer *translesbiana* el mismo año que el Parlamento Español aprobó la Ley 3/2007. En el año 2009 Victoria acudió a la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género, *Hospital Clínic* de Barcelona para iniciar el «Tratamiento de Identidad Género». Por tanto, tuvo que someterse al «Test de la vida real», prueba que tenía el objeto de evaluar si era un «verdadero transexual». Este rito de paso le permitió el acceso a la biotecnología hormonal y quirúrgica en el proceso de transformación corporal, así como, encarnar el género sentido y, posteriormente, obtener el «certificado de disforia de género» para cambiar la referencia relativa al sexo en el Registro Civil Español, su nombre de pila y el derecho a la cirugía de reasignación sexual en el Sistema de Salud Público como ciudadana española (2013).

En 2014 Victoria inició su lucha por su derecho a la vaginoplastia dado que el activismo LGBTI en Barcelona es muy dinámico; contó con el soporte reivindicativo de varias organizaciones LGBTI en el marco de las leyes: 3/2007 y 11/2014. En la historia de vida de Victoria confluye una experiencia personal concreta, aunque dilatada y cambiante a lo largo del tiempo que evidencia la práctica del colectivo trans en el ámbito público y su lucha por el ejercicio pleno de derechos a la par que demanda paridad y leyes que los proteja.

El estudio centra su interés en la última etapa biográfica de Victoria, donde el hilo conductor de la historia de vida es el proceso vital *transmigratorio* de género, de su orientación sexual *translesbiana* y su lucha por la vaginoplastia. Estos tránsitos dan cuenta de su recorrido por diferentes servicios sociales, de las interacciones con las instituciones y profesionales que implementan la Ley, del soporte reivindicativo y gestión de organizaciones LGBTI que respaldaron su demanda. En octubre 2016 Victoria fue beneficiaria de la vaginoplastia por decisión de Antoni Comín, *Conseller de CatSalut*, quien, además despatologizó la transexualidad en el sistema público de salud catalán y amplió la cobertura a inmigrantes entre otros grupos poblacionales previamente discriminados.

Los testimonios de lo vivido por Victoria demuestran como principal conclusión, que emigrar a España fue el factor fundamental para que Víctor empezara a reconocerse como una mujer *translesbiana*, posibilidad antes ausente en su vida en Colombia. Vivir en Barcelona le permitió ampliar sus horizontes; aprender sobre la existencia de personas trans; conocer que existía la posibilidad de asumirse como tal; y, más aún, reconocerse como sujeto de derechos que podía ejercer su ciudadanía y exigir el cumplimiento de la ley, incluido el derecho a los procesos biomédicos para construir un cuerpo acorde con su identidad de género.

Abstract

Key Words

Transmigration / Body / Transexuality / Trans Rights / Law 3/2007 / vaginoplasty

The current study is of a qualitative nature and it reconstructs the life story of Víctor/Victoria in order to inquire about how sociocultural context and the Regulatory Act for Registry Information Amendment of Mention of Sex (Spain, 3/2007) has influenced her life. And how both these factors have contributed or not to make a Latin American immigrant in Spain build *transmigrant* identities by being able to reflect upon her gender identity and assume her transexuality within a particular historical and political context.

Víctor migrated to Cataluña in the year 2000, being outside of his place of origin and in a new geospatial and sociopolitical territory with a specific framework of rights, she was able to assume herself as a *translesbian* woman. This take over her identity happened the same year that the Spanish Parliament approved the 3/2007 Act. In the year 2009 Victoria approached the *Unidad de Trastornos de la Identidad de Género* (Unit for Gender Identity Disorders): *Hospital Clínic* in Barcelona to start the «Gender Identity Treatment». So, she had to go through the «Test de la vida real» (Real life test), which purpose was to evaluate if he was a «true transexual». This rite of passage as a Spanish citizen allowed access to hormonal and surgical biotechnology in the process of bodily transformation, as well as to embody the felt gender, later on to obtain the «certificate of gender disorder», change the reference in the Spanish Civil Registration relative to sex, change her surname, and have the right to sexual reassignment surgery in the Public Health System.

In 2014 Victoria begun a fight for her right to vaginoplasty, and since in Barcelona the LGBTQ activism is very dynamic she was backed by the support of various LGBTQ organizations within the frame of the Acts: 3/2007 and 11/2014. In her story, Victoria converges a concrete personal experience that dilates and changes throughout time and brings forth the practice of the trans collective in the public sphere and their fight for the full exercise of rights and demands parity and protective laws.

This study focuses on the latest part of the life of Victoria, where the conductive thread of the life story is the gendered *transmigratory* process of her *translesbian* sexual orientation and her fight for vaginoplasty. How Victoria transits this part of her life gives away her pass through the various social services, the interactions with the institutions and professionals who implement the law, the reclaiming support and management of the LGBTQ organizations that backed her demand. In October 2016 benefited from the vaginoplasty, a decision taken by Antoni Comín, *Conseller de CatSalut*, who also depathologized transexuality in the public health system in Catalunya, and broadened the coverage of this service to immigrants and other populations previously discriminated by this system.

The testimonies of Victoria's experience demonstrate as a main conclusion that immigrating to Spain was fundamental for Víctor to begin to recognize herself as a *translesbian* woman; a possibility not present in her life in Colombia. To live in Barcelona allowed her to broaden her horizons, learn about the existence of trans people and that it was possible to assume that identity, moreover, recognize herself as subject of rights who could exercise her citizenship and demand the enforcement of the law with the right to the biomedical processes to build a body in tune with her gender identity.

Introducción

Justificación

Este estudio aborda el fenómeno social de la identidad de género¹ y la transexualidad que empezó a visibilizarse en los años ochenta y apenas hace dos décadas ha pasado a formar parte del debate político y la agenda de las políticas públicas en España. Por este motivo, la producción académica sobre transexualidad y transgenerismo es aún limitada, más aún con respecto a personas trans latinoamericanas de trayectoria migrante (Álvarez-Chávez, 2011; Amaro-Quintas, 2010; Camacho-Zambrano, 2016a, 2015; García y Oñate-Martínez, 2010; Kerfa, 2014; Negroni, 2011; Vartabedian, 2014, 2012).

A diferencia de las investigaciones previamente citadas, la protagonista de este estudio de caso no está vinculada al trabajo sexual, particularidad que puede aportar nuevos elementos para la reflexión sobre la temática trans. El caso de Victoria se ha convertido en un referente de la lucha por los derechos de las personas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales) en España, y su historia de vida permite desentrañar el fenómeno de la diversidad sociocultural trans² y las múltiples dificultades que aún enfrentan en la sociedad.

La presente investigación espera entregar elementos para avanzar y profundizar en el conocimiento y los debates en torno a las personas trans y las políticas públicas implicadas. En este caso de estudio, la Ley 3/2007³ en España; su implementación en el sistema de salud público de la Comunidad Autónoma de Cataluña, y la Ley 11/2014. Sobre el derecho de modificar el documento nacional de identificación (DNI), sin la tutoría médica psiquiátrica en el Sistema de Salud Público, en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG)⁴, en España. También, sobre la lucha de los colectivos trans por la despatologización de la

¹ Se refiere a "la vivencia interna e individual del género tal y 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... y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales". (Principios de Yogyakarta, 2007).

² El prefijo trans se utiliza en este estudio como un término paraguas para hacer referencia a quienes se reconocen o autodenominan como: travestí, transgénero, transexual femenina o mujer trans.

³ El Parlamento Español aprobó la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. BOE núm. 65 p. 11252. Viernes 16 de marzo 2007. En el medio activista y académico español se la conoce como ley de identidad de género.

⁴ Las UTIG manejan la noción de «Trastorno de Identidad de Género» (TIG), con base al protocolo establecido por la *American Psychiatric Association* (APA), en el *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

realidad social transgénero, en defensa de la autonomía personal sobre sus cuerpos al amparo del principio constitucional del libre desarrollo de la personalidad⁵.

En este estudio se ha tratado de responder a la principal interrogante que se formuló: ¿cómo influye el contexto sociocultural y la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, contribuyeron o no para que un inmigrante latinoamericano en España (Víctor/Victoria) construya identidades *transmigrantes*? Esta incógnita es central en la narración biográfica de Victoria y su proceso individual de *transmigración*⁶, en un territorio geopolítico sociocultural determinado, revisa la historia de vida de un colombiano que llegó a España en busca de trabajo para mejorar sus condiciones de vida.

El nuevo entorno sociocultural y normativo legal de derechos le abrió nuevas perspectivas y le permitió a Victoria aclarar su identidad de género y su orientación sexual *translesbiana*. Asimismo, la investigadora se interrogó sobre la incidencia que tuvo la Ley 3/2007 en la decisión de Victoria para buscar la reasignación sexual, en tanto, su deseo de transformar la morfología de sus genitales ocurrió el mismo año en que entró en vigor la Ley. Otra línea de análisis fue ¿cómo se aplicó la política de salud para el cambio de sexo y género de un *transmigrante* residente en Barcelona?

La Ley 3/2007 contempla el derecho de modificar el registro de la mención relativa al sexo de las personas en el Registro Civil Español acorde al género psicosocial sentido. Sin embargo, para ejercer este derecho es necesario presentar el «certificado de disforia de género»⁷ emitido por un profesional colegiado en España. Por tanto, quien vaya a ejercer este derecho debe someterse a la evaluación psiquiátrica del «Test de la vida real», esta prueba pretende determinar si una persona trans es un «verdadero transexual», según las clasificaciones y protocolos contenidos en los en los DSM (*Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*)⁸, de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), para obtener el mencionado

⁵ Constitución Española 1978: Artículo 10. 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

⁶ En este estudio doctoral este concepto alude tanto al proceso migratorio y la translación sociocultural geoespacial sur-norte como al tránsito corporal identitario del género en el proceso de asimilación del gesto, de los roles y comportamientos asignados a las mujeres y a la construcción de un cuerpo femenino.

⁷ El Registro Civil Español exige este requisito porque la Ley 3/2007 es mandatorio y no ha sido reformada. En el servicio de salud público de tres Comunidades Autónomas: Andalucía 2014, Madrid 2016 y Cataluña 2016 dejó de ser un requerimiento para iniciar el Tratamiento de la Identidad de Género.

⁸ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

certificado. Y si desea acceder al «Tratamiento de la Identidad de Género» (TIG), en el Sistema de Salud Público español deberá acudir a las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género.

En el contexto legal descrito las personas trans luchan contra el tutelaje biopsicomédico para que se elimine la noción de «disforia de género», en defensa de su autonomía e integridad corporal al amparo del principio constitucional de libre desarrollo de la personalidad en concordancia con su identidad psicosocial trans.

El emblemático caso de la protagonista de este estudio muestra una historia particular, dado que presenta el proceso vital de un hombre campesino, quien antes de emigrar de Colombia a España desconocía la posibilidad de ser una persona trans, menos aún, que era posible cambiar su sexo. En ese proceso, él se reconoció como una mujer lesbiana y, a la postre, como ciudadana española defiende su derecho a la cirugía de reasignación sexual⁹ en el sistema de salud público de Cataluña.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación procuran contribuir en varios aspectos, ya que los conocimientos relatados en este trabajo pueden ayudar a una mejor comprensión de las transformaciones sociales y culturales sobre la realidad transexual en el ámbito de las políticas públicas, de los servicios sociales y sanitarios. De igual manera, pretende aportar a la reflexión en torno a la necesidad de garantizar los derechos ciudadanos, como también para visibilizar la específica situación de vulnerabilidad de las personas del colectivo transgénero.

Conceptualizaciones de sexo y género

Para facilitar la comprensión de los lectores se delimita el uso conceptual de las categorías identitarias de sexo y género que se analizan y/o utilizan en este estudio: transgénero, trans, travestí, transexual, intersexual, *queer*, homosexual y del orden de las siglas LGBTI. La preexistencia de conceptualizaciones biomédicas sobre las identidades sexuales y de género producen realidad en la vida de las personas porque responden a los términos por “los cuales se establece la auto-definición” (Butler, 2010, p. 10). Las fronteras terminológicas son difusas

⁹ Es un método quirúrgico para transformar la apariencia de la morfología genital de una persona transexual, sea de masculino a femenino (H-a-M) o de femenino a masculino (M-a-H), para reafirmar la identidad de género por medio de la Cirugía de Reasignación Sexual (CRS) identificada con las siglas en inglés: "GRS" (*Gender Reassignment Sex Surgery*).

y nunca logran aprehender la multiplicidad de realidades del fenómeno social LGBTI, sólo las encasilla, aprisiona y la más de las veces las esencializa.

La apropiación subjetiva de los términos o categorizaciones por parte de las personas asignadas se produce en la interacción social en un contexto político cultural determinado que permite ver cómo influye en el proceso de transformación de la identidad de un sujeto concreto. En este estudio de caso la relación con el otro disímil y similar fue lo que permitió que Víctor pudiese elaborar el modo de mirarse e identificarse como Victoria, y según sus palabras como una persona “*translesbi*” debido a las concepciones biomédicas, las apropiaciones socioculturales y los matices subjetivos de la expresión de género psicosocial al amparo del marco normativo español.

El término transgénero en el ámbito académico y activista anglosajón abarca a todas las identidades transgenéricas y “se refiere a aquellas personas que se identifican con o viven con otro género, pero que pueden no haberse sometido a tratamientos hormonales u operaciones de reasignación de sexo” (Butler, 2012 [2004], p. 20). A lo largo del corpus de este estudio se usa el prefijo trans, que literalmente significa «al otro lado», como término paraguas de todas las personas con identidades *transgenéricas*, acoge a quienes se identifican como: transexuales mujeres u hombres, transgéneros femeninas o masculinos, mujeres u hombres trans, personas trans femeninas y trans masculinos. En el contexto latinoamericano, este término sirve también para denominar a las travestis.

Las personas trans pueden o no haber modificado sus cuerpos por medio de la hormonización, las cirugías estéticas y de reconstrucción genital. En el contexto español, algunas personas trans optan por una apariencia corporal andrógina como posición política que suele estar vinculada al movimiento *queer* y/o, a una parte, del activismo trans que se pronuncia en contra de la reasignación sexual.

El término travesti es de origen francés y la primera persona, de quien conocemos que fue nombrada como un *travestí*, fue el diplomático y soldado francés Chevalier d’Eon (1728-1810). Los últimos 33 años de su vida se asumió y vivió a tiempo completo como una mujer. Siguiendo a Vartabedian: “Las travestis encarnan un tipo ideal y ficcional de mujer [...] Lo femenino y lo masculino interactúan, negocian, juegan y se articulan en un mismo cuerpo travesti” (Vartabedian, 2012, párr. 1).

La categorización travesti tiene una connotación negativa en el contexto español. Guasch y Mas-Grau afirman que el “*travestí y travestí operado* son propias del periodo pregay [...] últimos años del franquismo y los primeros años de la transición a la democracia (1970-1982). Es un contexto de intensa transfobia y homofobia con leyes que penalizan la homosexualidad” (2014, párr. 2). Según Norma Mejía “la gente de la calle, en general, que reserva la palabra «transexual» para las operadas y a las no operadas las llaman «travestis» (2006, p. 159).

La transexualidad también hace referencia a las personas que sienten una falta de correspondencia entre su cuerpo y los genitales masculinos o femeninos y su identidad y expresión de género psicosocial que difiere del rol de género que deberían asumir con base a la asignación del sexo anatómico al momento del nacimiento. Las personas transexuales suelen realizar transformaciones corporales radicales por medio de la vestimenta, el gesto, la hormonización y, en algunos casos se someten a intervenciones quirúrgicas para cambiar rasgos morfológicos que les refleja como una persona perteneciente al sexo biológico adscrito en el nacimiento. Usualmente desean modificar sus cuerpos a nivel genital, aunque no todas las personas transexuales se someten a la cirugía de reasignación sexual.

En el contexto español la categoría transexual es hegemónica desde comienzos de la democracia hasta el 2005 de acuerdo a Guasch y Mas-Grau, “España importa (y socializa exitosamente) las formas anglosajonas de organización social de la homosexualidad en términos de modelo gay” (2014, párr. 2). Es necesario mencionar que en España “los homosexuales del periodo gay adquieren respetabilidad social, de manera que la excesiva visibilidad de las personas transexuales y transgénero se considera como un error estratégico en el combate por la conquista de la aprobación social” (*Ibid.*). Como se mencionó previamente, no todas las personas trans españolas aspiran a realizarse la extirpación y reconstrucción de los órganos genitales, aunque, tienen derecho a esta prestación sanitaria bajo el amparo de la Ley 3/2007 conocida como ley de identidad de género.

La categoría intersexual hace referencia a las personas que poseen genitales y características sexuales ambiguas, es decir, de los dos sexos reconocidos, son nombrados como hermafroditas desde la perspectiva médica. El nacimiento de una persona de sexo mixto produce estupor tanto entre los profesionales de la medicina como en el entorno familiar y social porque su existencia rompe con “nuestras concepciones de la naturaleza de las diferencias de género conforman, a la vez que reflejan, la estructuración de nuestros sistemas sociales y políticos.

También conforman y reflejan nuestra comprensión de nuestros cuerpos físicos” (Fausto-Sterling, 2006 [2000], p. 65). Por el contexto histórico del binarismo corporal sexual y de género heteronormativo las personas intersexuales son sometidas a extirpaciones genitales y a tratamiento hormonal por el resto de sus vidas con el objetivo de fijar un solo sexo y su «correspondiente» comportamiento de género.

El término *queer* literalmente significa «raro» y se lo utilizó para injuriar a las personas que según los imaginarios culturales y los sistemas de valores tienen conductas sexuales «raras» debido a las construcciones psiquiátricas biopolíticas de la sexología que las clasificó como «anormales». Esta segregación se debe, en parte, a que no se ajustan a los cánones del sistema reproductivo heterosexual. El término *queer* transmigró del vulgo callejero al ámbito académico, fue la feminista Teresa De Lauretis quien lo utilizó por primera vez en el desarrollo de la teoría *queer* para reflexionar sobre las discontinuidades existentes en las construcciones culturales sobre las sexualidades y los géneros binarios que permiten cuestionar la naturalización de la heterosexualidad.

Las experiencias personales y colectivas dan fortaleza a la teoría *queer* para gestionar la deconstrucción de las monolíticas categorías de identidad y, a la vez, rechazar el binarismo sexual, corporal y de género. Por tanto, la crítica reflexión *queer* plantea la fluidez y movilidad entre las problemáticas de las sexualidades, el género, el feminismo y sus desplazamientos. Al respecto Butler expresa, “no se puede narrar una historia de cómo uno se desplaza del feminismo al *queer* y al trans [porque] esas historias continúan ocurriendo de formas simultáneas y solapadas [...] se dan mediante las formas complejas en las que son asumidas” (Butler, 2013 [1999], p. 17).

La contingencia histórica política de los movimientos sociales que constituyen lo *queer* tanto en el proceso individual como colectivo y por el acertado análisis sobre el fenómeno social del transgenerismo se pudo acceder a una comprensión amplia y profunda sobre la multiplicidad trans y sus continuos tránsitos. Lo *queer* se torna en una perspectiva teórica con amplia injerencia en el ámbito académico anglosajón y en un sector del activismo occidental.

En el contexto español, según Guasch y Mas-Grau fue con la entrada en vigor del «matrimonio homosexual» en el año 2005, se inauguró “el periodo posgay, la extensión académica, social, y también militante de las prácticas asociadas a la teoría *queer* aporta nuevos conceptos y

narrativas para pensar las realidades transgénero: en adelante, *travestís* y *transexuales* podrán ser, además, *transgeneristas*” (2014, párr. 2).

En este estudio se utiliza el término homosexual en el marco teórico para describir la construcción política sexológica de la homosexualidad y, cuando fue nombrada en el discurso académico contenido en las referencias bibliográficas. Se usa las siglas LGBTI: lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales cuando no se desgaja la acción política de cada grupo identitario organizado, es decir, cuando en el corpus de este trabajo está planteado o nombrado como un movimiento social o colectivo con una agencia política conjunta. En el ámbito activista el orden de las siglas y el uso de los términos como categorías identitarias dependen tanto de la agencia política del movimiento social afectado, es decir, de cada grupo organizado como del contexto cultural y político desde donde se enuncia. Así, las posibilidades de nombrarse son variadas, contextualizadas y situadas en un contexto sociocultural geopolítico determinado.

El encuentro con Victoria...

Un sábado de octubre de 2013 conocí a Victoria en una charla organizada por el movimiento *Stop Trans Pathologization*. Ella me invitó a sentarme a su lado y comentó que acudió a esta charla por sugerencia de la asistente social. Durante el receso de las charlas y presentaciones Victoria me invitó a tomar un café en otro lugar porque ella ya se marchaba, acordamos vernos en otro momento e intercambiamos números telefónicos.

Al siguiente mes invité a Victoria a almorzar en casa, ubicada en el barrio del Raval, casco antiguo de la *Ciutat Vella*. Charlamos largamente, degustamos, compartimos experiencias vitales, opiniones y hechos sobre nuestros procesos migratorios. Victoria me propuso escribir su historia de vida, con el objeto de publicar un libro para acceder a recursos económicos, a lo cual respondí que la publicación de este tipo de estudios no garantiza ganancias monetarias significativas. Además, expliqué que en ese momento no podía hacerlo porque estaba enfocada en investigar la migración de las travestis ecuatorianas en Barcelona.

Mantuvimos una relación amistosa durante más de un año. Victoria solía venir a casa con regularidad e íbamos a caminar por el casco histórico o nos encontrábamos en alguna actividad de interés común, o nos comunicábamos vía *fb* (*Facebook*). Así construimos una relación

recíproca y duradera. Victoria siempre expresó su interés en que escribiera su historia de vida. Con el tiempo fue también ella quien sugirió que abordara su relato en mi tesis doctoral.

En algún momento comenté con mi tutor, Joan Subirats, sobre esta mujer y su particular trayectoria *transmigratoria*. Joan con su agudeza y experiencia sugirió que realice mi estudio doctoral sobre su historia y su relación con el sistema de salud público catalán y la aplicación de la Ley 3/2007 en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del *Hospital Clínic* de Barcelona. Fue así como, de forma conjunta asumimos la responsabilidad de rescatar los hechos de la experiencia concreta y de primera fuente de la historia de vida de Víctor/Victoria para dar cuenta de la implementación de algunas políticas públicas implicadas, en este estudio de caso, y la transformación de marcos normativos.

La historia de vida: metodología y alcances

Las Historias de Vida se convierten en un instrumento para crear posibilidades para representarse a sí mismos, reconocer y ofrecer el conocimiento que tienen sobre su propia realidad

Lourdes De La Rosa, 2010

La técnica investigativa utilizada en este estudio de caso fue de carácter cualitativo, se optó por utilizar la historia de vida, en tanto “permite la obtención de unos datos e informaciones que a través de la metodología cuantitativa no podríamos recoger” (Cotán-Fernández, 2013, p.161). Los nuevos estudios reconceptualizan a la etnografía y a la antropología sin las fronteras espaciales y temporales entre esos dos campos y por los nuevos flujos que se producen y recorren en beneficio del conocimiento empírico.

El trabajo de campo se ha redefinido como un proceso estimulante que repiensa el lugar de la antropóloga y el sujeto de estudio en las relaciones de socialización recíprocas que se entrelazan y atraviesan las subjetividades del sujeto investigado y la investigadora. Reconoce que “las técnicas cualitativas de investigación [es un] -trabajo ‘hecho a mano’ en una sociedad hipertecnificada-, y, por último, un relativismo que, al querer ser coherente consigo mismo, no puede nunca dejar de ser relativo” (Delgado, 2008 [1999], p. 10).

Así, la posición de la etnógrafa-antropóloga en este estudio la emplaza en una posición de «conocimiento situado» (Haraway, 1997), porque, aunque se logre rigurosidad,

definitivamente, no es neutral el proceso de investigación del trabajo de campo ni en el momento de producir «conocimiento científico» (selección de testimonios, redacción, edición, interpretación y análisis), debido a la historia personal de la investigadora, contextualizada en un momento histórico político determinado como por la profunda implicación en la problemática del fenómeno social estudiado y la relación de cercanía y empatía que establece con el sujeto investigado.

De acuerdo con los postulados de varios autores, las investigaciones cualitativas que se realizan en el ámbito de las ciencias sociales, particularmente, los estudios antropológicos y sociológicos se caracterizan porque centran su atención en la persona, como también en el contexto (familiar, comunitario, laboral, político u otros) en el cual se desenvuelven las personas consultadas (Vela, 2001; De Garay, 1997; Goodson, 2004).

Por ello, las historias de vida recogidas en el marco de una investigación de este tipo buscan recabar las experiencias concretas del sujeto a quien se consulta directamente, para tener una fuente primaria con información útil. Sin embargo, no es suficiente contar con la descripción de los hechos vividos, sino que es fundamental poder recuperar el sentido que estos tienen dentro de su subjetividad. Es desde esa perspectiva que la rigurosidad en el uso de esta técnica de investigación sea que quien investiga pueda tener una actitud de “escucha activa y metodológica” (Bourdieu *et al.*, 1999)¹⁰.

Según Goodson, “la voz del informante tiene un papel fundamental no sólo como informante, sino como punto de contraste de los diferentes momentos y formas de decir” (Goodson, 2004: 23 citado en Cotán Fernández, 2013, p. 161)”. Entonces, desde la voz de Victoria se reconstruye su narración biográfica y su proceso *transmigratorio* geoespacial sociocultural y de género en Barcelona. La historia de vida contada desde la subjetividad de Victoria es la fuente principal de información y conocimiento para explorar las preguntas planteadas en esta investigación.

Trabajar con esta historia de vida fue una decisión conjunta, entre el tutor académico, la directora y la investigadora, que nos ha permitido obtener de primera fuente los sustratos empíricos para observar la transformación de las políticas públicas implicadas en el proceso

¹⁰ Pierre Bourdieu dirigió un equipo de 22 sociólogos que investigaron diferentes historias de vida.

transmigratorio individual de Victoria y del colectivo de las personas trans en España y, particularmente, en Cataluña.

La información obtenida en este estudio cualitativo está contenida en veinticinco entrevistas¹¹ en profundidad, realizadas entre noviembre de 2014 y octubre de 2016. Las primeras ocho entrevistas fueron grabadas, *in situ*, en Barcelona. En el año 2016 se realizó diecisiete entrevistas para ampliar algunos temas y recabar nueva información, en trece ocasiones se utilizó canales electrónicos, la novena entrevista fue grabada vía *Skype*, las doce siguientes vía *chat* de *Skype* o de *Facebook (fb)* y las cuatro últimas vía *chat* de móvil.

Durante las entrevistas y en tantas conversaciones mantenidas con Victoria a lo largo de estos años, ella suele referirse a sí misma en femenino, aunque en ocasiones intercala su género y se nombra en masculino acorde con la identificación adscripta desde su nacimiento y con la que se nombró durante la mayor parte de su vida. Por ello, Margarita De León Ramón Borja¹² sugirió se utilice los nombres ficticios de Víctor y Victoria de forma intercambiable a lo largo de la narración biográfica para visibilizar la propia complejidad de Victoria en cuanto a la percepción que tiene sobre su propia identidad. Se utiliza Víctor cuando se reconocía como hombre y Victoria desde que se asumió como mujer.

Es pertinente señalar que el acercamiento a la protagonista de este estudio se inició en octubre de 2013. También, que tanto las entrevistas grabadas *in-situ*, Barcelona, como por medio de las nuevas tecnologías de comunicación, se realizaron durante el lapso de dos años. Por ende, se presentan distintos usos del tiempo (presente, pasado, etcétera), que se mantienen o se modifican en el análisis.

A nivel operativo y para una mejor comprensión de los lectores es necesario indicar el uso de algunas técnicas de escritura, por ejemplo: siguiendo el criterio de la RAE se utiliza los corchetes para introducir información que no consta en un testimonio, cita textual o para hacer referencia al año de la primera edición en que fue publicado un libro, un artículo (*paper*), o cuando se realizó una entrevista. Al respecto, en esta tesis, se utiliza dos tipos de comillas: las comillas inglesas: “”, para marcar el inicio y la finalización de una cita textual en el cuerpo del estudio, sea bibliográfica o de un testimonio, cuando tiene una extensión máxima de 39

¹¹ Anexo N° 1 Listado cronológico de las entrevistas a profundidad realizadas con Victoria.

¹² Directora del doctorado en Políticas Públicas y Transformación Social. UAB-IGOP.

palabras. Y se utiliza las comillas españolas: « », para resaltar o referirse a un concepto o noción, así como cuando consta en una cita o referencia bibliográfica.

Organización del estudio

En la introducción se plantea la importancia de este caso de estudio que permite ver la transformación de los marcos normativos sobre transexualidad a través de la reconstrucción de los testimonios de Victoria. En la justificación del objeto de estudio 1) se desarrollan las preguntas de investigación; 2) se delimita los usos de las conceptualizaciones de sexo y género; 3) se narra el encuentro con Victoria, sujeto de este estudio, para dar cuenta de la posición de la investigadora; 4) la metodología utilizada y los alcances de la historia de vida como método de acercamiento a la realidad social, a fin de conocer en profundidad el proceso de la *transmigración* geoespacial sociocultural y la incidencia de la Ley 3/2007 en la vida de Victoria vinculada a la implementación de esta Ley en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género y la demanda de derechos por parte de los colectivos involucrados en la lucha por la despatologización de la transexualidad en el sistema de salud público de Cataluña.

En el capítulo uno se desarrolla el marco teórico sobre la construcción política, económica y sociocultural de los cuerpos, sexos, género y las relaciones de poder con base al análisis de autores con los que se alinea la investigadora. Primero se realiza un acercamiento a la construcción política sociocultural moderna occidental de la sexualidad y los cuerpos por medio de un recorrido que expone los inicios del activismo homosexual en Europa y la construcción histórica biopolítica de la homosexualidad y del travestismo. Para comprender el rol jugado por la psiquiatría, la medicina y la sexología como herramientas de control estatal sobre los cuerpos, el género y las prácticas sexuales medicalizadas que defienden la patologización de la transexualidad en el mundo occidental contemporáneo.

Se realiza un acercamiento a las implicaciones del concepto de género, el feminismo¹³, la transexualidad, el sexo y los cuerpos trans femeninos. Se analiza el recorrido clasificatorio de la homosexualidad y la transexualidad en los manuales DSM, elaborados por la Asociación Psiquiátrica Americana, para reflexionar sobre el diagnóstico de «disforia de género» que

¹³ “El feminismo, como perspectiva teórica y como movimiento social, ha iluminado y ensanchado nuestra concepción del modo por el que un sistema de poder se mantiene y reproduce, y ha desarrollado múltiples estrategias y métodos de lucha en todas las áreas y niveles sociales.” (De Miguel, 1997, p. 178).

clasifica a la transexualidad como un «trastorno mental». En contraposición a las subjetividades del fenómeno social trans que cuestiona la rigidez del binarismo de sexo y género del sistema heteronormativo contemporáneo.

El cuestionamiento formal se sustenta en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, de la autonomía personal y de la integridad en el proceso de la transformación corporal por su derecho a la identidad de género; finalmente se cierra con la campaña global *Stop Trans Pathologization* y la dimensión política social alcanzada para exigir la eliminación de todo vestigio de patologización de la transexualidad en los manuales clasificatorios DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el segundo capítulo se describe el marco normativo y legal que ampara a los colectivos de las personas LGBTI, lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, a nivel internacional y en España para dar cuenta de los derechos alcanzados y garantizados tanto a nivel internacional como por el Estado español y, particularmente, en la legislación subestatal del sistema de salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña. En el primer apartado de este capítulo se revisa el rol jugado por los movimientos sociales, el debate internacional y los principales hitos que construyeron jurisprudencia y sentaron precedentes internacionales, así como, las regularizaciones de la Unión Europea.

En un segundo apartado se revisa 1) la regulación de la homosexualidad en la España moderna, la normativa nacional y los derechos efectivos de las personas de los colectivos LGBTI en territorio español y los antecedentes legislativos que incidieron en la promulgación de la Ley 3/2007; 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas; 2) los derechos garantizados, las instituciones involucradas en su aplicación y los principales mecanismos de aplicación y procedimientos; 3) la aplicación de la Ley 3/2007 en el sistema de salud público de la Comunidad Autónoma de Cataluña, las leyes y los derechos garantizados. Los antecedentes políticos de la Ley 11/2014¹⁴, la promulgación, vigencia y alcance de esta Ley, la exigibilidad de los derechos trans en el sistema de salud catalán y la lucha para acceder a las cirugías de reasignación sexual sin discriminación de ningún tipo; 4)

¹⁴ El objetivo primordial de la ley subestatal 11/2014 es: “Desarrollar y garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales (LGBTI) y evitar a estas personas situaciones de discriminación y violencia, para asegurar que en Cataluña se pueda vivir la diversidad sexual y afectiva en plena libertad.” (BOE-A-2014-11990).

se describe la propuesta del nuevo modelo de salud para el tratamiento de la identidad de género en la Comunidad Autónoma de Cataluña a raíz de la despatologización de la transexualidad en el sistema de salud público catalán. Anuncio realizado por el consejero Antoni Comín el mismo día que Victoria ingresó al *Hospital Clínic* para que le realicen la cirugía de reasignación sexual, la vaginoplastia, el lunes 24 de octubre de 2016.

En los capítulos tres y cuatro se reconstruye cronológicamente la trayectoria de la historia de vida de Víctor/Victoria para facilitar la comprensión de los hechos de su relato biográfico, aunque, los diversos momentos vitales, las emociones y las limitaciones en la vida cotidiana se superponen y coexisten en su narración. En el capítulo tres sus testimonios permiten dividir la primera parte de su historia de vida en tres momentos biográficos: el primero constituido por su experiencia vital durante su niñez y juventud en el contexto familiar, laboral comunitario de su lugar de origen; su decisión de emigrar hacia otro país y las estrategias para cumplir su objetivo; el segundo momento, el viaje para llegar al país de destino y la vida de Víctor en Cataluña durante los primeros años.

El tercer momento abarca los relatos de Victoria sobre el proceso de *transmigración* y auto reconocimiento *translésbico*, su decisión de acudir al sistema de salud público de Cataluña para realizarse el tratamiento psiquiátrico endocrinológico de la identidad de género en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género, *Hospital Clínic* de Barcelona. Finalmente, termina con las expresiones de la protagonista acerca de su vida afectiva en Cataluña y sus vínculos familiares en Colombia. Estos tres momentos biográficos permiten exponer tanto su tránsito geoespacial sociocultural, laboral y corporal, con ello, profundizar sobre el proceso del tránsito *transmigratorio* de su identidad de género y sexual *translesbiana*, así como, conocer las dinámicas de socialización personal, laboral y las interacciones sociales que Victoria mantiene en su vida cotidiana.

El capítulo cuatro continúa con los testimonios y experiencias de vida de Victoria y sus relaciones sociales afectivas en Cataluña, los efectos de la *transmigración* geoespacial y sociocultural en su vida laboral y cotidiana a partir del momento que asume públicamente su identidad *translesbiana*. Por último, su recorrido por los servicios públicos que la asisten en su vida cotidiana y su lucha para ejercer su derecho a la cirugía de reasignación sexual como ciudadana española amparada por la Ley 3/2007.

En el quinto capítulo se responde a las preguntas de investigación enlazadas a las categorías de análisis del marco teórico, el marco jurídico legal español y subestatal catalán con los hallazgos empíricos de la historia de vida de la protagonista de este trabajo y la reflexión sobre los aportes de esta investigación. La conclusión principal sustenta los hechos recopilados en sus testimonios y las experiencias vividas por Victoria en su nuevo lugar de residencia (Cataluña - España), lo que, sin duda, constituyó un factor fundamental para que Víctor empiece a reconocerse como una mujer *translesbiana* posibilidad antes ausente en su vida en el campo colombiano.

Su proceso *transmigratorio* muestra que pudo asumirse como una persona trans por estar fuera de su entorno social de origen, en un contexto geopolítico sociocultural más amplio y con un marco legal de protección de derechos para las personas transgénero, lo que incidió en sus decisiones vitales, así también la promulgación de la Ley 3/2007 que, posteriormente, posibilitaría las cirugías de reasignación sexual en el sistema de salud público. En el año 2013, Victoria obtuvo la nacionalidad española y, al siguiente año, 2014, se promulgó la Ley 11/2014 contra la discriminación y violencia por LGBTI-fobia en Cataluña. En síntesis, a lo largo de la narración biográfica de Victoria se puede constatar los cambios y evolución de las políticas públicas que amparan a las personas transexuales en Cataluña España.

Por tanto, la emigración de Víctor a España le permitió saber, conocer, aprender sobre la posibilidad de ser una persona transexual, aún más, Victoria pudo reconocerse como sujeto de derechos, es decir, ejercer su ciudadanía y exigir el cumplimiento de la Ley 3/2007, incluido el derecho a los distintos procesos biomédicos de transexualización. Amparada en los nuevos marcos normativos y debido a su empoderamiento ciudadano Victoria emprendió su lucha contra la discriminación por edad¹⁵ para acceder a la cirugía de reasignación sexual. Para ello, contó con el respaldo político de organizaciones LGBTI y colectivos trans que gestionaron ante la Consejería de Salud de la Generalidad su derecho a la vaginoplastia. Esta demanda se concibió y realizó como una lucha conjunta que mostró la experiencia del colectivo trans en el ámbito público y político para exigir el pleno ejercicio de sus derechos al demandar el derecho que le fue negado a Victoria; y convirtió su historia en un caso emblemático, particularmente, para los colectivos LGBTI.

¹⁵ La Ley 3/2007 no determina un límite de edad.

CAPÍTULO 1

Cuerpos, sexos, género y relaciones de poder

Se quiso dar un papel regulador al único tipo de sexualidad susceptible de reproducir la fuerza del trabajo y la forma de la familia

Michel Foucault, 1976

Introducción

La primera parte de este marco teórico aborda la construcción histórica social y política de los cuerpos y el sexo, como técnicas y mecanismos de control y vigilancia de la población (Foucault, 1976). Se parte de la opresión de la sexología sobre los cuerpos y las sexualidades diversas que primó en Europa y Estados Unidos. Este mecanismo de control demarca distinciones corporales y sexuales para ensalzar la identidad heterosexual hegemónica, en detrimento de homosexuales, travestidos, lesbianas, es decir, de los «invertidos sexuales». De acuerdo con Michel Foucault (1976), esta construcción biopolítica de los cuerpos responde a intereses políticos y económicos que sustentan la división de los sexos con base en teorías biologicistas sobre el comportamiento complementario y «natural» de los sexos. A través de estos discursos de poder por parte de los «dueños del saber científico», se pretende afianzar sus verdades para regular la conducta de los sujetos y los usos de sus cuerpos, los placeres sexuales, las pasiones, las prácticas amatorias y las relaciones íntimas de las personas.

A continuación, se hace un acercamiento crítico a la construcción de los cuerpos sexuados, los géneros y las relaciones de poder que los constituyen como a la patologización de la transexualidad en el discurso biomédico psiquiátrico. Por la importancia que tiene la patologización de la transexualidad en la vida de Victoria se ha descrito extensamente el contexto histórico tecnológico que materializó a la transexualidad como un «trastorno mental» y cómo la norma de la «enfermedad» sostuvo el procedimiento de diagnóstico de «disforia de género» para el «Tratamiento de la Identidad de Género», en los manuales clasificatorios DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana, y de la Organización Mundial de la Salud, con su Clasificación Internacional de Enfermedades (Del Barrio, 2009).

Se realiza, además, una aproximación al pensamiento feminista vinculado a la identidad de género trans y a los roles de género como un proceso histórico cultural que produce

desigualdades corporales, sociales, económicas y políticas. Finalmente, se examina el movimiento global *Stop Trans Pathologization* (STP), que lucha por la despatologización de la transexualidad clasificada como un «trastorno mental» en el DSM y como una «enfermedad» en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El movimiento STP ha confrontado el sistema binario de género y sexo para exigir la despatologización de la transexualidad. Su lucha se basa en el respeto a sus derechos y en pro del reconocimiento de la multiplicidad del fenómeno social trans como una realidad inherente a la condición humana. Se acogen al libre desarrollo de la personalidad para defender la autonomía e integridad corporal conforme con su identidad de género, independientemente del sexo asignado desde su nacimiento, a partir de las características biológicas, genéticas, anatómicas, morfológicas u hormonales. Su objetivo primordial es eliminar todo vestigio de patologización de la transexualidad. Y, para este caso de estudio en el sistema de salud pública de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

1. Del sodomita a la opresión de la sexología

En el mundo occidental fue en Europa, desde la Grecia antigua, donde se inició un proceso histórico sociocultural de la descripción, explicación, diferenciación, clasificación y construcción de una amplia variedad de enfermedades, procesos patológicos y «trastornos mentales». Según el análisis de Victoria del Barrio, “Europa se convirtió así en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales.” (2009, p. 82).

En la Europa del siglo XVII se señala como «sodomitas» a los hombres que mantuvieran prácticas sexuales entre sí. Se utilizó la categoría religiosa del acto de sodomía¹⁶ que alude al coito anal, de manera que “el autor no era más que un sujeto jurídico” (Foucault, 2009 [1976], p. 44), mientras que, según este pensador, a partir del siglo XVIII se transformará en un sujeto que se debe controlar por medio del poder estatal, sus instituciones y los dispositivos de poder sobre los cuerpos sexuados y el uso de los placeres sexuales.

¹⁶ El término es de origen judeocristiano está vinculado a la descripción bíblica de «Sodoma y Gomorra». Por ello, a las prácticas sexuales anales se las tildaba como «el pecado de Sodoma». A partir de la Edad Media europea se empezó a utilizar el término «sodomita» para referirse a los hombres que tenían coito anal entre sí. Posteriormente, en la noción de sodomía se incluyó otras prácticas sexuales no reproductivas considerados actos desviados y «contra natura» tales como el sexo oral y el bestialismo.

En el siglo XVIII, el pensador francés Jean-Jacques Rousseau, representante emblemático de la «Ilustración» francesa, apuesta por la «virtud» humana e “investiga la relación entre razón y moral y encuentra la clave de esa relación en el sentimiento. En el sentimiento natural de cada individuo [...] apelará a una razón moral que regule la vida del individuo y de la sociedad” (Cobo, 1995, p. 22). Sus tesis reforzarán el binarismo sexual basado en la hipótesis del «complemento natural de los sexos» y sus deberes trazados como los «modos naturales» de comportamiento diferenciados para los hombres y las mujeres.

Así, en cada individuo se encarnan distinciones de sexo, género y de lo que entendemos como «lo femenino» y «lo masculino», y con base a las diferencias anatómicas de los órganos sexuales ocupamos el tipo de cuerpo y el ejercicio de la sexualidad que debemos asumir, Thomas Laqueur (1990). En palabras de Judith Butler (2013), debemos *performar* reiterativamente el género asumido.

A finales del siglo XVIII se inició el estudio sistemático sobre las diversas prácticas sexuales humanas. En el año de 1867, Elizabeth Osgood Goodrich Willard acuñó el término «sexología» con la publicación de su libro: *Sexology as the Philosophy of Life: implying Social Organization and Government*. La sexología intenta establecer verdades científicas sobre la sexualidad humana y abarca muchas disciplinas tanto médicas como sociales interrelacionadas para desentrañar el deseo sexual, los estímulos y los usos de diversos placeres sexuales. Esta «ciencia» o herramienta de control se produjo en el contexto de la industrialización europea con el desarrollo del capitalismo se provocó un giro de quiebre biopolítico que permitió el control de la población a través de sus cuerpos y el uso de la sexualidad dentro de un nuevo orden socioeconómico.

En este contexto geopolítico sociocultural nació un interés inusitado por los asuntos del sexo, se produjo una nueva matriz social y cultural que asume el comportamiento «natural» de los cuerpos sexuados con base a una división de opuestos complementarios entre hombre / mujer, masculino / femenino y heterosexual / homosexual. Esta herramienta de poder gubernamental sentó las bases de la concepción actual de la sexualidad, de los modos de comportamiento del género y las relaciones de poder que las constituyen para controlar el uso del sexo, la reproducción humana y las conductas sexuales de la población (Foucault, 1976).

Foucault agrega, “en el siglo XVIII, una de las grandes novedades en las técnicas de poder fue la aparición, como problema económico y político, de la ‘población’: la población-riqueza, la población-mano de obra [...] y los recursos de los que dispone” (Foucault, 2009 [1976], pp. 25-26). El dispositivo de poder de la sexualidad está articulado con la historia económica y política de la nueva burguesía europea y el desarrollo del capitalismo. Se configura un campo de relaciones asimétricas entre los individuos que conforman el modelo heterosexual patriarcal en detrimento de las relaciones eróticas afectivas homosexuales no reproductivas que dio paso a la creación del nuevo «sujeto sexual moderno» como parte de un proceso histórico cultural. De acuerdo a Foucault:

...leyes naturales de la matrimonialidad y reglas immanentes de la sexualidad comienzan a inscribirse en dos registros diferentes. Se dibuja un mundo de la perversión, que no es simplemente una variedad del mundo de la infracción legal o moral, aunque tenga una posición transversal en relación con éste. [...] Desde las postrimerías del siglo XVIII hasta el nuestro, corren en los intersticios de la sociedad, perseguidas, pero no siempre por las leyes, encerradas pero no siempre en las prisiones, enfermas quizás, pero escandalosas, peligrosas víctimas presas de un mal extraño que también lleva el nombre de vicio y a veces el de delito [...] llevan a los médicos su infamia y su enfermedad a los jueces. Trátese de la innumerable familia de los perversos, vecinos de los delincuentes y parientes de los locos (2009 [1976], p. 41).

La visibilización de la homosexualidad y las clasificaciones creadas sancionan, estigmatizan a las personas designadas, las marginaliza en lo clandestino y segregan del bienestar social al situarlas en el ámbito de lo «enfermo-anormal». El estigma se encarna en los cuerpos y la vida de estas personas por medio de la implantación de las perversiones se consolida las clasificaciones de las sexualidades periféricas (Foucault, 2009 [1976], p. 50), en un contexto ausente de derechos para las personas de diversas identidades sexuales y de género.

En el discurso de Butler, “los términos que nos permiten ser reconocidos como humanos son articulados socialmente y son variables. Y, en ocasiones, los mismos términos que confieren la cualidad de «humano» a ciertos individuos son aquellos que privan a otros de la posibilidad de conseguir dicho estatus, produciendo así un diferencial entre lo humano y lo menos humano” (2012 [2004], p. 14). En resumen, estos autores ponen en evidencia que la vigilancia y el control se implementan por medio de instituciones de orden político, económico, religioso, médico para remarcar la «anormalidad» contra natura del uso de los placeres sexuales, amatorios y eróticos entre personas del mismo sexo. En esa misma línea de pensamiento se encuentran las reflexiones y el análisis de la antropóloga norteamericana, Gayle Rubin, que desarrolló la categoría de género, desde la perspectiva feminista:

Las formas institucionales concretas de la sexualidad en cualquier momento y lugar dados son producto de la actividad humana. Están, por tanto, imbuidas de los conflictos de interés y la maniobra política [...] el sexo es siempre político, pero hay períodos históricos en que la sexualidad es más intensamente contestada y más abiertamente politizada. En tales períodos, el dominio de la vida erótica es, de hecho, renegociado (1989, p. 114).

Simultáneamente, como señala Foucault, el sexo y la vivencia de la sexualidad no solo constituyen un asunto sociopolítico o relativo a la moral, sino “es cosa que se administra [...] exige procedimientos de gestión [al punto que...] en el siglo XVIII el sexo llega a ser asunto de «policía»” (2009 [1976], p. 25). Sin embargo, a pesar que la construcción histórica, económica y política de los sexos, las sexualidades y los géneros marginan a las personas homosexuales, no las excluyen completamente, en tanto su presencia es necesaria como el negativo opuesto al modelo heterosexual moderno prevalente, al menos en el mundo occidental. Esta afirmación se sustenta en los postulados de Dolores Juliano con respecto a las personas y colectivos relegados, cuando sostiene que “la sociedad no prescinde de sus marginales, desarrolla respecto a ellos políticas asistenciales, los relega pero los reconoce, son parte de un «nosotros», aunque la parte oscura” (2010 [2004], p. 28).

Como afirma Ricardo Llamas, hasta el siglo XVII no existía aún una «sexualidad» que diera cuenta de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que gobiernan la genitalidad y el erotismo, y hasta el XIX no se consideraba que ésta fuera un «instinto» decisivo para determinar la vida de las personas. Fue entonces cuando «el sexo» pasó a jugar un rol protagónico en la vida y la identidad individual, por tanto “se establece en el corazón mismo de la hermenéutica del sujeto” (1998, p. 24).

En la segunda mitad del siglo XIX se impone el puritanismo victoriano burgués que surgió en el Imperio Británico, este sistema moralista de creencias se expandió rápidamente en Europa y en gran parte del mundo, e impuso una rígida conducta sexual, tal como afirma Foucault la sexualidad fue cuidadosamente encerrada, se muda de lugar, confiscada en el seno de la familia conyugal y legitimada únicamente en la alcoba de los padres donde se convierte en una sexualidad utilitaria y fecunda (2009 [1976], p. 3). De este modo, se construye el secreto del conocimiento oficial de médicos, psiquiatras y sexólogos; se descalifica el erotismo y el placer sexual; pues, la sexualidad solo se justifica para la procreación, la reproducción de la fuerza de trabajo y el mantenimiento de la familia. Quienes se alejan del patrón dominante son considerados «anormales», «perversos» y una amenaza para la sociedad. Por ello, como sostiene Foucault, estos nuevos seres deberán pagar las sanciones correspondientes si no

apuntan a la procreación que impone la censura, el silencio, la inexistencia; así, las «sexualidades de los anormales» son negadas y no tienen ni sitio ni ley, pero hay que dejar un espacio a las sexualidades ilegítimas, donde se puedan reinscribir, en el burdel, el manicomio serán los lugares de tolerancia y únicamente allí el sexo salvaje tendría derecho a formas de lo real (2009 [1976], pp. 3-4).

Las investigaciones de Foucault permiten entender cómo se configura un campo de relaciones en un contexto cultural demarcado por un territorio específico, con intereses políticos determinados por el capital económico. Además, pone en evidencia desde dónde y para qué se producen las distinciones sobre los cuerpos, el sexo y los señalamientos sobre los usos legítimos e ilegítimos de la sexualidad. Sustenta Rubin:

En Inglaterra y los Estados Unidos, las postrimerías del siglo XIX [...] centraron su atención en los “vicios” de toda clase. [...] La consolidación de la moralidad victoriana y de su aparato de coerción social, médica y legal fue el resultado de un largo período de lucha cuyos resultados han sido amargamente contestados desde entonces. Las consecuencias de este gran paroxismo moral del siglo XIX perviven todavía. Han dejado una profunda huella en las actitudes sobre el sexo, en la práctica médica [...] en la conducta de la policía y en las leyes sobre el sexo (1989, pp. 114-115)

Paralelamente a esta corriente ideológica que pasó a normar la vida sexual de todas las personas, desde la ciencia se construyeron categorizaciones sexológicas que ayudaron a establecer las sexualidades legítimas e ilegítimas y a solidificar los roles de género útiles para el sistema patriarcal moderno como para consolidar el modelo de familia conyugal heterosexual para la reproducción de la especie. De ahí que Foucault califique el trabajo de psiquiatras y sexólogos como «pseudocientíficos», al servicio de los intereses económicos y políticos dominantes, en este caso, el capitalismo burgués.

En ese marco ideológico y biopolítico, las significaciones de las categorías se instalan en los cuerpos, en las subjetividades y en los comportamientos de las personas a través de la cultura también la reiteración de los códigos del género. Las convenciones sociales reflejan lo que cada sociedad piensa y construye como legítimo o ilegítimo. Según Butler:

...las categorías fundacionales del sexo, el género y el deseo son efectos de una formación específica del poder requiere una forma de cuestionamiento crítico que Foucault, reformulando a Nietzsche, denomina «genealogía». La crítica genealógica se niega a buscar los orígenes del género, la verdad interna del deseo femenino, una identidad sexual verdadera que la represión ha mantenido encerrada; la genealogía indaga sobre los intereses políticos que hay en señalar como *origen* y *causa* las categorías de identidad que, de hecho, son los *efectos* de instituciones, prácticas y razonamientos de origen diverso y difuso (2013 [1999], pp. 37-38).

Ante estas imposiciones atentatorias contra la libertad y los derechos de las personas, son los sujetos designados peyorativamente por su orientación sexual y/o por su identidad de género, quienes se organizan en movimientos sociales y luchan por deconstruir nociones negativas dominantes sobre las personas de los colectivos LGBTI, y se convierten en cuestionadores y disidentes del sistema heteronormativo.

1.1 Inicios del activismo homosexual y de la medicina moderna

En los años sesenta del siglo XIX, el alemán Karl Heinrich Ulrich (1825-1895), quien ejerció la abogacía y el periodismo fue, posiblemente, el primer activista que abogó por la libertad afectiva sexual y por el reconocimiento social de las personas homosexuales y la despenalización de los actos sexuales entre personas del mismo sexo, tanto en Alemania como en Italia. Ulrich comunicó a sus familiares su atracción por los hombres y denominó a esta preferencia sexual como «uranismo». Este concepto fue adoptado por los activistas ingleses de estirpe aristócrata, en favor de la emancipación de la homosexualidad durante la época victoriana.

En 1854 Ulrich utilizó este término en una publicación, en la cual afirmó que un «uranista tiene una psique femenina atrapada en un cuerpo masculino» y sexualmente se siente atraído por otro hombre, lo denominó como el «tercer sexo», actualmente se nombraría como una mujer trans. Siguiendo a Jordi Mas-Grau, “el legado uranista se hace patente en la visión hegemónica de la transexualidad, que es presentada como una suerte de dualismo psico-corpóreo: como el producto de la «discrepancia» entre la mente y el cuerpo de la persona” (2014, p. 117).

Utilizando un pseudónimo para protegerse, Ulrich publicó entre 1854 y 1865 cinco ensayos titulados: “Estudios sobre el misterio del amor entre hombres”, en donde plantea que el amor entre hombres es natural y biológico. Sus investigaciones pretendían despenalizar la homosexualidad. Ulrich también escribió una declaración legal en apoyo a un hombre arrestado por delito de homosexualidad. En 1867, como homosexual declarado, presentó una petición ante el Congreso de Juristas Alemanes para la derogación de las leyes contra los actos homosexuales; pero su propuesta no tuvo ninguna acogida.

Ulrich financió la publicación de sus estudios, los cuales terminaron confiscados y prohibidos en Sajonia, Múnich y en Prusia. En 1879 se auto exilió en Nápoles, año en que publicó el

veinteavo y último estudio de su serie de ensayos sobre *el amor entre hombres*. Algunos de sus escritos fueron encontrados en los archivos estatales de Prusia y se reimprimieron alrededor de un siglo más tarde. Por lo señalado, Ulrich constituye una figura relevante del siglo XIX en Europa, en tanto es un pionero de la lucha en favor de los derechos de las personas homosexuales y trans.

En el año de 1869, el médico y escritor austro húngaro Karl-María Benkert (1824-1882), acuñó el término homosexual¹⁷ en una carta abierta, escrita bajo el seudónimo de K. M. Kertbeny, dirigida al ministro prusiano de Justicia, con el fin de solicitar la abolición del párrafo 143 del Código Penal del Segundo Reich que penalizaba los «actos antinaturales» entre hombres adultos (Mirabet i Mullol, 1985, p. 227). Kertbeny consideraba que la homosexualidad era un estado innato y permanente de las personas y, por ello, no debía ser punible. Publicó varias obras en defensa de la homosexualidad en las que planteó que los actos sexuales privados libremente consentidos no deben tener relevancia penal alguna “excepto cuando se violaran derechos de otros [...] propone un término nuevo [homosexual] que permite identificar una sexualidad diferente, libre de toda carga perversa que habían tenido los anteriores (Di Segni, 2013, p. 51).

En el contexto europeo del siglo XIX en que se desarrolló la psiquiatría, la medicina moderna y la nascente sexología, la cual, estaba teñida de teoría degenerativa, pues consideraba que quien se alejaba de la heteronormatividad eran desviados (*Ibid.* p. 50). Karl María Kertbeny fue un adelantado para su época y a lo largo de toda su vida mantuvo un activismo en favor de las personas con prácticas homosexuales. Sostuvo que las leyes contra la homosexualidad eran contrarias a los derechos del hombre¹⁸. Así, “poco a poco el término [homosexual] fue abriéndose paso a través de trabajos médicos y noticias de periódico y, finalmente, se extendió a la vida diaria. En esta época se crearon los primeros movimientos de militantes homosexuales” (Tamagne, 2006, p. 167).

La producción de categorías sexuales psiquiatralizadas propició la idea o mito de la «peligrosidad» de los sujetos señalados como anormales. Y, el término homosexual se usó en detrimento de las personas nombradas como tales. Como señala Foucault aludiendo a un

¹⁷ La genealogía del término homosexual proviene del vocablo griego: *homo* que significa “igual” y del vocablo latino: *sexualis* referente a la sexualidad. Se puede afirmar que homosexualidad literalmente significa: sexualidad entre iguales.

¹⁸ En la actualidad ya no se utiliza «Derechos del Hombre» sino «Derechos Humanos» para reconocer a toda la humanidad sin exclusiones sexo genéricas.

famoso artículo de Karl Friedrich Otto Westphal (1833-1890), sobre las “sensaciones sexuales contrarias” (1870), la categoría psicológica, psiquiátrica, médica, de la homosexualidad se constituyó el día en que se la caracterizó, “no tanto por un tipo de relaciones sexuales como por cierta cualidad de la sensibilidad sexual, determinada manera de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino” (2009 [1976], pp. 44-45).

El siglo XIX se caracterizó por una efervescencia taxonómica y científica en todos los ámbitos del conocimiento, período en que se destacaron las teorías racistas de los cuerpos, el control y la criminalización de las prácticas sexuales de los sujetos. Fue así como “el homosexual del siglo XIX ha llegado a ser un personaje: un pasado, una historia y una infancia, un carácter, una forma de vida; asimismo una morfología, con una anatomía indiscreta” (*Ibíd.* p. 44).

En este contexto histórico político el «invertido sexual», el homosexual, el travestido dejó de ser sujeto “el sodomita *-criminal ante Dios-* [...] dio paso al homosexual -que hacía mal a la sociedad, y que era también *morboso, malsano y degenerado*: un caso que era competencia tanto de la medicina como de los tribunales de justicia-” (Tamagne, 2006, p. 167). Por tanto, un «enfermo» empezó a distinguirse debido al proceso clasificatorio médico psiquiátrico que construyó identidades sexuales encarnadas en los cuerpos y la psique de los «perversos sexuales», lo afirma Foucault:

El sodomita era un relapso, el homosexual es ahora una especie. Del mismo modo constituyen especies de todos esos pequeños perversos que los psiquiatras del siglo XIX etomologizan dándoles extraños nombres de bautismo: los exhibicionistas de Lasègue, los fetichistas de Binet, los zoófilos y zoerastas de Krafft-Ebing, los automonosexualistas de Rohleder; existirán los mixoescopófilos, los ginecomastas, los presbiófilos, los invertidos sexo-estéticos y las mujeres dispareunistas [...] La mecánica del poder que persigue a toda esa disparidad no pretende suprimirla sino dándole una realidad analítica, visible y permanente: la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, la constituye en razón de ser y orden natural del desorden [...] Al diseminarlas, se trata de sembrarlas en lo real y de incorporarlas al individuo (2009 [1976], p. 45).

La construcción y delimitación de las categorizaciones sexuales identitarias producen «especies» de sujetos y pone en evidencia el control biopolítico de los cuerpos con sus prácticas sexuales «anormales» para marginalizar a los detractores de la heterosexualidad a zonas simbólicas y reales de la periferia social. Con estas clasificaciones normativas la heterosexualidad se yergue como el único modelo, de orden natural, válido a seguir. Tal como Mas-Grau señala:

Los pioneros de la sexología científica solían presentarse como adalides de la verdad sexual en una sociedad que la ensombrecía con tabúes, eufemismos y sanciones. Sus trabajos estaban

motivados por una voluntad filantrópica y la mayoría de ellos apoyó la despenalización de la homosexualidad en países con leyes restrictivas y mentalidades cerradas. Sin embargo, tal y como defiende Jeffrey Weeks (1993, p. 126), esta emergente sexología, «lejos de estar en una situación conflictiva con las tendencias del siglo XIX, fue muy complaciente con ellas». Y es que como ya adelantó Foucault (2009 [1976]), a pesar de las restricciones y los silencios estratégicos, el siglo XIX colocó al sexo en el corazón del discurso y entre los engranajes del poder. La sexualidad aparecía en los principales debates de la época y estaba en el núcleo mismo de las grandes tecnologías de gestión y control social, como el higienismo, el maltusianismo o el eugenismo (2014, p. 124).

De esta manera, la construcción política del “conjunto de categorías mencionadas constituye una forma de poder que produce desigualdades. Se trate de categorías de raza¹⁹, de clase o de género y sexualidad, todas tienen por objeto organizar intelectualmente la divergencia naturalizándola” (Borrillo, 2001, p. 39). Este modelo de producción de jerarquías sexuales se encarna en los cuerpos y la psique con graves consecuencias en la vida cotidiana de las personas asignadas, las sitúa en una posición subalterna de desventaja social, económica, civil y política.

En Europa se desarrolló las primeras investigaciones de la sexualidad humana con pretensiones de verdad científica. La sexología, la medicina clínica y la psiquiatría pretendieron comprender los comportamientos sexuales humanos. Para ello, delimitaron la amplia sexualidad humana, constriñeron deseos y establecieron subjetividades jerarquizadas que se demarcan como opuestos entre los «normales» y los «perversos» sexuales.

La construcción patógena de las identidades sexuales derivará en “la imposición de la identidad [que] puede verse como una burda táctica del poder, diseñada para oscurecer la auténtica diversidad humana con categorizaciones estrictas de uniformidad” (Weeks, 1993 [1985], pp. 297-298), éstas, niegan y rechazan los proyectos de vida disímiles a la heteronormatividad matrimonial reproductiva.

Se concibe a la diversidad humana a nivel de comportamientos sexuales y se impone una identidad determinada que conlleva comportamientos definidos y distingue patrones entre hombres y mujeres, asignados como masculinos y femeninos respectivamente y los masculinos están valorizados mientras que los femeninos están subalternizados. La construcción de estas estrechas categorizaciones que pretenden desconocer realidades cotidianas diversas al patrón heterosexual, quienes, a su vez reproducen y resisten los patrones identitarios impuestos. En tal sentido, Coll-Planas manifiesta:

¹⁹ Científicamente no existen diferentes razas humanas pero la construcción sociocultural de la racialización sigue operando en las interacciones humanas.

Entendemos que las categorías identitarias no sólo describen la realidad de los sujetos que designan, sino que tienen un efecto performativo, esto es, producen subjetividad. Las categorías en este sentido tienen un doble efecto de restricción y de producción de posibilidades. Los sujetos se ubican y tratan de entenderse en función de las categorías existentes en un determinado momento histórico, y éstas moldean su subjetividad (2012).

En 1886 el psiquiatra austriaco alemán Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902), dio a conocer, a un público más amplio y «científico», el concepto de homosexualidad como una patología, con la publicación de su libro *Psicopatía Sexual: Un Estudio Clínico-forense* (1886), en el cual “fortaleció la unificación del discurso religioso, científico y jurídico” (Di Segni, 2013, p. 63). En este libro Krafft-Ebing propone un listado de perversiones entre las que describe con detalle al «invertido sexual», pone énfasis en lo que denominó el instinto «sexual inverso» y también describe la «pedofilia» que junto a la «homosexualidad» serán confundidas con la «pederastia» (*Ibid.* p. 64), llanamente, vació el contenido político activista del término «homosexual» creado por Benkert bajo el seudónimo de K. M. Kertbeny, quien lo utilizó para reflexionar favorablemente sobre la innata homosexualidad humana.

El libro se reimprimirá constantemente, desde 1886 hasta 1903, y tendrá una influencia perdurable al menos hasta la década de 1950, Krafft-Ebing no tenía suficientes casos de estudio de su autoría por ello tomó ejemplos de otros autores como Lombroso y, además, recurrió a expedientes policiales, estrategia que le permitió mantener asiduos lectores y marcar el estrecho buen camino que el «Varón» deberá seguir para no caer bajo el peso ni de la religión, ni de la ley ni de la sexología naciente (*Ibid.*). Precisamente, el modelo «científico» europeo estableció categorizaciones sexológicas negativas para toda clase de prototipos de «perversos sexuales» quienes necesitarían de tratamiento clínico psiquiátrico con miras a eliminar los comportamientos sexuales anormales entre personas del mismo sexo. Fue así como se consolidó la degenerada categoría «homosexual» en el modelo biomédico europeo. A la homosexualidad como categoría sexológica se la ha utilizado de forma amplia e indiscriminada, en tanto, “durante décadas se entendía la homosexualidad, la transexualidad y el travestismo como una misma cosa” (Missé, 2013, p. 28).

Por otro lado, el análisis de Francisco Vásquez y Richard Cleminson plantea que el siglo XIX se destacó por los avances y la emergencia de un “nuevo campo profesional, la medicina legal o forense, [que] introdujo entre otras competencias, la de garantizar a los médicos, el poder de pronunciarse sobre el sexo del individuo en caso de hermafroditismo” (2012 [2009], p. 92). Y, se desarrolló una profusión de investigaciones y publicaciones de tratados sobre medicina legal,

higiene y salud pública sobre el control de las epidemias en la población. Por las demandas de un régimen de gobierno que necesitaba instituciones públicas y de los nuevos conocimientos de médicos y cirujanos para construir leyes e impartir justicia.

La difusión se hizo mediante la publicación de un sin número de textos y tratados tal como los “*Elementos de la Medicina y la Cirugía Legal arreglados a la Legislación Española* (1832), de P. M. Peiró y J. Rodrigo, consolidando así la disciplina en un discernible y poderoso cuerpo de conocimientos” (Vásquez y Cleminson, 2011 [2009], p. 93). En 1847 Mateo Orfila (1787-1853), publicó el *Tratado de Medicina Legal* (1847), donde “señaló que los magistrados requerían el punto de vista del doctor y del cirujano en muy diversos asuntos, desde la salud pública hasta la administración de justicia” (*Ibíd.*).

Las categorías sexuales biomédicas construyen realidad y patologizan experiencias vitales de otras personas debido a intereses políticos, económicos vinculados con el control social del Estado en un determinado contexto histórico. Los mecanismos de control utilizados por la sexología, la medicina y la psiquiatría modernas muestran los puntos de vista de una sociedad y su proceso en las construcciones culturales sobre el sexo, la identidad y sus desplazamientos conceptuales donde “la homosexualidad apareció como una de las figuras de la sexualidad cuando fue rebajada de la práctica de la sodomía a una suerte de androginia interior, de hermafroditismo del alma” (Foucault, 2009, [1976], p. 45).

A finales del siglo XIX se destaca el activismo pro «justicia a través de la ciencia», del médico, sexólogo y abogado de origen judío polaco-alemán Magnus Hirschfeld (1868-1935), fue un reconocido activista por los derechos de las mujeres y los varones homosexuales (Di Segni, 2013, p. 51). Su labor fue un hito relevante para la defensa de las personas homosexuales, abogó en favor de la aceptación social de la homosexualidad a finales del siglo XIX e inicios del XX. En 1896 publicó de forma anónima un escrito sobre el amor homosexual, titulado: *Safo y Sócrates*, su trabajo tuvo repercusiones tanto en Europa como en el contexto estadounidense.

En 1897 Hirschfeld fundó el *Wissenschaftlich-humanitäres Komitee* -Comité Científico Humanitario- para defender los derechos de los homosexuales y con la intención de abolir el

artículo 175²⁰ del Código Penal Alemán que castigaba las relaciones homosexuales entre dos personas de sexo masculino. Hirschfeld elaboró una petición de abolición de la penalización de la homosexualidad y la presentó ante el Reichstag en 1898, su petición contó con el respaldo de miles de firmas y el apoyo de prominentes personalidades de la época, pero no logró su objetivo. De esta forma, Hirschfeld inició un proceso de concientización sobre la desigualdad legal e injusticia a la que estaban sujetas las personas homosexuales.

Magnus Hirschfeld continuó con su trabajo investigativo y en 1910 publicó: *The Transvesties: The Erotic Drive to Cross-Dress*, en su análisis hace la distinción entre travestis y homosexuales, por tanto, “él creó el término ‘travesti’ y lo definió como el deseo de utilizar ropas del sexo opuesto” (*Ibid.*). En el mismo año desarrollará su teoría de «los estadios intermedios» del sexo, la psique, la sexualidad, partiendo de la idea de la bisexualidad humana, desplegará su teoría morfológica, donde el hombre y la mujer absolutos son entendidos como ideales inexistentes entre los que se sitúan los hombres y mujeres reales, para Hirschfeld la definición de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres es un tema central en su teoría sexológica (Llorca, 1996, p. 63).

En este trabajo Hirschfeld señala que existen cuatro estadios intermedios: el «primer estadio» aborda: los «órganos sexuales» y hace referencia a las personas «hermafroditas» o intersexuales, como se los conoce en la actualidad; el «segundo estadio» distingue otros caracteres corporales, hace referencia a personas con características corporales del sexo contrario tales como las mujeres sin vagina u hombres con pechos desarrollados como de mujer y vello pectoral; el «tercer estadio intermedio», señala «los impulsos sexuales» de personas que sienten atracción por otras de su mismo sexo, «la homosexualidad»; y, el «cuarto estadio intermedio», hace referencia a «otros caracteres psíquicos» donde describe a las personas «travestis» refiriéndose a quienes ocasionalmente les gusta ser *cross dressing*. De acuerdo con Llorca “en realidad, pues, todos los humanos serían estadios intermedios y el número de variedades sexuales sería ilimitada [...el] hecho primario de que los estadios sexuales intermedios son una manifestación natural y significativa con la que se ha de contar.” (*Ibid.*, p. 65).

²⁰ Vigente desde el 1º de enero de 1872 hasta el 11 de junio de 1994. En 1935 con el ascenso del nazismo se redactó el párrafo 175b que amplió los delitos y tipificó a los besos, abrazos y a los actos sexuales con animales como “actos contra natura” hasta 1969. Se calcula que más de 120.000 hombres fueron procesados por la tipificación penal de este artículo.

Havelock Ellis (1859-1939), fue un médico británico que se destacó como un escritor prolífero sobre sexología, psicología sexual, amor y sexo. Ellis, propuso a John Addington Symonds (1840-1893), quien había publicado un ensayo sobre Walt Whitman y su homoerotismo, escribir conjuntamente el primer texto médico, en inglés, sobre la «inversión sexual», pero Symonds murió antes de terminar sus capítulos. Ellis terminó la obra, donde describió y analizó veinte casos para debatir sobre el placer entre parejas del mismo sexo. Decidió publicar la investigación «Inversión sexual» en Alemania, pero con el nombre creado en 1870 por el psiquiatra alemán Westphal, *Sentimiento sexual contrario* (1897), dos años más tarde y con muchas dificultades logró publicar el libro en Gran Bretaña (Di Segni, 2013, p. 110).

Ellis pensaba que la homosexualidad se parece demasiado a la heterosexualidad y que la «inversión sexual» no respondía a la elección de un objeto sexual inaceptable, sino que en ella el deseo se dirigía a una persona completa igual que en la heterosexualidad, pero de sexo «equivocado» y, de ese modo se invertían las tendencias sexuales «normales». A la vez, afirma que hay tantos casos de «inversión» que requiere un examen especial, cabe recordar que, la «normalidad» exige que lo «anormal» sea excepcional (*Ibíd.*, p. 113).

La repercusión de los estudios publicados por Ellis influyó en la sexología de los médicos españoles, sus obras se tradujeron al español entre 1906 y 1913 (Vásquez y Moreno, 2013, p. 132). Ellis desarrolló conceptos como el de autoerotismo, narcisismo y el «eonismo», 1913, para describir la experiencia de vida de *Chevalier d'Éon* (1728-1810), quien fuera un soldado, diplomático y espía francés. Su apariencia andrógina le permitió vivir los primeros 49 años como un hombre, aunque a veces solía travestirse de mujer y, los últimos 33 años de su vida vivió como mujer. Ellis utilizó el análisis de este caso para hacer la distinción entre el travestismo o «eonismo» y la homosexualidad masculina. Así, en 1920 Havelock Ellis sustituyó la categorización de «eoismo» por la de «inversión sexo estética».

En 1919 Magnus Hirschfeld fundó el Instituto para Investigaciones Sexuales en Berlín. Concentró su activismo político mediante el estudio científico de una amplia variedad de expresiones sexuales, eróticas y de género en una época donde la denominación de las identidades sexuales y de género aún estaban en formación. Por su trabajo de investigación científica, Hirschfeld planteó la distinción conceptual entre travestismo y homosexualidad e influyó en este sentido en el trabajo de Havelock Ellis, con quien, insistieron en establecer y sustentar las diferencias sustanciales entre estas dos categorizaciones. Hirschfeld también

sugirió el término «transexuales» para aquellos individuos que querían «convertirse» en personas de otro sexo y fue en su instituto donde se realizaron las dos primeras operaciones de cambio de sexo que se conocen. Lo señala Joanne Meyerowitz:

La primera transformación genital completa realizada en el Instituto de Hirschfeld fue la de Dorchen Richter, un hombre-a-mujer que se sometió a castración en 1922 y a quien en 1931 se le amputó el pene y se le construyó quirúrgicamente una vagina (Meyerowitz, 2002 en Mejía, 2006, p. 156).

Este hecho muestra, parcialmente, un pensamiento social y científico renovado de una sociedad que se vio removida por la experiencia cercana de la muerte, la fragilidad de la vida humana y tanto la psique como los cuerpos de los supervivientes deteriorados por las nuevas armas químicas durante los horrores de la primera guerra del siglo XX. Posiblemente, estos sucesos facilitaron reflexiones que llevaron a nuevas posibilidades de comprender el cuerpo, la sexualidad y los avances técnicos de la medicina permitieron realizar transformaciones corporales que, previamente, eran insospechadas.

La finalización de la primera gran guerra provocó cambios económicos, sociales, políticos y culturales en la vida cotidiana de las personas. Estos cambios se expresaron en nuevas formas de concebir y vivir la vida, marcaron rupturas profundas con el orden preestablecido. A esta etapa de post guerra se la nombró como «Los años felices» o «Los Locos Años 20's», caracterizados por el optimismo, la influencia cultural musical, el poder económico y tecnológico de Estados Unidos que transformaron los modos sociales de comportamiento en la vida cotidiana.

En el ámbito doméstico los nuevos y más asequibles artefactos electrodomésticos liberaron la carga del trabajo doméstico a un segmento significativo de mujeres. Algunos efectos importantes se manifestaron tanto en el orden socio familiar como en el mercado laboral al inicio de la paulatina liberación femenina, es decir, un proceso que no ha terminado. La emancipación de las mujeres se evidenció en la inserción en el mercado laboral de trabajo en instituciones públicas y en oficinas privadas, plazas de trabajo que previamente estuvieron ocupadas, mayoritariamente, por empleados hombres. En consecuencia, hubo una participación directa en la esfera pública y en algunos casos en la vida política que les proporcionó a las mujeres mayor autonomía personal, económica y la revalorización de su capacidad y autoestima.

La incursión de las mujeres en la fuerza de trabajo puso en evidencia su capacidad y también permitió transgredir algunos estereotipos de género que les fueran asignados, dado que, dejaron el tradicional espacio del hogar para trabajar fuera del espacio doméstico lo que les permitió el acceso a recursos económicos propios. Los hechos descritos también trastocaron las prendas de vestir para ajustarse a las nuevas necesidades de las mujeres y su emancipación sociolaboral. Por ello, se diseñó ropa más sencilla y pragmática tanto para las mujeres de las clases altas como para las obreras u oficinistas insertadas en el mercado laboral con acceso a beneficios sociales y nuevos derechos por el fortalecimiento del emergente movimiento feminista.

Así también, en el contexto geopolítico español se produjeron cambios de orden sociocultural que trastocarían los roles de género, la percepción de la identidad y de la «cuestión sexual» percibida como un «riesgo». Vázquez y Cleminson lo manifiestan, “el rápido proceso de modernización, los nuevos papeles adoptados por las mujeres del emergente feminismo, sustentarían a partir de la década de 1920, un proceso de reestructuración de lo que debía entenderse por identidad sexual” (2011 [2009], p. 132).

En el campo de la sexología se destacaron las investigaciones del médico, endocrinólogo e historiador español Gregorio Marañón (1867-1960), quien publicó una vasta obra sobre la sexualidad humana enfocada, principalmente, en la intersexualidad. Escribió ensayos sobre homosexualidad, bisexualidad, las características sexuales de los sexos y sus comportamientos, la biología y el feminismo, comentó sobre el psicoanálisis, aunque, no se alineó con la perspectiva psicoanalítica. Sus investigaciones, charlas o conferencias publicadas en vida o póstuma dan cuenta de que Marañón se convirtió en un referente científico, intelectual y moral que marcó toda una época del pensamiento de la sociedad española a inicios del primer tercio del siglo XX y que repercutió hasta tres décadas más tarde, también en Latinoamérica.

Según Vázquez y Cleminson, “Gregorio Marañón [fue] el primero en desplazarse más allá del aspecto fisiológico de las secreciones glandulares, a fin de dar cuenta de su papel en la fijación y mantenimiento de la identidad sexual (*Ibid.*, pp. 160-161). En 1920 Marañón pronunció una conferencia titulada: “Biología y feminismo”, señaló:

...era necesario considerar legítimo al feminismo desde el punto de vista biológico, no como “algo rígido e invariables, sino como una cosa flexible, adaptable y viva, distinta para cada caso y en todo caso subordinado a las características biológicas del país donde se va aplicar” En España el peligro estaba en que las aspiraciones feministas estaban intentando propiciar el cambio sin que se hubiera hecho antes el necesario trabajo educativo de base (*Ibid.*, p. 156).

En 1925 expuso un análisis sobre “Sexo, trabajo y deporte”, donde planteó al sexo como el motor del trabajo y para demostrar su tesis, “recurre con relativa frecuencia a parangones con el comportamiento humano prehistórico e, incluso, con el reino animal. Por tanto, para reforzar su argumentación en torno a la raíz sexual de las diferentes aptitudes y actuación de hombres y mujeres” (Burgos, 2001, p. 99), es decir, lo que hoy se define como roles de género y, la «feminidad» como la «masculinidad» para Marañón eran de orden natural y anatómico, por tanto, predisponían a una «actitud social» y a determinadas pautas de comportamiento.

Así mismo, “en sus *Tres Ensayos sobre la Vida Sexual* (1926), Marañón publica la primera estadística española sobre la relación entre cantidad de hijos y mortalidad infantil” (Vásquez y Moreno, 1997, p. 132). En 1927 viaja a la Habana donde dio una serie de conferencias, publicadas en 1928, en las que Marañón afirmó que el hermafroditismo, la «bisexualidad del instinto» habían estado presentes en la humanidad desde sus comienzos y que la endocrinología había mostrado que la homosexualidad no era un producto de la perversión psicológica ni del crimen sino consecuencia de la presencia de dos tipos de glándulas en el mismo individuo (Vásquez y Cleminson, 2011 [2009], p. 165).

En 1930 publica su libro *Evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*, en este trabajo plantea que cada ser humano tiene características de ambos sexos y que las diferencias se acentúan por el nivel filogenético, donde también defendió la despenalización de la homosexualidad. Este trabajo fue citado por la reconocida psicoanalista Marie Bonaparte, quien destacó la seriedad del mismo y su independencia de la línea de pensamiento del psicoanálisis. Marañón identificó lo que él denominó «hambre sexual» que para Freud era «la lívido», como endocrinólogo investigó y constató que esta «hambre sexual» se produce por un fenómeno químico, hecho que Freud reconoció, pero que para la teoría psicoanalítica es irrelevante.

Para entender el entorno español de las investigaciones y teorías sexuales de inicios de los años treinta, considerando, tanto el prestigio científico e intelectual como el reconocimiento social con el que Gregorio Marañón contaba vale narrar un hecho literario que muestra la necesidad social de reafirmarse en la binaridad de los sexos como identidad sexual.

En la novela de Carmen Burgos, *Quiero vivir mi vida* (Madrid, 1931), Alfredo, un *alter ego* de Marañón, expone su teoría de la intersexualidad, la respuesta fue iracunda [...] sugiere que las

ideas acerca de la fluidez sexual (y la resistencia a ella) estaban en la atmósfera de la época [...] La nueva ciencia de las «secreciones internas» comenzaba su impacto en España (*Ibíd.*, p. 158).

Cabe recordar que Marañón consideraba la intersexualidad como parte de la diversidad humana, “no pensaba que los estados intersexuales fueran necesariamente patológicos, desde su punto de vista si resultaban indeseables. A fin de prevenir los peligros de la intersexualidad infantil y adolescente [...] invocó todo un programa pedagógico” (*Ibíd.* p. 166).

En un principio Marañón se alineó con los republicanos, pero poco antes del inicio de la guerra civil se distanció políticamente. Se trasladó a París y volvió a Madrid en 1942 para reincorporarse a su trabajo docente e investigativo bajo el nuevo Régimen. En 1945 pronunció una conferencia titulada: “Reglas y consejos” que tuvo muy buena acogida, amplió el trabajo y dos años más tarde la publicó en formato de libro: *Cajal su tiempo y el nuestro* (1947). Su profusa y amplia obra ha dado cabida para interpretaciones contradictorias tanto favorables como desfavorables sobre la influencia de su legado, aún hoy, genera controversias y debate. En palabras de Vásquez y Cleminson:

...hasta el punto de tachar a Marañón de reaccionario; se puede no obstante decir que si por un lado defendió, por ejemplo, la despenalización de la homosexualidad, por otro también era el producto de su época en su planteamiento del funcionamiento sexual «correcto» y en relación con las esferas de género diferenciales (2011 [2009] p. 155).

Al período de apertura de «Entreguerras» se lo conoce como un importante cambio de costumbres y formas de vida que se produjo en Occidente: La autonomización de la esfera erótica respecto a las prescripciones morales y religiosas, su estetización se extiende a diversos estratos de la población urbana (Vásquez y Moreno, 1997, p. 132). Para las sexualidades no heteronormativas fue un período de florecimiento que se manifestó en la expresión pública del travestismo, la homosexualidad y el lesbianismo. En el caso de las parejas del mismo sexo de las clases altas y su estilo de vida quedaron registrados en pinturas, en la literatura y en fotografías, también hay fotografías de los lugares de encuentro homoerótico de las clases populares urbanas. Estas manifestaciones socioculturales dan cuenta de su presencia y de los diversos estilos de vida, en el caso de las clases pudientes en selectos ambientes de encuentro homosexual como algunos clubes nocturnos de Berlín y París. Florence Tamagne afirma:

El provinciano de clase media que visitaba París optaba a menudo por no exponerse a los peligros de la prostitución anónima y prefería la seguridad que ofrecían los lugares de baño establecidos, los burdeles masculinos descritos por Proust o los encuentros habituales con un prostituto de los suburbios [...] Según Magnus Hirschfeld, Berlín era la ciudad que contaba con mayor número de lugares de encuentro homosexual desde comienzos del siglo XX. Y así hubo clubes nocturnos de moda, como El Dorado, que ofrecían espectáculos de travestidos [...] los

barrios de menos estilo disponían de bares donde los homosexuales y las lesbianas de clase media y obrera podían beber, bailar y ligar. (2006, p. 181).

En este contexto de distensión social y mayor apertura cultural se dio a conocer a un público más amplio la existencia de una realidad social encarnada en personas que tienen deseos y expresiones sexuales y de género diferenciadas de la norma heterosexual presente en todas las clases sociales. En 1929 Hirschfeld, nuevamente, presentó ante el Parlamento Alemán una petición de abolición de la criminalización de la homosexualidad que también fue rechazada. En ese mismo año se produjo la crisis económica conocida como la «Gran Depresión», hecho que ayudó a la consolidación del régimen nacional-socialista en Alemania.

El régimen fascista persiguió de forma sistemática y estigmatizó aún más la vida de travestidos, homosexuales y lesbianas radicados en Europa, su política de experimentación quirúrgica «científica» con homosexuales incluso llegó al exterminio masivo (Tsinonis, 2006).

1.2 Lili Elbe y su emblemática lucha por el cambio de sexo

Para el estudio de caso de esta tesis es relevante narrar el emblemático caso de Lili Elbe, quien fuera Einar Mogens Wegener, nacido en Dinamarca el 28 de diciembre de 1882 y fallecida como Lili Elbe, el 13 septiembre de 1931 en Alemania. Einar se casó en 1904, a los 19 años de edad, con Gerda Marie Fredrikke Gottieb (1886-1940), ellos fueron compañeros en la Real Academia de Bellas Artes. Gerda era ilustradora y pintora y, en una ocasión no llegó la modelo por lo que pidió a su esposo que pose con ropas femeninas. A partir de esta experiencia Einar se auto reconoció como una mujer y, paulatinamente, se asumió como Lili. La pareja se trasladó a Paris para evitar el señalamiento y el estigma social en la sociedad de origen.

Gerda y Einar/Lili se separaron, Lili continuó en su proceso subjetivo psicosocial de vivir acorde al género femenino sentido y, finalmente, asumir su identidad de mujer transexual públicamente. Lili deseaba transformar su cuerpo en el de una mujer fértil, por ello, en el año de 1930 acudió a la consulta del ginecólogo alemán Kurt Warnekros (1882-1949), quien la ayudó a concertar una intervención quirúrgica para modificar sus genitales con el reconocido sexólogo Magnus Hirschfeld, así a la edad de 46 años viajó a Berlín y “Lili Elbe se hizo realidad en la primavera de 1930” (Hausman, 1998, p. 194).

Las siguientes cuatro operaciones a las que sometió las realizó el doctor Warnekros, en Dresde. Lili deseaba ser madre y el médico le afirmó que podía dotarle de unos «ovarios nuevos y potentes». Además, añadió: «es una suerte que tenga usted un sentimiento tan marcadamente femenino, por eso es por lo que creo que podré ayudarle» (*Ibíd.*, p. 193). La tercera y cuarta operaciones fueron para retirar el implante de los ovarios y resolver complicaciones post operatorias.

Lili tenía sus propios ovarios, aunque éstos estaban atrofiados tras haberse sometido a un tratamiento de «rayos, Roentgen, X» el año anterior a la operación, según consta en su biografía aquella operación «casi lo había matado» (*Ibíd.*, pp. 193-194). Este hecho abre la posibilidad de plantear que Einer/Lili fue una persona intersexual que no tenía signos externos de «hermafroditismo», por ello, fue inscrita, normada y educada socioculturalmente como un varón. Ulteriormente a las primeras operaciones de Lili, su esposa Gerda solicitó al Rey de Dinamarca la anulación de su matrimonio con Einer Wegener. Petición que le fue concedida en 1930. Además, el Rey proporcionó a Lili un nuevo pasaporte acorde a su identidad femenina y con esta decisión del monarca, a Lili se le reconoció legalmente como a una mujer.

La quinta y última operación fue para implantarle una vagina, que según su biografía publicada un año después de su muerte por su editor, en ella Lili narra «he vuelto a Dresde para someterme a una última operación que ejecute una salida natural desde el útero [...] Dígame, profesor, ¿cree usted que me encuentro lo suficientemente fuerte como para otra operación? Porque desearía tanto ser madre...» en el caso de Lili Elbe, la petición surgió en el ámbito de una relación doctor-paciente en la que el paciente desea aliviar lo que se presenta como una aberración sexual y el médico tiene a su haber tecnologías nuevas y experimentales. Por tanto, Lili representa la aparición de un estado singular en relación con la tecnología médica a partir del cual se desarrolló la transexualidad moderna (*Ibíd.*, pp. 194-195). En los dos últimos años de vida Lili se sometió a cinco cirugías experimentales, se desconoce con exactitud los procedimientos preliminares y quirúrgicos. En este sentido, de acuerdo a Mejía:

Se le trasplantaron ovarios humanos antes de someterla a una operación para intentar crear una salida natural del útero, supuestamente una vagina, después de la cual murió de un ataque al corazón, en 1931. Lo que llama la atención es que a pesar que los trasplantes no fueron la causa directa de su muerte, no se siguieron practicando (2006, p. 157).

La vida de Lili quedó registrada en su autobiografía publicada después de su muerte, titulada: *A man into a Woman: An Authentic Record of a Change of Sex* (1933), bajo el seudónimo de

Neils Hoyer, quien fuera su editor. Su historia de vida y su lucha por conseguir el cambio de sexo es un referente emblemático y motivo de orgullo para el movimiento transexual y su lucha colectiva por el derecho a «ser».

1.3 El revés de la historia: nazismo y la persecución homo-transfóbica

El ascenso del nazismo, al poder en 1932, significó un retroceso insalvable para lesbianas, homosexuales, travestidos y transexuales en todos los ámbitos de la vida y también para el avance médico científico en favor del reconocimiento de sus derechos:

Hirschfeld tuvo un fugaz momento de aceptación oficial. Según una versión, en 1932 tuvo el gobierno costeó una operación de hombre a mujer realizada por él, además de aceptar y apoyar sus teorías. Pero en 1933 los nazis destruyeron su instituto (Meyerowitz, 2002 en Mejía, 2006, p. 157).

El allanamiento de los nazis destruyó todos los archivos y registros de más de tres décadas del trabajo de investigación científica de Hirschfeld, quien era judío, pero en ese siniestro momento afortunadamente estuvo fuera del país, por tanto, pudo exilarse. Al respecto Tamagne expresa:

El ascenso de Hitler al poder coincidió con la destrucción de la subcultura homosexual, tendencia materializada sobre todo en el saqueo del Instituto de Ciencias Sexuales de Magnus Hirschfeld. Transcurrido 1933, se cerraron los bares homosexuales y se prohibieron todos los movimientos y revistas; la represión se aceleró tras la noche de los cuchillos largos del año siguiente y tras el asesinato de Ernst Röhm, un conocido homosexual -principalmente por motivos políticos, aunque Hitler presentó su ejecución de forma ingeniosa como una cruzada de orden moral- [...] el 18 de febrero de 1937, Himmler distinguió entre los *verdaderos* homosexuales y aquellos otros que habían sido *seducidos* y que según creía podían *curarse*. Durante la guerra mostró interés por los experimentos *médicos* tratamientos psiquiátricos, hormonales y la castración (2006, pp. 191-192).

Las consecuencias de la persecución nazi fueron devastadoras para homosexuales y travestidos porque eran considerados inservibles y peligrosos para los macabros fines del nazismo. Lo evidencia Nikolaos Tsinonis:

Los homosexuales constituían un peligro para la visión nazi de una raza aria [...] eran vistos como incapaces de tener niños, más específicamente ciudadanos alemanes fuertes y “superiores” [...] los homosexuales no encajaban en el perfil heterosexual de viril padre de familia, no sólo no eran útiles para la nación alemana, sino que en realidad suponían un obstáculo para su expansión y dominio [...] La declaración del líder de la SS Heinrich Himmler es bastante representativa de este espíritu: “no podemos permitir tal peligro para el país. Los homosexuales deben ser eliminados de raíz. (Eskridge, W.N. Jr., 1997 en Tsinonis, 2006, p. 455).

El trabajo de investigación médico científico que desarrolló Hirschfeld conjuntamente con sus pacientes se caracterizó por mantener una relación de respeto, reconocimiento y colaboración. Hirschfeld fue un adelantado para su época. Desarrolló la teoría de los «estadios intermedios»

para abordar con una perspectiva distinta la transexualidad y distinguirla de la comprensión binaria del varón / mujer heterosexual con el objetivo de proporcionar un lugar social válido a todas las personas sexualmente diversas basándose en el principio del respeto a la diferencia humana. Sin embargo, la propuesta política científica de Hirschfeld del “diagnóstico de la transexualidad como una caja de herramientas para asegurar el acceso de las personas trans a sus tratamientos hormonales y operaciones, sus discípulos sólo entendieron el concepto de caja [...] con la que normalizar a las personas trans” (Missé, 2013, p. 50).

En el contexto geopolítico descrito Europa se sume en una carrera científicista «curativa» de la homosexualidad en todas sus expresiones. La psiquiatría adquirió enorme poder durante el nazismo debido a su aparente capacidad para detectar a los «anormales» que una «raza pura» no podía permitir (Di Segni, 2013, p. 150). Los esfuerzos científicos investigativos de Magnus Hirschfeld para diferenciar la homosexualidad lesbiana y, la homosexualidad masculina de la de los travestidos, en tanto, categorizó la diferencia de la transexualidad con la intención de eliminar la hostilidad social a la que están sujetos por su condición sexo genérica no lograron transformar las negativas creencias culturales ni los modos de comportamiento social que los segrega. La perspectiva de la investigación científica de Hirschfeld reflejó su posición política e ideológica en favor de la existencia de las personas homosexuales y transexuales en igualdad de condiciones humanas socioculturales. Hirschfeld estuvo convencido de que sus estudios conllevarían a una mayor aceptación de la homosexualidad y la transexualidad como parte de la diversidad humana, desafortunadamente, no fue así.

Las conductas sexuales entre personas del mismo sexo y la identificación genérica en una “sociedad que construye rígidos estereotipos de género, quien los altere al identificarse con el que no le «corresponde» está violando una ley «natural». Este razonamiento es absurdo pero tuvo fuerza, y la sigue teniendo, para patologizar la conducta” (*Ibid.*, p. 114). En el contexto descrito el trabajo de Magnus Hirschfeld quizá ayudó a consolidar la patologización de la transexualidad.

1.4 Patologización de la transexualidad

En la segunda posguerra europea estadounidense del siglo XX se retoma la reflexión teórica científica planteada por Hirschfeld acerca del travestismo y la transexualidad como categorías decantadas de la homosexualidad masculina. Desde la óptica médica el fenómeno del

travestismo exigía una mayor especificidad y diversificación basados en las experiencias directas con las personas transexuales y travestidos pudieron constatar la amplia diversidad de individuos con expresiones subjetivas de género que no se correspondían con el sexo asignado ni con los deseos o comportamientos sexuales a los que, supuestamente, debían responder según el modelo heteronormativo.

En 1949 el médico estadounidense David O. Cauldwell (1897-1959), acuñó el término transexual como lo conocemos en la actualidad con la publicación de un artículo en la revista, *Sexology Magazine*, usó la expresión *Psychopathia transsexualis* al referirse a una mujer que quería ser varón (Nieto, 2008, p. 322). Y, siguiendo con el análisis de Bernice L. Hausman, fue Cauldwell quien planteó el “término «psicópata transexual» [que] se puede aplicar a aquellos individuos que se encuentran «psicológicamente afectados desfavorablemente», que deciden «vivir y mostrarse como miembros del sexo al que no pertenecen». El término significa simplemente que uno es un enfermo mental” (1998, p. 200).

El término transexual “no fue admitido en esta disciplina [sexología] hasta principio de los cincuenta, cuando se diferenció clínicamente transexualidad como desarreglo médico de travestismo” (Hausman, 1998, p. 199). Esta construcción patologizante de la identidad de género niega la pluralidad humana, desconoce la lucha emprendida por Hirschfeld varias décadas atrás y, elude la capacidad de autodeterminación sexual y de género de las personas trans. Kim Pérez lo aclara: “El movimiento Ellis-Hirschfeld resultó flor de un día. La patologización, la fuerza de la medicina para dictaminar heteronormativamente sobre la transexualidad, volvió a imponerse en la práctica durante todo el siglo XX, y lo que llevamos del XXI” (2010, p. 101).

El médico y psicólogo John Money (1921-2006), neozelandés radicado en Estados Unidos, creó el término «género» para tratar de entender mejor la sexualidad humana y acotar los comportamientos sociales asignados a hombres y mujeres por su condición sexual. Silvia Morell-Capell lo resalta:

Money en la década de los cincuenta inventó el término género introduciendo así otra variable más en el estudio de la sexualidad humana. Ya no sólo hablamos de sexo biológico, sino de “identidad de género”. Este médico con toda su buena voluntad, intentó ayudar a una persona²¹

²¹ David Peter Reimer (1965-2004), fue un niño canadiense, llamado Bruce, que perdió su pene durante el procedimiento de circuncisión. Sus padres acudieron, en enero de 1967, a la consulta del Dr. Money en busca de ayuda. El médico aconsejó

y poner unas bases para poder ayudar a otras personas que sufrían, pero puso las bases también para que los estereotipos se perpetuaran todavía más. A partir de entonces, se desarrollaron protocolos de actuación [...] para los profesionales de la salud general y mental, recogían los pasos para el diagnóstico, el tratamiento hormonal y la cirugía de reasignación sexual. Estos protocolos han pasado a ser normativos (2010, p. 119).

El doctor Money fue considerado uno de los pioneros de la investigación «científica» sobre el desarrollo sexual humano con su tesis de la *neutralidad de sexo* y la implementación de la identidad de género en nonatos «hermafroditas» -intersexuales- y en un niño de sexo masculino de cerca de dos años de edad. El procedimiento consistía en realizar una intervención quirúrgica para normalizar la apariencia externa de los genitales a un solo sexo, ingerir hormonas que reafirmen el sexo reconstruido y ajustar los comportamientos de género según el sexo asignado.

El método desarrollado e implementado por Money consolidó los procedimientos clínicos para el tratamiento de la intersexualidad y la transexualidad humana. Se estableció el tutelaje de la nueva subjetividad transexual según criterios supuestamente científicos, en tanto, el paciente requería ayuda asistencial psiquiátrica y medicalización de por vida. En tal sentido, Sandra Fernández afirma:

La confluencia del modelo médico hegemónico de comprensión de la transexualidad (“nacer en un cuerpo equivocado”) y la omisión de la crítica desde los debates trans ha conllevado la exclusión de toda una multiplicidad de identidades que se han mantenido alejadas del discurso y las demandas sanitarias (2010, p. 178).

Por ello, las personas trans con sus subjetividades diversas fueron objeto de ocultación y silenciamiento por parte de las familias o por sí mismas como mecanismo de supervivencia, en desmedro de su autodeterminación debido a la moralidad religiosa, las creencias culturales, la presión social y el desamparo legal. Como lo dice Hausman:

Cauldwell consideraba el aspecto de salud-enfermedad como antecedente y como causa del desequilibrio patológico [...] Lo esencial de la cuestión para Cauldwell era que, aunque la mastectomía, la castración femenina y la construcción de un pene artificial eran posibles, lo último «carecería de uso material para una mujer», que no sentiría sexualmente nada. «Uso material» se refiere a la capacidad reproductora y posiblemente también a la capacidad de orinar (1998, p. 200).

Las reflexiones médicas de Cauldwell se utilizaron para estigmatizar la realidad del fenómeno social transexual y, a la vez, muestran las arraigadas creencias culturales sobre los roles de género asignados a las mujeres, y el -supuesto- papel protagónico de la maternidad como meta

una operación de reasignación sexual, tratamiento hormonal con estrógenos y que fuese educado como una niña estuvo bajo la supervisión del psicólogo de John Money y Joan y John Hampson en el Hospital John Hopkins.

vital de toda mujer. Estas creencias descalifican el deseo sexual en sí mismo, los placeres carnales y la gama de emociones que involucra la práctica del sexo entre dos personas. Y tampoco comprende la dimensión de la realidad transexual manifiesta en su profunda necesidad subjetiva para modificar sus genitales por medio de la cirugía de la reasignación sexual y de la hormonización para transformar rasgos corporales que les permita vivir y socializar en mejores condiciones emocionales. Estos procedimientos biomédicos eran factibles y seguros, en ese momento histórico tecnológico, debido a los avances quirúrgicos y endocrinológicos de la medicina. En este sentido, Hausman releva la importancia emocional y simbólica de estas intervenciones, “la investigación endocrinológica del efecto diferencial de las hormonas del sexo sobre la psicología del género es parte fundamental en la visión médica actual de la transexualidad” (1998, p. 210).

La posibilidad de acceso a las tecnologías de modificación genital y transformaciones corporales que demanda la identidad psicosocial del género de los sujetos trans enmarcados en un contexto de sociabilización corporal y sexual heteronormativa así como la confianza en la “utilización generalizada de la ciencia y de la técnica científica, infraestructuralmente necesarias para la nueva industria, una de estas tecnociencias, la medicina, pasó a considerar todo lo no-binarista como enfermedad” (Pérez, 2010, p.100). El aparato biomédico aprovechó utilitariamente la demanda de las personas transexuales que deseaban someterse a intervenciones quirúrgicas reconstructivas y al tratamiento hormonal para encarnar cuerpos acordes a su identidad de género. En este contexto tecnológico cultural se alentó el desarrollo de investigaciones y se perfeccionaron las nuevas tecnologías médicas para satisfacer la demanda de posibles usuarios y, a la vez, se fabricó el tutelaje y la medicalización de la transexualidad patológica.

En síntesis, la demanda de tratamientos de hormonización para transformar los rasgos corporales secundarios, la cirugía de reasignación sexual para reajustar los genitales al género psicosocial sentido y las cirugías estéticas para cambiar la morfología del rostro, pechos, glúteos, etcétera propició la inversión de recursos tanto económicos como humanos para lograr avances quirúrgicos y endocrinológicos sin precedentes. Lo indica Hausman:

...la cirugía plástica como la endocrinología [...] han servido de forma activa para desarrollar las terapias somatogénicas de la conducta. Es precisamente la producción y ejemplificación de este tejido discursivo, las teorías que se encadenan para la afirmación del cuerpo como la base de acciones y actitudes mentales y emocionales, lo que sentó los fundamentos para el desarrollo de la transexualidad en los años cincuenta (1998, p.215).

En este contexto la práctica y el discurso médico construyó la patología de la transexualidad, la clasificó como un «trastorno mental», instaló prejuicios que se arraigaron en la sociedad y se profundizó el estigma social por medio de la construcción de estereotipos sexuales corporales binarios considerados «naturales y complementarios». Así, las subjetividades trans pasaron a ser medicalizadas y catalogadas dentro de las parafilias, hecho que permitió introducir “en el discurso médico la dicotomía *Transexuales de travestidos* (TS-TV) basada, a su vez, en la dicotomía esencialista hombre-mujer del discurso heteronormativo (Hirschauer, 1999: 96-7; Bolin, 1994: 455)” (Balzer, 2010, p. 85).

En este momento histórico se produjo el renombrado caso de Christine Jorgensen (1926-1989), quien fuera un soldado del ejército estadounidense que participó en la II Guerra. Jorgensen leyó un artículo escrito por el médico danés Christian Hamburger (1887-1960), sobre la terapia hormonal y la posibilidad de cambiar el sexo. A raíz de la lectura del mencionado artículo George William Jorgensen exteriorizó su deseo de encarnar un cuerpo de mujer, para ello se contactó con el médico y acordaron una cita de evaluación.

Jorgensen viajó a Dinamarca donde durante más de un año estuvo con tratamiento de hormonización femenina hasta que se derogase la ley danesa que prohibía la castración humana. La derogación fue gestionada y conseguida por su psicólogo Georg Sturup y, en noviembre de 1952 se sometió a la “castración y penectomía, pero no a vaginoplastia, que solo tuvo lugar varios años después, en Estados Unidos. Los medios se referían a ella, como un «travesti con cambio de sexo»” (Mejía, 2006, p. 157).

Christine escogió su nombre femenino como una retribución al médico, Christian Hamburger, quien hizo factible su deseo de encarnar un cuerpo feminizado para vivir como una mujer trans. Christine pasó a ser una celebridad, su caso se publicitó ampliamente en la prensa y Christine lo narró en la televisión y en foros académicos universitarios. El doctor Hamburger publicó este caso médico en una revista especializada, y por la difusión mediática, según Vern L. Bullough, “Hamburger recibió 465 cartas de hombres y mujeres que le pedían un cambio de sexo (Hamburger *et al.*, 1953)” (1998, p. 72). Las personas estaban interesadas en el tratamiento hormonal y quirúrgico para transformar su apariencia y encarnar un cuerpo acorde a la identidad de género sentida.

Sin embargo, de acuerdo a Carsten Balzer fue el endocrino y sexólogo berlinés Harry Benjamín (1885-1986), radicado en Estados Unidos, quien popularizó y estructuró médica y psiquiátricamente la transexualidad tal como la conocemos en la actualidad. Benjamin conoció el Instituto y los estudios de Magnus Hirschfeld durante su juventud. Sin embargo, alrededor de dos décadas más tarde, a mediados del siglo XX, junto a otros sexólogos norteamericanos instituyó la medicalización de las identidades trans como discurso hegemónico, basado en la dicotomía hombre-mujer, primero en Estados Unidos y después en el ámbito internacional. Además, Benjamin fue el primero en distinguir e introducir la dicotomía *transexuales / travestidos* (TS-TV) (2010, p. 85).

Hausman explica que en 1953 Benjamin publicó su libro: *Transvestism and Transsexualism*, donde afirmó que «el travestismo puede resultar poderoso y arrollador incluso hasta el punto de querer pertenecer al otro sexo y corregir el ‘error anatómico’ de la naturaleza. Para tales casos parece adecuado el término Transexualidad» (Benjamin, 1953 en Hausman 1998, p. 204). En este libro presentó tres clasificaciones para delimitar la categoría transexual, según Benjamin el primer tipo de transexual son «no quirúrgicos», el segundo tipo son «verdaderos, intensidad moderada» y el tercer tipo «verdaderos, intensidad alta». Los dos tipos de transexuales «verdaderos» quieren ser operados y el «verdadero» de alta intensidad con urgencia, éste es el «clásico transexual benjaminiano» (*Ibid.*, p. 206).

Más de una década más tarde Benjamin publica *The transsexual phenomenon* (1966), estas dos obras fueron la referencia para la creación del protocolo *Standars of care* (1979), que a su vez, institucionalizó el diagnóstico médico de la transexualidad que a su vez sentó las bases para la inclusión del «transexualismo», en 1980, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) como un trastorno de la identidad sexual dentro de su clasificación de enfermedades mentales. El DSM-III se convirtió en el manual de referencia para el diagnóstico y la terapia de las personas «trans» (Navarro-Pérez, *et al.*, 2015, p. 146).

En cuatro décadas la categoría medicalizada de la transexualidad, paulatinamente, se popularizó. Primero por la difusión del caso de Lili Elbe en los años treinta; segundo, en los cincuenta, con el renombrado caso mediático de Christine Jorgensen; tercero, en 1966, con la publicación del libro *The Transsexual Phenomenon*, una compilación de los ensayos de Benjamín, donde reafirma la perspectiva binaria de la sexualidad y los géneros del modelo heteronormativo. Y, finalmente, el cuarto hito fue el trágico caso de David Reimer, a quien el

doctor John Money, conjuntamente, con Joan y John Hampson sometieron a un experimento quirúrgico, hormonal y psicológico para constatar su teoría sobre el rol de género somatizado como resultado tanto de una construcción social como del *imprinting*, entendido como las conductas adquiridas a través de procesos de aprendizaje sin conflicto y que se fijan -como los instintos animales- en el sujeto, esta afirmación establece de forma irrevocable y carece de flexibilidad, además apoya de forma tácita las reglas y las expectativas culturales predominantes (*Ibíd.*, 1998, p. 224). Veamos un ejemplo decidor.

En el mes de febrero del año 1967 el doctor Money atendió a un niño de veintidós meses, Bruce, que había perdido su pene accidentalmente, por ello decidió implementar en el niño su tesis de la «neutralidad de sexo». Para lo cual, procedió a realizar la castración, extirpación de los testículos. Y, a Bruce le asignó el sexo de «hembra», el nombre de «Brenda» y solicitó a los padres que la criaran como una niña y tenía el convencimiento que junto a su equipo lograrían la transformación de la identidad de género por medio de una tecnología biomédica psiquiátrica experimental.

El doctor Money y los Hampton experimentaron con «Brenda» su teoría, la cual aseguraba que se podía cambiar el «rol de género». Tesis que habían implementado a nonatos «hermafroditas» debido a los distintos grados de importancia del «estatus sexual psicosocial» en casos de intersexuales. Esta tesis planteaba que la identidad de género se aprende en la primera infancia y que puede ser cambiada con intervenciones conductuales sociales para ajustarse al nuevo estatus de sexo y género asignados. Lo recoge Hausman en su estudio:

Entre 1955 y 1957 Money y los Hampton publicaron conjuntamente [...] cuatro artículos [que] trataban del hermafroditismo humano y en cada uno de ellos ofrecían un indicio sobre la importancia del «sexo asignado» como el principal elemento determinante del rol de género: «todas las cosas que una persona dice o hace para mostrarse a sí mismo o a sí misma bajo el estatus de muchacho u hombre o de muchacha o mujer respectivamente» (1998, p. 217).

El caso de Bruce fue para estos especialistas una oportunidad de oro para comprobar su teoría del «rol de género según el sexo asignado». Por tanto, la nueva «niña Brenda», estuvo bajo la supervisión psicológica de Money por más de una década, sujeta a tratamiento hormonal, ingesta de estrógenos, obligada a sociabilizar como si fuese una niña biológica y a reproducir roles de género, hábitos y conductas sociales asignadas a las mujeres para que la identidad de género femenina se arraigue. Hausman lo señala así:

El último artículo de la serie «Imprinting and the Establishment of of Gender Role», afirmaba que el rol de género no era ni absolutamente hereditario ni se debía absolutamente al entorno

(no estaba socialmente construido). Por el contrario, los autores aseguraban que la adquisición del rol de género tenía un tanto de proceso de aprendizaje semiótico, similar al de la adquisición de lenguaje o el imprinting de modelos de conducta (*Ibíd.*, p. 220).

Cuando «Brenda» cumplió nueve años de edad, el niño que llevaba una vida de género socializada como niña, dejó de identificarse como tal y los conflictos identitarios de género femenino asignado y exigido en su entorno familiar por orden médica se manifestaron en contradicción con el género masculino sentido. Siguiendo a Hausman, “la diferencia entre sexos nunca residirá por completo en distinciones fisiológicas entre los órganos sexuales, pero estas distinciones no son superfluas ni carentes de consecuencias” (*Ibíd.*, p. 215).

Al finalizar la década de los años setenta los padres de «Brenda», de 13 años, constataron el fracaso del experimento de Money y los Hampton, quienes creyeron que su decisión era suficiente para reasignar el sexo y elegir el rol social femenino de género a un niño. Esta estrecha perspectiva “se reduce al imperativo heterosexual mediante la intervención de técnicas quirúrgicas. Se trata de un factor significativo dentro del campo de la investigación transexual en cuanto éste presenta una tendencia heterosexual similar” (*Ibíd.*, pp. 221-222).

Según el documental realizado por la BBC (1995), titulado: *The boy who turned into a girl*, narra tanto desde la voz de la madre de David, 30 años de edad, como desde la suya propia su experiencia de vida cuando vivió como una niña. Cuando «Brenda» tenía 13 años de edad, su madre decidió interrumpir el tratamiento hormonal y psicológico del que fue objeto de estudio experimental por parte del Dr. Money y los Hampton, y cuando cumplió los 14 años de edad sus padres le revelaron que había nacido como un niño.

A la edad de 15 años, la adolescente «Brenda» decidió vivir y socializar como un hombre. El muchacho procedió a cambiar legalmente su nombre y escogió David para retornar a su identidad masculina. Y, para retomar su vida como un hombre inició la ingesta de testosterona, se sometió a varias cirugías con objeto de extirpar las mamas, efecto de los estrógenos recetados por Money y los Hampton. Además, le practicaron dos cirugías de reconstrucción genital, la faloplastia. A la edad de 20 años David se casó con una mujer que tenía tres hijos.

David aceptó que la BBC realizara un documental sobre su vida, cuando él tenía 30 años, y el fracaso clínico medicalizado de “la niña que había ayudado hacer famoso a John Money” (BBC, 1995). A David difundir su historia de vida le permitió revelar públicamente la

ineficacia del tratamiento de reasignación de sexo y el género implementado en su cuerpo y psique. En palabras de David:

...no me gustaba vivir como una chica, no me gustaba ser una chica, sólo llevaba vestido en algunas ocasiones y nunca jugaba con las chicas, rompía las muñecas o cualquier cosa que me regalaban por mi cumpleaños o en navidad y las dejaba en un rincón, llenándose de polvo. Jugaba con los juguetes de mi hermano, no le gustaba compartirlos, pero ¡lo hacía así o no tenía nada! Me sentía muy solo, me trataba de maquillar, pero me veía como un payaso, no puede imaginar lo que siente un chico maquillándose, después de intentarlo durante algún tiempo lo dejé, no le encontraba sentido, no me gustaba, y aunque me esforzaba nunca me sentí a gusto [...] no te levantas una mañana diciéndote: “soy un chico”, porque ya lo sabes, está en ti, lo sabes, está en tus genes, en tu cerebro, está dentro de ti. Y, ¡nadie tiene que decirte lo que eres! Nunca fui feliz siendo Brenda, ¡nunca! Antes de volver a aquella vida me cortaría el cuello, ¡no quiero pasar por eso otra vez! ...porque la naturaleza es sabia, porque somos humanos y no somos tontos y, ¡te das cuenta de quién eres!²² (BBC, 1995).

La difusión de su experiencia y los trágicos efectos cotidianos y a largo plazo en su vida y en la de su familia sirvió para alertar a posibles interesados y prevenir que otras personas pudiesen ser sometidas a este tipo de prácticas médicas autoritarias y, finalmente, poner al descubierto el deliberado ocultamiento de Money sobre el rotundo fracaso de su teoría de la «neutralidad de sexo» y el «*imprintig* de género», prácticas médicas ineficaces y psicológicamente invasivas. El documental removió a la comunidad médica y permitió a un sector del colegiado repensar los procedimientos de castración y el tratamiento hormonal perpetrado a nonatos intersexuales por más de tres décadas (*Ibíd.*).

Aunque, David luchó para rehacer su vida debido a la difusión de su trágico caso perdió su trabajo y su matrimonio terminó en el fracaso. Durante largos años, posiblemente, desde la infancia experimentó una depresión severa. Según relata el documental de la BBC, su hermano Brian se sentía culpable por haber salido ileso de la operación de circuncisión. Finalmente, Brian se suicidó y apenas unos meses más tarde, en el año 2004, David también se quitó la vida, a los 38 años de edad.

En la historia de David y su hermano gemelo se constata cómo se truncaron proyectos de vida debido a la construcción e imposición de categorías bioidentitarias medicalizadas que alojan jerarquías entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares. Los procedimientos biopsicomédicos impuestos tuvieron efectos irreversibles y muy dañinos en la vida de todas las personas directamente implicadas. Estos hechos biográficos ponen en evidencia el pensamiento de un contexto sociocultural, político económico y legal determinado

²² Traducción libre.

que sobrevalora como «verdaderos» los discursos médicos psiquiátricos y sitúa a los usuarios en condiciones de franca desigualdad. A pesar, de las nefastas consecuencias del caso descrito, donde se constata tanto el rechazo como la resistencia de David, desde temprana edad, a las prácticas jerarquizadas del poder psiquiátrico que evaluó «científicamente», impuso prácticas hormonal quirúrgica arbitrarias.

El experimento al que fue sometido Bruce/David desde su tierna infancia, fue ampliamente difundido como exitoso por los médicos que lo trataron. Al equipo médico les representó réditos profesionales y, lamentablemente, el caso sirvió para consolidar la visión patológica medicalizada de la transexualidad. EJ. González-Polledo lo analiza:

Especialmente, a partir de los años setenta y talvez debido al redescubrimiento del caso John/Joan, mal diagnosticado por John Money, psiquiátricos y sexólogos [...] desarrollan una visión sociobiológica de la transexualidad basada en la creencia que el sexo y el género están determinadas por ciertas estructuras biológicas especialmente los niveles de exposición a hormonas durante la gestación y la formación de glándulas productoras de hormonas durante el crecimiento [...] *la transexualidad se convierte en una enfermedad física -y, por tanto, moralmente neutra* (ver Cohn, 2010; Zola, 1972)-, donde la persona transexual acude a la medicina para enmendar un «fallo» de la naturaleza (Énfasis agregado) (2010, p. 72).

La construcción clínica de la identidad de género conlleva graves efectos en la vida de las personas asignadas y/o auto reconocidas como transexuales, travestis, transgénero sujetas al tutelaje psiquiátrico y a la práctica médica del proceso clínico transexualizador para lograr encarnar su identidad psicosocial del género de la mano de las tecnologías endocrinológicas y las cirugías plásticas reconstructivas. Aunque, para ello, deban ajustarse a la demanda heterosexualizada por las creencias tanto del entorno social como de los profesionales que implementan los procedimientos de diagnóstico a las personas trans que luchan por el derecho a habitar un cuerpo acorde a su subjetividad. Lo expresa Butler:

...no hay manera de disociar la práctica y los términos del diagnóstico de la escena ética. La persona que hace la solicitud no sufre de una patología que necesita ser rectificada; la persona hace solicitud a otra con el objetivo de efectuar transformaciones que la conducirán a habitar mejor y más corporalmente el mundo (2010, p. 12).

Efectivamente, la jerarquía de los profesionales de la salud, poseedores del conocimiento de las tecnologías médicas, se ha fortalecido por la demanda de una herramienta de poder tecnológico que permite a los sujetos transexuales encarnar la deseada transformación corporal hormonal quirúrgica en respuesta a la construcción de su subjetividad psicosocial de la «identidad de género» personal en un contexto cultural tecnológico determinado por su derecho a «ser y habitar» el mundo como una persona trans. En palabras de Hausman:

...la subjetividad del transexual moderno no es simplemente un efecto de las tecnologías sociales del género [...] se construye mediante la búsqueda de un cambio de sexo quirúrgico y hormonal. Esta búsqueda depende de la existencia material de tecnologías y prácticas médicas específicas. La demanda de operaciones resulta histórica y dialécticamente posible, pues, debido a los cambios en las tecnologías quirúrgicas, la investigación endocrinológica y el control psiquiátrico de la intersexualidad. Además, el aumento de la demanda alienta a los médicos a desarrollar nuevas tecnologías, les permite acceder a una diversidad de sujetos experimentales (1998, pp. 197-198).

Por otro lado, los médicos y psiquiatras que desarrollaron las teorías del género en infantes intersexuales fue lo que condujo a los sexólogos a la construcción de la noción de «disforia de género» que, supuestamente, viven las personas transexuales debido a la disputa entre el sexo y el rol de género asignado que debería cumplir pero que no se ajusta con la realidad del fenómeno social trans. En esta disputa médica cultural en que se ve envuelta la persona transexual los médicos sexólogos concluyeron que se debería alterar el sexo anatómico para aliviar el sufrimiento del paciente (*Ibíd.*, p. 226).

En 1968 Robert Stoller, psicoanalista estadounidense, publicó *Sex and Gender*, libro que difundió su trabajo investigativo con transexuales y en el expuso su reflexión analítica sobre la identidad de género. Como asevera Hausman:

...fue Robert Stoller quien «formuló el concepto de ‘identidad esencial de género’ para la idea de ‘soy un hombre’ o ‘soy una mujer’ en oposición a ‘rol de género’, referido a una manera de comportarse masculina o femenina» [...] Stoller añadió el concepto de identidad de género a la organización de los sexos (es decir, cromosómico, gonadal, hormonal, etc.) cuando los transexuales fueron capaces de formular su protesta sobre la incongruencia existente entre su identidad de género y el rol de género que se esperaba de ellos [...] como un aspecto más del sexo psicológico (*Ibíd.*, pp. 224-225).

El trabajo empírico que Stoller realizó con transexuales le permitió comprender el sexo sentido por las personas transexuales, esta comprensión hizo posible que transformara el concepto de género instrumental que construyó John Money y los Hampton. En concordancia con Geneviève Fraisse:

Gender se convierte en un concepto filosófico, en el pensamiento anglosajón, en torno a los años 1970 [...] La publicación del libro de Stoller, *Sex and Gender*, en 1968 marca el origen de un debate terminológico y filosófico que está aún lejos de haberse agotado [...] El pensamiento feminista norteamericano ha «inventado» de este modo el concepto de género a falta de disponer del instrumento adecuado para expresar el pensamiento sobre los sexos, el pensamiento de dos en uno, a falta de un pensamiento formalizador sobre los sexos. El realismo de la palabra sexo no transmitía ni una elaboración teórica ni una visión subversiva. [...] género sigue designando el aspecto social en tanto opuesto al biológico (2003, pp. 39-41).

En el caso de los estudios psiquiátricos medicalizados de la transexualidad la perspectiva parte erróneamente del sexo biológico y los roles de género asignados a las personas en el momento del nacimiento, pero esta fórmula no se cumple en el caso de las personas trans. La tendencia

de la reflexión médica “a abandonar el rol de género en favor de la identidad de género en la literatura sobre transexualidad contribuyó al surgimiento histórico del tema de la transexualidad” (Hausman, 1998, p. 226). En la construcción de la dicotomía entre sexo biológico y comportamiento de género la medicina psiquiátrica patologiza a los cuerpos y la psique de las personas trans.

...los primeros doctores que defendían y publicaban que la transexualidad es un desequilibrio psicológico para el que existe un remedio quirúrgico y hormonal demuestran en qué medida los transexuales se autodiagnostican, conscientes de las tecnologías que se encuentran disponibles, buscan médicos que puedan satisfacer su demanda. La relación entre la demanda y las prácticas de aquéllos que controlan las tecnologías de «cambio de sexo» sirve para concebir la demanda como un hecho constitutivo de la subjetividad transexual (*Ibid.* p. 198).

A partir de la muerte de Harry Benjamin (1986), se difundió ampliamente el concepto de «disforia de género», de acuerdo a José Antonio Nieto:

Fisk reconvierte la transexualidad en «síndrome de disforia de género» [...] Fisk conoce el pensamiento de Benjamin [...] «sexo no tiene un significado exacto (...) El término “género” es a menudo más apropiado, sobre todo si no hay intención de referirse a la sexualidad o la actividad sexual» (Benjamín, 1967, p. 111). Fisk recupera legítimamente el término «género» (el término «transgénero» entonces se desconocía en la literatura médica), que Benjamin preclara y precursoramente distinguió de la orientación sexual y lo usa para enmarcarlo en un cuadro clínico identificatorio. Lo que hace, pues, es perfilar una identidad, no una conducta sexual, a la que patologiza (2008, pp. 260-261).

El discurso del proceso histórico sexológico biomédico y clínico psiquiátrico de la transexualidad o de la «identidad esencial de género» medicalizada se anquilosó como veracidad científica en instituciones gubernamentales, organizaciones de salud y en los servicios sociales de los países que prestan servicios estatales o sub-estatales con procedimientos y técnicas legitimadas sobre los cuerpos y la psique de las personas transexuales. María Fernández y Elena García (2012), lo resaltan:

La transexualidad, hasta la fecha, es considerada por las distintas disciplinas que la abordan, la medicina, la psicología, la psiquiatría o la sexología, como una enfermedad mental y es la forma de presentación más grave de los trastornos de identidad de género. Este rótulo queda legitimado por su inclusión en las clasificaciones diagnósticas como trastorno mental. Sin embargo, *es el único trastorno mental donde el objetivo terapéutico, no es mejorar o eliminar los síntomas, sino facilitarlos a través del tratamiento hormonal y quirúrgico* (Énfasis agregado) (párr. 2).

Además del tratamiento hormono quirúrgico y la amplia oferta de tecnologías médica, psicológica, psiquiátrica como sexológica están directamente vinculadas con la construcción subjetiva de la transexualidad moderna. Estas «tecnologías», asumen que pueden aliviar el denominado «trastorno mental» que, a su vez, se refuerza por la demanda de los usuarios para encarnar el cuerpo deseado debido al género sentido en el marco de las dicotomías de sexo y género. En este contexto histórico cultural «tecnología» se entiende en dos sentidos: “como

práctica técnica específica en un campo dado y como práctica social de representación. Ambos tipos de tecnología se ven implicados en la producción de subjetividades y ambos son instrumentos del fenómeno de la transexualidad como lo entendemos hoy” (Hausman, 1998, p. 196).

Adicionalmente, debido a la relativa facilidad para acceder a las tecnologías de las transformaciones corporales hormonales y quirúrgicas y por las construcciones hegemónicas del cuerpo de las mujeres desde una perspectiva masculina se “podría explicar la actitud «poliquirúrgica» que parece regir la relación de las mujeres transexuales con su (recién construido) cuerpo de mujer [...] piden perfeccionar más en profundidad su apariencia femenina con una intervención rinoplástica, la eliminación de la nuez... (Ibíd., p. 227), de la mano de las cirugías plásticas y los avances endocrinológicos los médicos, apoyados en las teorías somatogénicas sobre la personalidad, ofrecen cambiar el cuerpo para reafirmar lo que la subjetividad transexual demanda

En el contexto histórico tecnológico descrito se materializó a la transexualidad como un «trastorno mental», la ética de la «enfermedad» apuntaló el procedimiento de diagnóstico para el «Tratamiento de la Identidad de Género» en los manuales clasificatorios DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud con CIE, conocida en inglés como *International Classification of Diseases* (ICD).

Por ello, en esta sección se desarrolla la secuencia y los efectos de las clasificaciones diagnósticas del DSM y la CIE en la construcción de la transexualidad contemporánea debido a la incidencia de las conceptualizaciones biomédicas en la psique de las personas trans y en la sociedad. Como se ha mostrado, esos criterios no son infalibles ni necesariamente tienen un sustento científico y causan desconfianza o rechazo en algunas personas de los colectivos transexuales, se generan tensiones y resistencias durante el proceso del tratamiento de la identidad de género en los servicios del sistema de salud público debido al control estatal sobre sus decisiones vitales y la autonomía e integridad corporal.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), son de origen europeo. La primera edición se publicó en el año 1900, y en las primeras cinco ediciones solo contenían enfermedades con base orgánica. A partir del CIE-6 (1948), se incluyó las enfermedades mentales en su listado clasificatorio. La secuencia es la siguiente: CIE-1 (1900), CIE-2 (1910),

CIE-3 (1920), CIE-4 (1929), CIE-5 (1938), CIE-6 (1948), CIE-7 (1955), CIE-8 (1967), CIE-9 (1975), CIE-9-CM (1978), CIE-10 (1992), CIE-10 (1996) (niños).

Mientras que la necesidad de crear los manuales DSM se debió a “la emergencia de «nuevas» patologías que la guerra y la posguerra había visibilizado, por otra; se buscaba superar la diversidad de escuelas, teorías y clasificaciones de las enfermedades mentales que no era apreciada como riqueza sino como caos” (Di Segni, 2013, p. 166). En 1952 la APA publica la primera edición del DSM, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, con el objeto de lograr una nomenclatura uniformada en Estados Unidos porque durante la guerra y la posguerra sus Fuerzas Armadas se encontraron con un incremento de casos psiquiátricos que sólo 10% de ellos se podían homologar a los casos que se veían en sus hospitales públicos (*Ibíd.* p. 170).

Los DSM son considerados una herramienta «científica objetiva» y útil para los profesionales de la salud a la hora de identificar signos y síntomas de los innumerables trastornos o enfermedades mentales. Las versiones revisadas de los DSM se han publicado periódicamente en la siguiente secuencia: DSM-I (1952), DSM-II (1962), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-R (1997), DSM-IV-TR (2000), DSM-V (2013).

Los ICD [CIE], son de origen europeo y fueron el modelo a seguir de las primeras ediciones del DSM americano, pero fue a partir del DSM-III (1980) que la APA incorpora la explicación de los criterios con los que se construyen las categorías y la ampliación que supusieron los cinco ejes diagnósticos, por tanto, el DSM III se distanció de la clasificación europea (Del Barrio, 2009, p. 83).

De acuerdo al cuadro elaborado por Fernández y García (2012), en 1948 se publica la versión de la CIE-6. En la sección que alude a las «desviaciones sexuales» se incluye los «trastornos de personalidad» y los casos de «transexualismo». En el año 1952 la APA publicó el DSM-I, en el apartado de los «trastornos de personalidad» se incluyó a la homosexualidad en el apartado de las «perversiones sexuales». En la CIE-8, 1966, aparece el diagnóstico de «transvestismo junto al de homosexualidad como desviaciones sexuales dentro de las parafilias». En el DSM-II, 1968, el transexualismo continúa como desviación sexual dentro de los trastornos de orientación sexual o de transvestismo. Hasta estos momentos los trastornos de la orientación, los trastornos de la identidad y las parafilias estarían en el mismo saco. Y los

casos de transexualismo se contemplarían como desviaciones sexuales dentro de los trastornos de orientación sexual o del transvestismo. En la CIE-9, 1978, se clasifica el «diagnóstico de transexualismo» dentro de las desviaciones y trastornos sexuales. En el DSM-III, 1980, el diagnóstico de transexualismo aparece en la APA, en un nuevo apartado, “Trastornos de la Identidad Sexual”, además están los trastornos de identidad sexual infantil (cuadro 1 [síntesis]).

Cabe anotar que en 1968 la APA dejó de considerar la homosexualidad como un trastorno mental y la eliminó del *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* DSM-II, pero como consta en el párrafo precedente el «diagnóstico de trastorno mental de la transexualidad» se lo distinguió del de «transvestismo» y así fue que apareció por primera vez en la CIE-9, 1978. Por ello, la APA la incluyó en el DSM-III, 1980, y la definió de la siguiente manera: “Desviación sexual centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a la persona. La conducta resultante se dirige ya sea hacia el cambio de los órganos sexuales por medio de operación quirúrgica o hacia el ocultamiento completo del sexo aparente adoptando el vestido y los modales del sexo opuesto” (*Ibid.*, párr. 20).

La Asociación Psiquiátrica Americana rige el proceso de transexualización con el objeto de facilitar el «severo trastorno mental» por medio de tratamiento psiquiátrico y médico clínico se establecen tres fases que no pretende eliminar el supuesto trastorno mental, sino que lo reafirma. Al respecto, Fernández y García manifiestan:

El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares propuestos, desde la década de los 80, por la Asociación Internacional de Disforia de Género "Harry Benjamin"²³ que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (*Ibid.*, párr. 4).

En consecuencia, en el ámbito médico y psiquiátrico se han construido y mantenido la clasificación de la transexualidad como una patología tanto en los protocolos que especifican el procedimiento transexualizador con base a la Clasificación Internacional de Enfermedades y en los protocolos y procedimientos contenidos en los DSM de la APA. Ratificados por la Organización Mundial de la Salud. Así, el «Tratamiento de la Identidad de Género» convierte a la transexualidad humana en un producto de la racionalización sexológica moderna que

²³ A partir del año 2007 se la conoce como la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero. (WPATH), *World Professional Association for Transgender Health*.

necesita patologizar a las personas trans para justificar el tutelaje psiquiátrico y sus procedimientos medicalizados. Tal como lo indica González-Polledo:

...el nuevo cometido del psiquiatra en este modelo «médico», donde la psiquiatría clínica se entiende como una rama más de la medicina física, se convertirá en la observación de síntomas y en la conexión de diferentes dominios experienciales del paciente para comprobar la aplicación de criterios diagnósticos (2010, p. 72).

Continuando con la evolución de los DSM en 1987 se revisó el DSM-III y se publicó el DSM-III-R que contiene modificaciones en el campo de la transexualidad para distinguir el «Trastorno de la Identidad de Género» de los Trastornos Sexuales, al TIG se lo reubica en la descripción de los Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. Además, de forma explícita establece que el diagnóstico de la identidad de género no debe aplicarse a personas diagnosticadas con esquizofrenia o hermafroditismo.

Fernández y García aseveran que el DSM-IV (1994), introduce cambios importantes, como reemplazar el nombre de transexualismo por el de «Trastorno de la Identidad de Género» y recoge en esta única categoría, los tres trastornos diferentes de la CIE-10 que mantiene el término transexualismo para definir tres trastornos diferentes (2012, párr. 29).

La psiquiatría sexológica como política de salud pública menoscaba proyectos de vida debido a que reafirma las normas binarias de sexo y género en la implementación del modelo clínico medicalizado de la transexualidad patológica. Posteriormente, el DSM-III-R causó profundas controversias porque incluyó a los trastornos de la identidad de género entre los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, el DSM-IV vuelve a agrupar estos trastornos con las parafilias y las disfunciones sexuales en una única categoría que pasa a denominarse "Trastornos Sexuales y de la Identidad de Género" (*Ibíd.*, párr. 29-30).

En una sociedad que no ha logrado eliminar de raíz el estigma social por orientación sexual diversa y menos aún reconocer a la identidad de género de la transexualidad, el travestismo o del transgenerismo como una expresión más de la diversidad sociocultural humana. Por ello, el modelo de salud clínica psiquiátrica sitúa a las personas transexuales en condiciones de desigualdad y vulnerabilidad extrema respaldado en el tutelaje al que deben someterse si quieren acceder al tratamiento de «disforia de género». Butler lo recalca:

Una concurrencia de operaciones de normas de género en la diagnosis del *DSM-IV* sobre el trastorno de identidad de género [...] asume que la "disforia de género" es un trastorno psicológico simplemente porque alguien de un determinado género manifiesta atributos de otro

género o el deseo de vivir como otro género. Esto impone un modelo coherente de vida de género que rebaja las formas complejas mediante las cuales se elaboran y se viven las vidas de género (2012 [2004], p. 18).

La construcción de la transexualidad como enfermedad mental y la apropiación de las categorías identitarias por parte de las personas asignadas son mecanismos biopolíticos que producen dinámicas de tensión y resistencias entre quienes ejercen el poder del «saber» médico psiquiátrico acreditado como «verdad científica» en la interacción con los usuarios. Según Fernández y García:

En nuestra experiencia clínica hemos observado cómo podemos herir sensibilidades a la hora de hacer alusión a las anteriores clasificaciones. La persona transexual, por lo general, tiene muy clara la diferencia entre orientación sexual e identidad de género. Suelen definir su orientación desde el género sentido y desde ahí, el considerarlos como homosexuales les puede resultar hasta ofensivo (2012, párr. 34).

Son las interacciones con otras personas del entorno social y profesional las que producen subjetividades que construyen ideas, formas de sentir, mirarse y pensarse en un contexto histórico cultural determinado entre los diferentes actores que intervienen en el proceso subjetivo racional de transexualización de la «disforia de género». Coll-Planas lo evidencia:

...la causalidad corporal y psíquica conviven contradictoriamente en el discurso patologizador. Por un lado, ubican el error a nivel del cuerpo, lo que supone entender la transexualidad [...] como «haber nacido en un cuerpo equivocado». Esta percepción que está presente en el discurso de muchas personas trans, también la encontramos en muchos profesionales. Al situar el error en el cuerpo, la transexualidad se equipara a un tipo de intersexualidad [...] en el caso de la transexualidad la falta de correspondencia se produciría entre la identidad de género y las demás dimensiones corporales del sexo (2012, p. 57).

En el año 1994 se publica el DSM-IV en cual se reemplaza el término «transexualismo» por «trastorno de la identidad sexual», terminología que enfatiza el carácter patológico del concepto. En el año 2000 la APA publicó el DSM-IV-TR, en esta versión del manual de diagnóstico se empieza a utilizar el término «disforia de género». De acuerdo a Fernández y García fue el término que Money recomendó utilizar en 1994, con el fin de reconquistar el campo de estudio para la psicología y la psiquiatría, pues en esta versión los trastornos de la identidad de género se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo, así como el deseo de poseer el cuerpo del otro sexo y de ser considerado como un miembro del otro sexo (2012, párr. 40).

En la última edición del DSM-V (2013), la Asociación Psiquiátrica Americana decidió eliminar a la transexualidad del listado de enfermedades mentales, dejando en su lugar la figura de «disforia de género» definida como el malestar provocado por la «incongruencia de género»

entre el sexo expresado y las características sexuales primarias o secundarias, en consecuencia, no desaparece, sino que se transforma (Navarro-Pérez *et al.*, 2015, p. 146). Por lo tanto, “en esta nueva versión proponen una modificación terminológica con respecto al DSM en vigor, se cambia el concepto de «Trastorno de la Identidad de Género» por el de «Incongruencia de Género»" (Fernández y García, 2012, párr. 41).

Este cambio terminológico hace caso omiso la demanda de usuarios, colectivos y asociaciones trans de alrededor del mundo que luchan para que la transexualidad sea eliminada como una patología en los DSM, como fue el caso de la homosexualidad hace más de cuatro décadas atrás, y deje de ser tratada como un malestar diagnosticable según las clasificaciones del paradigma médico psiquiátrico.

Justamente, Antar Martínez-Guzmán y Marisela Montenegro sostienen que los DSM son “un marco de referencia para profesionales de la salud mental, médicos, investigadores, interventores sociales y legisladores alrededor del mundo” (2010, p. 11). Por tanto, los DSM patologizan la vida cotidiana de las personas transexuales debido a que se encuentra atravesada por el estigma del «trastorno mental» que produce la segregación social en todos los ámbitos de interacción.

Como ya se ha señalado en este estudio, las técnicas de poder ejercen tensiones entre la sociedad y las personas asignadas, quienes, con sus cuerpos, deseos, expresiones de género y sexualidades disímiles resisten y subvierten los mecanismos de control impuestos. Al respecto Rubin dice:

...Foucault argumenta que los deseos no son entidades biológicas preexistentes, sino que, más bien, se constituyen en el curso de prácticas sociales históricamente determinadas. Foucault hace hincapié en los aspectos de la organización social generadores de sexo, más que en sus elementos represivos, al señalar que se están produciendo constantemente sexualidades nuevas (1989, pp. 131-132).

Y Weeks:

...el sexo es un vehículo para toda una variedad de experiencias sociales: la moralidad, el deber, el trabajo, las costumbres, la descarga de tensiones, la amistad, los romances, el amor y la protección, el placer, la utilidad, el poder y las diferencias sexuales. Su propia versatilidad es la fuente de su importancia histórica. La conducta sexual no sería posible sin contar con su fuente fisiológica, pero la fisiología no genera motivos, pasiones, elecciones de objeto o identidades [...] el cuerpo ya no puede ser visto como un dato biológico [...] debe ser comprendido como un conjunto de potencialidades cuyo significado se alcanza solo en sociedad (1993 [1985], p. 206).

El contexto histórico, político y sociocultural expuesto permite comprender la legitimación de ciertos cuerpos y prácticas sexuales que conllevan privilegios, reconocimiento social en contraposición a las personas asignadas como homosexuales, transexuales con sus cuerpos deshumanizados subordinados pero que, por medio de la autodeterminación, a pesar, de las desventajas sociales inscritas en sus cuerpos subvierten las rígidas concepciones que los nombra y visibiliza. Explica Izquierdo:

...donde la negación de la autonomía no se circunscribe sólo a las subordinadas, sino que alcanza a los propios subordinadores. [...] cuando unos ganan, otros indefectiblemente pierden. La dependencia es mutua, y esa es precisamente la fuerza del sometido. [...] se trata de que hablemos desde otro lugar, desde un lugar de poder, de hacer de imponer (2001, p. 13).

Los estereotipos y estigmas subyacen en los modos de gestionar políticas públicas, son espacios de desigualdad política entre diferentes actores sociales, pero donde surgen resistencias al orden establecido debido al inconformismo social de los actores sociales afectados. Lucas (R) Platero apunta: “una ciudadanía que necesita protestar para no seguir perdiendo derechos, dividiéndonos entre una ciudadanía decente y otra que se caracteriza por ser incómoda e imposible, condenada a la criminalización.” (2015, p. 19).

Esa «ciudadanía incómoda» está en condiciones de desventaja y vulnerabilidad debido a la construcción de sus subjetividades trans. Las trans subjetividades expresan otros modos de género, de construir los cuerpos, el sexo y los deseos, y la más de las veces se han distanciado de la hegemonía del modelo heterosexual matrimonial patrilineal.

Mientras que el modelo médico legal legitimó la construcción patologizada de la transexualidad con una perspectiva binarista de sexo y género basado en un discurso de «verdad científica» atribuido al determinismo biológico «natural» y al dimorfismo sexual. Se ha conformado un escenario donde diversos actores interaccionan, principalmente, médicos, psiquiatras, juristas, decisores de políticas públicas y las personas asignadas en desigualdad de condiciones, en tanto, están subordinadas a la noción de «trastorno mental» por su transexualidad. En el espacio político institucional organizativo del sexo discordante con el género sentido la identidad de género transexual se transforma en un campo de lucha por el dominio médico legal o por el derecho de los colectivos de las personas trans a la autodeterminación de la identidad de género intersubjetiva, a la integridad corporal y sexual.

1.5 Cuerpos de género

Gender se convierte en un concepto filosófico, en el pensamiento anglosajón, en torno a los años 1970 [...] Habremos de comparar el concepto de género, que ha suscitado tantos problemas como los que intenta resolver, con las expresiones clásicas diferencia de los sexos y diferencia sexual.

Geneviève Fraisse, 2003

Los avances legales, el reconocimiento y el ejercicio de derechos de las mujeres y de la comunidad LGBTI han generado, una paulatina transformación sociocultural en los comportamientos de la población, sobre todo, en varios países occidentales y dado que también ha ido cambiando en algunos países no occidentales. Sin embargo, la misoginia y la discriminación homo-transfóbica perdura hasta la actualidad debido a los sistemas de valores y creencias que sostienen los tradicionales patrones de género arraigados, también, en la sexualidad. Weeks lo describe de esta manera:

La sexualidad como fenómeno contemporáneo es el producto de la interacción de una multitud de tradiciones y prácticas sociales, religiosas, morales, económicas, familiares, médicas y jurídicas. Es evidente que las relaciones sociales capitalistas establecen límites y ejercen presiones sobre las relaciones sexuales como sobre todo lo demás. Pero la historia del capitalismo no es la historia de la sexualidad (1993 [1985], p. 24).

En las construcciones biopolíticas de la sexualidad y de las identidades de género están naturalizados prejuicios, donde, “el manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad” (Goffman, 2001 [1963], p. 152), que valida un modelo binario a seguir y establece diferencias sexuales y de género para quienes no cumplen con las expectativas del modelo social aceptado. Llamas lo explica:

El régimen de la sexualidad establece, pues, dos cuerpos, dos tipos de roles y dos identidades que conjuntamente y de manera simultánea constituyen la “diferencia sexual”. Dos sexos idealmente discretos y uniformes que se expresan públicamente (políticamente) con la ordenación de los géneros (masculino / femenino) y según prácticas sociales y corporales simbólicamente predeterminadas y necesariamente imbricadas unas con otras en un proceso dotado de significado (enamoramiento, cortejo, seducción, romance, noviazgo, matrimonio, coito, descendencia) [...] Todos estos factores operan de forma simultánea (1998, p. 14).

Por lo tanto, quienes ejercen su sexualidad entre personas del mismo sexo viven prácticas sociales similares al resto de la población, pero las posibilidades, de descendencia biológica es menor. En consecuencia, las parejas de vida conformadas por personas LGBTI construyen familias diversas, con o sin descendencia, basadas en lazos afectivos, en el deseo y placer carnal, la ternura, la compañía, el amor homoerótico. Retomando el análisis de Weeks:

...la separación entre erotismo y procreación, un producto parcial de la evolución tecnológica del capitalismo, posible gracias al desarrollo de métodos de control de la natalidad eficaces, allanó el camino para la búsqueda de nuevos deseos, en la medida en que la búsqueda del placer se convirtió en un fin en sí mismo (1993 [1985], p. 51).

Las sexualidades homosexuales y transexuales, como se ha descrito previamente, fueron descalificadas por sus deseos debido a los discursos moralistas religiosos, médicos psiquiátricos y a la literatura jurídica legal; pues, “la creencia de la diferencia dicotómica y excluyente de los sexos está ten insertada en nuestro imaginario, que nos parece la consecuencia de un determinismo biológico, una descripción de la naturaleza de las cosas, más que una construcción cultural” (Juliano, 2010, p. 151). La perspectiva cultural de la naturalidad biológica de los sexos produce efectos nocivos en la vida cotidiana de las personas LGBTI y en los comportamientos de la población debido a la creencia de la complementariedad «natural» de los sexos marcados por los roles y las desigualdades de género. En concordancia con Rubin:

...el esencialismo sexual está profundamente arraigado en el saber popular de las sociedades occidentales, que consideran al sexo como algo eternamente inmutable, asocial y transhistórico [...] además de las sanciones económicas y la tensión de las relaciones familiares, el estigma de la disidencia erótica crea fricción en todos los demás aspectos de la vida cotidiana (1989, pp. 130 y 158).

Estas creencias limitan el entendimiento social y no permiten reconocer el derecho a la igualdad civil basada en el respeto a las diferencias de la diversidad humana. Esta situación genera un campo de luchas por las desigualdades normativas, la resistencia y demanda de derechos de quienes pasan a habitar los márgenes de la sociedad por sus prácticas sexuales, usos del cuerpo y del placer erótico donde “la sexualidad se convierte en terreno para la disputa y el debate político, dominio clave de las relaciones sociales” (Fernández, 2004, p. 19).

En este proceso histórico geopolítico se establecieron jerarquizaciones hegemónicas sexuales y de género. Para ello, hubo de producir identidades sexuales y de género descentradas -no hegemónicas- que consolidaron el nuevo orden político sexual por medio de la visibilización de las identidades homosexuales, lesbianas para ejercer el control y sancionar a quienes infrinjan abiertamente los intereses heteropatriarcales que están en juego. Al respecto Weeks expresa:

...esa identidad es provisional siempre precaria, dependiente y constantemente enfrentada con una relación inestable de fuerzas inconscientes, con significados sociales y personales cambiantes, y con las contingencias históricas [...] la mayoría de las sociedades occidentales han sido testigo del esfuerzo prolongado desarrollado para hacer realidad una identidad, o identidades, lesbiana y homosexual (1993 [1985], pp. 295-296).

Las personas de los colectivos LGBTI son estigmatizadas por su orientación sexual, identidad de género y por el uso del placer sexual carnal no reproductivo que califica de perversión antinatural a las prácticas amatorias entre personas del mismo sexo y/o género. En el caso de las lesbianas se coarta su libertad personal y autonomía sexual por su condición de mujer y lesbiana. En coincidencia con Butler:

...cuando Wittig parece defender un proyecto radical de emancipación lesbiana y distingue entre “lesbiana” y “mujer”, lo hace mediante la defensa de la “persona” anterior al género, representada como la libertad. Esto no sólo confirma el carácter presocial de la libertad humana, sino que también respalda esa metafísica de la sustancia que es responsable de la producción y la naturalización de la categoría en sí (2013 [1999], p. 77).

La condición mujer imprime la desigualdad de género, marca el cuerpo femenino y su deshumanización. La identidad lesbiana la excluye aún más del espacio público y político formal, inclusive en ciertos sectores del movimiento feminista. La puede situar en el campo de la invisibilización política y de la ocultación de su afectividad amorosa, del derecho a una sexualidad placentera y, no se espera vaya a tener descendencia. Andrea Aguirre lo enfatiza:

...el feminismo está allí donde la ética y la política se encuentran... y allí queremos estar nosotras, feministas, lesbianas, políticas, mujeres que amamos a las mujeres, con ganas de revolver este mundo en el que aprendemos la figura de nuestra exposición, la sumisión, la ira muda y la vergüenza, como modelo de nuestros encuentros (2009, p. 13).

En el ámbito público el deseo sexual y la afectividad lésbica pueden ser tolerados si se mantiene dentro de la discrecionalidad social. Este escenario de evasión tiene un alto coste personal, puede obstaculizar la emancipación individual y la lucha por la dignificación del colectivo como sujetos políticos plenos con derecho a la autodeterminación política, personal, sexual y familiar. Por ello, Beatriz Gimeno declara:

...nos acusaron a las lesbianas feministas de dar demasiada importancia a la sexualidad [...] Las feministas heterosexuales no querían soltar amarras con la sociedad patriarcal, no querían poner en juego eso tan importante para la situación social de las mujeres, que es la respetabilidad que nos otorgan los hombres [...] muchas de estas feministas sí eran lesbianas que eligieron el armario para vivir su vida política [...] pero el armario es incompatible con el lesbianismo político y militante (2009, p. 18).

El ocultamiento de otras prácticas sexuales disidentes del matrimonio heterosexual para mantener una imagen social ajustada a las demandas que se espera que cumplan las mujeres ha sido una estrategia de supervivencia utilizada por las mujeres a lo largo de la historia. Estos modos de comportamiento muestran las vulnerabilidades y las condiciones de desigualdad vividas por centurias y, a la vez, evidencian el temor a la exclusión en todos los ámbitos, pero en especial en el ámbito público y en la contienda política. Para ilustrar el ocultamiento histórico de las mujeres lesbianas cabe seguir el análisis de Daniel Borrillo, quien relata:

...la anécdota atribuida a la reina Victoria durante la reactualización en el siglo XIX de las penas contra las relaciones sexuales entre hombres es muy elocuente: al ser interrogada sobre la cuestión de la impunidad de las relaciones sexuales entre mujeres, la reina respondió: “¿Cómo castigar una cosa que no existe?” (2001[2000], p. 28).

Esta declaratoria «real» no permite confrontación alguna ni interpelación política, llanamente *no existe* porque las mujeres no son consideradas sujetos sexuales autónomos sino objetos de deseo al servicio del modelo conyugal reproductivo heteronormativo religioso patrilineal. Coincidimos con Juliano:

La iglesia católica mantiene los modelos sexuales tradicionales. La idea de pecado o desviación está muy presente en ella y en las religiones monoteístas. En el protestantismo hay patrones puritanos absolutamente fundamentalistas. El enunciado de las leyes religiosas parece igualitario, pero en la práctica nunca es ni fue así (2014, p. 1).

La producción de las sexualidades no hegemónicas se estableció mediante la construcción de discursos de verdad del saber-poder político laico y religioso para visibilizar en la esfera pública las prácticas homosexuales masculinas, y exponerlas a la sanción social. Cabe recordar que el modelo conyugal heterosexual aloja la posibilidad de la sexualidad extramarital encubierta tanto con mujeres «casquivanas» y, ocasionalmente, de forma críptica con «homosexuales bochornosamente afeminados» o supuestamente «pasivos» (Camacho-Zambrano, 2016b, pp. 49 y 52), como un mecanismo de fuga que solidifica el modelo patriarcal heterosexual conyugal como verdad de orden natural. Weeks es claro:

Apelar a la “naturaleza” y reivindicar lo “natural” se encuentran entre las más poderosas reivindicaciones que podemos formular. Nos fijan a un mundo de aparente solidez y aparente verdad, y nos ofrecen una afirmación de nuestro yo verdadero, el punto de referencia para nuestra resistencia ante lo corrupto, “lo no natural” (1993 [1985], p. 108).

El establecimiento del discurso de la verdad sexual por razones morales y «pseudocientíficas» instituyó la normativa del binarismo sexual y la sexualidad conyugal «natural» reproductiva. Resultado de una larga y bien consolidada estrategia política que construyó el estereotipo del homosexual perverso y en su cuerpo feminizado se estampa la diferencia de género.

La construcción de la supuesta anormalidad LGBTI permitió imponer violencia simbólica, castigos físicos y sanciones legales primero en Europa y, posteriormente, en el resto del mundo occidental moderno. Apoyados en “la consolidación de la moralidad victoriana y de su aparato de coerción social, médica y legal cuyos efectos han sido amargamente contestados desde entonces” (Rubin, 1989, p. 115), y que no han sido desmontados en su totalidad.

En ciertos momentos históricos se ha utilizado, perversamente, mecanismos de desprestigio moral, de coerción social y persecución laboral a las personas LGBTI por parte del poder político institucional. Este fue el caso de la persecución a empleados y personajes públicos señalados como homosexuales, travestidos y transexuales en Estados Unidos de Norteamérica. En palabras de Anne Fausto-Sterling, “En 1948, por ejemplo, Guy Gabrielson, presidente del partido republicano, escribió que ‘los pervertidos sexuales’ se habían ‘infiltrado en el gobierno’, y que podían ser ‘tan peligrosos como los comunistas auténticos [para] socavar la civilización capitalista’ (2006 [2000], p. 238). Y Tsinomis:

...el perfil típico de un preso social convicto era el de un joven homosexual o transexual de una extracción social y educativa baja. Las lesbianas se encontraban en una situación de una relativa seguridad, dado que eran más difíciles de identificar. Los arrestos se solían llevar a cabo mediante redadas o tras denuncias particulares (2006, p. 478).

Los comportamientos políticos emiten mensajes sociales que refuerzan los modos de construir una sociedad, de mirarse y cómo debe asumir la estructura binaria del sexo y del rol de género sin desenmascararse. La heterosexualidad conceptualiza como contraparte necesaria, pero deficiente, a la homosexualidad y la transexualidad como anomalías. Desde el planteamiento de Eve Kosofsky Sedgwick:

...entender estas relaciones conceptuales como irremediabilmente inestables no significa entenderlas como ineficaces o inocuas [...] el opresivo sistema sexual de los últimos cien años, en todo caso, ha nacido y ha crecido en un brezal de notorias y constantes dispersiones y desenmascaramientos [...] Los términos dominantes de un momento histórico concreto serán los que estén entrelazados del modo más inextricable a la vez que diferencial con los filamentos de otros importantes nexos deficionales. Al sostener que la definición de la homo/heterosexualidad ha sido un término maestro que ha presidido el siglo pasado y que tiene la misma importancia fundamental para toda la identidad y organización social del mundo occidental (y no solamente para la identidad y cultura homosexual), al igual que los ejes más visibles del género (1998 [1990], pp. 21-22).

En este contexto sociocultural y político recordemos que el discurso del modelo clínico psiquiátrico, patologizó a la homosexualidad hasta 1974 por sus prácticas sexuales y a la transexualidad hasta la actualidad por su identidad sexo genérica y sexualidad diversa basado en la construcción de un supuesto paradigma de verdad científica. Este discurso ha permitido que se mantengan arraigados procedimientos de exclusión, descalificación, violencia física y simbólica e inclusive crímenes de odio focalizados, especialmente, en las mujeres trans. Sus prácticas sexuales y amorias sean desdeñadas y punibles en la estructura familiar y social en detrimento de la vida personal y colectiva. Propone Foucault:

A mi juicio lo que el movimiento gay necesita ahora es mucho más un arte de vivir que una ciencia o conocimiento científico (o pseudocientífico) de lo que es la sexualidad. La sexualidad forma parte de nuestro comportamiento. Forma parte de nuestra libertad en este mundo. La

sexualidad es algo que nosotros mismos creamos, es nuestra propia creación y no el descubrimiento de un lado secreto de nuestro deseo (1984 [1982], párr. 1).

El supuesto «secreto» descubierto es, como bien afirmara Foucault (1976), un mecanismo de control, discriminación y exclusión social que responde a intereses externos a la intimidad sexual amorosa de esos «otros» señalados como «perversos» al visibilizar sus sexualidades «anormales». Por tanto, es necesario desmontar el mecanismo de control de la sexualidad porque “la exclusión social implica un paso más de alejamiento y entraña a veces las características de total e irreversible” (Juliano, 2010 [2004], p. 28). Así, los excluidos reconocidos como LGBTI’s son percibidos como «los anormales» por ejercer una sexualidad placentera y explícitamente no reproductiva. Señalada como pecaminosa, antiética con base a sistemas de valores sociales, creencias religiosas, pretendidos «conocimientos científicos» y regulaciones legales que desconocen a las subjetividades LGBTI y criminalizan el deseo homoerótico.

En la estructura sociocultural occidental siguen operando intereses estatales respaldados en la cultura judeocristiana y su tradicional moralismo que ataca abiertamente a la ideología de género en detrimento de las políticas públicas que amparan a las mujeres y a las personas de los colectivos LGBTI y su lucha por el reconocimiento de la igualdad de derechos civiles, reflejan la desigualdad estructural de las mujeres y de la realidad cotidiana del fenómeno social LGBTI en la actualidad.

1.6 Feminismo, sexo y cuerpos trans

*Spade toma una idea clave del feminismo, las políticas y las leyes
no son nunca neutrales, siempre tienen efectos deseados
y no deseados sobre las personas*

Platero, 2015

Las luchas feministas de finales del siglo XIX y principios del XX en Europa, Norte América y en Latinoamérica se las conoce como la «primera ola», se destacó por la lucha sufragista. Según Ana De Miguel, “el feminismo sufragista y socialista en el siglo XIX que identifica como centros de dominación patriarcal esferas de la vida, como la familia y la sexualidad, que hasta entonces se consideraban personales y «privadas»” (1997, p. 178), entre otros avances políticos y derechos civiles logrados en alianza con otros grupos subordinados.

Este mecanismo permitió a los distintos movimientos sociales conseguir algunos avances legales y derechos, pero en el caso de las mujeres no hubo transformaciones significativas en el ámbito doméstico y con mayores dificultades ejercieron sus derechos en la vida laboral profesional, pública y política. Posteriormente, en los años sesenta se produjeron nuevos movimientos sociales que incidieron en transformaciones sociales radicales en varios órdenes sociales. Concordamos con Nancy Fraser:

...los jóvenes radicales tomaron las calles, al principio para oponerse a la Guerra de Vietnam y a la segregación racial en Estados Unidos. Pronto empezaron a cuestionar rasgos fundamentales de la modernidad capitalista que la socialdemocracia había naturalizado hasta entonces: el materialismo, el consumismo, y la «ética del triunfo»; la burocracia, la cultura corporativa, y el «control social»; la represión sexual, el sexismo y la heteronormatividad. Al abrir una brecha en las rutinas políticas normalizadas de la época anterior, los nuevos actores sociales, y el feminismo de la segunda ola se convirtió en uno de los más visionarios” (2015, p. 19).

Los movimientos feministas de la «segunda ola» cuestionaron las políticas del Estado de Bienestar socialdemócratas de la segunda posguerra, en cuanto que infravaloraba el trabajo de cuidado y doméstico que realizan gratuitamente las mujeres en la familia y en el hogar. El pensamiento feminista reflexionó sobre los efectos de la dominación masculina en la vida de las mujeres, las desigualdades y exclusiones a las que están sometidas tanto en el ámbito público profesional laboral como el doméstico familiar. Politizaron el ámbito doméstico y su propia experiencia subjetiva con la consigna «lo personal es político» y transformaron el entendimiento de la política como un sistema excluyente de grupos subordinados a la dominación masculina. De Miguel lo destaca:

...*lo personal es político* refiere a una concepción nueva de la política, más allá -y más acá- de la concepción convencional de lo político como el ámbito en que dirimen sus diferencias los partidos y se gestionan las instituciones. Kate Millet en su obra *Política sexual* (1969) define la política como el conjunto de estrategias destinadas a mantener un sistema de dominación; con esta redefinición consolida una línea de análisis [...] incluye un componente movilizador, hacia la acción y muestra la estrecha vinculación entre el análisis teórico y la práctica que caracteriza al feminismo (1997, p.178).

En el contexto histórico político descrito surgió la «segunda ola» feminista y su lucha por la democratización, en contra de la opresión de las mujeres y del capitalismo. El pensamiento crítico feminista ha desarrollado reflexiones sobre la violencia machista, el sexismo, el cuerpo, la sexualidad para analizar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres vinculada al sistema de opresión masculino sobre los cuerpos, las vidas de las mujeres y las desigualdades económicas laborales instaladas por el capitalismo. Los aportes feministas han sido relevantes para el desarrollo de políticas públicas transversalizadas con enfoque de género, para paliar el

sexismo y la violencia de género. Introdujeron nuevas categorías de análisis en el pensamiento político occidental, principalmente, el movimiento feminista europeo occidental y anglosajón.

El posicionamiento de los movimientos feministas sobre el sexo, los cuerpos y el uso de la sexualidad de las mujeres han sido temas de constante reflexión, debate y confrontación entre sí, debido a irreconciliables posicionamientos. En el discurso de Rubin:

...las relaciones entre feminismo y sexo son muy complejas. Debido a que la sexualidad es un nexo de las relaciones entre los géneros, una parte importante de la opresión de las mujeres está contenida en y mediada por la sexualidad. El feminismo ha mostrado siempre un gran interés por el sexo, pero se han dado dos líneas básicas de pensamiento feminista sobre la cuestión. Una tendencia ha criticado las restricciones impuestas a la conducta sexual de las mujeres [...] ha reclamado una liberación sexual que alcance tanto a las mujeres como a los hombres. La segunda tendencia ha considerado la liberación sexual como una mera extensión de los privilegios masculinos (1989, p. 171).

Estos debates están lejos de resolverse y son puntos de tensión que han resquebrajado al movimiento feminista, no obstante, han dado pautas para profundizar en posicionamientos políticos pasados y crear nuevas reflexiones que permitan paliar las desigualdades sociales de las mujeres y de las personas de los colectivos LGBTI que sufren discriminación por sus prácticas sexuales y en el caso de las personas trans e intersexuales por escindirse del binarismo de género. En tal sentido, Almudena Cabezas y David Bernà declaran: “la sexualidad como producto, pero también como productora de relaciones de poder, cuyo análisis revela problemas políticos centrales para comprender las violencias sexo-genéricas y otros problemas políticos contemporáneos” (2013, p. 774), ha permitido trazar diferentes líneas de pensamiento feminista demarcados en varios movimientos.

Por otro lado, en 1979 se publicó el libro: *The Transsexual Empire. The making of the She-Male* de Janice G. Raymond. Esta feminista no reconoce a las transexuales como mujeres con derecho a incorporarse o identificarse con la lucha feminista, desde su perspectiva son hombres que buscan desvirtuar los intereses feministas. Por ello, una parte del movimiento feminista radical disiente de la causa transfeminista porque la considera peligrosa para los intereses políticos de la lucha feminista. Lo refleja Mas-Grau:

Las objeciones de algunas feministas van incluso más allá y acusan a las mujeres trans de reproducir un ideal de feminidad que las mujeres cis²⁴ tratan de socavar. Recordemos la tesis de Raymond (1994 [1979]), para quien la transexualidad femenina es un artefacto creado por los hombres con el fin de entorpecer los esfuerzos del movimiento feminista para acabar con la opresión de género (2014, p. 312).

²⁴ El prefijo latino «cis» significa “de este lado”. Una persona nombrada como «cisgénero» es quien se identifica con el género asignado en el nacimiento acorde al sexo adscrito. Por tanto, no es una persona transgénero.

Si bien, las trans suelen vestirse según los cánones de la moda «femenina», asumen los roles de género y algunas tareas domésticas asignadas a las mujeres, estos comportamientos culturales reproducidos por millones de mujeres biológicas ¿justifican que un sector del feminismo no quiera reconocer a las trans como mujeres con derecho propio a integrarse a las luchas feministas? Irónicamente Itziar Ziga lo manifiesta:

¿abolimos también el trabajo doméstico? [...] ¿desde cuándo el feminismo se ocupa de señalar cómo no deben vestir las mujeres? Lo de *las trans* es también muy complicado porque, según el esencialismo de género reinante en el feminismo de bien, *en el fondo son, o al menos fueron hombres*” (Énfasis agregado) (2010, p. 207).

La vida de las mujeres trans está atravesada por diversas desigualdades que las sitúa en condición de vulnerabilidad extrema. Ellas, suelen ser objeto de misoginia, de la opresión y la violencia tanto masculina como por parte de otras mujeres debido a que denostaron su masculinidad para asumir su identidad de género psicosocial femenina contra los parámetros de sociedades marcadas por el machismo y el sexismo patriarcal. La *transmigración* del género de las trans transgrede la visión dicotómica sobre el sexo biológico y el género adscrito en el nacimiento. Lo que confirma Mas-Grau:

...las severas críticas vertidas por algún sector del feminismo contra las mujeres transexuales, por considerar que conforman una suerte de caballo de Troya de la heteronormatividad que se infiltra en las luchas feministas para neutralizarlas (*cf.* Raymond, 1994 [1979]), sintonizamos con el parecer de Riddell (1980), quien apunta que no debemos buscar en modo alguno un chivo expiatorio (que siempre es el eslabón más débil de la cadena) para canalizar todo el resentimiento que produce la desigualdad y violencia del sistema, cuando los culpables los hemos de buscar en otra parte (2014, p. 331).

El sector del feminismo que rechazó a las mujeres trans, posiblemente, desconoce que las trans asimilan contra la opinión general su identidad psicosocial de género femenino. Por ello, es necesario comprender que a pesar del rechazo social general y de un sector del feminismo se necesita de la existencia de un opuesto estigmatizado para ratificarse en la «normalidad», este mecanismo de poder deshumaniza a las trans. Ellas luchan contracorriente para lograr encarnar el deseo que su identidad subjetiva psicosocial de género por la necesidad de habitar y estar en el mundo con igualdad de oportunidades. Nuevamente Mas-Grau se pronuncia sobre el tema:

La creación de una figura antitética ayuda a clarificar los límites de un Nosotros, puesto que es tan importante definir qué es lo que somos (semejanza) como determinar aquello que no podemos ser (diferencia). Hay que trazar barreras físicas y/o simbólicas para poder enaltecer lo propio frente a lo extraño. El salvaje, la puta, el marica, el negro o el inmigrante han sido las grandes figuras de la otredad que han ayudado a trazar las fronteras simbólicas en Occidente (*Ibíd.*, p. 317).

Por tanto, lograr comprender que las trans son mujeres y pueden alinearse con las políticas y objetivos de las luchas feministas ha sido un proceso escarpado y dilatado que ha requerido el reconocimiento sustancial de la realidad política LGBTI y del fenómeno social transexual en particular. Son personas que se construyeron en un contexto histórico opresivo en detrimento de su personalidad, autonomía corporal, identitaria sexual, de su seguridad personal debido a la categorización de «anormalidad» por trastorno mental.

La consistente lucha de los colectivos LGBTI ha logrado, parcialmente, que el mundo occidental reconozca su realidad social como opciones de vida que deben ser respetadas en el marco de los derechos humanos y de la igualdad civil. “La homosexualidad primero y la transexualidad después se interpretaron en el siglo XIX como fenómenos biológicos patológicos, para pasar después a conceptualizarse como opciones. Esto implica atribuirles voluntariedad y contingencia” (Juliano, 2010, p. 150).

En este contexto, las mujeres transexuales han recorrido una trayectoria difícil debido a su sexo fisiológico, comportamientos de género femeninos y por el desconocimiento de las subjetividades trans. Al mismo tiempo, un porcentaje significativo de las mujeres trans están vinculadas a la prostitución y en las sociedades modernas contemporáneas se produce una sistemática discriminación, denegación y violación de derechos a las trabajadoras sexuales por su condición económica laboral. La posición de los movimientos feministas sobre el sexo de pago se divide irreconciliablemente entre abolicionistas y quienes están a favor del reconocimiento del sexo de pago como un trabajo con derechos y prestaciones laborales (Camacho-Zambrano, 2016a, p. 32).

En el contexto descrito la alteridad de las mujeres trans con sus cuerpos y su género psicosocial diverso son leídos como abyectos, no obstante, son parte constitutiva de las subjetividades contemporáneas. Ellas con sus comportamientos de género y sexualidades no hegemónicas agrietan el orden heteropatriarcal, si bien, no lo subvierten por completo debido a las relaciones de poder que conforman al sujeto que reproduce patrones y códigos sociales preestablecidos y, a la vez, agencia resistencias y lucha contra las desigualdades sociales y materiales que le oprimen debido a su condición de sexo e identidad de género.

En el entorno político y social descrito se ha reflexionado sobre las nuevas posibilidades tecnológicas médicas a las que pueden acceder las personas trans desde mediados del siglo

pasado. La hormonización y las cirugías de reafirmación del género sentido posibilitan con bastante éxito la modificación corporal para encarnar un cuerpo acorde al género psicosocial, aunque se ajuste al binarismo cultural.

...si bien es cierto que los transexuales aparecen como víctimas del sistema de género, y por ello tratan de alterar su aspecto físico en consonancia a los códigos establecidos, no lo es menos el hecho de que su identidad frecuentemente se construye mediante la búsqueda de un cambio de sexo quirúrgico y hormonal, y dicha búsqueda depende de la existencia material de tecnologías y prácticas médicas específicas. Si la identidad se construye no sólo en el contexto de las relaciones interpersonales, sino también a través de las interacciones con las instituciones y las tecnologías, parece claro que el desarrollo de nuevas tecnologías determinará la construcción de identidades (Mas-Grau, 2010, p. 7).

De igual manera, existen posicionamientos encontrados acerca de las modificaciones corporales realizadas por algunas transexuales, que dan coherencia al cuerpo con el proceso *transmigratorio* del género sentido, tanto en un sector del movimiento transgenerista como en el movimiento feminista. Según los debates las modificaciones corporales fortalecen el binarismo sexual y de género tanto por las transformaciones estereotipadas de algunas zonas del cuerpo -pechos y nalgas exuberantes- que siguen el ideal canónico corporal que se exige a las mujeres biológicas como por la modificación genital. Por la construcción canónica del cuerpo y, el supuesto, uso patriarcal de los cuerpos trans y su sexualidad por parte de “otros” hombres, posicionamiento que cosifica y deniega a las trans su autonomía y determinación sobre sus cuerpos y vida sexual.

Al mismo tiempo, invisibiliza la posibilidad de deseo homosexual entre las transexuales, posiblemente, por desconocimiento de la amplia diversidad del fenómeno social trans y porque “la homosexualidad posee un estatus incierto dentro de la comunidad transexual, debido a la necesidad oficial de negar su existencia” (Hausman, 1998, p. 222). Algunas mujeres transexuales rechazan tanto el género como el sexo masculino asignado en el nacimiento desde la infancia y/o en una parte de su vida adulta.

Ellas fueron nombradas, miradas y construidas como sujetos masculinos que reprodujeron y quizá trataron de representar la identidad asignada por medio del lenguaje, el vestuario, el gesto y los roles de la identidad masculina asignada que debían cumplir cotidianamente. En el marco de las categorizaciones binarias de sexo y género esencialistas como son: hombre / mujer y masculino / femenino basados en la fórmula anatómica: pene-sexo-hombre género masculino y vagina-sexo-mujer género femenino que no se ajusta con la subjetividad transexual o

transgénero. Según el estudio de Anna Zurolo y Francesco Garzillo, fue Richard Stoller (1968), quien, desde el psicoanálisis, reflexionó sobre:

...la conocida distinción entre sexo y género, que asigna al sexo el significado de lo que del lado masculino o femenino se refiere al cuerpo, y encuentra/coloca el género dentro de una dimensión en la frontera entre lo mental y lo cultural. Por lo tanto, el género enseña la cantidad de femineidad y masculinidad en cada sujeto [...] la conciencia consciente e inconsciente de pertenencia a un género en lugar de otro. Esta pertenencia representa el resultado de una correlación de factores: genéticos, la atribución del sexo al nacer por parte del médico y los cuidadores, las expectativas conscientes e inconscientes de los padres en lo referente al sexo de la crianza (2013, pp. 806-807).

En este contexto político cultural las trans pasan a habitar un espacio difuso en la red de sociabilización familiar, del sistema escolar y en el campo profesional laboral por haber *transmigrado* al género psicosocial encarnado en su subjetividad y expresado en el flujo ambiguo de sus comportamientos y gestos corporales que suelen delatarlas, colocándolas en una posición de extrema vulnerabilidad debido a que “las normas que gobiernan la anatomía humana idealizada producen un sentido de la diferencia entre quién es humano y quien no lo es, qué vidas son habitables y cuáles no lo son” (Butler, 2012 [2004], p. 18).

Habitar el espacio político de lo «no humano» o infra humano por condición de género femenino, devaluado de por sí, se encarna en condiciones de mayor desventaja si las trans mantienen sus genitales masculinos, quedan, definitivamente, fuera de la heteronormatividad sexo genérica. La cirugía de reasignación sexual reafirma el género sentido y, a la vez, palía la deshumanización. De ahí la trascendencia socio cultural que Weeks destaca:

Nos volvemos humanos a través de la cultura; y las culturas varían y cambian, al igual que las prioridades políticas que asignamos a nuestras necesidades y deseos. Esto no significa que podamos ignorar el cuerpo. Es evidente que el sexo es algo más de lo que la sociedad decide, o a lo que da lugar la asignación de nombres. Lo experimentamos en nuestros cuerpos y lo vivimos en nuestras fantasías. Tal vez sea verdad que el sexo no es la verdad de nuestros cuerpos [...] aunque el grado de interacción, los *roles* relativos de cada cual y la eficacia de la intervención social en el cambio de las conductas no han sido especificadas de forma clara. Lo único que podemos decir es que nos encontramos en el inicio de un proyecto para promover un mejor entendimiento entre lo biológico y lo social (1993 [1985], pp. 204-205).

En el desarrollo biomédico tecnológico del siglo pasado junto a la demanda de las personas transexuales para encarnar cuerpos acordes al sistema sexual y de género en el contexto histórico geopolítico sociocultural contemporáneo las trans crean y construyen subjetividades y realidades interiorizadas como propias y, a la vez, ajenas. Como bien señala Butler:

Responden a los entornos institucionales y de diagnóstico en que viven las personas trans, lo que significa que responden no sólo a los términos a través de los cuales se establece la auto-definición, sino también a los diagnósticos que facilitan mismo los procesos de transición. En

este momento lo que está en cuestión es si los procesos de transición podrán llevarse a cabo con dignidad y con apoyo social o si los modos de regular y patologizar las vidas trans se endurecerán aún más (2010, p. 10).

En este escenario algunas transexuales femeninas reproducen y asimilan el discurso clínico medicalizado de la transexualidad de los años cincuenta del siglo pasado para acceder al uso de tecnologías que reafirmarán la tan deseada *transmigración* de la identidad de género sentida para encarnarla y, posiblemente, acceder a mejores condiciones vitales en la sociedad.

...estas personas se (re)construyen en una determinada sociedad con unos discursos y tecnologías médicas, un amplio elenco de profesionales, unas instituciones gestoras, un ordenamiento normativo, unas dinámicas económico-políticas que generan desigualdad (con sus privilegios y exclusiones), una red de organizaciones de ayuda mutua y estructuras familiares y amicales, y todo ello dentro de un universo de significaciones sobre la sexualidad, el género y, por extensión, la realidad [...] Para estas personas, lo trans no es un lugar en el que encontrar cobijo identitario, sino un proceso transitorio con el que corregir la discordancia entre el cuerpo (que es visto como algo erróneo) y la identidad de género (concebida como innata y verdadera) (Mas-Grau, 2014, pp. 327 y 329).

En el contexto descrito tanto las transexuales operadas y, especialmente, las transexuales sin la operación de reasignación sexual transgreden las imposiciones del sistema social de sexo y género. En el caso de ser una mujer transexual lesbiana, quien abandonó por completo su posición de privilegio masculino tanto identitario corporal en el ámbito de interacción social como sexual en el ámbito íntimo el momento que cruzó el umbral de la *transmigración* del género y de la orientación sexual, aunque haya modificado su cuerpo a nivel genital vivirá una sexualidad estigmatizada debido a su homosexualidad *translésbica*.

La mujer *translesbiana* sin operarse los genitales se convierte en un sujeto abyecto cruzado por varias vulnerabilidades debido a su condición de género femenina y orientación sexual lésbica. Ella deberá gestionar la nueva identidad asumida y su corporalidad con dificultades en el ejercicio de su sexualidad si mantiene los genitales de hombre biológico. El deseo *translésbico* es un impulso potente para demandar, principalmente, la vaginoplastia y otras cirugías para tratar de borrar rasgos morfológicos que la delaten como una persona de sexo y género masculino atribuidos en el nacimiento.

...podemos afirmar que las personas transexuales que aspiran a “pasar por” un hombre o una mujer normales tratan por todos los medios de evitar ser desacreditadas. Estas personas son conscientes de que, si bien el tratamiento de modificación corporal permite la obtención de una morfología cercana a los estándares normativos, siempre serán sujetos desacreditables porque nunca podrán borrar totalmente las huellas que delatan que están representando un género distinto de aquel que se les atribuyó en el momento de nacer. Siempre existirán pruebas delatoras de carácter biográfico (como una fotografía de la infancia), morfológico (la nuez de Adán, las manos o la corpulencia en el caso de las mujeres trans) o biológico (las gónadas, los cromosomas o la incapacidad de procrear de acuerdo al género con el que se identifican) (Mas-Grau, 2014, p. 307).

Hay que comprender y respetar la imperiosa necesidad de reafirmar su identidad de género y encarnar el deseo para llevar una vida en mejores condiciones sociales que soslayan las vulnerabilidades por transgenerismo. Son opciones de vida válidas que merecen ser respetadas y dignificadas ya sea que superen o no el binarismo de sexo y género, y “entender que, con nuestros deseos, a través de nuestros deseos, podemos establecer nuevas formas de relaciones, nuevas formas de amor, nuevas formas de creación. El sexo no es una fatalidad: es una posibilidad de vida creativa (Foucault, 1984 [1982], párr. 1).

Los cuerpos de las mujeres trans agencian ese entendimiento entre la *transmigración* cultural del cuerpo y el género «natural» atribuido a las mujeres biológicas en su proceso subjetivo para encarnar su identidad psicosocial femenina. Las trans suelen iniciar un complejo proceso de transformación subjetiva corpo-cultural donde se manifiesta el deseo y la inminente necesidad de «ser» y decidir sobre su propia vida. Se expresa, «performa», en los modos de comportamiento cultural del gesto, el vestuario, los roles de género debido al proceso de la *transmigración* subjetiva racional de la identidad que se hace carne en los cuerpos trans. Como lo sostiene Fraisse, “la dificultad del debate acerca del sexo y el género se debe a que permanece prisionero de la problemática de la identidad: la búsqueda o la crítica de la identidad parecen constituir la cuestión fundamental” (2003, p. 45).

En el contexto descrito, en la mayoría de países del mundo se desconocen las necesidades de las mujeres trans y su lucha por la implementación de marcos legales en su favor y en el de las personas de los colectivos LGBTI. Los avances jurídicos legales alcanzados no han logrado equiparar las desigualdades de oportunidades económicas, laborales y políticas entre hombres y mujeres biológicas debido a la construcción de “de un paradigma en el que el hombre y la mujer forman parte de un continuo (*sic*) jerarquizado en el que el primero encarna un mayor grado de perfección” (Mas-Grau, 2014, p. 324).

Por tanto, menos aún, para las personas trans, sobre todo para las mujeres trans debido a que “las condiciones estructurales [...] hacen que algunas personas trans* vivan una vulnerabilidad extrema” (Platero, 2015, p. 14). En este sentido, los movimientos emancipatorios de género y de las sexualidades no heteronormativas deberán resituar el significado del concepto de igualdad en su lucha y agenda política para ir más allá del reconocimiento formal y lograr derechos sustanciales que se materialicen en la vida cotidiana.

1.7 *Stop Trans Pathologization - STP*

En el año 2007 se inició la campaña internacional del movimiento por la despatologización trans con el objetivo que la transexualidad sea eliminada tanto como un «trastorno mental» en el DSM-IV-TR (2000), de la Asociación Psiquiátrica Americana y de la clasificación de «enfermedad mental» en el ICD o CIE-10 (1992-1996), de la Organización Mundial de la Salud. La clasificación psiquiátrica de «trastorno o enfermedad mental» coloca a las personas trans en los márgenes de la deshumanización y uno de sus efectos es la marginalidad social. La lucha por la despatologización trans conlleva la dignificación de su condición humana y el reconocimiento social y político por el derecho a la integridad corporal, a la autodeterminación personal para dejar de estar subordinados al tutelaje biomédico psiquiátrico bajo la noción de «disforia de género» en los sistemas de salud.

Esther Ortega-Arjonillas, Carmen Romero-Bachiller y Rebeca Ibáñez afirman que “las demandas de la Red Internacional por la Despatologización Trans se centran en movilizar un discurso de los derechos humanos que reconozca la autodeterminación de la posición de género como derecho social básico, según recogen los Principios de Yogyakarta” (2014, p. 563).

En este trabajo se ha expuesto de forma amplia la construcción patológica de la transexualidad y las posibilidades de uso de las tecnologías hormonales y quirúrgicas a las que pueden acceder las personas trans si desean cambiar características fisiológicas y morfológicas corporales para transitar hacia un cuerpo acorde a la identidad de género sentido que difiere del sexo y rol de género asignado en el nacimiento. Es por medio de los saberes y los procedimientos psiquiátricos medicalizados desarrollados desde hace más de una centuria que se encarnan efectos tangibles y simbólicos en la vida personal y pública de las personas trans. En 2010 Butler sostiene:

«Ser» una persona transexual o transgénero es solicitar algo de un cierto modo, pedir ser mirado, mirada o miradx y ser tratado, tratada o tratadx como alguien que pertenece a un género particular, pero también con la misma importancia, es reivindicar ser tratado, tratada o tratadx con dignidad y respeto. La situación personal es siempre social, es preciso entrar en relación con aquellos con los que no existen lazos íntimos, y, por lo tanto, dependemos de estos extraños-con-autoridad para poder lograr las condiciones necesarias para vivir y para vivir bien (p. 11).

Hay personas trans que no desean realizar el tránsito corporal medicalizado, que desean mantener corporalidades de género y sexuales más ambiguas. La ambigüedad corporal trans entra en discordancia con la perspectiva de los patrones socioculturales heteronormativos sobre

cuerpo, sexo y género, nociones construidas como si fueran realidades monolíticas encadenadas a una trilogía política corporal cultural. Las subjetividades y los cuerpos diversos de las identidades psicosociales del género de las personas trans narran experiencias similares y disímiles, en tanto, particulares de lo que hoy se reconoce como el fenómeno de las identidades trans y sus flujos contemporáneos. Romero-Bachiller y Platero lo plantean así:

...las experiencias *trans* no son universales. Son de hecho muy diversas. Creo que el símil de la diáspora es útil. Y de hecho esta discusión puede ayudarnos a pensar en otros términos sobre qué sucede con la mirada sobre los cuerpos, los discursos sobre lo erróneo, sobre el lugar al que volver, sobre los efectos vividos de los discursos. Y sobre todo, pensar sobre los lugares de residencia que podemos diseñar con distintos aliados para tejer una red de capital social. (2012, p. 194).

Las personas trans que se rehúsan a utilizar las tecnologías médicas de transformación corporal hormonal y/o quirúrgicas se alejan del binarismo corporal de sexo y género, contradiciendo los cánones sociales que fundamentan la perspectiva médica psiquiátrica sobre la transexualidad.

Precisamente Fernández lo aborda:

La amenaza que las identidades transgénero (quienes rechazan tener que definirse dentro de dos polos reconocidos) constituían para el canon médico fue asimilada a una amenaza directa contra el avance en el logro de los derechos sanitarios transexuales y la respuesta fue apartarlas, por un lado, de las consultas y, por otro, de su representación en la lucha (2010, p. 178).

Un sector del movimiento por la despatologización de la transexualidad, defienden el uso de la hormonización para vivir e identificarse con un cuerpo acorde al género sentido, pero están en desacuerdo con la reasignación sexual. Y, el sector del colectivo transexual que defiende el derecho a la transformación corporal genital también aboga por la eliminación del tutelaje médico psiquiátrico porque “el hecho que la transexualidad se considere una patología mental refuerza la imagen de que las personas transexuales son inferiores y salen de la «normalidad»” (Coll-Planas, 2014, p. 49).

Sin embargo, también hay quienes defienden la etiquetación psiquiátrica de «enfermedad mental» para acceder a los tratamientos médicos quirúrgicos en el sistema de salud pública y/o para obtener el «certificado de disforia de género» que permite cambiar la mención relativa al sexo de las personas en el Registro Civil Español. Según Coll-Planas, “hay que señalar que muchas personas trans creen que la existencia de una etiqueta como «trastorno de género» es una fórmula útil para lograr la cobertura pública del tratamiento hormonal o quirúrgico (*Ibíd.*).

Los diferentes posicionamientos políticos descritos, sean de personas individuales o de los colectivos trans, evidencian intereses personales, políticos, económicos y, a la vez, muestran la

amplia diversidad humana del fenómeno social trans como también las interacciones de gestión empleadas para confrontar leyes y políticas públicas preestablecidas. En el contexto descrito el movimiento despatologizador trans español tomó fuerza y logró incidir en el pensamiento de activistas y del personal médico psiquiátrico local como de otros contextos culturales. Lo ratifica Fernández:

El surgimiento del sector pro-despsiquiatización del Estado español, que desembocó en el nacimiento de la Red Internacional por la Despatologización Trans, ha generado las condiciones para el giro que todavía hoy acontece en la esfera pública: la mayoría de los sectores LGTB que antaño promovían la noción de enfermedad han modificado sus planteamientos y son ahora convencidos defensores de la causa de la despatologización al tiempo que desde los equipos médicos empezamos a escuchar la buena nueva de que no existen indicios sobre los que asentar la clasificación de la transexualidad como una enfermedad (2010, p. 178).

El objetivo primordial del movimiento de STP es eliminar todo vestigio de patologización y, a la vez, modificar el modelo sanitario en el sistema de salud pública por un modelo de cuidados y acompañamiento durante el tránsito subjetivo corporal. “Así, a través de estas movilizaciones se está reclamando otro modelo de intervención, atención y cuidado para garantizar las necesidades sanitarias y sociales de las personas trans en su máxima extensión” (Ortega-Arjonilla *et.al*, 2014, p. 522).

Las movilizaciones anuales de los «Octubre Trans» han logrado captar la atención y una mayor visibilidad de la realidad del fenómeno social trans, han facilitado la sensibilización de la sociedad civil para ejercer presión sobre los actores decisores de las políticas públicas de salud. Por medio de muy diversas actividades que van desde las marchas, cine foros, discusiones académicas, la conformación de grupos de trabajo hasta la información general de la realidad trans, sobre organizaciones y redes de apoyo y otras múltiples actividades políticas y culturales se desplegaron con el propósito de dar a conocer su perspectiva sobre la transexualidad y la psiquiatización para exigir la despalogización trans basados en el respeto a sus derechos humanos y acceder a una ciudadanía cabal:

En el marco de la campaña «Stop Trans Pathologization-2012», impulsada por la Red Internacional de Despatologización Trans, se han multiplicado acciones en toda una plétora de localizaciones a nivel mundial que se concentran en los «Octubres de lucha trans» clamando que «Las identidades trans no son una enfermedad» (eslogan Madrid, Octubre Trans 2010) y reivindicando «El placer y la libertad de ser trans» (eslogan Madrid, Octubre Trans 2011) o afirmando «Nosotrans lo vivimos, nosotrans decidimos» (eslogan Madrid, Octubre Trans 2012). Se trata de unas movilizaciones que surgen con el fin concreto de ejercer presión social para posibilitar la eliminación de cualquier referencia a la transexualidad como enfermedad en los manuales diagnósticos y de promover un cambio en los modelos de cuidado de las personas trans que reconozca la autonomía y los derechos humanos de estas personas (*Ibid.*, pp. 523-524).

La red global STP logró politizar tanto en el espacio público local como satelital internacional con un discurso de derechos para demandar el reconocimiento de su humanidad y confrontar los discursos hegemónicos de la transexualidad en defensa de su integridad subjetiva, autonomía corporal y determinación personal. Intercambiaron conocimientos para incidir en las decisiones de políticas públicas de actores, previamente, considerados los únicos expertos. Lo podemos constatar cuando Ortega-Arjonilla, *et al.*, escribe:

Este desplazamiento de las personas trans de meros «pacientes» a activistas ha marcado en gran medida el debate sobre los cambios diagnósticos en la elaboración del DSM-5. Un debate que en este caso no se ha circunscrito exclusivamente al ámbito de los expertos —los ponentes de los grupos de trabajo, y en todo caso, la asamblea del APA— sino que nos introduce de lleno en una controversia en la que han aparecido nuevos actores y en la que se ha cuestionado algo más que las categorías a nivel discursivo. El cambio en el debate se aprecia desde la propia forma en que se ha realizado la revisión del DSM-5. Se ha mantenido el formato de grupos de trabajo, pero estos han estado publicando sus discusiones y propuestas en la web que el APA ha preparado para el caso (*Ibíd.*, p. 545).

Por tanto, las personas y los colectivos activistas trans crearon espacios de discusión, negociación e injerencia mediante la visibilización de su lucha por la despatologización en el espacio público con “movilizaciones *off line* -manifestaciones y otros actos dentro de los «Octubres de lucha trans»- como de movilizaciones *on line* campañas internacionales [...] permite que un número limitado de personas actuando localmente alcance una enorme capacidad de influencia globalizada” (*Ibíd.*, p. 566).

La red global del movimiento *Stop Trans Pathologization* ha logrado dar voz a miles de personas y a un sin número de colectivos trans que compartieron sus conocimientos para cuestionar el sistema binario de género e incidir en la toma de decisiones concernientes a los procedimientos de salud para personas trans al vincularlos, progresivamente, a un modelo de cuidado y acompañamiento integral. Para eliminar prácticas discriminatorias que impiden el reconocimiento del fenómeno social trans debido a la construcción de categorizaciones biomédicas legales que fueron consideradas inamovibles. Lo enuncia Ortega-Arjonilla *et al.*, así las categorías dejan de aparecer como entidades sólidas y cerradas con la capacidad de producir sujetos como realidades esenciales «previas» que las categorías meramente «descubren» o «nombran» (*Ibíd.*, p. 567).

Como explica Platero la red global *Stop Trans Pathologization* fue más allá del propósito despatologizador y cuestionó los derechos alcanzados porque alojan concepciones patologizantes. A la vez, demandaron la gestión de políticas públicas de paridad y afirmaciones

positivas. Por último, algunos actores rechazaron enérgicamente el logro de los derechos y la ciudadanía narrativa basada en un diagnóstico patológico [...] Una nueva era de jóvenes activistas que hablaban por sus derechos cuestionaba el papel de la decisión del Estado sobre género y sexo; reclamando su "derecho a decidir libremente para modificar sus cuerpos sin impedimentos burocráticos, políticos o económicos, ni ningún otro tipo de coerción médica" (2011, p. 608). Incluyeron la demanda de acciones positivas en el empleo, medidas contra la exclusión social y la discriminación, el asilo, los derechos de las trabajadoras sexuales y la prevención de la violencia hacia las personas trans*²⁵ (*Ibíd.*).

Estas acciones descritas tuvieron varios efectos relevantes. Se produjo conocimiento, se intercambiaron experiencias, se compartieron vivencias tanto en los foros como en los grupos de trabajo. La información recogida fue consensuada, analizada, difundida y subida a la página *web* creada por la APA para este propósito. Siguiendo la línea de pensamiento de Martínez-Guzmán y Montenegro, “las narrativas resultantes son conocimientos producidos desde la vivencia de las identidades transgénero, aportaciones teóricas, con el mismo sentido y legitimidad epistemológica y política que las explicaciones que se dan desde contextos reconocidos científicamente” (2010, p. 229), en su conceptualización los «trans-conocimientos».

La lucha por la despatologización en el sistema de salud público del Estado español ha dado sus frutos. Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Madrid y Catalunya despatologizaron la transexualidad en el sistema de salud público subestatal y renombraron a las Unidades de Trastorno de la Identidad de Género (UTIG), como Unidades de la Identidad de Género (UIG). Actualmente, permiten iniciar el tratamiento y obtener el «certificado de disforia de género» sin someterse al «Test de la vida real». La plataforma STP continúa en su lucha para eliminar todo rastro de patologización trans en las leyes y en las políticas públicas de salud bajo la figura de «incongruencia de género» y, en particular, en la Ley 3/2007 de España. Por la transformación social para generar una cultura libre de discriminación por LGBTI-fobia para construir sociedades que reconozcan sustancialmente sus derechos humanos.

²⁵ Traducción libre del idioma inglés al castellano.

CAPÍTULO 2

La lucha LGBTI por la transformación social y las políticas públicas

*Ser tratado con respeto es ser tratado bien,
lo que significa que se han cumplido ciertas obligaciones éticas.
Lo mismo puede decirse del derecho político al “tratamiento igualitario frente a la ley”
Y, sin embargo, ser “tratado” médica y psicológicamente significa
ser corregido o reajustado con respecto a la norma*

Judith Butler, 2010

Introducción

En este capítulo se describe el marco normativo y legal que ampara a las personas LGBTI en el ámbito internacional y particularmente en España, para dar a conocer los derechos garantizados por el derecho internacional, por el Estado español y por la legislación subestatal de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Se expone los principales hitos que construyeron jurisprudencia y sentaron precedentes, los instrumentos internacionales vigentes y regularizaciones de la Unión Europea que incidieron en la promulgación de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.²⁶

Para describir esta Ley se reseñan los derechos garantizados, el procedimiento para acceder a la rectificación registral de la mención relativa al sexo, los mecanismos disponibles y las instituciones responsables de su aplicación en el sistema de salud pública de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Se revisó el papel de las acciones emprendidas por los movimientos sociales, por activistas vinculados a organizaciones y partidos políticos involucrados en la exigibilidad de derechos LGBTI que lograron normativas y leyes que permitan el acceso a la igualdad formal civil, política, educativa, social sanitaria y económica laboral. En el marco jurídico autonómico se describe la Ley 11/2014 sobre los derechos garantizados y los mecanismos disponibles como las instituciones responsables de su aplicación.

²⁶ Inglaterra, abril 2005, fue el primer país donde entró en vigor una ley que concede el cambio legal del sexo. Ley que contiene requerimientos similares a la ley española tal como el diagnóstico médico de disforia de género.

2. Marco Normativo Internacional y Español

La «Declaración Universal de los Derechos Humanos» en 1948 contempla en su artículo 2: “toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. Ulteriormente, se acordaron otros tratados de derechos humanos que hicieron eco de la larga lucha llevada adelante por las personas LGTBI a nombre individual y posteriormente conformadas en organizaciones con el fin de poder socializar en el género al cual sienten pertenecer sin sufrir discriminación ni violencia.

A raíz de la persecución y masacre de la que fueron objeto homosexuales y travestidos durante la Segunda Guerra Mundial (Tsinonis, 2006), en algunos países europeos como Holanda, Dinamarca, Inglaterra y en Estados Unidos se conformó el «movimiento homófilo» con el objetivo de lograr aceptación social y respetabilidad para los homosexuales. El término homófilo proviene del idioma griego y significa: filia/amor, este término fue utilizado por Karl-Günther Heimsoth en su tesis doctoral, *Hétero y Homofilia*, presentada en 1924.

Las organizaciones conformadas alrededor del movimiento homófilo centraron su activismo político, principalmente, en la publicación de revistas de difusión de conocimientos científicos positivos sobre la homosexualidad con el objeto de demostrar que los homosexuales eran personas normales y fiables. El movimiento fue cauto y no logró mayor incidencia social menos aún política debido a la intolerancia social generalizada y la represión policial ejercida en la mayoría de países. La homosexualidad masculina continuaba tipificada como un delito. El término homófilo cayó en desuso a partir de los disturbios ocurridos en la madrugada del 28 de junio de 1969, debido al acoso policial, en el bar *Stonewall inn* en *Green Village*, Nueva York.

La protesta contra el control policial en *Stonewall* se produjo en el contexto de la denominada «liberación sexual» de los años sesenta protagonizada por los jóvenes estadounidenses de todas las clases sociales. Muchos jóvenes transgredieron las rígidas concepciones racistas que regía su sociedad y apoyaron la lucha por la igualdad racial. Es importante recordar que se había creado la píldora anticonceptiva que controló la fecundidad de las mujeres de sectores medios

y altos para evitar embarazos no deseados. Además, se difundió el uso de los antibióticos para controlar las enfermedades venéreas. Estos dos avances médicos farmacológicos permitieron que se desplegara la llamada «revolución sexual» que resquebrajó algunos roles de género, los usos de las sexualidades y las jóvenes trataban de explorar e intensificar los goces sexuales. La vestimenta también sufrió una sacudida, los jóvenes dejaron de usar ropas almidonadas y la reemplazaron por los jeans, las zapatillas deportivas en un estilo «unisex» que se saltaba por encima de la vestimenta «natural» para cada sexo (Di Segni, 2013, pp. 200-202). Estas transformaciones sociales incidieron directamente en los comportamientos sexuales, en los modos de comprender los roles de género y produjo un nuevo entendimiento de los cuerpos y sus manifestaciones de la mano de la música rock y el uso de las drogas que permitieron distender las rigurosidades sociales corporales preestablecidas según raza, clase, sexo y género.

En el bar *Stonewall inn* el desafío a la autoridad policial por su abusivo control fue, principalmente, por parte de las travestis que se resistieron al arresto. A raíz de este incidente se desencadenó en las calles aledañas un levantamiento violento contra las fuerzas policiales y de protesta contra el rígido control social por condición de sexo y género. En las semanas subsiguientes se adhirieron mucha gente de otros movimientos sociales y organizaciones políticas que luchaban por los derechos civiles de las mujeres, de las minorías raciales en el contexto político y social de la revolución sexual, del movimiento feminista, del anti belicismo y la lucha de un sector significativo de la sociedad por la igualdad civil fueron factores decisivos para transformar la protesta callejera de *Stonewall* en un hito histórico que cohesionó la lucha gay.

Estos acontecimientos marcaron el punto de inflexión política para el surgimiento del movimiento de liberación gay, consolidado en organizaciones tales como el Frente de Liberación Gay o la *Gay Activists Alliance*. Estas organizaciones transformaron su proyecto político de forma radical, ya no lucharon por una mayor aceptación y reconocimiento social, sino que exigirán el respeto a la diferencia, la integración política y la igualdad de derechos.

Al siguiente año los empoderados, activistas estadounidenses decidieron realizar una marcha en conmemoración de la resistencia y protesta política en *Stonewall*. El 28 de junio de 1970 se realizó, en Nueva York, la primera marcha del orgullo gay. Estos activistas de los años setenta reflexionaron acerca de los términos utilizados para la identificación sexual como «homosexual» y por las negativas connotaciones vinculadas a la psiquiatría decidieron

reemplazarlo por «gay», término que literalmente significa alegre y que fue utilizado peyorativamente por los detractores de las prácticas amorosas y placenteras de las personas señaladas como homosexuales.

En consecuencia, la acción política de apropiarse de lo que inicialmente fue el «insulto gay» para auto nombrarse e identificarse como tales, revirtió la injuria para dotarle de contenido político. La decisión política de utilizar el término gay para autonominarse y luchar por el reconocimiento de derechos e igualdad civil se extendió, paulatinamente, alrededor del mundo occidental tanto en el marco del activismo y en el ámbito académico como en la sociedad.

Posteriormente, en 1981 el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos anunció cinco casos de muerte por neumonía, y señaló que los pacientes eran hombres gays sexualmente activos. Con esta conferencia de prensa se marcó el inicio de la denominada «era del sida» y la prensa, de forma irresponsable y prejuiciada exacerbó el estigma homofóbico, tildándola de «la peste rosa», quizá porque uno de los efectos de la infección es la aparición de manchas rosáceas en la piel, y por el vínculo con los cinco primeros casos, publicitados, en varones gay. Aunque, pronto se determinó que era un virus infeccioso presente en otros grupos poblacionales infectados por vía intravenosa. Por lo tanto, cualquier persona era susceptible de infectarse si no conocía los mecanismos de prevención. No obstante, en la memoria social quedó anclada la estigmatización de la comunidad gay como la responsable de la expansión de la pandemia del VIH-Sida en occidente. Javier Sáez lo explica:

...esta pandemia supuso un rebrote de las políticas homófobas, que enseguida identificaron la enfermedad con la homosexualidad, creando por medio de imágenes en los medios de comunicación una identificación del cuerpo homosexual como cuerpo con SIDA [...] Los enfermos de SIDA gay eran “culpables” por sus prácticas, su “promiscuidad”, mientras que otros enfermos como los hemofílicos eran “inocentes” porque su infección se había producido por accidente (2012, p. 203).

Ello supuso que el impacto social para la comunidad gay sea devastador porque impregnó una huella social y personal del VIH-Sida en sus vidas. Nuevamente se consolidó y reafirmó una percepción negativa sobre quienes mantenían prácticas sexuales y amorosas homoeróticas. Cabe anotar que tanto la población gay masculina como las trans fueron de los colectivos más afectados por la pandemia, posiblemente, porque el uso del condón como método anticonceptivo es innecesario.

Para emprender la lucha contra el sida fue necesario politizar la pandemia y las organizaciones gays y de mujeres trans hicieron un esfuerzo conjunto. Colaboraron de forma solidaria con las instituciones públicas de salud para difundir las causas reales de la enfermedad y las posibles vías de infección con el objetivo de prevenir la expansión epidemiológica del virus y tratar de extirpar la discriminación homofóbica vinculada al VIH-Sida.

En el contexto descrito se conformaron diversas organizaciones no gubernamentales de distinto calibre integradas básicamente por gays. Estas organizaciones gestionaron y recibieron fondos estatales y/o de organizaciones internacionales para la prevención del VIH-Sida, y otras enfermedades de transmisión sexual. Por ello, algunos activistas gays y las trans vinculadas al trabajo sexual transformaron la política para emprender una nueva lucha política contra el estigma homofóbico del VIH-Sida. Esta situación permitió que algunas de estas personas accedieran a un trabajo estable que “les ha permitido un significativo desarrollo profesional, un reconocimiento por parte de las autoridades estatales en el ámbito de la salud y la prevención como también alcanzar mejores condiciones de vida personal y laboral” (Camacho-Zambrano, 2009, p. 145). En este escenario, un sector de la comunidad internacional occidental empezó a mirar a las personas y colectivos LGBTI como individuos capaces de realizar aportes valiosos, con obligaciones civiles y por tanto sujetos de derechos en condiciones de igualdad.

A finales de los años ochenta el movimiento social LGBTI llevaba más de una centuria en la lucha por la despenalización de la homosexualidad para paliar el estigma y la discriminación social, laboral, económica y política por LGBTI-fobia y, desde dos décadas atrás, la lucha por la igualdad civil como sujetos de derecho. En este momento histórico la situación de la transexualidad en el territorio europeo fue expuesta y analizada, puntualmente, en 1989. Como señala Coll-Planas:

El Parlamento Europeo adoptó una posición específica con respecto a la transexualidad con la Resolución del 12 de septiembre sobre la discriminación de las personas transexuales, basada en una recomendación previa del Consejo de Europa. Esta resolución insta a los Estados miembros de la UE a establecer la legislación que permita cambiar el nombre y la mención de sexo en los documentos oficiales y que combata la discriminación del colectivo transexual.” (2011, p.24).

Por ende, personas a título personal respaldadas por organizaciones LGBTI utilizaron el mecanismo de interponer demandas jurídicas para equiparar desigualdades y reivindicar derechos por la falta de leyes y políticas públicas que los amparase. Los procesos fueron largos y complejos debido a la existencia de legislación homofóbica y discriminatoria, en la mayoría

de países, por orientación sexual e identidad de género. Cuando consiguieron fallos favorables sentaron jurisprudencia y abrieron la brecha para conseguir cambios normativos y, de forma paulatina lograron consolidar leyes que los ampare.

La primera vez que El Comité de Derechos Humanos de la ONU se pronunció a favor de los derechos LGBTI fue el 31 de marzo de 1994, a raíz de la favorable resolución del caso “Nicholas Toonen contra Australia”. En Tasmania el señor Toonen fue objeto de discriminación debido a su orientación sexual y, por esta razón, presentó en 1991 una denuncia ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU.

El Comité de la ONU falló a su favor y determinó que “las prácticas sexuales consentidas entre adultos y en privado estaban *protegidas por el concepto de vida privada*, contemplado en el «Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos» (PIDCP); instrumento en el cual se establece que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada [...] ni de ataques ilegales a su honra y reputación”; y reconoce que “toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques” (Artículo 17 PIDCP, 1976). Este Pacto manifiesta, además, que las leyes contra la homosexualidad son una flagrante violación de los Derechos Humanos. La declaración a favor de Nicholas Toonen incidió, también, para que Australia derogue los rezagos de las leyes anti sodomitas que regían desde la colonización británica en su territorio.

El 8 de febrero del año 1994 el Parlamento Europeo emitió una resolución que contempla la igualdad de derechos de las personas homosexuales y lesbianas; y pidió a los Estados miembros que suspendan todas las disposiciones jurídicas que criminalizan y discriminan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y se ponga fin al trato desigual que pudiera existir en distintas disposiciones jurídicas y administrativas.

La persistente lucha de las organizaciones LGBTI de los años noventa contra la discriminación por orientación sexual logró la despenalización de la homosexualidad en la mayoría de países europeos y del continente americano. En aquellos países donde las personas LGBTI ya no estaban tipificadas como delincuentes la lucha se volcó a la demanda de los derechos fundamentales y por la igualdad civil.

El 2 de octubre de 1997 los Estados miembros de la Unión Europea firmaron el Tratado de Ámsterdam, ratificado por todos los Estados miembros de la UE, entró en vigor el 1º de mayo de 1999. El objetivo fundamental de la nueva normativa de la Unión Europea fue convertir su territorio en un espacio de libertad, seguridad y justicia común. A la Comisión contra la discriminación por razón de sexo y orientación sexual se le amplió su potestad para combatir prácticas discriminatorias en el empleo independientemente de religión, edad, discapacidad y orientación sexual para compensar las vulnerabilidades y desigualdades se planteó la implementación de acciones afirmativas, especialmente, en el área laboral en las normativas de los Estados miembros.

En el año 2000 el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión de la Unión Europea proclamó solemnemente la «Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea», en la cual se establece que "la Unión está fundada sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad". En su artículo 21, prohíbe de forma explícita todo tipo de discriminación y en particular la ejercida por razón de sexo [...] pertenencia a una minoría de orientación sexual (UE, 2000, p. 13). A partir de allí, la Unión Europea ha consolidado un nutrido cuerpo de normas y resoluciones para garantizar la libre manifestación de la orientación sexual y de la identidad de género libre de discriminación.

En el año 2001 Holanda legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo, le siguieron Bélgica en 2003, Canadá y España en el 2005, Sudáfrica en 2006. Hasta la actualidad son 23 países que reconocen los matrimonios del mismo sexo. En Estados Unidos la Corte del Tribunal Supremo legalizó el matrimonio igualitario en el año 2015. Legalizar el matrimonio civil para personas del mismo sexo implica reconocer el derecho a la herencia del cónyuge, a las prestaciones sanitarias, a la adopción legal y/o la posibilidad del reconocimiento legal de un hijo que hubiese sido procreado o engendrado por su pareja. Además, en el siglo XXI se ha utilizado la técnica de gestación subrogada²⁷ para parejas del mismo sexo.

En la mayoría de países del mundo continúa la lucha judicial y política por el derecho al matrimonio civil entre personas del mismo sexo para acceder a los mismos derechos que amparan a los matrimonios heterosexuales, tales como la herencia, la adopción, la reunificación

²⁷ Es la posibilidad de tener un hijo biológico para una pareja del mismo sexo, sea engendrado in vitro, en el útero de su pareja o de una mujer ajena a la pareja. La pareja que utiliza este medio biotecnológico será reconocida en el certificado de nacimiento original como padres o madres legales de la niña o el niño.

familiar, beneficios de seguros de salud y de vida entre otros derechos que sin el matrimonio igualitario tácitamente se niega a las parejas del mismo sexo y se vulneran derechos humanos. Para conseguir la igualdad sustantiva de derechos los activistas del movimiento LGBTI presionan a los Estados con acciones políticas como marchas, debates, diálogos y demandas que cuentan con la adhesión de organizaciones internacionales de derechos humanos, de mujeres y de un sector significativo del movimiento feminista.

La resolución del Parlamento Europeo de 18 de enero de 2006 vuelve a abordar la situación de la homofobia. Se destaca por su firme oposición a toda discriminación basada en la orientación sexual.

...insta a los Estados miembros y a la Comisión a intensificar la lucha contra la homofobia mediante métodos educativos -tales como las campañas contra la homofobia en los centros escolares, en las universidades y en los medios de comunicación-, así como utilizando medios administrativos, judiciales y legislativos [...] pide a los Estados miembros interesados que reconozcan finalmente a los homosexuales como objetivo y víctimas del régimen nazi (Apartado 4 del artículo 103 de su Reglamento, Letra I, Numeral 5 y 13).

Además, en el 2006 se realizó en Yogyakarta, Indonesia una reunión de especialistas en derecho internacional, para desarrollar una aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos que aborde las cuestiones de orientación sexual e identidad de género con el objetivo de proteger la igualdad y los derechos de las personas LGBTI, de forma específica. El resultado de la reunión fue la elaboración y proclamación de los «Principios de Yogyakarta»²⁸, es el primer documento de Derechos Humanos que contiene principios internacionales fundamentales LGBTI con la finalidad de que los Estados, si aún no lo hubiesen hecho, consagren en sus constituciones nacionales o en otra legislación relevante los principios de igualdad y de no discriminación por orientación sexual e identidad de género. La elaboración de estos Principios fue una decisión política que, implícitamente, dignificó a las personas de los colectivos LGBTI restituyéndoles su humanidad.

Entre los principios se incluye la ratificación de los estándares legales que deberían aplicar los gobiernos y otros actores sociales y políticos con la finalidad de detener la violencia, el abuso y la discriminación contra las personas LGBTI. Se busca asegurar una igualdad plena, un trato

²⁸ Estos «Principios» no son vinculantes porque no están suscritos por los países. Contienen veintinueve (29) principios, y recomendaciones adicionales para que las Naciones Unidas y los Estados garanticen los derechos humanos de las personas de los colectivos LGTBI.

justo y digno a este grupo poblacional en los países suscriptores de la «Declaración Universal de los Derechos Humanos».

2.1 Homofobia de Estado e ilegalidad de la homo-transexualidad

A pesar de los avances legales, los derechos consagrados en instrumentos internacionales, normativas nacionales las organizaciones LGBTI continúan en su lucha por la despenalización de la homosexualidad en todo el mundo. En el año 2008 la homosexualidad, aún era ilegal en 88 países y era castigada con la pena de muerte²⁹ en siete países (ILGA, 2008, p. 45). Ante esta situación, Francia con el respaldo de la UE, el 18 de diciembre de 2008, propuso a la Asamblea General de las Naciones Unidas que se emitiera una resolución en contra de la violencia y discriminación por orientación sexual e identidad de género; pero no obtuvo el quórum suficiente, debido a la férrea oposición del Vaticano, China, Rusia y los países árabes y fue el representante sirio quien leyó una declaración para mantener la penalización de la homosexualidad, firmada por 57 países.

Ante la imposibilidad de emitir una resolución favorable, Francia y los países que apoyaron la eliminación de la violencia por orientación sexual e identidad de género y por la despenalización de la homosexualidad, tanto la Unión Europea como la mayoría de los países occidentales propusieron cambiar el formato y plantearon a la ONU que hiciera una Declaración que condene la violencia, la discriminación, el acoso, la exclusión, estigmatización y el prejuicio por orientación sexual y por identidad de género. Esta declaración se mantiene abierta, desde el 2008 ha sido firmada por 96 de los 193 países miembros de las Naciones Unidas. Vale destacar que de forma inmediata firmaron todos los países de la UE y casi todos los países occidentales a excepción de Estados Unidos que la apoyó posteriormente.

Es pertinente destacar la «Recomendación CM/Rec» (2010), del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre medidas para combatir la discriminación basada en la orientación sexual o la identidad de género adoptada el 31 de marzo de 2010. Todas estas normas y resoluciones establecen un marco normativo en el que se solicita a los Estados el reconocimiento de la libre manifestación de la identidad y expresión de género, la

²⁹ Hasta el año 2014 en Mauritania, Sudan, Yemen, Arabia Saudita, Irán pero en Nigeria y Somalia las penas varían por región (BBC Mundo: 24 de febrero de 2014).

prohibición de toda discriminación por dicha causa, el apoyo médico a las personas trans y el establecimiento de procesos legales claros y transparentes que hagan posible y efectivo dicho derecho.

En el año 2011 se adopta la Resolución 17/19 del Consejo de Derechos Humanos de la ONU con el título: «Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género». En ella se expresa la “grave preocupación por la violencia y discriminación que se cometen contra personas por su orientación sexual e identidad de género” (ONU, 2012, p. 5). Su relevancia radica en que fue la primera resolución de las Naciones Unidas que versa de forma expresa sobre la igualdad, la no discriminación y la protección de los derechos de todas las personas cualquiera sea su orientación sexual, identidad y expresión de género, con objeto de condenar cualquier acto de violencia o discriminación, mandato que deben cumplirlo todos los países suscriptores de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La aprobación de esta resolución fue un hito histórico que permitió avanzar en la lucha contra la LGTBI-fobia, y abrió el camino a la elaboración del primer informe oficial de las Naciones Unidas sobre este tema, preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Se le denominó: «Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género». Estos dos precedentes dieron paso al reciente informe: «Nacidos libres e iguales: Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos», resume sus recomendaciones en cinco pasos:

1. *Proteger* a las personas contra la violencia homofóbica y transfóbica. Incluir la orientación sexual y la identidad de género como características protegidas en las leyes
2. *Prevenir* la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes contra las personas LGBT que estén detenidas, investigar todos los actos de maltrato cometidos por agentes estatales y hacer comparecer ante la justicia a los responsables
3. *Derogar* las leyes que tipifican penalmente la homosexualidad [...] Asegurar que no se arreste ni detenga a las personas sobre la base de su orientación sexual o identidad de género.
4. *Prohibir* la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. [...] en el acceso a los servicios básicos, incluso en el contexto del empleo y de la atención de la salud. Ofrecer educación y capacitación para prevenir la discriminación y la estigmatización de las personas LGBT e intersexuales.
5. *Salvaguardar* la libertad de expresión, de asociación y de reunión pacífica de las personas LGBT e intersexuales” (ONU, 2012, p. 11).

En el ámbito de la UE son relevantes las resoluciones del Parlamento Europeo por la lucha contra la homofobia en Europa. En la resolución de 24 de mayo de 2012, expone la situación de homofobia que continúa expresándose en los Estados miembros por parte grupos

homófobos, hechos que limitan la libertad de expresión en razón de ideas erróneas sobre la homosexualidad y la transexualidad. La Comisión decide revisar el marco sobre racismo y xenofobia para incluir los delitos de odio por orientación sexual, identidad de género o expresión de género.

En la resolución del 24 de junio de 2013 el Consejo de la Unión Europea estableció las directrices para promover y proteger el ejercicio pleno de todos los derechos humanos de la población LGBTI en su territorio. Sin embargo, 21 países europeos, como Finlandia, Dinamarca y Francia, contemplaban en sus normativas nacionales el requerimiento de esterilización para reconocer la identidad transexual. Como veremos más adelante, cabe destacar que el reconocimiento de la Ley 3/2007 es un caso emblemático porque no exige ni la reasignación sexual y menos aún la esterilización, aunque, institucionaliza la patologización de la transexualidad.

España firmó la «Declaración de los Derechos Humanos» (1948). Ha ratificado y creado legislación local vinculada con todas las resoluciones emitidas por el Parlamento Europeo en favor de la población LGBTI. Asimismo, el 18 de diciembre de 2008 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, firmó y ratificó la «Declaración de la ONU» sobre orientación sexual e identidad de género. Al ratificar esta declaración, España condena la violencia, el acoso, la discriminación, la exclusión, la estigmatización y el prejuicio con base en la identidad de género y la orientación sexual.

Además, esta «Declaración de la ONU» (2008), menciona, específicamente, la condena de la tortura, asesinatos y ejecuciones, arrestos arbitrarios y la privación de los derechos económicos, sociales y culturales por orientación sexual e identidad de género no heteronormativas. Así, este hito histórico, a nivel declarativo, logró romper el mutismo y avanzar en materia de derechos humanos. Esta fue la primera vez que la Organización de las Naciones Unidas se manifestó y posicionó en favor de los derechos de las personas de los colectivos LGBTI.

2.2 Contexto Español y normativa nacional

En España el criterio sobre la homosexualidad está influido, significativamente, por los preceptos moralistas de la ideología judeo-cristiana. La ideología católica cristiana en su libro

sagrado, la biblia, condena las relaciones homosexuales como «graves depravaciones» (cf. *Rm* 1, 24-27; *1 Cor* 6, 10; *1 Tim* 1, 10). Asimismo, la ideología cristiana estableció que el acto sexual heterosexual sólo debe tener el objetivo de la procreación y, la intimidad homosexual se juzga como contradictoria a la ley de dios aludiendo a la complementariedad natural entre «varón y hembra» (*Gn* 1, 27), con el mandato divino: «Sed fecundos y multiplicaos» (*Gn* 1, 28). Según las enseñanzas de catequesis se considera que las relaciones homosexuales «cierran el acto sexual al don de la vida. No proceden de una verdadera complementariedad afectiva y sexual. No pueden recibir aprobación en ningún caso» (Congregación para la Doctrina de la Fe, 2003, párr. 4, 6, 8).

Al acto sexual con penetración anal se lo calificó como sodomía, esta categoría está vinculada al relato bíblico de la destrucción de la ciudad de «Sodoma y Gomorra», la catalogación aloja la traición a la «ley natural del mandato divino» y, por ende, al Estado según la ideología católica cristiana. Por ello, la institución católica de la «Santa Inquisición» castigó con crueldad a los varones acusados de sodomía.

...durante más de trescientos años la cultura europea siguió siendo rigurosamente binarista, y, por lo tanto, transhomófoba. La realidad no-binaria, al ser filtrada por una ideología binarista, podía ser conceptualizada solo dentro de esquemas de pecado (sodomía), entendida como «contra natura» es decir, contra aquella forma de sociedad dominadora” (Pérez, 2010, p. 100).

En el contexto de la «Ilustración» europea, se empezó a valorar las libertades individuales. A finales del siglo XIX el pensamiento de la modernidad europea occidental basado en la razón irrumpió en la sociedad española. Ésta, se vio envuelta en una convulsión de transformaciones, principalmente, de orden económico laboral y social que afectó las políticas de género y de la sexualidad. Vásquez y Cleminson lo describen:

El feminismo, los nuevos roles de las mujeres, una pujante subcultura homosexual y las nuevas estructuras económicas anunciadas por la modernidad, dejarían sentir su efecto sobre los papeles de género en España de finales del siglo XIX y comienzos del XX [...] Surgió entonces todo un conjunto de preocupaciones [...] la prevención de las enfermedades venéreas, el análisis más detallado de la conducta sexual, [...] el aumento de las mujeres que trabajaban fuera del espacio doméstico y, en algunos casos, la evitación del matrimonio. En la década de 1920, el proceso parecía que había alcanzado un ímpetu que propiciaba la disidencia sexual, la ruptura de los límites de los sexos y el trastocamiento de un mundo hasta entonces estrictamente escindido en géneros [...] la apertura a la ambigüedad, la androginia y la homosexualidad afrontada como una empresa política o de signo estético (2011 [2009], p. 153-154).

En este contexto histórico cultural en el año de 1822 se eliminó la sodomía del Código Penal de España. En el ámbito del poder político estatal la España del siglo XX estuvo marcada por la caída de la monarquía y en la década de los treinta se instauró un corto período republicano,

la segunda República. Seguido de un momento histórico convulsivo debido a la insurgencia militar comandada por el General Franco en 1936, hecho que desencadenó la Guerra Civil española (1936-1939). Ésta finalizó con la imposición definitiva de la dictadura militar que produjo un retroceso en todos los avances de emancipación logrados debido al empoderamiento de las mujeres obreras, trabajadoras, de las damas cultas de la sociedad burguesa y del naciente movimiento feminista. Lo evidencian Vázquez y Cleminson:

Episodios como la emergencia de la «nueva mujer», el despegue del movimiento feminista, el protagonismo político de las damas o la visibilidad y presencia del homosexualismo en el discurso público, fueron considerados como signos de degeneración alcanzada en el período republicano (*Ibid.*, p. 195)

El nuevo Régimen fascista dictatorial establecerá una alianza indisoluble con la cúpula religiosa eclesiástica católica. A quienes otorgará la labor, conjunta, de restaurar el orden social con base a una estricta educación de preceptos católicos que cohesionen a la familia patriarcal prolija para «purificar» a la sociedad de la decadencia republicana. Retomando a Vázquez y Cleminson:

En este punto, como en tantos otros, se producía una amplia consonancia entre las autoridades religiosas del Régimen y los poderes civiles. La finalidad procreativa del matrimonio era tanto uno de los bienes asociados por la Iglesia Católica a este sacramento como un objetivo del Estado surgido de la Guerra Civil. De acuerdo con las doctrinas pronatalistas prevalecientes de la Italia fascista y en la Alemania nazi, el poderío de una nación estaba en función de la cantidad y calidad biológica de su población (*Ibid.*).

El autoritarismo impuesto, desde 1939, por la dictadura franquista se ensañó cruelmente con la población homosexual. “La vida de los homosexuales no fue nada fácil bajo la dictadura franquista (1939-1975). Las condiciones de represión sobre la sexualidad homosexual crean entonces situaciones de tensión y dramatismo” (Guasch, 1995 [1991], p. 58). Durante el período franquista la psiquiatría se ajusta estrictamente a los tratamientos medicalizados y a las terapias predominantemente biológicas (trepanaciones, leucotomías, lobotomías, electroshocks y electroterapia) y propicia el encierro manicomial (Vázquez y Moreno, 1997, p. 174). El encierro de familiares homosexuales fue un mecanismo perverso para tapar una realidad social latente que permitía subsanar la vergüenza familiar.

La *Ley de Vagos y Maleantes*, promulgada en 1933, se modificó en 1954 para incluir a los homosexuales. Este cambio acentuó el hostigamiento y represión de los homosexuales, travestidos que se expresó en un desmedido control policial y social de denuncia de quien

pudiera ser un «maleante» de ese tipo. Esta política de Estado instauró el temor y el arresto sistemático de homosexuales y travestís, y se la conoció como la persecución de los «violetas».

Durante el régimen franquista en España aumentó la discriminación y la persecución de los homosexuales por considerarlos peligrosos y de escasa moral. Así lo demuestran los términos peyorativos utilizados para referirse a ellos: *invertidos, violetas, degenerados, personas con instinto retorcido, sujetos inmorales, enfermos o desviados*. También se entendió como un pecado, dada la estrecha relación entre la Iglesia Católica y el Régimen, quienes transmitieron esta concepción situando a la familia tradicional como el único ideal (García y Molina, 2016, párr. 2).

En 1970 la *Ley de Vagos y Maleantes* fue sustituida por la *Ley de peligrosidad y rehabilitación social*, para legalizar la detención de homosexuales, travestís debido a su orientación sexual. La Ley incluía penas de hasta cinco años en la cárcel y, se adhirió al internamiento de los homosexuales con el propósito de tratar de curarlos (García y Molina, 2016, párr. 4). En el ámbito político estatal y social español creían que “las causas de la homosexualidad del maricón se asocian a circunstancias y situaciones concretas donde hay dosis de *vicio y corrupción*” (Guasch, 1995 [1991], p. 58).

El dictador Francisco Franco se mantendrá en el poder hasta su muerte en noviembre de 1975. Luego de casi cuatro décadas de un régimen represivo y autoritario España retornará a la democracia y, a la vez, a la Monarquía Borbónica. Se inicia el proceso de transición democrática que implicó transformaciones sociales, legales y políticas que afectaron todos los ámbitos de la vida cotidiana y jurídica en España. Además, es un país constituido por cuatro nacionalidades, diferenciadas, que reclamaron mayor autonomía política, reconocimiento y respeto a sus diferencias culturales.

En el proceso de la transición a la democracia se formaron organizaciones de gays, lesbianas, travestidos y travestís en demanda de sus derechos. En el año 1978 fue derogada la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*. Y, por primera vez en España se realizó el día del “orgullo gay-lésbico-trans, que ese año se celebró el día 25 de junio, domingo, lo que estableció una nítida vinculación entre el control de la sociedad por las clases dominantes y la violencia policial contra la población marginada, particularmente los inconformistas de género” (Mejía, 2006, p. 43).

El 15 de julio de 1980 se legalizó la homosexualidad, este importante avance en materia de igualdad ciudadana, por orientación sexual, permitió la visibilización de las personas afectadas

y una mayor autonomía para la expresión pública de otras formas de vivir los deseos, el género y la sexualidad que por décadas estuvieron reprimidas, ocultadas y silenciadas.

A principios de los años ochenta se inicia la visibilización gradual de las sexualidades y las identidades de género periféricas al sistema heteronormativo. Las personas trans, gays y lesbianas reafirmaron su existencia y presencia en la esfera pública en demanda de derechos y reivindicaciones. En este contexto histórico político la transexualidad empieza a entrar en la agenda política española. Las personas transexuales se organizaron y conformaron asociaciones en demanda de reivindicaciones legales, sociales y por el reconocimiento de derechos.

Simultáneamente, se manifiesta en el ámbito público e institucional el profundo deseo de algunas mujeres transexuales de transformar sus cuerpos y documentos de identificación respaldados por una legislación que permitiera esta posibilidad. Es así que imponen demandas judiciales para cambiar su nombre y sexo en el Registro Civil. Cabe indicar que las resoluciones judiciales favorables exigen que primero se haga la transformación genital por medio de la cirugía de reasignación sexual.

De este modo, la transexualidad y las cirugías de cambio de sexo se legalizaron en España. Ello ayudó a visibilizar la existencia de la identidad del género sentido, los procesos de hormonización automedicados y la tecnología médica quirúrgica para realizar las operaciones de reasignación sexual se desarrollarán en el contexto de la legalidad a inicios de los años ochenta en el territorio español. “La formación, a mediados de esa década, del primer colectivo de transexuales -*Transexualia*-, y las acciones emprendidas para hacer visible la transexualidad [...] las operaciones de cambio de sexo, hasta entonces prohibidas en nuestra legislación, se despenalizarán en 1983” (Garaizabal, 1998, p. 60).

Como se ha indicado, España desarrolló normativas reivindicativas que reconocen como sujetos de derecho a las personas LGBTI. Aunque, la protección legal fue más declarativa que sustancial, sirvió para que las personas LGBTI se sintieran menos vulnerables en el espacio público. Las personas LGBTI dejaron de estar catalogadas como delincuentes, hecho que condujo a que “las transexuales perdieran el temor a ser detenidas” (Mejía, 2006, p. 30). Y, abrió la brecha legal para presentar denuncias y demandas por acciones discriminatorias o

violencia homo-transfóbicas que permitieron avanzar de forma gradual en la lucha por los derechos fundamentales y civiles.

Precisamente, el día 2 de julio de 1987 el Tribunal Supremo dictó una sentencia en la que concedió el cambio del sexo y el nombre a una transexual, recurriendo a la técnica jurídica de la ficción. La sentencia argumentó que el transexual es una «ficción de hembra» (*sic*) porque el varón reasignado geníticamente, con caracteres corporales y psíquicas femeninas debe ser protegida por el Derecho. Por tanto, puede cambiar el sexo y el nombre de pila en el Registro Civil pero la modificación registral no permitirá realizar determinados actos o negocios jurídicos. La sentencia del 15 de julio de 1988 consideró «el libre desarrollo de la personalidad» recogida en la Constitución española y la sentencia del 3 de marzo de 1989, también recurre al desarrollo de la personalidad y proclama la supremacía del sexo psicológico sobre el cromosómico (Mejía, 2006, pp. 31-32).

Los avances y logros legales LGBTI en España han sido, mayoritariamente, iniciativas legislativas basadas en algunos casos que crearon jurisprudencia y que han permitido consolidar leyes que dan sostenibilidad a la nueva visión social democrata que, paulatinamente, reconoce la igualdad de derechos de las personas de los colectivos LGBTI.

Conforme el estudio jurídico de ILGA 2015, (pp. 30-46), España estableció en el año 1979 la misma edad (16 años), de consentimiento para los diferentes actos sexuales. En el año 1996 se prohibió la discriminación en el empleo y la incitación al odio basada en orientación sexual. En el año 1998 se reconoció el mismo rango constitucional a las personas de los colectivos LGBTI. Además, se promulgó la protección legal de la pareja, en tanto, permitió el acceso igualitario a la unión civil.

En el año 2005 el Congreso Español aprobó la Ley 13/2005, que estableció el matrimonio entre personas del mismo sexo. España fue el cuarto país del mundo en hacerlo y, en su momento, el único en el que los matrimonios unisexuales podían adoptar hijos en el país o en el extranjero (Mejía, 2006, p. 43). En consecuencia, se legaliza la adopción homoparental que, a su vez, establece la legalidad de la familia con dos padres o dos madres del mismo sexo o con la misma identidad de género y diferentes sexos. En el año 2006 se gestionó y promulgó la Ley 14/2006 que permite acceder al derecho de técnicas de reproducción asistida.

En la actualidad, incluso, las personas abiertamente LGBTI tienen derecho a realizar el servicio militar o a la donación de sangre, ambas cosas previamente denegadas. Estos avances legales y normativos han permitido una mayor visibilidad de las personas lesbianas, gays, bisexuales, pero las personas trans e intersexuales tienen mayor dificultad para el ejercicio de los derechos establecidos por su identidad de género que difiere del sexo biológico adscrito en el nacimiento.

El Parlamento Español aprobó la Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, también conocida como «ley de identidad de género». Mediante el reconocimiento de derechos España ha desarrollado de forma sostenida una legislación de políticas de igualdad muy progresista en favor de los colectivos LGBTI, pero esta legislación no ha sido transversalizada con la perspectiva feminista de la igualdad de género ni con un enfoque interseccional que tome en cuenta otros ejes discriminatorios como son: la clase, raza, edad, nacionalidad, procedencia.

2.3 Ley 3/2007

Los antecedentes legislativos de la «Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas», fue una propuesta realizada durante el gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), presidido por José Luis Rodríguez Zapatero. Especialmente importante fue la figura de Carla Antonelli³⁰ quien fuera la responsable del área de transexuales. La Ley fue aprobada³¹ por unanimidad en el Senado (Cámara Alta) y ratificada por el Congreso de los Diputados (Cámara Baja) con los votos de todos los partidos, excepto por los integrantes del Partido Popular (PP) y por tres diputados de *Unió Democràtica de Catalunya* que se abstuvieron.

La promulgación de la Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, fue aprobada por el Parlamento Español el día 15 de marzo de 2007, ratificada por el Congreso de los Diputados el 1 de marzo de 2007, y publicada el 16 de marzo en el Boletín Oficial Español (BOE núm. 65, 2007, p. 11252).

³⁰ Ver: *Observatori Contra l'Homofobia* (2014). "El estado de la homofobia en Catalunya 2014".

³¹ Anexo N° 2 "Entra en vigor la Ley de Identidad de Género. A partir de hoy, las personas transexuales pueden cambiar el nombre y sexo en DNI sin necesidad de operarse" en *El País*, 2007.

Esta Ley viabiliza el cambio registral de la mención relativa al sexo de las personas trans en todos los documentos de registro. Sin necesidad de la sentencia de un juez ni de la reasignación sexual como fuese exigido, previamente, en el ordenamiento jurídico con la doctrina establecida por el Tribunal Supremo con base al art. 1.6 del código civil. La ley debe ser obligatoriamente obedecida. La Ley 3/2007 concretizó el mandato constitucional que asegura la igualdad de todas las personas y prohíbe la discriminación, en tanto, reconoce y garantiza el derecho a la formación de la personalidad y el sexo psicosocial sentido de la identidad trans.

El nuevo marco normativo dota a España con una legislación LGBTI específica que ampara a las personas trans y proporciona seguridad jurídica a su identidad psicosocial al establecer la posibilidad de corregir la asignación registral de su sexo en el Registro Civil Español. Proceso legal que evitará que las personas trans ostenten un nombre propio discordante con el sexo que sienten (Lloveras-Ferrer, 2008, p. 4). Mediante este cuerpo legal se garantiza el derecho al cambio de la mención relativa al sexo, del nombre propio acorde al género psicosocial sentido y ya no exige la reasignación sexual, aunque posibilita que este servicio se implemente en el sistema de salud público a nivel subestatal.

2.3.1 Principales mecanismos de aplicación y procedimientos

La Ley 3/2007 está compuesta por tres secciones: i) un Preámbulo en el que se exponen los motivos que justifican su emisión y la reforma del artículo 54 de la Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957; ii) el articulado compuesto por 10 artículos: 1. Legitimación, 2. Procedimiento, 3. Autoridad competente, 3. Requisitos para acordar la rectificación, 5. Efectos, 6. Notificación del cambio registral de sexo, 7. Publicidad; y, iii) las disposiciones, tanto finales y adicionales, como transitorias. En el Artículo 1. Legitimación, versa: “Toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello, podrá solicitar la rectificación de la mención registral del sexo. La rectificación conllevará el cambio del nombre propio de la persona, a efectos de que no resulte discordante con su sexo registral” (BOE núm. 65, 2007, pp. 11251-11252).

Si bien este artículo resume el derecho garantizado, quizás el cambio más relevante se encuentra en los procedimientos, en tanto, se deja de exigir el cambio transexualizador de reconstrucción genital. Por tanto, para acceder al derecho de cambio de registro del sexo no es imprescindible que la persona solicitante se haya sometido a una cirugía de reasignación

sexual. En el Artículo 4 se estipula las condiciones y/o requerimientos para ejercer el derecho a la rectificación del sexo. Cito parte del mencionado artículo:

La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite: a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género [...] mediante informe médico o psicológico clínico, colegiados en España [...] y que deberá hacer referencia: 1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia. [...] b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado (BOE-A-2007-5585).

La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o en su defecto mediante el informe de un médico forense. 2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que haya incluido cirugía de reasignación sexual. El efecto de esta ley permitirá a la persona ejercer todos los derechos inherentes a su nueva condición como a las obligaciones jurídicas establecidas con anterioridad al cambio registral (BOE núm. 65, 2007, p. 11252).

La Ley 3/2007 se ciñe exclusivamente a los requisitos necesarios para cambiar la inscripción de sexo y nombre en el Registro Civil Español. El avance legal garantizado en la nueva ley es la posibilidad de mantener los genitales de nacimiento que difieren del sexo legal que ostentará la persona trans en el Registro Civil, sin proceso judicial ni sentencia alguna.

Sin embargo, la Ley 3/2007 patologiza la transexualidad y no contempla derechos laborales, educativos, legales, sociales ni sanitarios. Aunque, nueve Comunidades Autónomas han implementado en su sistema de salud público el «Tratamiento de la Identidad de Género». Sin embargo, no todas las personas transexuales españolas acuden a las UTIG para obtener el «certificado de disforia de género» para presentar en el Registro Civil o para someterse al proceso transexualizador medicalizado ni llegan a la fase de extirpación/reconstrucción morfológica genital para adecuar su cuerpo al género sentido.

2.3.2 Relevancia y limitaciones

La Ley 3/2007 fue un hito político histórico que permitió desvincular el ejercicio de derechos civiles vinculados al registro de las cirugías genitales de reasignación sexual. Esta ley sirvió de modelo para la elaboración de leyes de cambio de género y/o sexo en otros países.

Promulgadas en países como Nepal (2007), Pakistán (2009), Uruguay (2009), Portugal (2011), Argentina (2012), Bangladesh (2013), Irlanda (2015), Colombia (2015), Malta (2015), ciudad de México (2015). Estas leyes internas varían en su alcance de igualdad de derechos, unas pocas eliminan cualquier vestigio de patologización como en Uruguay, Malta y en Portugal con la reforma realizada en el año 2015 (ILGA: Carroll, A. & Itaborahy, L.P., 2015).

En la actualidad existen alrededor de 21 países que contemplan leyes o normativas que permiten cierto grado de reconocimiento a la identidad de género psicosocial. Han eliminado barreras jurídicas específicas para dar paso al reconocimiento legal del género sentido. En algunos casos se pueden acoger a un tercer género como en Nepal, y Pakistán, pero no se permite se cambie la asignación del sexo biológico. El cambio de la designación hombre/mujer no se puede cambiar o la ley lo permite si, hubo reasignación sexual o exige cumplir con otras condiciones patologizantes como la evaluación psiquiátrica, la esterilización o esperar el divorcio si contrajo matrimonio con su identidad previa (ILGA: Carroll, A. & Itaborahy, L.P., 2015).

Por ello, a raíz de la promulgación de leyes sobre la identidad de género trans y la especificación del sexo y/o género en países como Australia y Nueva Zelanda se reformó su legislación para que en los documentos de registro sea opcional la marca de género. En Los Países Bajos, Holanda, se debate si debe constar alguna mención respecto al sexo y el género en los documentos de identidad. Las leyes desarrolladas se basan en los «Principios de Yogyakarta»³² que reconocen el derecho a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, a la expresión de género sentido, a la libre determinación y a la dignidad humana como principios básicos que deben ser respetados (ILGA: Carroll, A. & Itaborahy, L.P., 2015).

Los países que promulgaron leyes que amparan la identidad de género se basaron en la Ley 3/2007 del Estado español. Ésta, constituyó un hito relevante que repercutió alrededor de veintiún países, principalmente, de Europa y Latinoamérica. La Ley 3/2007 fue la primera en promulgarse en el mundo. Por ello, tiene limitaciones en detrimento del reconocimiento de los derechos humanos y de ciudadanía de las personas trans. Al respecto, Ortega-Arjonilla *et al* expresa:

³² Estos Principios se construyeron en 2006 basados en la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.

La Ley 3/2007 de 15 de marzo, en el Estado español -requieren de un diagnóstico y tránsito médico para alcanzar el reconocimiento- en el caso del Estado español esto implica un diagnóstico de trastorno de identidad de género (según el DSM IV-R) y dos años de tratamiento. En ese sentido, los profesionales de la salud acaban ostentando la potestad de garantizar o excluir del completo ejercicio de la ciudadanía por cuanto la no correspondencia entre los documentos legales y el aspecto se convierten, en ocasiones, en enormemente limitantes de cara a ejercer los derechos de ciudadanía, además de favorecer situaciones de abuso y discriminación efecto de la transfobia (2014, pp. 562-563).

La limitación de la Ley para ejecutar el derecho al cambio de la mención relativa al sexo en el Registro Civil, exige presentar el «certificado de disforia de género», emitido por un profesional colegiado en España, requerimiento que obliga a la evaluación psiquiátrica y a someterse al «Tratamiento de la Identidad de Género», “de esta forma, el Estado da carta de legitimidad a la patologización” (Coll-Planas, 2010, p. 17). Por lo tanto, la Ley institucionaliza la patologización y medicalización de las personas trans, desconociendo su autodeterminación, el derecho a la libre formación de la personalidad y, a la vez, condiciona sus vidas bajo la tutoría del personal médico psiquiátrico del sistema de salud público o privado. De acuerdo con González-Polledo

Una de las paradojas principales de la relación entre la identidad transexual y el uso de los tratamientos reside en que, mientras que para muchas personas el uso de la medicina es una elección para cambiar de género, existen muchos condicionamientos (sobre todo a nivel social y legal) que restringen los derechos civiles asociados a la identidad de género, al uso de tratamientos, tales como los requisitos de las leyes que dan reconocimiento civil a las personas transexuales o los derechos de ciudadanía asociados al género. Además, la elección de la identidad de género no es únicamente física; el género está condicionado por determinantes sociales, simbólicos, lingüísticos, económicos y políticos, y esta complejidad se pone de manifiesto en la tarea arbitral de la medicina (2010, p. 70).

Además, la Ley 3/2007 no está incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), la prestación integral del «Tratamiento de la Identidad de Género» se ha implementado en las UTIG de cinco Comunidades Autónomas: Andalucía (1999), en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga; Cataluña (2005), en el *Hospital Clínic*³³; Madrid (2007), en los hospitales Ramón y Cajal y La Paz; Euskadi (2009), en el Hospital Universitario Cruces de Bilbao; Valencia (2009), en el Hospital Universitario Doctor Peset, es el centro de referencia para las operaciones quirúrgicas pero no realiza las cirugías de reasignación genital. Por tanto, sólo nueve Comunidades Autónomas cuentan con una unidad especializada de atención a personas transexuales. Por ello, las personas que viven en otras comunidades buscan empadronarse donde existen las UTIG para acceder a este servicio sanitario (El diario, 2015, párr. 3 y 9).

³³ Anexo N° 3 “La Sanidad pública catalana realiza 46 cambios de sexo en año y medio”, en El Mundo, 2016.

Las UTIG de las cuatro Comunidades Autónomas que cuentan con un equipo completo de profesionales como psicólogas, endocrinólogas para el tratamiento hormonal, y cirujanos plásticos para quienes deciden someterse a las diversas cirugías y a la cirugía de reconstrucción genital (Diagonal, 2012, párr. 1-5).

En otras cuatro Comunidades Autónomas: Aragón, Canarias, Navarra y en el Principado de Asturias existen hospitales que ofrecen asistencia y algunas prestaciones para el tratamiento de la identidad de género. En Zaragoza el Hospital Miguel Servet, en el Hospital Universitario de Tenerife, el Hospital Virgen del Camino en Pamplona y el Hospital del Servicio Público de Asturias ofrecen parte del TIG, pero no incluye las cirugías de reasignación sexual (Diagonal, 2012, párr. 6).

Por tanto, los sistemas de salud de los gobiernos locales de nueve de las diecisiete Comunidades Autónomas sufragan, total o parcialmente, el «Tratamiento de la Identidad de Género» y las personas transexuales puedan acceder al «certificado de disforia de género», requerimiento establecido en la Ley 3/2007 para ejercer su derecho al cambio registral de la mención relativa al sexo de las personas en el Registro Civil. Según Coll-Planas:

...en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG)³⁴ que hay en diversos hospitales públicos españoles, obtener el certificado de trastorno mental es también un requisito obligatorio para acceder al tratamiento hormonal y a la operación de reasignación sexual. El tratamiento en dichas unidades se rige por el *Standars of Care* (SOC) elaborado por la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Tanto el protocolo como los profesionales que lo aplican se atribuyen el rol de decidir si una persona es verdadera y suficientemente “transexual” como para tener acceso al cambio de nombre, a la hormonación o a la cirugía (2010, p. 17).

Efectivamente, los profesionales que aplican la Ley 3/2007 en el sistema de salud público, la Ley les faculta para arrogarse el derecho a evaluar mediante el «Test de la vida real», prueba que, supuestamente, permite determinar si una persona es un «verdadero transexual», por tanto, si tiene o no el derecho al «Tratamiento de la Identidad Género» -hormono quirúrgico-, psicológico y a las cirugías, sea la cirugía genital o a las cirugías estéticas que transforman otras características sexuales secundarias. Las cirugías de reconstrucción genital o CRS en el sistema de salud público se realizan, únicamente, en Andalucía, Madrid, Catalunya y Euskadi.

³⁴ Desde estas unidades se lleva a cabo un seguimiento psiquiátrico y psicológico, se organizan grupos de ayuda mutua, se controla el “test de la vida real” (período de varios meses durante el cual la persona tiene que vivir todo el día según el género sentido, antes de iniciar la transformación corporal) y, finalmente, se expide el diagnóstico de disforia de género.

2.3.3 Instituciones que implementan la Ley 3/2007 en Cataluña

Las instituciones involucradas en la implementación y aplicación de la Ley 3/ 2007 en la Comunidad Autónoma de Cataluña, son: el Registro Civil, la *Generalitat*, a través de *CatSalut*³⁵ (*Servei Català de Salut*), vinculada a la UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona y en *Trànsit* situado en el ambulatorio de Manso, en Barcelona. En la «Unidad de Trastornos de la Identidad de Género» del *Hospital Clínic* se realiza la valoración psiquiátrica, el tratamiento hormonal y la reasignación sexual, desde diciembre 2008, con fondos públicos de *CatSalut de la Generalitat de Catalunya*. Siguiendo a Mas-Grau, “...en el caso de aquellas personas que acuden a una UTIG, el proceso diagnóstico que han de seguir para demostrar que pertenecen a un género que no les corresponde es el rito preliminar que da acceso al tratamiento” (Mas-Grau, 2014, p. 304). Platero lo enuncia:

No existen estudios a gran escala en España que muestren las condiciones concretas de vida de las personas trans*, pero sabemos que están dramáticamente marcadas por las dificultades para enfrentarse a un sistema médico, que dice que tenemos que ser españolas y mayores de edad para poder demostrar que tenemos un trastorno de disforia de género y que hemos de modificar nuestros cuerpos para poder acceder a un cambio de nombre y sexo (2015, p. 16).

La consistente lucha de los colectivos de las personas LGBTI logró, finalmente, que el sistema de salud público de tres Comunidades Autónomas despatologice el «Tratamiento de la Identidad de Género». En Andalucía en el año 2014, en Madrid a partir de abril de 2016 y en Cataluña el 24 de octubre de 2016. En el caso de Cataluña fue el consejero de salud Antoni Comín, quien convocó a una rueda de prensa en que anunció que el nuevo modelo sanitario “deja de considerar la transexualidad como una enfermedad porque es una realidad” (EFE Madrid, 2016, párr. 5)³⁶. Además, se ampliará la cobertura a adolescentes, trabajadoras sexuales, portadores de VIH-Sida y para inmigrantes. Para ello, la *Generalitat* aumentará la inversión pública para beneficiar a estos otros grupos trans y para cubrir con la alta demanda que estuvo limitada por los recortes del sistema de salud por no ser considerados de primer orden. (EFE Madrid, 2016, párr. 5)³⁷.

Por otra parte, cabe anotar que algunos colectivos transgeneristas catalanes y españoles no se alinean con los colectivos de transexuales que luchan por una mayor cobertura para las cirugías de reasignación sexual y otras transformaciones hormonoquirúrgicas. Como apunta Mas-Grau:

³⁵ Organismo público encargado del sistema de prestaciones sanitarias del gobierno de la *Generalitat de Catalunya*.

³⁶ Anexo N° 5. “La sanidad pública catalana deja de considerar la transexualidad como una enfermedad”, EFE Madrid 2016.

³⁷ *Ibíd.*

...si a unas políticas de recortes salvajes del gasto público le sumamos el hecho de que algunos/as trans critican el sistema de asistencia existente y manifiestan que es posible desarrollarse como personas sin necesidad de recurrir a tratamientos hormonoquirúrgicos, todo ello pone en peligro la cobertura del proceso terapéutico. La relación entre la transexualidad y el transgenerismo es así entendida como si fuera un «juego de suma cero» (2014, p.318).

Las movilizaciones de los colectivos transexuales tanto en pro de las cirugías de reasignación sexual como los colectivos transgeneristas que cuestionan el enfoque binarista medicalizado del tratamiento hormonal y sobre todo de la reconstrucción genital. Aunque mantienen diversas perspectivas sobre cómo asumir y construir sus corporalidades diversas, su lucha confluye en la demanda de autonomía personal por el derecho a decidir sobre sus vidas, sus cuerpos y si asumirán corporalidades leídas como hegemónicas o más andróginas.

2.4 Leyes y derechos LGBTI en Cataluña

El *Front d'Alliberament Gay de Catalunya*³⁸. (FAGC) se constituyó en 1975, fue la primera organización española para luchar contra la discriminación y la violencia por homofobia. En el año 1985 Eugeni Rodríguez Giménez, integrante del FAGC, fundó el grupo *Joves per l'Alliberament Gai* (Jóvenes por la Liberación Gay), con una perspectiva social que permitiera establecer nexos con las luchas de otros movimientos sociales.³⁹ En el año de 1986 se inició un servicio de apoyo a las personas trans que quisieran acceder al tratamiento del «Trastorno de la Identidad Sexual» (TIS), posteriormente, denominado como «Trastorno de la Identidad de Género» (TIG).

En el año 1991 el *Parc de la Ciutadella* de Barcelona fue escenario fatídico del brutal asesinato de una transexual, Sonia, perpetrado por cinco neonazis transfóbicos que la torturaron hasta matarla. A raíz, de este crimen de odio el FAGC decidió crear una «Oficina antidiscriminatoria» para recoger denuncias de violencia y discriminación por LGBTI-fobia y gestionar leyes y derechos con las entidades subestatales.⁴⁰

El 4 de diciembre de 1991 el Parlamento de Cataluña promulgó la Resolución 242/III para apoyar a los colectivos, centros y organizaciones que trabajan en favor del reconocimiento de

³⁸ Frente de Liberación Gay de Cataluña.

³⁹ Ver: Anexo N° 4. Cerdanyola informa, 2016, párr. 4.

⁴⁰ Ver: "Biografía de Eugeni Rodríguez Giménez", 2011, párr. 4.

la homosexualidad, de los derechos y contra la discriminación por LGBTI-fobia contemplada en la Resolución 243/VI para la no discriminación por motivo de opción sexual.

A finales de los años noventa los colectivos LGBTI catalanes plantearon la creación de una ley que contemple la LGBTI-fobia. En el año 2000 se creó el «Observatorio Contra la Homofobia», con la finalidad de garantizar los derechos y erradicar la LGBTI-fobia por medio de la recepción de denuncias para llevar a cabo acusaciones en diferentes instancias. Atender y apoyar a las víctimas de discriminación y violencia por su orientación sexual y/o identidad de género trans.

En el año 2004 el Ayuntamiento de Barcelona por medio del «Plan Municipal para el Colectivo LGBTI» formó el «Consejo LGBT», fue el primero que se estableciera en el Estado español. El 28 de junio del año 2005 el Gobierno de la Generalidad creó el Programa para el colectivo gay, lesbiano y transexual. En septiembre de 2006 la *Generalitat* puso en funcionamiento el «Plan interdepartamental para la no Discriminación de Personas Homosexuales y Transexuales» y se conformó el «Consejo de participación» con representantes de todas las asociaciones y organizaciones LGBTI catalanas. La finalidad fue lograr el cumplimiento cabal de las políticas LGBTI para eliminar la discriminación por condición sexo genérico y alcanzar la igualdad sustancial en Cataluña.

El Parlamento de Cataluña promulga en el año 2008 la Resolución 243/VI para defender la no discriminación por motivo de opción sexual. En el año 2008 el Observatorio Contra la Homofobia (OCH), se constituyó legalmente y logró su autonomía. El Observatorio cumple la función de receptor, procesar y dar seguimiento a las denuncias de violencia y discriminación por LGBTI-fobia. Las cuantifica y realiza un informe anual sobre la situación de LGBTI-fobia en el territorio catalán. También gestiona ante las autoridades de las instituciones públicas catalanas casos de violación de derechos.

Según el Frente de Liberación Gay de Cataluña (FAGC), persisten prácticas discriminatorias, especialmente, en algunos sectores laborales tradicionales como la judicatura. En el año 2013 el Observatorio Contra la Homofobia recibió 385 denuncias por trans-homofobia (OCH, 2015, p. 1). Por ello, promueve el debate político sobre la necesidad de contar con una ley anti LGBTI-fobia porque a pesar, de los avances legales conseguidos y las estrategias implementadas por las instituciones del gobierno local en función de eliminar la LGBTI-fobia,

que sigue instalada estructuralmente en la sociedad. Las desigualdades por sexo y género se despliegan en las interacciones sociales y profesionales, aunque España y la Comunidad Autónoma de Cataluña cuenta con un relevante reconocimiento jurídico legal que ampara a las personas LGBTI. Por tanto, será necesario trabajar siguiendo la línea propuesta por Gerard Coll-Planas y Marta Cruells:

...desde la perspectiva universalizadota (*sic*) la homosexualidad y la transexualidad son fenómenos relevantes para personas de todo espectro de sexualidades e identidades de género [...] Desde ese punto de vista, la problemática no afecta solo a un grupo social específico y delimitable sino que tiene que ver con la forma de gestionar la sexualidad y el género del conjunto de la sociedad [...] la posibilidad de adoptar una perspectiva relacional, apuntando a que la heterosexualidad se construye en relación con la homosexualidad (y viceversa) y la transexualidad, con el cisgénero (2013, p. 158).

Por tanto, será pertinente elaborar leyes y políticas públicas relacionales que permitan deconstruir sexualidades y géneros hegemónicos para lograr la transformación social con miras a integrar en la vida cotidiana a todas las sexualidades y géneros en igualdad de condiciones. En concordancia con Eugeni Rodríguez Giménez: “La homofobia es sin lugar a dudas la mayor epidemia del siglo XXI y la ley se convierte en la vacuna para hacer efectivo el fin de tanta impunidad, de tanto dolor que jamás podremos reparar” (OCH, 2015, p. 1).

2.4.1 Ley 11/2014

El Parlamento de la Comunidad Autónoma de Cataluña aprobó la Ley 11/2014 el día 10 de octubre de 2014. Con el objetivo de garantizar los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia de su territorio. La Ley tiene un carácter transversal con objeto de prevenir la discriminación, la violencia y garantizar la igualdad real y el efectivo cumplimiento de los derechos que amparan a las personas de los colectivos LGTBI en Cataluña. Siguiendo el informe del *Síndic de Greuges*, “la Ley otorga al Síndic funciones específicas relativas a la defensa de derechos y libertades en materia de no discriminación de las personas LGTBI que puedan haber sido vulnerados por la actuación de la Administración” (*Síndic de Greuges*, 2015, p. 115).

La Ley fue gestionada y propuesta por los siguientes partidos políticos: CUP -*Candidatura d’Unitat Popular*-, PSC -*Partit del Socialistes de Catalunya*-, ICV -*Iniciativa per Catalunya Verds*-, ERC -*Esquerra Republicana de Catalunya*- y contó con el apoyo ciudadano. Para lograr la aprobación se requería el voto de la CIU -*Convergència i Unió*- se hizo un pacto para

que apoyara la ley, pero la UDC -*Unió Democràtica de Catalunya*- estuvo en desacuerdo con la parte punitiva de la ley en dos ámbitos fundamentales: la sanidad y la educación.

En el escenario político descrito «La Secretaría de Familia» debía implementar la Ley 11/2014 pero esta secretaría estaba controlada por el partido político nacionalista, de tendencia demócrata cristiana, *Unió*, por ello, no divulgó la Ley, tampoco creó los organismos pertinentes ni hizo un reglamento específico para implementarla menos aún dotarla de la asignación de presupuesto y/o personal de la *Generalitat* para desplegar la Ley contra la LGBTI-fobia. Cito un extracto de la Ley:

El objetivo de la presente ley es desarrollar y garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales (LGBTI) y evitar a estas personas situaciones de discriminación y violencia, para asegurar que en Cataluña se pueda vivir la diversidad sexual y afectiva en plena libertad. La Ley recoge la demanda histórica del rico tejido asociativo que ha liderado durante décadas la reivindicación de los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, que han alcanzado en los últimos años un reconocimiento social y político que les había sido negado, pero que todavía sigue lejos de la plena normalización (BOE-A-2014-11990).

Es una Ley pionera en España y un referente a nivel internacional porque protege y defiende el ejercicio pleno de los derechos LGBTI en un territorio geopolítico sociocultural determinado. La Ley cuenta con un reglamento y un plan de acción transversal entre los distintos departamentos de la *Generalitat* y los poderes para garantizar la igualdad efectiva de los derechos LGTBI en los siguientes ámbitos sociales: sanidad, educación, laboral, cultura, medios de comunicación y familiar. La Ley no cuenta con recursos materiales y de personal, por tanto, la Ley 11/2014 no se ha desplegado en toda su cobertura ni se ha aplicado de forma transversal. Según las declaraciones⁴¹ de Eugeni Rodríguez Giménez, presidente del OCH, la Ley tiene más de dos años de haber entrado en vigor y, lamentablemente, está mínimamente implementada.

El Observatorio Contra la Homofobia ha divulgado la Ley con los colectivos afectados para gestionar ante el gobierno local una mayor implementación de la Ley 11/2014. En el año 2015 logró implementar el servicio «Atención a la Víctima y Asesoramiento» contemplado en los Art. 9 y 29 de la Ley contra la homofobia, como una responsabilidad del gobierno local, la *Generalitat*. La Ley 11/2014 contempla el procedimiento a seguir frente a una acción discriminatoria tipificada como LGBTI-fobia:

⁴¹ Ver: Anexo N° 4. “Una Ley impulsada por el movimiento LGBTI”. Después de casi dos años la ley contra la LGBTI-fobia está mínimamente implementada”, en Cerdanyola informa, 2016.

...el procedimiento consistiría en reunir toda la documentación y/o testigos posibles y realizar un escrito en el que se indiquen los motivos, los hechos, los fundamentos de derecho (opcional) y la solicitud que se realiza. En virtud de un Decreto de la Generalitat del año 93, este escrito ha de ser dirigido al o la Responsable del Área (*sic*) LGTB de la *Secretaria de Família* de la *Conselleria de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya* (OCH, 2015, p.7).

Las leyes y normativas subestatales que amparan a las personas LGBTI en la Comunidad Autónoma de Cataluña han fortalecido la demanda de derechos sustanciales debido a que se han consolidado “planes específicamente dirigidos al colectivo LGBT con sus respectivos órganos de participación, tanto en el ámbito autonómico (desde 2006) como en el local (desde 2009). Ambos planes han sido pioneros en el contexto español” (Coll-Planas y Cruells, 2013, pp. 160-161).

En el mes de febrero del año 2016 nació la Red de municipios LGTBI de Cataluña, es la primera red en impulsar políticas LGTBI con el objetivo de trabajar en común, unirse para visibilizar la diversidad sexual, realizar campañas de sensibilización LGTBI y acciones conjuntas para implementar la Ley 11/2014. (Ver: Anexo N° 4. Cerdanyola informa, 2016, párr. 12).

Asimismo, en octubre del año 2016 se destacó el anuncio del Consejero de Salud Antoni Comín quien decidió despatologizar la transexualidad en el sistema de salud público. A pesar del patológico discurso médico psiquiátrico del DSM-5 que define a la transexualidad como una «incongruencia de género» y mantiene la noción de «disforia de género».

2.4.2 Despatologización de la transexualidad en el Nuevo modelo de salud catalán

En junio de 2016 la Plataforma *TransForma Salut*, conformada por varios colectivos y asociaciones como ACATHI, *Associació Trans*Generem*, JTV – *Joves Trans de Barcelona*, *Enfemme*, *Chrysallis Catalunya*, *ATC libertat* y *Activistes Trans independents*, reclaman el derecho a un nuevo modelo de salud para las personas trans en la consejería de salud del gobierno local. Su reivindicación tiene eco en el nuevo *conseller de Salut de Catalunya*, Antoni Comín, en una colaboración conjunta trabajan para delinear la nueva perspectiva que implementará la *Generalitat* a través de la consejería de salud catalana para el adecuado tratamiento de la identidad de género en su territorio.

El *conseller*, Toni Comín presentó el lunes 24 de octubre de 2016 el nuevo modelo de atención sanitaria para la atención a las personas trans, y afirmó que se “deja de considerar la

transexualidad como una enfermedad porque es una realidad” (EFE - La Vanguardia, Sección “Vida”, 24 de octubre de 2016). El nuevo modelo de salud fue construido con base al conocimiento cognitivo y empírico de los diferentes individuos y colectivos de personas trans que conforman la *Plataforma Transforma Salut*.

Es relevante destacar que ya no será necesario el diagnóstico de «Disforia de género» para iniciar el tratamiento, es decir se elimina el repudiado «Test de la vida real», el inicio del tratamiento dependerá de la autodeterminación de la persona trans, el acceso a información integral, acompañamiento psicológico y el grado de transexualización deseado corporalizar (hormonización, intervenciones quirúrgicas y cirugía de reasignación sexual) dependerá únicamente de la decisión de cada persona trans que demande este derecho sanitario.

Igualmente, ampliará el servicio de tratamiento de la identidad de género a otros grupos poblacionales, que con el modelo anterior no tenían derecho a esta prestación, tales como menores de edad, portadores de VIH-Sida, migrantes y trabajadoras sexuales. Según consta en un artículo de prensa:

El *conseller de Salut*, Antoni Comín presentó el lunes 24 de octubre el «nuevo modelo de atención de salud para las personas trans» “despatologiza la transexualidad y se convierte en un referente pionero en Europa, en tanto, ya no será necesario acreditar un trastorno psiquiátrico para someterse al cambio de sexo y se deja de considerar a la transexualidad como una enfermedad porque es una realidad.” Además, el consejero Comín ha asegurado que también “se tratará sin discriminaciones a los casos más complejos, como los de los menores, las trabajadoras sexuales, las personas con VIH o los inmigrantes” (EFE La Vanguardia, 2016).

En el nuevo modelo⁴² de salud catalán las personas transexuales, actualmente, deciden si quieren un acompañamiento psicológico consensuado durante el proceso de tránsito identitario corporal para encarnar la identidad psicosocial del género sentido. Esta prestación se realizará en *Trànsit*⁴³, entidad identificada como un modelo biopsicosocial⁴⁴ con una visión inclusiva de la salud. Mientras que los procedimientos quirúrgicos se continúan realizando en el *Hospital Clínic* debido a su vasta experiencia en este sector médico tecnológico.

De este modo, el nuevo modelo de salud catalán deja de considerar a la «Unidad de Identidad de Género» (UIG), del *Hospital Clínic* de Barcelona como el centro de referencia para el tratamiento médico de la transexualidad. Durante años el colectivo transexual ha criticado los

⁴² Anexo N° 5. “La sanidad pública catalana deja de considerar la transexualidad como una enfermedad”, EFE Madrid 2016.

⁴³ Es parte del Instituto Catalán para la Salud, desde octubre de 2012 ofrece servicios ginecológicos a las personas trans, también información para la prevención y la difusión de la salud basada en el respeto a la autonomía de los pacientes durante los procesos de modificación corporal identitaria.

⁴⁴ Anexo N° 6. “Los dos modelos de atención sanitaria para personas trans en Cataluña: la Unidad de Identidad de Género”, en “*Transforma la Salut*”. *Plataforma per un nou model de salut trans*.

procedimientos y criterios patologizantes llevados a cabo en la atención a las personas trans. El centro de referencia para el tratamiento de la transexualidad en el territorio catalán pasa a ser *Trànsit Promoció de la Salut de les Persones Trans*), situado en el ambulatorio del *Centre d'Atenció Primària* (CAP) Manso, Barcelona. Actualmente, es la puerta de entrada a todas las personas trans que deseen iniciar el tratamiento (EFE Madrid, 2016).

El servicio gratuito *Trànsit* se encargará del apoyo y acompañamiento con una perspectiva integral durante todo el proceso *transmigratorio* medicalizado del género y el sexo a cualquier persona transexual sin necesidad de contestar previamente el «Test de la vida real» por tanto dejará de ser necesario acreditar el certificado «disforia de género» que acredita padecer un «trastorno psiquiátrico» para iniciar el tratamiento de la identidad de género.

Conclusiones

En el desarrollo de este capítulo se describió el marco normativo jurídico legal que ampara a las personas de los colectivos LGBTI, los principales hitos que construyeron jurisprudencia y sentaron precedentes en el ámbito internacional y, particularmente, en España. Para dar a conocer los derechos garantizados por el derecho internacional, por el Estado español y la legislación sub-estatal de la Comunidad Autónoma de Cataluña que protege a este grupo poblacional.

Por ende, el movimiento LGBTI internacional y en particular el español, con una sólida base organizativa interna y en su proceso de empoderamiento político, logró visibilizar su discurso e incidir en los gobiernos nacionales y locales para exigir el reconocimiento de su condición humana, los derechos fundamentales inherentes a ésta, y la igualdad jurídica y civil con base al respeto a la libre autodeterminación.

Las acciones emancipadoras emprendidas por los movimientos sociales, por activistas vinculados a organizaciones y a partidos políticos involucrados en la exigibilidad de los derechos de las personas de los colectivos LGBTI lograron la igualdad civil formal. La igualdad formal no necesariamente se manifiesta en lo real, es decir en las interacciones sociales, económicas, laborales cotidianas entre individuos y los sujetos o colectivos afectados con las instituciones estatales, los gobiernos nacionales y sub-estatales.

No hay que olvidar que en la sociedad aún operan arraigados prejuicios debido a sistemas de creencias y valores determinados que se manifiestan en la LGBTI-fobia porque en la mayoría de población subyace el desconocimiento de la realidad del fenómeno social LGBTI y la igualdad formal no elimina las vulnerabilidades por condición de sexo, género y orientación sexual. El proceso de transformación sociocultural y de los modos de comportamientos en las interacciones cotidianas es más lento que el reconocimiento normativo jurídico legal. Por ello, será necesario implementar medidas y acciones puntuales en distintos niveles de las políticas públicas que protegen a la población LGBTI en Catalunya y en España, por medio de la transversalización de la perspectiva feminista de la ideología de género.

En la gestión y construcción de una política pública existen intereses políticos, económicos, sociales donde se despliegan relaciones de poder, valores y desigualdad entre los actores que intervinieron en la construcción de las políticas públicas. En el caso LGBTI se puede considerar que su situación es “problemática”. Efectivamente, para lograr la paridad real será necesario desmontar las arraigadas estructuras patriarcales, religiosas educativas por medio del respeto a la diversidad humana, la sensibilización sobre la realidad de las personas de los colectivos LGBTI para eliminar las desigualdades y vulnerabilidades a las que aún están expuestas en gran parte de las sociedades contemporáneas occidentales. Inclusive en sociedades tan avanzadas en materia de reconocimiento de derechos de las personas de los colectivos LGBTI como es el caso de España y en el ejercicio pleno de sus derechos en Holanda.

El objeto de esta sección fue analizar la aplicación de la Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas en la política de salud del Sistema de Salud Público de la Comunidad Autónoma de Cataluña en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del *Hospital Clínic* de Barcelona. La Ley 3/2007 fue un relevante logro jurídico civil por el reconocimiento de la transexualidad, que eximió la reasignación sexual para ejecutar el derecho al cambio registral de la mención relativa al sexo de las personas españolas. Sin embargo, la Ley 3/2007 legitima el modelo biopsicomédico patológico de la transexualidad porque establece el requisito de acreditar el «certificado de disforia de género» para que la “persona adecuadamente diagnosticada” pueda solicitar este derecho.

La Comunidad Autónoma de Cataluña ofrece atención sanitaria a las personas trans desde 1986. La UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona funciona desde el año 2005 y desde finales de 2008 incorporó la prestación de cirugías de reasignación sexual⁴⁵. Por la agencia política tanto de personas trans a título personal como por los colectivos trans, organizaciones y asociaciones LGBTI que luchan para construir políticas públicas en su favor y del ejercicio de los derechos que les asiste y demandar la implementación sustantiva de las mismos.

Finalmente, por la apertura hacia la comprensión de la multiplicidad trans como una «realidad social» el *conseller de Salut de Catalunya*, Antoni Comín tomó la decisión política de despatologizar la transexualidad en el Sistema de Salud del gobierno local e implementó un nuevo modelo de salud público que rompe con el control biopolítico sobre los cuerpos de las personas trans. Cabe destacar que la decisión del consejero Comín parte del respeto a la autodeterminación del paciente durante todo el proceso del «Tratamiento de la Identidad de Género» y enfatiza la privacidad sobre la orientación sexual. Además, la cobertura cubrirá a grupos poblacionales que previamente estuvieron excluidos como son los adolescentes, trabajadoras sexuales, inmigrantes y portadores de VIH-Sida.

El análisis expuesto en estas conclusiones sobre las limitaciones de las leyes y normativas no desconoce los significativos avances jurídico legales alcanzados por el movimiento LGBTI español a nivel nacional y, en el subestatal catalán vinculados a la lucha internacional llevada a cabo por movimientos sociales, instituciones y organizaciones citadas en este capítulo que trabajan para consolidar la igualdad real y sustancial de las personas de los colectivos LGBTI.

El nuevo marco jurídico europeo, español y catalán además de reconocer derechos a las personas de los colectivos LGBTI basados en los principios de igualdad y respeto han legitimado su diversa condición sexual y de género. Estas transformaciones jurídicas conllevan un cambio en la visión social sobre las sexualidades y géneros que difieren de la norma heterosexual que permite construir nuevos referentes sociales para entablar interacciones respetuosas. La divulgación de las leyes y normativas nacionales es imprescindible, así como la difusión del debido proceso en las instituciones e instancias que recogen y procesan las denuncias de violación de los derechos de las personas de los colectivos LGBTI para luchar contra la discriminación por razón de sexo, orientación sexual e identidad de género con el

⁴⁵ Ver: “Unidad de Trastorno de la Identidad de Género”, 2015, párr. 12, 19 y 3.

objetivo de construir nuevas formas de relación social y sociedades humanas más justas e igualitarias.

CAPÍTULO 3

Historia de Vida de Víctor

No existe, claro está, una unidad de medida que nos permita establecer a priori qué sucesos o circunstancias marcan o no una divisoria en la trayectoria que la memoria individual y colectiva establece para organizar los relatos biográficos

Pujadas, 1994

Introducción

En este tercer capítulo se inicia la reconstrucción de la narración biográfica de Víctor. Los relatos están divididos en tres etapas vitales: 1) La vida de Víctor en Colombia durante su niñez y juventud en su contexto familiar, laboral, comunitario. Su decisión de emigrar a otro país y lo que hizo para cumplir su objetivo; 2) el viaje para llegar a España; la vida de Víctor en Cataluña y cómo le afectó la experiencia *transmigratoria* geoespacial y sociocultural; 3) la experiencia del proceso vital *transmigratorio* de género de Víctor para reconocerse como Victoria una persona transexual lesbiana y su decisión de acudir al sistema salud público para realizarse el «Tratamiento de la Identidad de Género». Estos tres momentos biográficos permiten exponer su tránsito corporal *transmigratorio*, y de este modo, conocer las dinámicas de socialización personal, laboral y las interacciones que Victoria mantiene en su vida cotidiana.

3.1 Víctor en Colombia

Víctor nació el 25 de febrero de 1963, fue el último hijo de una extensa familia campesina en el pueblo de Versailles, ubicado en el Valle del Cauca en el sur de Colombia. Si bien afirma: “...mi familia es de clase media... si, entre ellos, hay un sacerdote y todo eso...”⁴⁶, de los quince hermanos, cinco murieron de corta edad, lo que da cuenta de las condiciones de vida de su familia.

Durante las conversaciones y entrevistas mantenidas con Victoria, sus respuestas a preguntas como: ¿Quieres decir algo de tu vida anterior?, ¿me puedes contar tu vida desde la niñez? o

⁴⁶ Entrevista, Barcelona 20-11-2014

¿cómo fue tu vida en Colombia?, aludían directamente a tres hechos concatenados en su memoria y que, en su opinión, marcaron su experiencia vital: a) ser el último hijo de su numerosa familia, b) las crisis epilépticas y los distintos tratamientos recibidos, y, c) la excesiva protección familiar de la que fue objeto, principalmente por parte de su madre.

Victoria narra: “...soy la última de quince hermanos y así crecí [...] a los seis años sufrí una epilepsia”⁴⁷. Y anota: “...lo tóxico, más que todo, fue la sobreprotección, me sobreprotegían demasiado [...] porque tenía un hermano que sufría de epilepsia y al yo sufrir de epilepsia también -pero en otro sentido [...] lo mío era pasajero- [...] *no me daban esa libertad de yo ser quien quería ser*”⁴⁸ (Énfasis agregado). El hecho de que Víctor fuese el último hijo, el tener epilepsia al igual que uno de sus hermanos, el cuidado excesivo y los múltiples tratamientos recibidos para paliar su enfermedad constituyen factores clave que Victoria enlaza, de forma permanente, al reconstruir su historia de vida.

Sobre sus primeros años infantiles, expresa: “no sé... no recuerdo nada de esa etapa, sólo me lo han comentado de esa edad [...] no era consciente de lo que hacía, *no recuerdo nada de los siete años hacia atrás*”⁴⁹ (Énfasis agregado). Así, sobre el primer ataque epiléptico sufrido a los seis años de edad y el tratamiento recibido, narra lo que sus familiares le han contado:

...sufrí una epilepsia y entonces llegó un hierbatero al pueblo y les dijo a mis padres que me curaba... y me encerraron. Y, durante el encierro, me hacían baños de agua de hojas de plantas y todo eso... y [ordenó] que me encerraran cuarenta días y cuarenta noches en una habitación y que ¡no volviera a salir! Y, cuando me sacaron... ya, habían echado al señor del pueblo. Me salí ciega [...] y me recetaron una medicina para el nervio óptico⁵⁰. Se me curaron los ataques, pero [...] estuve seis meses ciega [...] y encontraron la medicina en una farmacia, de esas viejitas de mala muerte [...] y, con eso [la medicina] me devolvieron la vista.⁵¹

La escolarización de Víctor fue muy irregular. Asistió a la escuela del pueblo natal hasta el cuarto grado de primaria. El tercer grado estudió con su hermana, al respecto comenta: “...ya estudiando la primaria, una hermana era profesora [...] y me enseñó un curso o dos cursos, creo, y parte de la secundaria. Y bueno, ya a los doce años mis padres se compraron una finca y me fui para allá, a otro pueblo⁵². Víctor, fue a vivir cerca del pueblo “Guacari⁵³, Valle [Cauca], a 45 minutos en coche [...] en Versalles, [estudió] hasta cuarto año de primaria. En

⁴⁷ Entrevista vía Skype 22-02-2016

⁴⁸ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

⁴⁹ Entrevista vía chat de fb 23-03-2016

⁵⁰ Entrevista vía Skype 22-02-2016

⁵¹ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

⁵² Entrevista vía Skype 22-02-2016

⁵³ Guacari está situado en un área rural en el centro del departamento del Valle del Cauca, región sur occidental de Colombia.

la finca realicé el quinto y el primero de bachiller por radio, [sistema educativo a distancia] avalado por el gobierno, y el segundo y tercero de bachillerato en el pueblo [Guacari]”⁵⁴.

El ambiente familiar en el cual creció, según sus testimonios, estaba marcado por la violencia. Sobre la relación entre su padre y su madre recuerda que se cumplían los roles tradicionales de género, se producían conflictos e imposiciones que iban desde órdenes autoritarias hasta el uso de la fuerza. En sus palabras:

...mi padre abusaba de mi madre, la obligaba a tener relaciones, fuimos tantos, y a veces, no tenían [...] ya cómo mantener, [luego] de haber nacido uno, a los dos meses, tres meses ya estaba embarazada del otro... entonces, mi madre era una sumisa y ella se guardaba todo. Por eso, ella sufría de asfixia [...] no quería ver lo que tenía al frente o sea a mi padre [...] ella, guardaba el secreto. Era sumisa porque aguantaba todo eso⁵⁵.

Víctor, al igual que toda la familia, desde temprana edad trabajó en la finca familiar, sobre todo en la producción agrícola de café y de frutales, como también el cuidado de animales. A partir de los doce años de edad empezó a tener sus propios sembríos en la finca, lo que le permitió contar con sus primeros recursos económicos.

A los doce años de edad Víctor empezó también a explorar de forma personal e íntima otras posibilidades de «ser» y estar consigo mismo, tal como cuenta al recordar su experiencia: “...la raíz de por qué yo sea así... es porque *comencé a sentir esto, desde los diez años, admiración por la mujer, por la belleza*, como [por] el maquillaje y por todo eso... [yo] *fui creciendo así*”⁵⁶ (Énfasis agregado). Victoria comenta: “me vestía en Colombia con prendas muy femeninas, *sí, sabía que quería ser mujer, pero* no había tomado la decisión, *ni sabía por qué, ni nada*”⁵⁷. (Énfasis agregado). Y reitera: “...lo que sentía era que *quería ser mujer, siempre... desde los doce o catorce años*. Tenía ganas de *tener pechos*, porque... me crecí así, *siempre era así*, pero nunca una relación, ni propuestas, ni con nadie *como hombre, nada*”⁵⁸. También cuenta que a escondidas sí usaba ropa femenina:

...más que todo después de los 16 años, por miedo a mis padres (...), miedo a la reacción de la gente. Es como cuando se sale del armario... Además, no tenía clara la decisión de cambio, *quería ser mujer...pero no sabía qué era ser trans*. La palabra trans no la conocía, lo sentía... de admirar y respetar tanto a las mujeres [...] Una vez *sí me alcanzaron a ver con ropa íntima*, una cuñada... no dijo nada. No me decían nada... sólo que era vanidoso. *¡Ponerme ropa íntima, quería más y más!* Sí, sí era bien vanidosa⁵⁹ (Énfasis agregado).

⁵⁴ Entrevista vía *chatfb* 17-03-2016

⁵⁵ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

⁵⁶ Entrevista, Barcelona 20-11-2014

⁵⁷ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

⁵⁸ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

⁵⁹ Entrevista vía *chat* de *Skype* 04-06-2016

Luego de vivir y trabajar en la finca varios años tuvo un nuevo rebrote de crisis epilépticas, con las consabidas consecuencias. Afrontó las crisis epilépticas y ciertos cambios corporales y de comportamiento:

...a los dieciocho años me volvió la epilepsia, pero en otra forma y... sí, me daban convulsiones. Ya, me llevaban los primeros días a médicos, a medicinas alternativas, como hierbateros, como natural y ¡todo eso, pues! Y nada, y [decidí] *con eso ¡no! Entonces, escogí el médico por mi cuenta*, lo visité y ya empecé a hacer el tratamiento [medicación alópata] y a leer psicología, escuchar programas de radio [sobre] psicología, a coleccionar más revistas de psicología... y *con eso me fui mejorando, me fui curando...*⁶⁰ (Énfasis agregado).

...y también, a los veinte [años] me hacía [la] permanente en el cabello, lo llegué a tener al hombro. Era muy vanidosa, me hacía mascarillas caseras [...] compraba ropa más femenina... sí, en una ciudad grande: Buga. Sí, pantalones ajustados o unisex, camisetas un poco ajustadas [de color] azul o gris y, *más que todo, ropa íntima, solo [tuve] un sujetador [...]* Y *me sentía mujer con el sujetador en la habitación, sentirme femenina una tarde o un rato...*⁶¹ (Énfasis agregado).

...me trataban bien porque como entonces... yo no tenía ningún pensamiento de cambio, ni nada, ni sabía. Solo así, todos los días, todo lo hacía así... a escondidas. Así crecí, en la agricultura, con animales, con cultivos de café, cultivos de manzana. En mi caso, más cultivé el manzano, los otros hermanos, más cultivaban café, plátano.⁶²

El siguiente testimonio en orden cronológico es sobre cuando dejó de tener crisis epilépticas: “Sí, ya yo misma, me curé a los 23 años, yo sola, de enfermedades graves... Sí, leyendo tanto de psicología”⁶³. Además de la siembra y el cultivo de manzanas, Víctor se inicia en una nueva actividad económica laboral:

...una amiga me los vendía [cosméticos] y con ella empecé: compraba y vendía cosméticos por catálogo [...] los más buenos, Yambal. Primero compré la base y mascara transparente. Acto seguido comencé a vender de todo que fuera natural y para el cuidado facial. [...] me quedaba un poco [de ganancia] porque compraba mucho para mí.⁶⁴

...me maquillaba a escondidas de mis padres, poniendo ropa estrecha, pero a escondidas, disimulada, disimuladamente me las ponía... porque *yo no sabía ni lo que quería...* pues, *porque al no gustarme los hombres...* y *en Colombia las lesbianas disimulan mucho*, y uno no sabe cuándo están de mujeres y uno no sospecha nada⁶⁵ (Énfasis agregado).

A la pregunta de si se depilaba, respondió: “¡Sí claro!, empecé a los 25 años, más que todo la cara, en ese tiempo”⁶⁶ y, agrega: “...*sospechaban porque era vanidoso, porque compraba cosméticos de revista...* y me cuidaba mucho la piel, ¡mucho! *Muy natural... no había miedo a que la gente me viera pintada.* Simplemente, [decían] que era vanidoso, para mí era normal

⁶⁰ Entrevista vía Skype 22-02-2016

⁶¹ Entrevista vía chat de Skype 04-06-2016

⁶² Entrevista vía Skype 22-02-2016

⁶³ Entrevista, Barcelona 19-12-2014

⁶⁴ Entrevista vía chat de Skype 04-06-2016

⁶⁵ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

⁶⁶ Entrevista vía chat de Skype 04-06-2016

el cuidado”⁶⁷ (Énfasis agregado). Víctor trabajó en la venta de productos de belleza durante nueve años: “...entre los 24 y 35 años [...], y a mí me daban charlas de maquillaje y cuidado de la piel, las tutoras, en el Centro de las Revistas”⁶⁸. De forma simultánea, Víctor se capacitó en algunas áreas vinculadas a las actividades agropecuarias que desarrollaba en la finca. En sus palabras:

...bueno, los cursos que he hecho en Colombia, de veterinaria, salsamentaría, preparación de carnes, contabilidad... bueno, y en muchas cosas. Y, bueno... como éramos muchos había problemas con algunos, es que tengo un hermano sacerdote... problemas, pero bueno eso es normal en toda familia. La finca, [la] manteníamos como seis hermanos, entonces, siempre había desavenencias con uno, con otro.⁶⁹

Al cabo de más de dos décadas de trabajo, esfuerzo personal y colectivo en la finca familiar, sin lograr mejorar sus condiciones de vida, Víctor se plantea abandonar su tierra natal para buscarse la vida fuera del país.

3.1.1 Víctor decide emigrar

Víctor tomó la decisión de emigrar. En primera instancia puso su objetivo en Estados Unidos de Norteamérica, sin embargo, por un encuentro casuístico conoce que un amigo estaba en España y cambia el país de destino. Victoria lo describe: “a los 36 años ya me vine para Barcelona [...], más que todo *porque estaba estancada en Colombia, no progresaba ¿no?* La agricultura no... no era bien pagada y todos los años era lo mismo...”⁷⁰ (Énfasis agregado), hace una pausa y continúa con su relato:

No, no, no necesitaba visa, solo pasar unos dólares y ya, y la carta de recomendación [...] No, nada, no nada, nada, nada, no me costó nada, me la mandó, pero me dijo que no me podía esperar donde vivía... que solo la carta y no más. Entonces ya, le dije: “no tranqui... [tranquilo] con eso basta. Yo, me defiando”⁷¹.

Para financiar el viaje Víctor ahorró, pidió prestado dinero e invirtió durante seis meses en la preparación de un almácigo de diez mil plantas de café. Vendió las plantas a dos vecinos de los alrededores de la finca familiar. El pasaje le costó mil dólares, los gastos del traslado, la estadía inicial y «la bolsa»⁷² cubrió con dos préstamos: “a un hermano sacerdote y a los bancos [...] pagué en dos años los dos mil dólares prestados”⁷³.

⁶⁷ Entrevista vía *Skype* 22-02-2016

⁶⁸ Entrevista vía *chat* de *Skype*. 04-06-2016

⁶⁹ Entrevista vía *Skype* 22-02-2016

⁷⁰ *Ibíd.*

⁷¹ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

⁷² Dinero en efectivo para presentar al entrar a España como turistas.

⁷³ Entrevista, vía *chat* de *fb* 17-03-2016

3.2 Llegada a España: empleo y vivienda en Cataluña

Víctor ingresó a territorio español por vía aérea al aeropuerto de Valencia, el 2 de junio del año 2000. Fue un viaje⁷⁴ largo, con tres escalas de varias horas cada una. Tomó un taxi para dirigirse a Requema porque se hospedó en un hotel que le recomendó una mujer colombiana, a quien no conocía, aunque la contactó vía telefónica desde Colombia. Era conocida de un amigo de Víctor que le ofreció conectarle con un empleador que requería un jardinero. Si bien Víctor ingresó a territorio español como turista, en realidad era un inmigrante económico⁷⁵. Al planificar su viaje Víctor era consciente de que dependía de esta mujer, factor que determinó el itinerario del viaje, el hotel y la ciudad de destino en que iniciaría su periplo en España. Como lo explica:

...llegué a un hotel de Requema en Valencia, por medio de una querida, una moza de un amigo de allá de Colombia, entonces me la recomendó [...] Yo la llamé antes, para ver a dónde me iba y los datos. Ella me fue a visitar, le dieron permiso un rato y fue al hotel. Y me llevó a buscar un empleo de jardinería; pero a donde ella pensaba, pues no... el señor estaba enfermo en el hospital. Bueno, resulta que esperé una semana comiendo frutas... porque la comida no me gustó mucho.⁷⁶

...a los ocho días de estar en el hotel, llamé a una amistad que había venido a España, y me dijo: “véngase para Tarragona, que ya conseguimos un piso y, de una vez nos acompaña”⁷⁷. Y como él estaba trabajando en jardinería, me colocó donde él trabajaba y ahí trabajé un año en jardinería. Ahí, comencé..., ahí, me dieron los papeles.⁷⁸

Víctor/Victoria continúa:

...empecé a trabajar en negro⁷⁹ y después [tuve] un contrato por seis meses. A los ocho meses [de haber llegado a España] obtuve el permiso de residencia y trabajo. Y, me tocó viajar a Colombia porque la primera vez es así, treinta días. El jefe me prestó [el dinero para el viaje].⁸⁰

En el año 2001 Víctor retornó a Colombia con el objetivo de obtener el permiso de residencia y trabajo del gobierno español. Aunque logró su cometido, a su regreso a España Víctor solo tuvo estabilidad laboral y legal durante tres meses porque renunció a su empleo debido a que

⁷⁴ El itinerario de viaje fue: Cali-Miami, Miami-Milán, Milán-Valencia. Entrevista vía *chat* de *fb* 27-03-2016

⁷⁵ Recuperado de http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/OtrosDocumentos/archivos/21_La_migracion_colombiana_a_Espana.pdf

CUADRO 8 Evolución del *stock* de extranjeros iberoamericanos en España según nacionalidad de procedencia. En el año 2000 Colombia alcanza el 13,4 % total de extranjeros residentes en España. Las razones explicativas son la crisis macroeconómica, la enderezada del mercado cafetero y otra serie de hechos concomitantes en el caso de Colombia. p. 67.

GRÁFICO 15. Evolución del *stock* de colombianos con tarjeta de residencia en España. En el año 2000 el número de residentes colombianos en España rondó los 25.000. p. 77

⁷⁶ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ Entrevista, *Skype* 22-02-2016

⁷⁹ Expresión usada para referirse a un trabajo en condiciones de explotación laboral.

⁸⁰ Entrevista vía *chat* de *fb* 17-03-2016

no quiso seguir compartiendo piso con las personas con quienes vivía y trabajaba. Mientras Víctor vivió en Reus.

...duré un año y, bueno, tuve problema con la gente que vivía, entonces... no, no me iba bien con la señora del amigo, era de un carácter de un carácter fuerte [...], entonces dije: ¡mejor me voy y listo! ¿Eh? Y, ya conocía a un colombiano que trabajaba en la construcción era autónomo [...] y ya me vine para la propia capital [se refiere a Barcelona] porque a donde llegué fue a un pueblo de Tarragona y después que... me salí, me vine a Barcelona a trabajar en la construcción⁸¹ [...] y *me dio trabajo un año, trabajaba en negro, me pagaba cuando quería* y así duré un año⁸² (Énfasis agregado).

En el testimonio precedente se constata la flexibilización e inestabilidad laboral entre la población inmigrante, como también las deficientes condiciones de trabajo. Para Víctor trasladarse a Barcelona implicó un cambio de actividad laboral, de jardinero a peón de la construcción, principales nichos de trabajo disponibles para los hombres inmigrantes. Así también, vivir en la capital catalana conllevó lidiar con la dificultad de conseguir vivienda. Lo manifiesta de esta manera:

...ese año aquí, en Barcelona, en donde una familia empezamos tres, cuatro personas [...] y de ahí, una de las que vivía ahí, inquilinos, consiguió un piso y me dijo: ¿si me iba con él?, y dije que sí [...] Resulta que fue llegando, llegando gente del Ecuador, gente y gente del Ecuador [...] llegamos a estar catorce. Yo pagaba cien euros y en una habitación vivíamos cuatro, con camarotes y todo eso...⁸³

Víctor tuvo dificultades con sus compañeros de piso. Por ejemplo, en una ocasión salió del piso para comprar víveres y olvidó en casa su móvil recién recargado, al regresar encontró que ya no tenía saldo porque algún compañero del piso llamó a su país de origen, mientras él estuvo ausente. "...entonces me ¡enfadé mucho!"⁸⁴ A raíz de esta experiencia, buscó otras posibilidades para compartir la vivienda:

...busqué en todas partes [...] y llamé y llamé en locutorios, hasta que contestó un colombiano: "que tengo una habitación" ¡y si! ...en Trinidad Vieja, doscientos euros creo que [pagaba], y ganaba doscientos euros por semana. Y, bueno, yo me fui con maleta y todo, sin conocer la habitación, sin hablar, *de una vez me fui arriesgando todo* [...] Era una familia, era un matrimonio y un hijo. ¡Y ya!, con eso yo dije: *¡ya esto es familia!*, el cambio era muy diferente. Allá, duré dos años.⁸⁵

Esta decisión fue un nuevo vuelco en su tránsito migratorio, permaneció dos años con esa familia colombiana. Surgieron algunos roces y volvió a mudarse: "...conseguí otra [familia

⁸¹ Entrevista vía Skype 22-02-2016

⁸² Entrevista, Barcelona 05-11-2015

⁸³ *Ibíd.*

⁸⁴ *Ibíd.*

⁸⁵ *Ibíd.*

colombiana] en Badalona, y ahí, también duré... seis años, pero de dos en dos [años]. Me iba para Trinidad Vieja un año y de ahí volvía, y así pasé seis años con esa familia de Colombia”⁸⁶.

Durante varios años Víctor vivió y trabajó con contratos temporales al insertarse en el mercado de trabajo por su estatus migratorio irregular (“sin papeles”) que, por lo general, es sinónimo de vulnerabilidad en tanto, “la temporalidad del empleo constituye una característica de la inserción laboral inmigrante en general” (Camacho, 2009, p. 186) que les obliga a aceptar condiciones laborales precarias. Como lo manifiesta, trabajar en una empresa de construcción, directa e indirectamente, durante varios años le permitió a Víctor el acceso a la Seguridad Social y a servicios sanitarios:

Yo, no, no... más que todo trabajé en el barrio donde vivía [...] La Trinidad, y ahí vivía con unos colombianos, y él me consiguió el trabajo como ayudante y trabajé como tres años y cuatro [años] para otra empresa a donde él salió, y me convidó a mí para trabajar [...], él como paleta [albañil] y yo como peón. *Trabajé con esa empresa directa e indirectamente diez años*, allá a donde comencé [...], esa empresa *subcontrataba a la empresa a donde me fui* [...] y ahí *trabajamos cuatro años ya con seguridad social y todo*, aunque con sueldo básico... anteriormente no era mucho lo que me pagaban, [...] y *eso es lo que me sirvió a mí al último*. A él, lo sacaron [...] yo seguí con la misma empresa *hasta el 2009 que trabajé y que empecé el tratamiento...*⁸⁷ (Énfasis agregado).

3.3 Transmigración y auto reconocimiento *translésbico*

Victoria se inscribió en un *chat* de lesbianas y expone el motivo: “...pues, porque quiero ser mujer”⁸⁸. Por este medio virtual conoció a una mujer que transmutó su vida, “no la tomé [la decisión de asumir su transexualidad] yo sola, bueno... hablando con una lesbiana *me di cuenta de que eso era lo que yo quería*”⁸⁹ (Énfasis agregado). Fue así que consolidó su auto reconocimiento como una mujer transexual lesbiana y pudo asumir su identidad psicosocial transgénero y su diversidad sexual. Victoria reitera:

...simplemente después de siete, ocho años aquí, conversé con una lesbiana y así... darme cuenta de lo que quería, tomé la decisión, pero ¡nunca pensé! Ella me dio ese empuje... ahí comencé a investigar en *Internet* ¿cómo era la operación?, la vaginoplastia⁹⁰, y bueno, ya seguí... sí, sí soy diferente, ehh... porque soy “*translesbi*”⁹¹.

⁸⁶ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

⁸⁷ Entrevista vía *Skype* 22-02-2016

⁸⁸ Entrevista, Barcelona 20-11-2014

⁸⁹ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

⁹⁰ Es un método quirúrgico para transformar los genitales de una persona transexual de masculino a femenino (H-a-M) por medio de la cirugía de reasignación sexual.

⁹¹ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

Según estos argumentos, Victoria vivió un proceso de auto-identificación como mujer *translesbiana*, facilitado por el acceso a redes virtuales, donde obtuvo la información pertinente para descubrir su identidad psicosocial. Giro vital que le permitió conocer sobre la existencia de la transexualidad como una condición psicosocial y que estaba protegida por la Ley 3/2007 o ley de identidad de género española. Fue así como, Víctor, un inmigrante económico, con permiso de residencia y trabajo, pudo acceder al tratamiento de «disforia de género» en la UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona. Siguiendo con sus vivencias:

Yo hice la petición a la médica de cabecera de mi barrio de Trinidad Vella, es mi médica cabecera ya 13 años, para la reasignación de género que le llaman [...] y tengo derecho, siempre he tenido derecho así no estuviera trabajando por la ley de gobierno que da salud a todos. Ahora ha cambiado un poquito la ley... pero no, no me afecta para nada porque yo, ya soy española [...] la médica no sabía si el gobierno subsidiaba el tratamiento entonces tuvieron que investigar y... ya se dieron cuenta que sí, entonces me remitieron al *Clínic* [hospital público] para que inicie el tratamiento de la identidad de género como le llaman...⁹²

En el momento de reconocerse a sí misma como una persona *translésbica*, Víctor estaba más de siete años fuera de Colombia, es decir, fuera del entorno social y familiar, viviendo en una sociedad que reconocía sus derechos y le posibilitaba la asunción de su identidad sentida que le permitirá encarnarla y empezar a vivir como Victoria. En ese sentido, su emigración facilitó dicho proceso; pues en su país de origen Víctor era inconsciente de su condición transgénero a pesar que esta estuvo siempre latente:

...en Colombia siempre la duda... como no me gustaban los hombres, siempre lo común es cambiarse de hombre a mujer y que te gusten los hombres [...] en cambio, lo mío era muy extraño, me gustaban las mujeres, pero al conversar aquí con las lesbianas, dije: “esto es lo mío”. No hay mucha gente como yo, pero que ¡la hay, la hay!⁹³

El hecho de estar en un nuevo espacio cultural geoespacial que cuenta con un marco legal de reconocimiento de los derechos a las personas transexuales fue vital para que la *transmigración* de género y de la orientación sexual de Víctor a Victoria se produjera. Pudo acceder a información sobre el fenómeno social del transgenerismo y la transexualidad al vincularse con otras lesbianas. Estos factores permitieron a Victoria auto-reconocerse como una persona transexual. En un inicio, su condición transgénero la compartió únicamente con personas muy allegadas, como los integrantes de la familia que la acogió en Badalona. La señora dueña de casa fue un soporte fundamental:

...pasé seis años con esa familia de Colombia que me dio apoyo, *buen apoyo para el cambio...* vivía con ellos. Y, entonces, fue la primera vez que les conté que iba a comenzar tratamiento,

⁹² Entrevista, Barcelona 30-01-2015

⁹³ Entrevista, Barcelona. 20-11-2014

me decían: “hágale que reciba todo el apoyo” [...] y me daban todo ese impulso. [...] Y, bueno... ya me enseñaba a maquillar, a vestirme... [me decía que] ya era hora, que me ponga tal cosa, la señora donde vivía. Y sí, sí todo paso a paso, *al son que el cuerpo se iba feminizando*. Y, [me decía] “ya es hora que se ponga tal vestido, bata, falda o que *ya no aparenta como hombre ¡que no!, ya es más femenino*”⁹⁴ (Énfasis agregado).

Paulatinamente, tanto en su red íntima de sociabilización como a veces en la calle y en el espacio público Víctor empieza a asumirse como Victoria. Este proceso permitió a Víctor *transmigrar* y asumir, paulatinamente, su identidad de género psicosocial femenina. Esta experiencia fue una vivencia interna profunda e individual de tránsito al género femenino al que siente pertenecer de forma perdurable y que no corresponde con las normativas de género para el sexo masculino que le fue asignado en el nacimiento.

La experiencia de sentir pertenencia al otro género implica la vivencia emocional del cuerpo y puede involucrar la necesidad de modificar expresiones de género, que incluyen la vestimenta, los modales, la apariencia o la función corporal y genital por medios tales como la ingesta de hormonas e intervenciones quirúrgicas libremente escogidas para ser leída, mirada como una mujer. De este modo, Victoria inició un proceso que ha durado varios años, tal como lo manifiesta: “...cuando uno comienza el proceso es lento [...] porque sí me daba vergüenza que todo el mundo diga: ‘ah, este es trans’ y *la idea mía, es no parecer sino ser mujer, completamente normal*, sin mucho amaneramiento, *una mujer natural*”⁹⁵ (Énfasis agregado).

Cuando Víctor asumió su identidad psicosocial *translésbica* se produjo un quiebre que marcó un antes y un después en su vida. Al hacerlo, Victoria puso en cuestión sus relaciones sociales y laborales, pues al reasignar su identidad de género transformó gradualmente su cuerpo, cambió su vestimenta, empezó a utilizar maquillaje, accesorios femeninos y asumió los comportamientos sociales del género adscritos a las mujeres. Así, el gesto femenino se consolidó de forma paulatina y se hizo carne “*al son que el cuerpo se iba feminizando*”⁹⁶. Continuando con sus experiencias:

...en Colombia no supe, no sabía que era persona trans. Aquí, Barcelona es una ciudad muy abierta para todo, no hay mitos, no hay tanta discriminación como allá. Por ejemplo, puede que aquí, discriminen algo... pero no le dicen a uno, nada. En cambio, en Colombia, Sudamérica le gritan a uno cosas: “maricono” o “vas a voltear como mujer”, muchas cosas así...⁹⁷ (Énfasis agregado).

⁹⁴ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

⁹⁵ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

⁹⁶ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

⁹⁷ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

La comprensión de las identidades de género son prácticas corporales socializadas; en palabras de Victoria:

...porque me siento mujer [...] yo natural, mujer común y corriente, ¡y ya! [...] porque esos cambios se hacen mentales y hay que integrarlos, tomar consciencia [...] integrarlos en el cuerpo, en el alma, y ya, uno, cuando se pone un vestido, se pone tacones, pues camina mejor, más femenina⁹⁸ (Énfasis agregado).

En el caso de Víctor/Victoria no solamente pone en evidencia el recorrido *transmigratorio* económico laboral, sino que permite vislumbrar cómo operan las reapropiaciones “individuales” y colectivas de las categorías identitarias biomédicas, en las cuales se basa la Ley 3/2007. Estas categorías funcionan mediante las interacciones que se despliegan en un contexto cultural y político determinado como la ciudad de Barcelona.

3.4 Victoria acude a la UTIG del *Hospital Clínic*

En el mes de marzo del año 2009, Víctor o más bien Victoria acudió por primera vez a la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género, del *Hospital Clínic* de Barcelona, con el fin de ser evaluado y de ser el caso, iniciar el «Tratamiento de la Identidad de Género» bajo la figura psiquiátrica de «disforia de género». El tratamiento implica someterse al protocolo del “modelo biomédico que concibe la transexualidad como enfermedad mental” (Suess, 2010, p. 29), el cual exige, entre otros requerimientos, iniciar un proceso psiquiátrico basado en el manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de la APA. Al recordar los primeros meses que acudió a la UTIG, Victoria reflexiona:

*...a ver, yo comencé en el 2009, iba a las citas frecuentemente, no me decían nada... y después saqué, me dieron un documento para el DNI⁹⁹ porque *CatSalut* con los extranjeros no tiene problemas, da salud a todos, pero [si] tiene el permiso de residencia y trabajo. Para poder conseguir... para hacer la vaginoplastia debe tener la nacionalidad¹⁰⁰.*

*...primero fui a [donde] la médico de cabecera, ella, me mandó para psicología y psiquiatría del *Clínic*. Apenas estaba comenzando el programa [que] subsidia el coste del cambio de género en la UTIG [...] Estuve unos seis meses y de ahí me enviaron a la endocrina para que me dieran las hormonas, o sea, como confirmando que sí aprueban el tratamiento, que lo mío no era un capricho sino una realidad. A la segunda cita de empezar con la psicóloga, me tocó contestar un *test de quinientas preguntas* [por ejemplo] si estaba dispuesta a abandonar mi familia, amistades, a todo eso... [contesté] que ¡sí! Las preguntas de todas maneras [eran] parecidas, como esperando a ver si uno caía¹⁰¹ (Énfasis agregado).*

⁹⁸ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

⁹⁹ Anexo N° 7

¹⁰⁰ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹⁰¹ *Ibid.*

Luego de ocho meses, en noviembre de 2009, Víctor/Victoria inició el procedimiento de hormonización en el *Hospital Clínic*.

...yo, *empecé tomando pastillas*, me estaba haciendo efecto un poquito y entonces me cambiaron los estrógenos por parches [...] Cuando uno comienza el tratamiento, le mandan [a ingerir] el andrógeno, los estrógenos y unos bloqueadores de testosterona. [Así] va mermando la eyaculación [...] y ya al último, el cuerpo produce lo de una mujer [...] aunque, toda la vida, [se] debe tomar las hormonas [...] A los tres meses, ya comienzas con dolor en el pecho... [...] las hormonas van haciendo efecto y distribuyendo la grasa en el pecho, las caderas y los pómulos de la cara. Comienza en el pecho el dolorcito, tal como una adolescente en la pubertad, y *el estado de ánimo también va cambiando porque ya se tienen altibajos*, decaimiento un día y al otro día no, *así, como toda una mujer va sintiendo los cambios* [...] el *Androcour*, que es la bloqueadora, el otro mes ya me quitan del todo, la bloqueadora, porque ya mi cuerpo [...] produce lo necesario de una mujer: un 15% de testosterona y un 85% de estrógenos¹⁰² (Énfasis agregado).

Este fue el inicio de un proceso clínico biomédico que se materializó en el cuerpo de Victoria, quien reafirma: “...*mi deseo es ser completamente mujer, tener mi vagina, tener una voz apropiada... porque mi voz no es relativa a mi imagen...*”¹⁰³. Estas experiencias expresan cómo opera el deseo y la subjetividad, permite comprender la necesidad que tiene Victoria para realizarse complejas intervenciones quirúrgicas y lograr la transformación morfológica que demanda su identidad psicosocial *translésbica*. La reasignación sexual, en el caso de Victoria, es una necesidad fundamental; pues, se identifica como *translesbiana*. Victoria prioriza el orden de las intervenciones quirúrgicas que deberá realizarse:

...primero la vaginoplastia, de ahí la nuez y después los pechos [...] lo de la nuez porque eso delata mucho que has sido hombre [...] la operación de voz es... en sí, consiste en estirar las cuerdas o aplastarlas y de esa forma hacen que la voz se vuelva más aguda; pero algunos cirujanos dicen que es peligroso porque podría dañar la voz [...] La voz la estoy trabajando con canto, con ópera, eso me ha ayudado muchísimo!¹⁰⁴

Victoria cuenta sobre una ocasión en que fue al *Hospital Clínic* vestida de mujer y la psicóloga le llamó la atención: “...yo me fui vestida de mujer... bien vestida y maquillada muy natural, con unos pendientes largos... a donde la psicóloga y me dijo: que ¿si soy travesti?, ¿si quiero ser un travesti?”¹⁰⁵. Después de este impase, fue más cauta y no se presentó en un espacio institucional con su identidad *transgénero* manifiesta en el vestuario y en el arreglo estético corporal, hasta que la psicóloga le autorizó a utilizar maquillaje, vestir con prendas de mujer, asumir el gesto y los roles de género asignados a las mujeres y la psicóloga también influyó en el nombre de pila que debía adoptar:

¹⁰² Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹⁰³ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

¹⁰⁴ Entrevista, Barcelona 19-12-2014

¹⁰⁵ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

Sí, sí había pensado en un comienzo, me habían sugerido... como yo quería algo extraño, algo así como *Britney*, pero después *la doctora no me lo aceptó, la psicóloga me dijo: que me inventara un nombre como más sonoro como más castizo... algo así me dijo... no me acuerdo. Entonces, me puse a buscar nombres con una amiga y “V” me gustó y en la familia no hay... En el DNI lo puse con “k”, lo cambié un poquito... y me diferencié de muchos, no ser como los demás... Y, según los estudios que llevo no se deben repetir los nombres en la familia, estudios de Bioneuroemoción, en este caso por lo intergeneracional para no cargarse con lo que viene de esa persona con ese nombre. Y, escogí “V” por sonoro y común en cierto sentido, pues es popular y no es tan extraño tampoco, y como no podía el otro, me quedé con este...¹⁰⁶ (Énfasis agregado).*

3.5 Vida afectiva en Cataluña y vínculos familiares con Colombia

Victoria tuvo varias relaciones afectivas como Víctor en Barcelona entre las que ella destaca la que mantuvo con una catalana y afirma: “...era la secretaria de la empresa donde trabajé”¹⁰⁷ y otras novias cuando ya inició el proceso de cambio y *transmigración* de género. Según ella: “no, no, solo novias, relaciones [sexuales] no, no de eso no, ¡no sabía nadie! inclusive estando con ellas, yo me maquillaba naturalmente, que no se notara mucho”¹⁰⁸.

Victoria no ha logrado establecer una relación afectiva con una mujer biológica en Cataluña desde que asumió públicamente su identidad *translésbica*. Frente a esta situación, comenta: “es que *me siento mal porque se me atrasan proyectos*” [afectivos, de pareja]¹⁰⁹. Mantuvo contacto con una mujer que vive en las islas Canarias: “...ella, vendrá cuando yo, ya esté... lista [realizada la cirugía de la vaginoplastia]”¹¹⁰, acto seguido se reafirma: “soy una persona normal, una mujer”¹¹¹.

Los vínculos de Victoria con la familia y la red de socialización en la sociedad de origen son escasos y distantes. “...bueno muy poco, unos viven en la finca, otros tienen sus puestos y ya es difícil de hablar (...). No, ellos ya fallecieron, mi madre falleció como hace seis o siete años y mi padre hace como quince o veinte... Sí, antes de venir”¹¹². De acuerdo con sus expresiones, en la actualidad mantiene contacto regular con algunas sobrinas, de forma virtual o por vía telefónica.

...sí, con unas dos o tres sobrinas... yo publico todo [...] sí por *Facebook*, por teléfono, todo el mundo sabe lo mío en Colombia. [Ellas] tienen unos 30, 35, 40 años, son mayores ya, por *Skype*

¹⁰⁶ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

¹⁰⁷ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹⁰⁸ *Ibíd.*

¹⁰⁹ *Ibíd.*

¹¹⁰ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

¹¹¹ Entrevista, Barcelona 11-10-2015

¹¹² Entrevista, Barcelona 22-03-2015

hablo con una sobrina más que todo, que ha estudiado mucho y comprende lo mío, ella ha estudiado Filosofía, Educación Física y Ciencias Humanas. Hablamos de lo nuestro, de lo de ella y de lo mío, en qué progresos he ido yo, de estudios, qué de nuevo hay. También le pregunto cosas de ella y compartimos ideas”¹¹³.

Victoria retornó¹¹⁴ en cuatro ocasiones a su país, la última vez fue “...en el 2010 que me casé en Medellín, la conocí por un *chat* de lesbianas y en diciembre fui a casarme. Después de tres meses de matrimonio comenzaron los problemas... puede ser la distancia... sí, de comunicación y por falta de respeto... a mí persona”¹¹⁵. Cuando Victoria viajó a Colombia para casarse utilizó su pasaporte colombiano, donde figura su identidad masculina.

Frente a este hecho explica: “...llevaba un año de tratamiento cuando fui, *no fui femenina por respeto* [a la familia], y porque no estaba bien femenina todavía pero ya la próxima sí voy como lo que soy ahora”¹¹⁶ (Énfasis agregado). Victoria comenta sobre su estado civil y situación matrimonial: “sí, falta separarme por lo legal”¹¹⁷. Consecuentemente, su estado civil en el documento de identificación de Colombia consta como un hombre casado¹¹⁸ con su nombre e identidad masculina. Victoria y su esposa se involucraron emocionalmente como dos mujeres lesbianas.

¹¹³ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹¹⁴ En los años 2001, 2004, 2006 y 2010

¹¹⁵ Entrevista escrita vía *chat* de fb. 31-03-2016

¹¹⁶ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹¹⁷ *Ibíd.*

¹¹⁸ En 2016 Colombia aprueba la «unión de hecho» entre personas del mismo sexo.

CAPÍTULO 4

La larga lucha de Victoria

*Llevar a cabo una transformación es convertirse en algo distinto de lo que uno es,
reclamar un imaginario alternativo,
apostar por su realización de cualquier modo posible*

Judith Butler, 2010

4.1 Relaciones sociales

Víctor en su proceso de auto reconocimiento como Victoria, perdió parte de su red de socialización, la amistad de algunos amigos varones que no pudieron asumir a Victoria. En su relato comenta: "...bueno, en parte sí, por amistades discriminación y homofobia. Homofobia por parte de amigos que creí amigos y cada día lo iban manifestando más, hasta que me cansé y me di cuenta... y ya los hice a un lado..."¹¹⁹.

En el ámbito socio cultural la discriminación por transfobia está naturalizada en la sociedad. Ésta, tiene muchas aristas difíciles de superar y se expresa de diferentes modos y alcanza diversos niveles de violencia, prácticamente, en todos los sectores económicos y socioculturales. El desconocimiento sobre el fenómeno social de la transexualidad y el transgenerismo mantiene arraigados prejuicios acrílicos que construyen el estigma y la espuria transfóbica. Los prejuicios acrílicos ejercen presión social y, de esta forma, se incurre sino en la violencia física sí en la violencia simbólica mediante el ocultamiento, la invisibilización o la "inexistencia" de las personas transgénero. Justamente lo muestra Victoria:

...sí, sí lo he tenido, comenzando el tratamiento lo tuve, en el Metro unos romanos que querían tocarme o joderme, molestarme. Y, saliendo del metro nos bajamos en la misma parte [estación], por tocarme a mí, tocaron a una señora, ella sí les encaró. En *Sant Roc*... ahh, era como las ocho de la noche, eran tres: una chica y dos chicos, me preguntaron la hora y *como en una manera me miraron la nuez...y este trans*¹²⁰ (Énfasis agregado).

...criticando y, no me decían por el nombre, amigos de diez años me decían por el nombre viejo, y a veces había agresiones sin un por qué [...] como a agarrarme... y bueno, a maltratarme pues [...] Bueno, yo no reaccionaba mucho, y como estaba la familia y todo eso, yo no quería problemas.¹²¹

¹¹⁹ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹²⁰ *Ibíd.*

¹²¹ *Ibíd.*

...ahora tengo pocas amistades... sí, pero todas son buenas. He seleccionado porque es un proceso en que *hay amistades que contaminan*. ¡*Qué tóxicas!* Entonces, vi la necesidad de cambiar... de eliminar las tóxicas y *quedarme con ¡las buenas!* [...] Yo, con hombres casi no tengo relaciones de ningún tipo¹²² (Énfasis agregado).

Estas palabras revelan situaciones de vulnerabilidad. Son experiencias vividas en la calle, en el hogar de amistades y, a veces, por parte de alguna empleada pública:

...en la tercera cuarta visita *me fui vestida muy femenina*. Si fui vestida muy sexy pero no mostrando tanto, más que todo muy elegante como era verano e iba con un vestido azul de medio escote, no mucho; claro. *siempre maquillada y con el pelo suelto*, lo tenía hasta el hombro. Y yo todavía ni estaba tomando hormonas... entonces el cuerpo era muy masculina; entonces la psicóloga me regañó, me dijo: “*que podía ganarme un problema porque era muy sexy porque tenía barba y entonces cualquier persona podía ponerme un problema por ir así, decirme algo o agredirme*”. Pues porque era como un travesti y no tenía el cuerpo femenina y ni estaba tomando hormonas ni nada *pero en mi caso era por demostrar que sí quería... y ser como soy ahora* Sí, sí como que ya acepté, pues, *para ella, si era un travesti el tratamiento no lo cubre*, en este caso *me tocó mentir un poquito... porque ella me dijo que así era un travesti y que yo quería ser un travesti y no ser mujer*, entonces yo le dije: *uno no puede decir de esta agua no bebo* [...] ya, ya se suavizó un poquito y ya me siguió tratando de otra forma. Simplemente me dieron a comprender que *al son que el cuerpo se iba feminizando ya podía ponerme esto o lo otro*... bueno después empecé con blusas más floreadas y ropa más femenina¹²³ (Énfasis agregado).

Y, dos meses más tarde vuelve a referirse a este hecho, seguramente se sintió desvalorizada y por el temor a perder el derecho al tratamiento si la clasificaban como un *travesti* o se identificase con ser lesbiana, “...y el maltrato que hay hacia a los... las personas trans. Entonces, expongo mi caso: *el maltrato, la discriminación de la psicóloga que maltrata desde un comienzo, comenzando así, normalmente, comenzó a decir: travesti*”¹²⁴ (Énfasis agregado).

En las dos declaraciones previas se manifiestan tensiones entre la apariencia femenina que Victoria construyó, con la que la psicóloga interpretó como la de un travesti, por lo cual, le advirtió de las posibles consecuencias de agresión a las que podía exponerse por su vestuario y su cuerpo que denotaba rasgos masculinos. Esta experiencia exterioriza, por un lado, el impacto emocional que ello causó en Victoria y, las concepciones más comunes sobre la apariencia corporal y el vestuario que debe -en el imaginario- adoptar una mujer trans si desea acceder al tratamiento de la identidad de género en desmedro de la androginia y/o la multiplicidad de las subjetividades humanas

¹²² Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹²³ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

¹²⁴ Entrevista, Barcelona 05-11-2015. En España el término travesti es peyorativo.

4.1.1 Vida cotidiana y empleo

En el proceso de *transmigración* cultural geoespacial e identitario *translésbico* de Vítor a Victoria se puede trazar una línea divisoria entre una primera etapa cuando Vítor llega a Cataluña y trabaja en actividades que emplean básicamente a hombres, en concordancia con su identidad masculina. Y la segunda etapa corresponde al período en que Victoria inició el proceso de *transmigración* del género y de la orientación sexual en su ámbito personal y de socialización privado que implicó un cambio en su vida diaria, y sobre todo en su ámbito laboral. En sus palabras:

...la verdad estuve *dos años trabajando como antes*, antes *cuando aparentaba hombre*, trabajé en construcciones y seguí cuando empecé el tratamiento... Paré un año y de ahí trabajé otro año más en construcción, o sea, trabajé tres años en la transición [...] *Para ir al trabajo sí me vestía como hombre* porque apenas estaba comenzando y no estaba muy femenina, entonces me iba con ropa más masculina¹²⁵ (Énfasis agregado).

...bueno, con la transición desde el 2009 hasta el 2013 [...] y *ya terminando contrato*, pues me *fui vestida una vez de... en femenino* porque nunca lo había hecho. Llegar a la obra hasta *cambiarme y seguir trabajando como hombre y a la empresa tampoco le gustó* [...] entonces, se acabó conmigo también [...] ya ahí quedé en paro¹²⁶ (Énfasis agregado).

...*me lo dijeron de una forma* [...] *como gritado*... no, no me gustó el tono, entonces ya conversé con el jefe [...] me dieron la razón y les di la razón a ellos, también... [...] como esa empresa es de una familia catalana... “que no les gustaba... que viniera así, porque a los clientes tampoco les iba a gustar”; pero *era un tono agresivo*, el tono no me gustaba, como enojado con mí, *entonces le puse la queja al Pepe*... y ya no... y ya hablamos correctamente... no, no, no... veinte 20 días antes de terminar contrato¹²⁷ (Énfasis agregado).

En esta crónica de lo sucedido en su lugar de trabajo, se demuestra la constante discriminación que sufren las personas trans cotidianamente, en especial en el mercado laboral. Cabe anotar que, probablemente, conocía de los riesgos que su accionar podían provocar, desde su necesidad emocional e identitaria decidió llevarlo a cabo; y lo hizo en el momento que España atravesaba por una crisis económica con un alto desempleo, situación que afectó de forma particular a la población inmigrante. De acuerdo con Pajares (2010, p. 33) se trató de una crisis económica laboral que alcanzó altos índices de paro en la construcción y en la hostelería, sectores que tenían alto porcentaje de mano de obra inmigrante; ya que entre los años 2008 y 2009 se perdieron 1'000.000 de plazas de trabajo en la construcción. Para finales de 2009 la tasa de desempleo de 18,8% daba cuenta de las mayores dificultades para conseguir empleo que tenían los inmigrantes: el desempleo entre los españoles era 16,8% mientras la cifra

¹²⁵ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹²⁶ Entrevista vía *Skype* 22-02-2016

¹²⁷ *Ibid.*

ascendía al 29,7% en los extranjeros, esta tendencia continuó en los años siguientes. En estas adversas circunstancias económicas laborales Victoria cristaliza su aspiración de convertirse en mujer, a pesar de las dificultades que esto le acarrearía en su vida cotidiana. Es clara al respecto:

...bueno, porque quería probarme yo misma... pues... valentía... y que no, no me van a hacer... lo que me hicieron... valentía y que a mí no me importaba la gente... qué pensaba, ¿no? ...si me rechazan bien... y si... pues sino no me dicen alguna cosa... pues sigo con... haciendo lo mismo, pero yo quería a ver qué tal se portaban... o ¿qué decían? [...] a veces, que a uno le dicen que son abiertos a todo.... y ¡mentira! ¡Que no! A veces uno se equivoca también. Sí, no, no... *ya se mostró que no eran abiertos... que yo no les importaba...*¹²⁸ (Énfasis agregado).

La concurrencia de estas circunstancias determinó que Victoria no pudiera continuar trabajando en el sector de la construcción, en consecuencia, no pudo mantenerse en el sistema formal de empleo, conservar su red de respaldo laboral, su autonomía y estabilidad económica; todo lo cual modificó su cotidianidad, sus espacios de socialización y la vida que había logrado construir en Cataluña. Además, como ella dice, prefería realizar un trabajo considerado más acorde a su identidad femenina:

...bueno, desde que ya tomé la decisión [asumir su identidad psicosocial transexual] aguanté [como peón] dos años, pero ya *se acabó la empresa y con la crisis... entonces salí. He resuelto que eso, no es para mí...* que lo puedo trabajar sí, *pero pierdo glamour y todo*, entonces, ¡no es para mí!¹²⁹ (Énfasis agregado).

Por ello, Victoria ha realizado múltiples cursos de formación laboral en Barcelona, pero hasta cuando se realizaron las entrevistas para este estudio, no ha logrado reinsertarse en el mercado laboral informal menos aún en el mercado laboral con los beneficios de ley:

...he hecho cursos de camarera de piso, de charcutería... en una empresa temporal de empleo que contratan y subcontratan con hoteles y otras empresas. Estoy a cargo de ellos y *no resulté elegida, no sé por qué*, ya preguntaré... y en un supermercado, también me entrevistaron, *me quedaron de avisar*¹³⁰ (Énfasis agregado).

...sí, *hay discriminación por parte de las empresas*, porque aparentemente, así digan: “que no, que no la tienen” pero, *sí la tienen...* [que] “después te llaman, después te llaman...” no, no [hay discriminación], “si yo tengo aquí gays, lesbianas”; pero *no es lo mismo una mujer trans, y eso es lo que no comprenden* [...] más que todo empresas de cadena pues, *sí hay cierto rechazo*¹³¹ (Énfasis agregado).

...las [organizaciones, instituciones] que están ayudando es *Incorpora* una empresa de la *Caixa*, a donde llegan todos los empleos y la mayoría de entidades de Barcelona están con esa, y como hay varias entidades, *a todas he llevado yo currículum y me tienen anotado*. Sí, cualquier empleo que resulte, pues...¹³² (Énfasis agregado).

¹²⁸ Entrevista vía Skype 22-02-2016

¹²⁹ Entrevista, Barcelona 20-11-2014

¹³⁰ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

¹³¹ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹³² *Ibid.*

...hice un curso de comercio y ventas, hice prácticas en un hotel¹³³ durante cien horas y me sentí muy bien, eso es más que todo con el “Plan Incorpórate” de *La Caixa*. *Empleo hasta ahora no ha resultado*¹³⁴, estoy con “Barcelona Activa”, para personas con exclusión social [...] como camarera de piso o ayudante de carnicería” [...] *la rabia que tenía...por una parte, todos los cursos que he hecho, y no me ha servido de nada*”¹³⁵ (Énfasis agregado).

...tengo tres currículos, uno el general donde hago limpieza, donde hago ventas, todo lo que he hecho, y uno para la atención al cliente [...] sí, en todo, en ventas, en cooperativas, todo esto y otro, que trata de limpieza y construcción... Sí, sí yo lo pensé, *hace un mes lo pensé, que al no conseguir trabajo de lo otro [...] ponerme en construcción... les dije, a las entidades donde tengo los currículos [...] si necesitan un puesto para construcción, que me digan...*¹³⁶ (Énfasis agregado).

Adicionalmente, Victoria ha tenido que enfrentar dificultades por su condición transexual, por ejemplo, vía telefónica trató de obtener información para alquilar vivienda o hacer una cita de empleo, como ella narra: “...bueno, cuando estoy consiguiendo y *me escuchan la voz, me dicen: ‘no, no, queremos sólo mujeres’*, entonces no me dejan explicar nada”¹³⁷. Respecto a la convivencia con quienes le alquilan una habitación, no ha tenido dificultades:

...desde que soy trans uno, dos, tres... por ahí cinco o seis pisos... hay partes, donde he vivido seis años, en otras, dos meses, en otra un año o seis meses. Ahora por Vía Julia, vivo con una familia ecuatoriana, una pareja y un inquilino y no he tenido problemas [...] y yo hago lo mío en la habitación ¡Y ya!”¹³⁸

4.2 Recorrido por los servicios públicos

Como se expuso previamente, Victoria reafirmó su yo en su ámbito de trabajo al asumir públicamente su identidad transexual. En ese momento crítico de su vida tuvo que desarrollar diversas estrategias para cubrir sus necesidades básicas. Debido a ello, Victoria se inquiere y responde: “¿Cómo me hago la vida? con ayudas del gobierno, de amistades, la asistenta¹³⁹ social [me proporciona una tarjeta para] la comida y, así las he llevado... también ACATHI¹⁴⁰ me ha ayudado mucho. A relacionarme, a conocer gente... y así, por el estilo”¹⁴¹. En este proceso jugaron un papel importante los servicios públicos que brindan apoyo a la población más afectada por la crisis económica, inmigrantes que viven en condiciones precarias y atraviesan por situaciones de vulnerabilidad. “...y vivía de piso en piso, unos dos meses y así..., donde los amigos.”¹⁴²

¹³³ El 30 de junio de 2016 Victoria empezó a trabajar de camarera de piso en el hotel donde realizó sus prácticas un año atrás.

¹³⁴ Mantuvo el empleo hasta una semana antes de la vaginoplastia.

¹³⁵ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹³⁶ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹³⁷ *Ibíd.*

¹³⁸ *Ibíd.*

¹³⁹ Anexo N° 8

¹⁴⁰ Asociación Catalana para la Integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes.

¹⁴¹ Entrevista, Barcelona 20-11-2014

¹⁴² Entrevista, Barcelona 22-03-2015

...la asistente social del barrio me está colaborando con el arriendo y los alimentos... y con eso me sostengo. Algunas entidades como la Cruz Roja, me ayudan con el transporte, con una [tarjeta] trimestral, para «parados» [sin empleo] te dejan en treinta euros, pero tienes que tener la constancia de estar en busca de empleo, estudiando... o algo así. Por eso, una entidad me hizo una carta que estaba en busca de *feina* [trabajo], y bueno... ahí, de una forma u otra... pero es difícil, hay muchas cosas que necesito y las amistades que me van regalando cosas... cosméticos, ropa, así...¹⁴³

Es importante anotar que, si bien muchos testimonios reflejan rechazo, incompreensión y discriminación hacia Victoria, seguramente, por desconocimiento y temor; ella también ha experimentado manifestaciones de comprensión, de solidaridad, de acogida, de respeto a la diferencia tanto en las instituciones que la asistieron como por parte de la gente con quién interactúa cotidianamente, lo que denota que la sociedad cambia o retorna a lo más humano.

4.2.1 Obtención de la nacionalidad

El acceso a los servicios y programas de apoyo que ofrece el gobierno español y subestatal catalán se ampliaron para Victoria cuando, en diciembre de 2013, obtuvo la doble nacionalidad. Victoria como ciudadana española ejerció su derecho a rectificar la mención relativa al sexo y su nombre de pila en el Registro Civil Español amparada en la Ley 3/2007. Así, Victoria pudo cumplir su deseo de dejar atrás su “nombre viejo” y contar con el documento nacional de identificación (DNI), acorde a su identidad psicosocial femenina. Dice:

...la nacionalidad la tuve... ahora, en diciembre va ser un año. [...] Recibí la nacionalidad y el mismo día fui al Registro, a presentar el cambio de nombre y el género. Y, a los 45 días tenía ya el cambio de nombre en el DNI. *Que soy mujer, sí que soy mujer y el nombre de Victoria.* Recibí la nacionalidad y quedé con la doble nacionalidad: la colombiana y la española¹⁴⁴ (Énfasis agregado).

Este hecho fue trascendente en su proceso subjetivo racional *transmigratorio*, le proporcionó seguridad legal y le permitió, en su calidad de ciudadana española, tener derecho a la cirugía gratuita de reasignación sexual en el sistema de salud público, de acuerdo con lo establecido en la Ley 3/2007. Victoria es una mujer *translesbiana* por lo que se sentía en disonancia con su sexo biológico masculino, motivo por el cual, su objetivo primordial según los testimonios precedentes era ejecutar su derecho a la intervención quirúrgica de la vaginoplastia, en sus palabras, a la “transformación completa”¹⁴⁵.

¹⁴³ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹⁴⁴ Entrevista, Barcelona 20-11-2014

¹⁴⁵ Expresión coloquial para referirse a la cirugía de reasignación sexual. Entrevista, Barcelona 19-12-2014

Como se señaló previamente, Victoria ya había recibido el tratamiento clínico por «disforia de género» en la UTIG del *Hospital Clínic*, por lo cual contaba ya con todos los protocolos y requisitos exigidos¹⁴⁶ para calificarse como idónea para una cirugía de reasignación sexual de hombre a mujer. Si bien ella, no tenía la seguridad de si se encontraba en la lista de espera del *Hospital Clínic* para la cirugía. Su profundo deseo de realizarse una vaginoplastia hizo que Victoria agencie la concreción de este derecho: “...que la estoy buscando, eso, y reclamando las leyes y todo lo que funciona con nosotros [transexuales], conmigo, también lo pueden hacer, reclamando mis derechos...”¹⁴⁷. Llanamente reafirma: “...simplemente quiero parecer una mujer natural, como cualquier ejecutiva, como cualquier persona por ahí...”¹⁴⁸.

4.3 Lista de espera del *Hospital Clínic*

El número de personas transgénero valoradas como candidatas para la intervención quirúrgica de reasignación sexual es superior al número de cirugías que realiza anualmente el *Hospital Clínic*. “...este momento, con la crisis se cortaron [disminuyeron] las operaciones”¹⁴⁹. En consecuencia, en el sistema de salud catalán existen limitaciones económicas para ejercer el derecho sanitario acorde con la Ley 3/2007 que reconoce la necesidad de las personas trans de encarnar en su cuerpo su subjetividad del género sentido

Victoria constaba en la lista de espera para someterse a la cirugía de reasignación sexual. Fue incluida desde el 2009 luego de que los profesionales de la UTIG confirmaron que Víctor tenía un trastorno de identidad de género, siguiendo su relato: “...sí me lo dijeron... pero así no más [verbalmente]; ...y que para estar en la lista no se puede beber, no fumar, no estar en la prostitución, tener una persona quien me cuide [post operatorio], pero hasta el momento no me han preguntado [en la UTIG], debo estar trabajando o estudiando”¹⁵⁰. Victoria realizó

¹⁴⁶ Anexo N° 7

¹⁴⁷ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

¹⁴⁸ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

¹⁴⁹ Entrevista, Barcelona 19-12-2014. La UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona comenzó a realizar estas cirugías en diciembre de 2008, dos vaginoplastias. El número de cirugías genitales asciende a 19 en el 2009, mientras en el 2010 desciende a 9. En el 2010 la UTIG tenía una lista de espera de más de 100 personas para ser intervenidas quirúrgicamente. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/06/26/barcelona/1277545744.html> (último acceso: 24/06/2016).

“El Clínic preveía en el momento de la apertura de este servicio la realización de entre 15 y 20 operaciones anuales, cifra que se quedó corta frente a las 30 operaciones desarrolladas, a las que hay que sumar las 55 que se han producido en las mismas instalaciones pero sufragadas por la sanidad privada”. Recuperado de <https://atclibertad.wordpress.com/2015/12/04/unidad-de-identidad-de-genero-en-catalunya/> (último acceso: 24/06/2016).

¹⁵⁰ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

múltiples cursos de formación profesional para cumplir con este último requisito y ser beneficiaria de la cirugía prontamente.

Sobre este tema, a finales de noviembre de 2014, Victoria se encontró con una amiga transexual de 22 años de origen latinoamericano, quien le comentó que había sido beneficiaria de la cirugía de reasignación sexual por parte del *Hospital Clínic*. Conocer este hecho le produjo a Victoria un sentimiento de frustración y desaliento, en tanto consideró que no era justo hayan operado a su joven amiga antes que, a ella, porque tenía tres años de tratamiento, mientras que Victoria, hasta esa fecha contaba con seis años en el programa de «Tratamiento de la Identidad de Género» en el mismo hospital, aunque Victoria apenas había obtenido la nacionalidad un año antes. En su opinión: “...el motivo por el que le hayan operado [antes] la juventud y es casi criada aquí”¹⁵¹, pues su amiga llegó siendo niña y es 30 años menor que Victoria.

Luego de conocer esta noticia, Victoria comenta que pensó en una estrategia radical para presionar al *Hospital Clínic*, pero desistió. “...estuve tan deprimida que tres días no salí de la cama... pensé hacer una huelga de hambre frente al *Clínic*; pero ya después [decidí que] primero era mejor [hacer] una carta para que me expliquen... y [luego] ver qué hago”¹⁵². Y así lo hizo, envió una carta para consultar su ubicación en la lista de espera para la cirugía de reasignación sexual.

Victoria acudió a ACATHI para solicitar ayuda a Pilar Leza, Encargada de Proyectos de la Asociación, para redactar e imprimir las cartas que entregaría en el *Hospital Clínic*. La primera carta la entregó en diciembre de 2014, la segunda en marzo de 2015 y la tercera en julio del mismo año. Finalmente, en agosto de 2015 recibió un oficio, en el cual le informaron que no estaba considerada para dicha cirugía, debido a criterios médicos y que la psicóloga le comunicará verbalmente el motivo de esta decisión. Al respecto, señala:

...me la contestaron [la primera carta], pero *se salieron con la suya porque me dijeron que siguieron los requerimientos de cada persona y del hospital*, y eso lo sabía yo, y yo lo que estaba pidiendo era un turno en la lista de espera y no me contestaron nada. Entonces volví, *llevé una carta* [la segunda], aclarando *un poquito más fuerte, diciendo que me siento discriminada*¹⁵³ (Énfasis agregado).

¹⁵¹ *Ibíd.*

¹⁵² Entrevista, Barcelona 19-12-2014

¹⁵³ Entrevista, Barcelona 22-03-2015

Lo que manifiesta permite apreciar la relación entre la paciente y las profesionales de la UTIG, sus interacciones y prácticas funcionan como catalizador analítico de las múltiples experiencias de Victoria, y permite observar cómo le afecta emocionalmente dicha decisión, su reacción, sus estrategias y su agencia para enfrentar esta situación.

...lo último que hice fue mandar una carta para el director de *CatSalut* y me contestaron ¡que no! Yo, hice [la tercera carta] en julio y me contestaron que no, pero no me dijeron el por qué, sino que la psicóloga me había dicho... que era por la edad, eso no más, pero no me dijo nada de los otros requisitos¹⁵⁴.

...hay mucha lista de espera, entonces los que llevan más tiempo dejémoslos, saquémoslos por la edad, pues *por escrito no me han dado nada*. Verbalmente me dijeron que entre 40, 45 años y, ya habían notado problemas... y yo con 52. *No es justo que por la edad no me la den, no hay coherencia, no hay transparencia* [...] cuando yo empecé, las personas... muchas eran mayores, las conocí en las terapias de grupo, eran así como yo o aliguito menos, pero ahora son puros jóvenes, así, de 20, 18 a 28 años. Entonces, *no veo por qué me sacan ahora ese problema de la edad, si los problemas ya hace años estuvieron*. ¡Tuvieron ya que haberlo visto! *Sabían mi edad*¹⁵⁵ (Énfasis agregado).

Según las declaraciones de Cristina Nadal directora general de Atención Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud reconoció para ese entonces, que en el *Hospital Clínic* había 155 transexuales en lista de espera desde hace seis años para someterse a una vaginoplastia y otras 98 personas trans masculinos esperan desde el 2011 para beneficiarse de una cirugía de mastectomía. (EFE La Vanguardia, 2016).

El rechazo, por parte del *Hospital Clínic*, para que Victoria se beneficie de su derecho de la cirugía de reasignación sexual debido a su edad, ha sido cuestionado en tanto la Ley 3/2007 que ampara las cirugías de cambio de sexo no menciona una restricción por edad.

...ahora, estoy solicitando una cita para pedir el historial [clínico], ya lo hice por escrito para tener constancia. [...] En marzo de 2015 habían revisado los casos del 2009 y 2010 y *habían decidido excluirme de la operación*. Yo *¡lo llevaré hasta lo último!*¹⁵⁶ (Énfasis agregado).

La base de un adecuado sistema de protección de derechos es el firme cumplimiento de la igualdad ante la ley, y el rechazo tajante de toda forma de discriminación. En términos generales, la discriminación consiste en el trato diferenciado o desigual basado en determinados motivos prohibidos por el ordenamiento jurídico. Así, la discriminación tiene por resultado la anulación o menoscabo del ejercicio o goce de derechos de una persona, de tal manera que

¹⁵⁴ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹⁵⁵ *Ibíd.*

¹⁵⁶ *Ibíd.*

implica distinguir, excluir o preferir a una persona que a otra. A continuación Victoria relata su experiencia:

...de pronto, también *me perjudica el que yo soy lesbiana* [...] Lo común es cambiarse de hombre a mujer [...] *no, no la entienden mucho*. Ellos, [en el *Clínic*] desde un comienzo no comprendieron, inclusive, *me tocó mentir*. Me preguntaron *si me gustaban las mujeres, entonces si lo quería es ser travesti*. Yo les dije que no es así, pero después ya dije que *‘sí era posible que me gustara un hombre’*, de pronto llega una persona que me agrada y tenemos alguna relación. *La decisión de excluirme de la operación... yo sí, sí, mucho le veo a eso de que no me gustan los hombres porque no pueden comprender que una identidad trans guste de una mujer*¹⁵⁷ (Énfasis agregado).

Es menester preguntarse las razones por las que la profesional del *Hospital Clínic* le indagó sobre su identidad *trans*lesbiana. Al respecto Victoria comenta: “...*porque hay diversidad de género, mucha diversidad, no escoge a quien, sino escoge la persona, y ya, sentirse feliz! ¡Así es!*”¹⁵⁸ Esto evidencia cómo los prestadores de los servicios de salud pueden incidir en la vida y bienestar emocional de sus pacientes. “...*yo digo que ¡el sexo no tiene género, eso es todo!*”. Con esta afirmación pone en tela de juicio los procedimientos del diagnóstico de la «disforia de género». Este cuestionamiento es compartido por activistas y estudiosos del tema, en palabras de Fernández:

...una razón por la que la fase diagnóstica se vuelve tan controvertida es porque en el momento en que se pretende diagnosticar la transexualidad se ponen en juego los esquemas sobre el sexo y el género que colocan a psiquiatra y a paciente en un contexto a todas luces desigual (Fernández, 2010, p. 187).

Por lo expuesto, la situación de Victoria siempre fue compleja por su condición *trans*lésbica, edad, situación económica y laboral. Por ello, tuvo dificultades para ejercer su derecho al trabajo y porque la fecha para su operación de reasignación sexual fue un proceso dilatado, en tanto, el *Hospital Clínic* evadió dar información sobre su ubicación en la lista de espera ni había fijado una fecha¹⁵⁹ para la intervención quirúrgica de la vaginoplastia. Por el contrario, la decisión de la comisión evaluadora del *Hospital Clínic* (marzo de 2015), decidió excluir a Victoria de la lista de espera para la cirugía genital por su edad, truncaba su proyecto de vida, en tanto no podía cumplir con sus expectativas afectivas o de conformar una familia, como se evidencia en el siguiente testimonio:

...un día antes de empezar la hormonización [...] *congelé mi semen* en una clínica privada, *para cuando tuviera una pareja estable, entonces... poder tener un bebé...* pago mantenimiento por ese servicio, treinta euros mensuales, *sí, sí claro... quiero tener mis propios hijos...* Fue una

¹⁵⁷ Entrevista, Barcelona 30-01-2015

¹⁵⁸ *Ibíd.*

¹⁵⁹ No se fijó la fecha para la CRS de Victoria hasta la tercera semana de septiembre de 2016.

iniciativa mía, hasta se sorprendió la psicóloga. *Se me atrasa todo por pensar en la operación, sin saber a qué hora podía estar. La planificación a mí se me...niega*¹⁶⁰ (Énfasis agregado).

4.4 Lucha política y legal por sus derechos

Victoria pidió respaldo a varias organizaciones para lograr que el *Hospital Clínic* no la excluyera definitivamente de la lista de espera y, a corto plazo, le realicen la cirugía de reasignación sexual a la que tenía derecho como ciudadana española. Obtuvo el apoyo de la Asociación ACATHI y del Observatorio contra la Homofobia, quienes presentaron ante el *Síndic de Greuges* o Defensor del Pueblo una demanda sobre una posible vulneración de derechos por posibles causas discriminatorias en el caso de Victoria. Ella refiere las múltiples acciones que realizó para lograr este apoyo para ejercer su derecho a la vaginoplastia:

Yo, fui primero por medio de asociación ACATHI, luego fuimos al Observatorio Contra la Homofobia y la discriminación, ellos se contactaron con el *Síndic de Greuges*, le enviaron la información del caso mío, después yo fui al DIRECT de Derechos Humanos del Ayuntamiento, también fui a la *Generalitat*... a la trabajadora social de la Generalitat de LGTB. Entonces, todas las entidades, todas formaron parte y me ayudaron por medio del *Síndic* para que determine si se habían incumplido mis derechos.

El caso de Victoria tuvo amplia difusión en las redes sociales debido a la agencia de las organizaciones que la respaldaron en su reclamación, lo que contribuyó a colocar en la agenda pública este caso, como también otras dificultades que enfrentan las personas trans, tal como ella afirma: "...del grupo *Generem*, que es el grupo de transexuales, también están reclamando... haciendo una reclamación global de todos los problemas que hay con el Clínic y el maltrato que hay hacia las personas trans¹⁶¹ (Énfasis agregado). Estas organizaciones también dieron a conocer la resolución y pronunciamiento del *Síndic de Greuges* a la prensa. Y, a Victoria la entrevistaron en varias ocasiones, se publicaron en la prensa impresa y digital algunos artículos de opinión sobre su caso y acerca del pronunciamiento del Síndico.

Al cabo de más de siete meses de presentada la reclamación, el Síndico Rafael Ribó emite su pronunciamiento el 27 de octubre de 2015. La resolución¹⁶² del Síndico tiene nueve folios de extensión con los antecedentes del caso, las consideraciones y las recomendaciones para el centro hospitalario responsable de realizar la operación de reasignación de género. A continuación, se transcriben dos de las siete sugerencias hechas por el Síndico:

¹⁶⁰ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹⁶¹ Entrevista, Barcelona 05-11-2015

¹⁶² Anexo N° 9. "Resolució de l'expedient Q-2280/2015 en relació a la exclusió de la llista d'espera per a una vaginoplàstia en el cas de la senyora V/V" (*Síndic, Resolució Q-2280/2015:1*)

que la valoració de la inclusió d'un pacient en llista d'espera es faci sempre amb posterioritat a què s'hagi sotmès al tractament oportú, quan es tinguin referències clares sobre la responsabilitat del pacient durant tot el procés pre i pos quirúrgic, i després que s'hagi comprovat que reuneix tots i cadascun dels requisits generals i específics.

que es revisi de nou el cas de la senyora V/V perquè, ateses les consideracions recollides en aquesta resolució, es valori la possibilitat que es pugui sotmetre a la intervenció quirúrgica de vaginoplastia que se li va prescriure fa sis anys”¹⁶³

En la entrevista a profunditat realizada en septiembre del año 2015 Victoria comenta sobre esta decisión:

...esta semana salió el *Síndic*, me da la razón a mí... el *Síndic de Greuges* ya llamó al Observatorio, para avisar lo que habían resuelto. Y sí, instaban al *Hospital Clínic* que me opere porque sí había discriminación y no tenían por qué no operarme. Y como me dijo la psicóloga de que era por la edad, en ningún artículo dice que la edad es inconveniente. Entonces estoy esperando la respuesta del *Clínic*...¹⁶⁴

En septiembre de ese mismo año Victoria expresa cómo se sintió cuando conoció la noticia de que obtuvo una resolución favorable: “...apenas salió ahora, yo me siento muy bien... simplemente llevo todo con medida, es un paso que se ha dado”¹⁶⁵. El caso de Victoria se gestionó políticamente porque contó con el respaldo político de ACATHI y del *Observatori Contra L'Homofòbia*, organismo que presentó su caso ante el *Síndic de Greuges de Catalunya*. La resolución del Síndico Rafael Ribó está dirigida al OCH y en su informe el párrafo más relevante sugiere a la *Generalitat* que revise el caso de Victoria para que pueda someterse a la intervención quirúrgica de la vaginoplastia.¹⁶⁶ La resolución del Defensor del Pueblo catalán se difundió en la prensa¹⁶⁷ local. Eugeni Rodríguez, presidente del Observatorio declaró que coincide con el pronunciamiento del *Síndic de Greuges* acerca de que la situación de Victoria es un «caso discriminación sexual».

Según el *Observatorio Contra la Homofobia* y el defensor del pueblo, el caso de Victoria ha sido un “caso de discriminación sexual en toda regla”¹⁶⁸ y que estos criterios van en contra de la Ley catalana contra la LGTBI fobia aprobada el 2 de Octubre de 2014 y, especialmente, contra el artículo 16 que debe prever “*la obligación general del sistema sanitario catalán de incorporar la perspectiva de género y tener en cuenta las necesidades específicas de las personas LGTBI (Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales, Intersexuales), con la finalidad de garantizarles el derecho a recibir la atención sanitaria y disfrutar de los servicios de salud en condiciones de igualdad*” (Cerdanyola informa, 2016, párr. 4)¹⁶⁹.

¹⁶³ Que la valoración de la inclusión de un paciente en lista de espera se haga siempre con posterioridad a que se haya sometido al tratamiento oportuno, cuando se tengan referencias claras sobre la responsabilidad del paciente durante todo el proceso pre y post quirúrgico, y después de que se haya comprobado que reúne todos y cada uno de los requisitos generales y específicos. Que se revise de nuevo el caso de la señora V/V para que, dadas las consideraciones recogidas en esta resolución, se valore la posibilidad de que pueda someterse a la intervención quirúrgica de vaginoplastia que se le prescribió hace seis años.

¹⁶⁴ Entrevista, Barcelona 21-09-2015

¹⁶⁵ Entrevista, Barcelona 05-12-2015

¹⁶⁶ Anexo N° 9. *Resolució del Síndic de Greuges de Catalunya*, Barcelona, 27 de octubre de 2015.

¹⁶⁷ Anexo N° 10. “El defensor catalán insta a operar a una transexual que hace seis años que espera”, en EFE Barcelona, 3 de noviembre de 2015.

¹⁶⁸ Anexo N° 4. (Cerdanyola informa, 2016, párr. 4).

¹⁶⁹ Ver: Anexo N° 4.

Por tanto, la lucha individual de Victoria por ser beneficiaria de la reasignación sexual se transformó en una lucha colectiva debido al malestar existente entre las personas trans que acuden a la UTIG, del *Hospital Clínic*. Las personas trans han denunciado ante el OCH, amparados en la Ley 11/2014, cómo lleva a cabo la UTIG la atención a las personas transexuales que acuden al centro hospitalario para iniciar el largo proceso del «Tratamiento de la Identidad de Género» en el sistema de salud público.

4.5 Victoria para Victoria

El día 13 de junio de 2016 el nuevo consejero de salud del gobierno catalán, Antoni Comín, afirmó a Pilar Leza, Encargada de Proyectos de la Asociación ACATHI y a Eugeni Rodríguez, presidente del Observatorio Contra la Homofobia, que basado en la Ley 11/2014 respaldaría el caso de Victoria para que sea beneficiaria de la cirugía de reasignación sexual, que su antecesor en el cargo denegó por edad. Precisamente, el nuevo Consejero de Salud rectificó la decisión previa que impedía a Victoria ejercer su derecho a la intervención quirúrgica de la vaginoplastia debido a su edad.

Victoria cuenta que Pilar Leza le comunicó la decisión política del *Síndic de Greuges* de forma inmediata vía telefónica. Eugeni Rodríguez fue quien informó a la prensa sobre la decisión del consejero Toni Comín para que Victoria no sea discriminada y difundió este importante logro alcanzado debido a la denuncia inicial presentada por Victoria en el *Hospital Clínic*, en diciembre de 2014; quien contó con el apoyo anímico y político de estas dos organizaciones LGBTI que presentaron su caso en el 2015 ante el Defensor del Pueblo catalán, el *Síndic de Greuges* Paul Ribó. Y que, en el año 2016 basados en el informe del *Síndic*, gestionaron el caso de Victoria frente al nuevo *conseller de Salut* Antoni Comín.

El 14 de junio dos periódicos importantes de España (El Mundo¹⁷⁰ y El País¹⁷¹) publicaron la noticia sobre la decisión del consejero de salud Toni Comín. A su vez, al día subsiguiente, el 15 de junio de 2016, la doctora Villaseca cirujana del *Hospital Clínic*, llamó a Victoria vía telefónica para comentar sobre la noticia de la decisión del nuevo consejero de salud y le afirmó a Victoria que el *Hospital Clínic* le realizará la intervención quirúrgica de las cuerdas vocales,

¹⁷⁰ Anexo N° 11. “La consellería de salud operará a una transexual de vaginoplastia a quien denegó por edad”, El Mundo, España. 2016.

¹⁷¹ Anexo N° 12. “Salud operará a la transexual a la que denegó una vaginoplastia”, en El País, 2016.

glotoplastia, el día 4 de julio de 2016. Efectivamente, a Victoria le realizaron la operación de la glotoplastia en la fecha prevista, y estuvo internada en el hospital durante 36 horas.

Es importante mencionar que el hotel donde Victoria hizo prácticas como camarera de piso, hace aproximadamente un año atrás, le ofreció un trabajo estable por un período de prueba de tres meses a partir del 30 de junio de 2016. Hasta el fin de esta investigación, Victoria posee un trabajo remunerado en un sector laboral que le satisface, en el que se profesionalizó y cuenta con experiencia debido a las prácticas realizadas. Adicionalmente, Victoria manifestó su satisfacción de ser autónoma económicamente y por derecho propio acceder a todos los servicios sociales gracias a su capacidad y esfuerzo de superación. Quizás, la obtención de este trabajo fue influida por la difusión mediática del caso y su lucha por conseguir la intervención quirúrgica de la vaginoplastia.

Aproximadamente tres semanas después de la operación de la voz y, de acuerdo con la información proporcionada por Victoria, el 21 de junio recibió una llamada del *Conseller de Salut Catalunya*, Antoni Comín para comunicarle su decisión de que le realicen la cirugía de reasignación sexual en el mes de septiembre de 2016. El consejero informó a Victoria que la fecha exacta de la intervención quirúrgica dependía de la disponibilidad que tenga el *Hospital Clínic* para utilizar el quirófano. El consejero preguntó a Victoria si el *Hospital Clínic* se había contactado con ella para comunicarle sobre este particular y otros detalles que debían resolverse conjuntamente con la paciente. Ante la respuesta negativa de Victoria, el consejero pidió a Victoria que si el *Hospital Clínic* no le proporciona una fecha exacta hasta finalizar el mes de julio de 2016 le informe del particular.

El último día del mes de julio Victoria escribió un mensaje, vía *whatsapp*, al *Conseller* para avisarle que el *Hospital Clínic* aún no se había comunicado con ella para informarle la fecha de la intervención quirúrgica para la vaginoplastia. “El *Conseller* me dijo que el director del *Clínic* le dará la fecha de mi operación. Luego supe que el lunes 29 de agosto tendré una cita en el hospital y ahí me darán la fecha para la vaginoplastia”¹⁷².

Victoria conoció la fecha de su operación vía telefónica, por tanto, al día siguiente notificó del particular en su lugar de trabajo. Acordaron que trabajaría en el hotel hasta el 16 de octubre,

¹⁷² Entrevista vía *chatfb*. 26-08-2016

una semana antes de la operación y durante los subsiguientes dos meses tendría licencia sin sueldo para la recuperación post operatoria en su hogar. Y, si llegaban a un acuerdo en el mes de enero de 2017 podría reingresar a trabajar como camarera de piso. Acuerdo que se cumplió a cabalidad hasta el cierre de la redacción de esta investigación.

La fecha de la cirugía de reasignación sexual de Victoria se programó para el día martes 25 de octubre de 2016. Y, aunque no tuvo una preparación psicológica por parte de la UTIG, como otras personas transexuales operadas previamente, según los procedimientos establecidos y testimonios de otras transexuales conocidas de Victoria: “...lo que pasa es que no me prepararon ni nada... [...] porque a la final... bueno... se puede decir que con el *Conseller* nos saltamos al *Clínic*”¹⁷³.

Victoria ingresó el día 24 de octubre de 2016, a las 13:00 horas, al *Hospital Clínic* de Barcelona, para ser beneficiaria de la cirugía de reasignación sexual. Es importante mencionar que este mismo día el *conseller* Toni Comín, conjuntamente con la *Plataforma Transforma Salut*, presentó:

...el nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans, en palabras de Toni Comín, «despatologiza» la transexualidad, y se convierte en pionero en Europa, pues no será necesario acreditar un «trastorno psiquiátrico» para iniciar el tratamiento de cambio de sexo (EFE La Vanguardia, 2016).¹⁷⁴

En consecuencia, no será necesario obtener el «certificado de disforia de género» para iniciar el «Tratamiento de la Identidad de Género» ni demostrar que se es un «verdader transexual». Además, ya no estará a cargo del *Hospital Clínic*, sino de *Trànsit*, como se mencionó previamente en el capítulo dos. Es importante indicar que durante la presentación del nuevo modelo de salud tomó la palabra tanto el activista Nac Bremon, de *Trans*Forma Salut* como el director del *Hospital Clínic*. La noticia de prensa expresa:

...Nac Bremon quien es representante de la plataforma *TransForma la Salud*, agradeció el impulso del nuevo plan de salud para las personas trans en el sistema público catalán. Y ha planteado que el departamento de Salud del gobierno local elimine de su cartera de servicios a la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género UTIG del *Hospital Clínic* porque según afirmó “en sus ocho años de existencia ha dejado un camino muy oscuro difícil de olvidar”. En este contexto el director del *Hospital Clínic*, Josep Maria Campistol, presente entre el público intervino para pedir disculpas al colectivo transexual si se ha sentido maltratado en el *Hospital Clínic* y se mostró partidario a cambiar el modelo al actual (EFE La Vanguardia, 2016).

¹⁷³ Entrevista vía móvil. 26-10-2016

¹⁷⁴ Anexo N° 13. “Los transexuales en Catalunya podrán cambiarse de sexo sin diagnóstico psiquiátrico. El nuevo modelo deja de considerar la transexualidad como una enfermedad” en La Vanguardia 2016.

El día lunes 24 de octubre de 2016 Victoria ingresó al *Hospital Clínic* y, finalmente, el día martes 25 de octubre Victoria se sometió a la cirugía de reasignación sexual (vaginoplastia) y al cabo de 3 horas terminó la intervención. Por la noche hablamos por teléfono y Victoria estaba muy contenta y tranquila como siempre. Comentó que Eugeni Rodríguez presidente del Observatorio Contra la Homofobia, le aseveró: “me ha costado sangre, sudor y lágrimas”.

Al día siguiente de la intervención quirúrgica Victoria publicó en su cuenta de *fb* un párrafo de agradecimiento a todas las personas, autoridades e instituciones que respaldaron su denuncia contra el *Hospital Clínic*, y finalmente, en una acción conjunta lograron que Victoria pueda ejercer su derecho a la cirugía de reasignación sexual. El agradecimiento de Victoria:

quiero dar las GRACIAS de mi operación a las 25000 personas que firmaron mi petición, a la Generalidad, al defensor del pueblo catalán por sacar a la luz las irregularidades de la UIG [Unidad Identidad de Género] del *hospital Clínic* [a raíz de] mi denuncia pública, a la Plataforma Transforma la Salud, al Observatorio contra la discriminación.... [a] Acathi y sobre todo a Pilar [trabaja en ACATHI] que me animaba a no bajar la guardia y al *Conseller* [de Salud, Antoni Comín] que fue el que dio la estocada final.

Durante una programación televisiva en vivo, titulada: «TDxLleida», Marta Reina Izquiano, *Mossa d' squadra* -policía del gobierno catalán-, en el minuto 13'30'', se expresó de la siguiente manera:

...también tengo que citar antes de acabar nuestra “Victoria”. Por ejemplo, gracias a ella, fue operada hace una semana por vaginoplastia en el hospital clínico, gracias a Victoria hemos cambiado muchas cosas aquí, del hospital clínico, las largas esperas se han reducido un poco. Estas son las buenas noticias que quería transmitir [...] gracias a mujeres que están de forma activista trabajando y que ocupamos parte de nuestro tiempo libre en dedicarnos activamente al desarrollo de las leyes, a nivel médico (Izquiano, 2016).

Victoria permaneció durante una semana en el hospital, después de la operación de reasignación sexual. Durante su recuperación inicial y control post operatorio no tuvo ningún efecto secundario de ningún tipo ni inconveniente alguno por su edad. En el proceso post operatorio la acompañó un muchacho mexicano, con quien comparte piso desde hace dos meses y, quien también la cuidará en su hogar.

Conclusiones

Víctor fue un inmigrante latinoamericano que llegó a Cataluña, sociedad donde existen medios y posibilidades concretas para acceder a diversos tipos de información, ampliar conocimientos, disfrutar de derechos sociales, sanitarios y leyes de protección por condición de género y orientación sexual. En este nuevo contexto social, político y jurídico legal Víctor pudo ampliar

su espectro social y vital al experimentar otra cultura que cuenta con un marco legal de protección de derechos sociales y sanitarios para las personas trans.

En consecuencia, para Víctor emigrar a España y residir en Barcelona fue determinante para canalizar su proceso de *transmigración* del género y encarnarlo por medio del «Tratamiento de la Identidad de Género», porque Cataluña es una de las cuatro Comunidades Autónomas que cuenta con un tratamiento integral y multidisciplinar para las personas transexuales. La UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona cuenta con psicólogas para la evaluación y acompañamiento durante el proceso; endocrinólogas, para el tratamiento hormonal; y cirujanos en el caso que las personas decidan someterse a la cirugía de reconstrucción genital u otras cirugías menores.

Esta coyuntura geoespacial sociocultural y jurídica legal junto a la aplicación de la Ley 3/2007 en el Sistema de Salud Público de Cataluña ofreció a Victoria nuevas y significativas oportunidades de vida que en su país de origen eran impensables y donde no contaba con seguridad social menos aún con un sistema legal y sanitario que le permitiera aspirar al cambio de identidad de género, nombre, sexo y asumir su orientación sexual de género *translesbiana*. Por consiguiente, residir en un país que cuenta con un avanzado marco legal de protección de derechos para los colectivos de las personas LGBTI y por estar fuera de su entorno de origen, del control sociofamiliar Víctor pudo asumirse como Victoria, una persona transexual con orientación sexual lesbiana y como sujeto de derechos.

Este emblemático estudio de caso muestra que la calidad y las condiciones de vida cotidiana, primero, de Víctor y luego de Victoria en Barcelona se configuraron a través de la inserción en una sociedad que le permitió mayores márgenes de negociación y un mejor manejo de las vulnerabilidades que hay en su vida debido al ejercicio efectivo de sus derechos, primero como inmigrante y desde hace alrededor de tres años como ciudadana española.

La narración biográfica de Victoria da luces sobre las encarnaciones subjetivas transgénéricas en la interacción cotidiana, permite observar y analizar los límites y aciertos de las políticas públicas implicadas. De tal forma, observar de qué modo se aplican y ejecutan los derechos y normativas en relación a la identidad *transgénero* en la UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona, y, la lucha de Victoria por acceder a la cirugía del cambio de sexo, la vaginoplastia, amparada en la Ley 3/2007, de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas en

España, país, que respecto con la transexualidad ha reconocido derechos que garantizan buenas prácticas humanas e institucionales.

A lo largo de este capítulo y los testimonios recogidos han permitido poner en línea las prácticas, discursos y reflexiones de Victoria con la aplicación de la Ley a través de las percepciones materiales y subjetivas de su experiencia en la UTIG, actualmente Unidad de Identidad de Género (UIG), del *Hospital Clínic*, así como, considerar las relaciones intersubjetivas, conflictos y tensiones en torno al género y la sexualidad que se dan en este contexto hospitalario y la sociedad en general.

Victoria pudo experimentar un grado de libertad y empoderamiento inusitados por el ejercicio efectivo de sus derechos en la vida cotidiana y dado que sus posibilidades crecieron con la *transmigración* geoespacial y sociocultural, ese hecho le dio acceso a una mayor autonomía personal, afectiva, social, económica laboral y legal. Adicionalmente, el ejercicio de derechos facilitó la redefinición identitaria de este/a inmigrante económico a través de un espacio de convivencia que le permitió reevaluarse a sí misma, es decir, a su *yo* (Foucault 2004, 1984, 1976) y encontrar otras personas que la consideren desde su nueva identidad. Todo ello, se configuraron como elementos fundamentales no sólo en el mantenimiento y despliegue de su identidad trans, sino en su forma de interacción social cotidiana y su estrategia para negociar y manejar las vulnerabilidades asociadas a su identidad *translébica* en diferentes ámbitos. En consecuencia, primero como Víctor y luego como Victoria accedió a mejores condiciones de vida en Cataluña. La normativa legal europea y particularmente la española permite una experiencia menos problemática de la transexualidad.

La identificación *translébica* de Victoria y su proceso de *transmigración* psicosocial del género no sólo puede explicarse por el contexto migratorio sino tanto por elementos económicos (posibilidades laborales, empoderamiento) y legales (legislación española específica sobre transexualidad y anti-discriminación, servicios sanitarios y legislación sobre migración), como por las dimensiones socioculturales del proceso (cambio de contexto, romper con espacios de control social como la familia, los vecinos, los valores y las creencias) permitieron nuevas formas de interacción y reconocimiento.

De este modo, Victoria con un cuerpo *transmigrante* de edad mediana y *translébico* no se ajusta a las concepciones y percepciones de las prestadoras de salud ni a la teoría sexo / género

que imperan en la sociedad occidental contemporánea. Por ello, este caso de estudio muestra que la Ley 3/2007 y su aplicación en el sistema de salud catalán no eliminan el carácter «natural» binarista del cuerpo, sino que lo evaden. Desde esta perspectiva se constata el uso material y subjetivo prestado por los servicios públicos que, en ocasiones, trataron de forma contradictoria a Victoria.

El relato biográfico de Victoria muestra la transformación de las políticas públicas que amparan a las personas transexuales en España y su evolución en el sistema de salud sub-estatal de la Comunidad Autónoma de Cataluña. También, permite emitir una crítica sobre las prácticas sociales, los juicios discriminatorios y, a momentos, contradictorios que aplicaron en el caso de Victoria en la UTIG del *Hospital Clínic* de Barcelona cuando la excluyeron de la lista de espera de la cirugía de reasignación sexual, pero que fue rectificado por el *Conseller de Salut de Catalunya* Antoni Comín.

Es necesario volver a señalar que el *conseller* Comín decidió despatologizar la transexualidad en el nuevo modelo de salud público catalán, ya que dispuso que no se exija el «certificado de disforia de género» para iniciar el tratamiento. El caso de Victoria y su lucha por el derecho a la vaginoplastia y la gestión conjunta desarrollada con la Asociación Catalana para la Integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes (ACATHI), el Observatorio Contra la Homofobia (OCH) y por los colectivos que integran *Trans*forma Salut*, propició la transformación del modelo de salud catalán de tal forma que éste sea un espacio amigable, de acompañamiento y, particularmente, respetuoso de los derechos que amparan a las personas trans en España y en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

CAPÍTULO 5

Reflexiones finales

En el recorrido por la narración intersubjetiva con la protagonista fue posible entablar un diálogo con las creencias sociales y con los planteamientos críticos de teorías, con los académicos y activistas sobre las construcciones culturales sobre el sexo, el cuerpo, el deseo, el género, la sexualidad, el placer enmarcados en los discursos sexológicos como sistema de control sociocultural. El proceso de investigación y redacción de este estudio interpeló y acrecentó a la autora, que hoy cierra un ciclo, en la aproximación a la complejidad de estos temas en la sociedad contemporánea.

A lo largo del análisis de la trayectoria de vida de la protagonista del estudio de caso, de la reconstrucción del proceso *transmigratorio* geoespacial sociocultural y del proceso emocional del tránsito de su identidad de género y de la orientación sexual; se ha mostrado y expuesto suficientes elementos que permiten responder a las preguntas de esta investigación. De igual manera, contribuyen al debate académico sobre las principales temáticas abordadas en este estudio.

Con respecto a la principal interrogante que se formuló: ¿cómo influye el contexto sociocultural y la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, contribuyeron o no para que un inmigrante latinoamericano en España (Víctor/Victoria) construya identidades *transmigrantes*?; ésta ha sido respondida de forma positiva.

El relato biográfico y las experiencias vividas por la protagonista en su nuevo lugar de residencia (Cataluña, España), sin duda, constituyeron como un factor fundamental para que Víctor empiece a reconocerse como una mujer *translesbiana*, posibilidad antes ausente en su vida en Colombia. Por tanto, haber emigrado a España fue una oportunidad para ampliar sus horizontes; aprender sobre la existencia de personas transexuales; conocer que existía la posibilidad de asumirse como tal; y, más aún, reconocerse como sujeto de derechos, es decir, ejercer su ciudadanía y exigir el cumplimiento de la ley, incluido el derecho a los procesos biomédicos para construir un cuerpo acorde con su identidad de género.

En ese contexto y desde los aprendizajes adquiridos, Victoria emprendió una lucha para exigir el cumplimiento de los derechos que le fueron negados, proceso que por la confluencia de múltiples circunstancias convirtió a su historia en un caso emblemático de las reivindicaciones de los colectivos de las personas LGBTI.

Este hallazgo comprueba cómo el cuerpo y la vivencia de la sexualidad son un constructo biopsicosocial, como sostienen diversos teóricos (Butler, 2013, 2012; Foucault, 2009 [1976]; Weeks, 1993), en sus estudios han demostrado cómo los patrones corporales y sexuales son normalizados y/o denostados por la ideología y el poder dominante de la sociedad en distintos momentos históricos culturales y contextos geopolíticos.

Otra interrogante que guio la indagación fue en torno a la incidencia que tuvo la Ley 3/2007 en la decisión de Victoria para buscar la reasignación sexual. De acuerdo al orden cronológico de sus experiencias se puede afirmar que la vigencia de esta normativa fue determinante para que en el mismo año en que la Ley entró en vigor, Victoria inició los tratamientos médicos para habitar su cuerpo en armonía con su identidad *translésbica* o, como afirma Butler, “vivir y vivir bien” (2010).

No obstante, la historia de Victoria no se reduce al reconocimiento de su identidad de género, sino que ilustra las tesis de la teoría *queer* (Butler, 2002; Llamas, 1998), en el sentido de que los géneros, las identidades y la orientación sexual no son entidades monolíticas; sino que son socialmente variables, fluyen y pueden modificarse a lo largo del tiempo según el contexto histórico cultural y geopolítico. Esta concepción se sintetiza en la frase de Foucault (1984), de que “el sexo no es una fatalidad, sino una posibilidad de vida creativa”.

El relato biográfico de Victoria es un caso emblemático de la realidad del fenómeno social transgénero lo que demuestra la multiplicidad intersubjetiva de las personas y los diversos significados que pueden coexistir. De igual forma, que la diversidad humana, las corporalidades trans, las prácticas sexuales y de género suelen ser flexibles, sin por ello negar su materialidad anatómica ni el carácter real del cuerpo, en el cual operan mecanismos de control social a partir del conflicto producido entre la imposición hegemónica del binarismo sexo género con las trans subjetividades espacio de lucha sociocultural donde se producen tensiones y resistencias.

Otra línea de investigación planteada fue: ¿cómo se aplicó la política de salud para el cambio de sexo y género de un *transmigrante* residente en Barcelona? Al reconstruir la narración biográfica de la protagonista se encontró, que durante más de cuatro años Victoria fue atendida y recibió el tratamiento de hormonización de forma adecuada, en concordancia con la normativa vigente y la política de salud de Cataluña. Sin embargo, ella manifestó que en una de las citas iniciales se sintió desvalorizada cuando la psicóloga le inquirió si “¿era un travesti o quería ser una mujer?”

Como hemos abordado en varios segmentos de esta investigación, Victoria tuvo dificultades, particularmente, cuando en el año 2014 empieza a consultar sobre su lugar en la lista de espera en el *Hospital Clínic* para ser beneficiaria de la vaginoplastia y no recibe respuesta. Ante ello, Victoria interpone cartas demandando una respuesta, la misma que recibe de forma verbal en 2015, cuando le notificaron que había sido excluida de la mencionada lista, bajo el argumento de que no era una candidata idónea debido a su edad (52 años).

Con el apoyo político de ACATHI y del Observatorio Contra la Homofobia, Victoria emprende una lucha para exigir este derecho que le había sido denegado. La primera acción fue solicitar que el Defensor del Pueblo Catalán (*Síndic de Greuges*) conozca su caso y determine si hubo discriminación, quien señaló que la ley no especifica un límite de edad para acceder a la cirugía e instó a que se revise el caso, hecho que no ocurrió. Más adelante, acudieron al Consejero de Salud de Cataluña, quien en 2016 resolvió que se trataba de una actuación discriminatoria del *Hospital Clínic*, y dispuso que se realice la cirugía demandada por Victoria.

Si bien la literatura especializada (Platero, 2015; Mas-Grau, 2014; Di Segni, 2013; Butler, 2010; Coll-Planas, 2010; Fernández, 2010; Hausman, 1998) recoge múltiples evidencias y analiza las discriminaciones que con frecuencia sufren las personas trans cuando se someten a este tipo de tratamientos, en el caso analizado se encuentra que, en la fase inicial del tratamiento de la identidad de género, el *Hospital Clínic* no tuvo una actuación discriminatoria, pues cumplió con los parámetros de la política de salud, aunque, ésta política está basada en la Ley 3/2007 que patologiza a la transexualidad. No obstante, en el segundo momento, este centro hospitalario no respondió acorde con la normativa de salud.

Por lo expuesto, no se puede afirmar de forma contundente que Victoria haya sido discriminada por el personal de salud debido a su transexualidad; menos aún por su estatus migratorio, como

se esbozó en esta pregunta del estudio. Es importante indicar que, a pesar del significativo avance que representa la Ley 3/2007, ésta contiene disposiciones que pueden implicar diversos grados de discriminación, por ejemplo, la exigencia de someterse al «Test de la vida real», prueba que determina si una persona es un «verdadero transexual». Si el resultado era positivo, podía iniciar el tratamiento de la identidad de género en el sistema de salud público, asimismo permite obtener el «certificado de disforia de género» para presentar en el Registro Civil y cambiar la mención relativa al sexo de las personas, requisito que sigue vigente, a pesar de que patologiza a la transexualidad.

Desde ese punto de vista, aunque el *Hospital Clínic* cumplió con la Ley en términos de determinar la «disforia de género», su aplicación a través del «Test de la vida real» resulta un socavamiento de los derechos y de su condición humana. Debido a ello, este estudio se alinea con el discurso de Butler (2012), sobre el uso de esta técnica como una concurrencia de operaciones de normas de género diagnósticas que califican como un trastorno el que una persona desee vivir con un género que no corresponde con su sexo biológico.

Esta restricción de los derechos y la desvalorización de las personas trans se produce al aplicar dicha prueba, se sustenta en los protocolos médicos (DSM) que califican a la transexualidad como «trastorno mental» o «incongruencia de género» desde la visión heterosexual hegemónica que se basa en nociones biologicistas y la supuesta «natural complementación» de los sexos. Estas construcciones desde las tecnologías biomédicas contemporáneas interpretan y caracterizan al transexual de forma monolítica (Mas-Grau, 2014), desconociendo la multiplicidad del fenómeno social trans (Romero-Bachiller y Platero, 2012; Martínez-Guzmán y Montenegro 2010).

La investigación empírica del caso de Victoria también ilustra cómo la tecnología de la razón sexológica establece jerarquías entre los profesionales de la salud y los pacientes trans tutelados por el sistema de salud público (Arjonilla *et.al*, 2014; Mas-Grau, 2014; Coll-Planas, 2014, 2012), en tanto tienen la potestad de definir cómo deben vivir su cuerpo y su vida (Butler, 2012), por ejemplo, cuando a través de un «test» se determina si una persona es o no transexual. Sus decisiones pueden vulnerar derechos, restringir la autonomía personal e ir en detrimento de su integridad psicocorporal.

Como se ha expuesto en el análisis de los testimonios de Victoria la categorización de la transexualidad como una patología produce efectos en los modos de relacionamiento y en la vida social interactiva, la subjetividad entendida como los pensamientos, las ideas, las percepciones y los afectos de las personas, tanto en los comportamientos de género y la construcción del cuerpo como en el uso de la sexualidad, de los placeres y los deseos (Butler, 2013; Hausman, 1998; Foucault, 1976).

En esa línea de pensamiento, es relevante reflexionar sobre el «dispositivo de la sexualidad» como mecanismo de poder y control de la población, a través de conceder una excesiva importancia a las denominadas sexualidades «anormales» basados en discursos «pseudo» científicos de la medicina y la psiquiatría para afianzar el predominio del modelo heterosexual (Foucault, 1976).

Por esos motivos, una gran mayoría de personas transexuales que acuden a las UTIG tratan de encajar con el modelo de transexualidad binario de sexo y género impuesto por la APA, para demostrar que pertenecen a un género sentido que no les corresponde según el sexo biológico asignado en el nacimiento, lo que constituye el “rito preliminar que da acceso al tratamiento” (Mas-Grau, 2014). Victoria también cumplió con este «rito de paso» y, además, se ajustó de “palabra” al binarismo sexual exigido, a raíz de que la psicóloga la inquirió sobre su deseo sexual al saber que ella era *translesbiana*; situación que la condujo a afirmar que podría tener una relación íntima con un hombre por temor a ser excluida del tratamiento de la identidad de género.

Según los debates teóricos analizados sobre las modificaciones corporales hormonales y quirúrgicas, hay quienes consideran que las trans reafirman el binarismo sexual y de género al decidir cambiar algunas zonas del cuerpo según estereotipos del patrón corporal exigido a las mujeres biológicas (Raymond, 1979). Este estudio rechaza esta perspectiva política de análisis porque implica la negación de la multiplicidad de diversidades del fenómeno social trans y coarta el derecho de estas personas a la determinación sobre sus cuerpos y su vida, sin comprender que “el objetivo de efectuar transformaciones la conducirán a habitar mejor y más corporalmente el mundo” (Butler, 2010), perspectiva adoptada para este trabajo; así también se alinea con la posición de Mas-Grau (2014), y los criterios de Ziga (2010), al interpelar a un sector del feminismo por mirar a la trans como que “en el fondo son, o al menos fueron hombres”.

En el contexto político y sociocultural descrito en este estudio, Victoria habita un espacio difuso en la red familiar, en el de socialización y en el ámbito laboral a causa de las múltiples subjetividades y cuyas ideas, formas de sentir, mirarse y pensarse entre los diferentes actores con quienes interactúa durante el proceso de modificación de su cuerpo son diversas.

Si bien la sexualidad es un fenómeno contemporáneo producto de la construcción histórica en la modernidad capitalista que ejerce presiones sobre las relaciones sexuales, no se restringe a ésta, sino que más bien está nutrida de sistemas de creencias religiosas, de valores morales, económicos, jurídicos y médicos que operan para visibilizar como «anormales» a las personas trans, homosexuales, lesbianas como parte de un prolongado proyecto cultural que naturaliza la binarización de las sexualidades humanas y sus expresiones de sexo género (Weeks, 1993).

Igualmente, este estudio ha demostrado que tanto en los países miembros de la Unión Europea y en particular en España, se ha producido un mejor entendimiento cultural en favor del reconocimiento de la existencia de personas con sexualidades y géneros no hegemónicos. Por tanto, las personas de los colectivos LGBTI pueden disfrutar de mayor seguridad y respeto a sus derechos en las interacciones cotidianas con sus conciudadanos y en las instituciones de los gobiernos nacionales y locales.

La transformación social y la aplicación sustancial de los derechos alcanzados para el colectivo de las personas LGBTI en España ha consolidado un significativo marco legal de derechos fundamentales. Cabe destacar que, en la Comunidad Autónoma de Cataluña, por medio de una acción política mancomunada se logró que la Consejería de Salud, cambie su política pública de salud y elimine discriminaciones en la atención a las personas trans al despatologizar la transexualidad en el sistema de salud público catalán.

En consecuencia, para acceder al tratamiento de la identidad de género, ya no se exige el «certificado de disforia de género», y con ello ya no es necesario hacer el «Test de la vida real», ni se indaga sobre la orientación sexual. Además, se amplió la cobertura a otros grupos poblacionales como los inmigrantes. Esta decisión política constituye un avance normativo relevante alcanzado por la permanente lucha de las personas de los colectivos LGBTI catalanes.

Finalmente, el reconocimiento de derechos ha permitido dignificar la orientación sexual y las expresiones de género disidentes de la heteronormatividad como un fenómeno social constitutivo de la diversidad humana. En una encuesta realizada en 40 países, Ariadna Carvalho-Nascimento encontró que España es el país que, en mayor medida, considera a la homosexualidad como moralmente aceptable (55%); el 38% de las personas entrevistadas creía que ser homosexual no era una cuestión moral; y, solo el 6% consideraba que era moralmente inaceptable (Carvalho-Nascimento, 2015, p. 311). Estas cifras son relevantes porque muestran una mayor apertura de la sociedad española, como también la existencia de un marco jurídico legal de protección a las personas de los colectivos LGBTI, que permiten una experiencia de mayor libertad y más cercana a la realidad social de estos grupos de población.

Tal como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, el ejercicio ciudadano de los derechos incide de manera favorable como en el caso de Victoria, más aún, si confluyen una serie de factores personales, sociales, jurídicos y políticos: un marco normativo garante de derechos, un contexto democrático que posibilita que las personas y organizaciones de la sociedad sean escuchadas, una sociedad abierta a las diversidades, una fuerte institucionalidad pública, entre otras. Fue en ese territorio geopolítico sociocultural que Victoria alcanzó sus objetivos, así como, los movimientos LGBTI lograron un avance en el ejercicio de sus derechos: la eliminación de la prueba del «Test de la vida real» para determinar la «disforia de género» para acceder a los tratamientos biomédicos de transformación corporal, hecho que constituye un hito en términos de disminuir la patologización de las personas trans; y una evidencia de los avances históricos que ha liderado Cataluña en este ámbito.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Chavez, R. (2011). *Meanings of Decent Work for Peruvians Trans Sex Workers*, The Netherlands: Institute of Social Studies. Recuperado de [https://www.google.com.ec/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=%C3%81lvarez-Chavez,+R.+\(2011\).+Meanings+of+Decent+Work+for+Peruvians+Trans+Sex+Workers,+Pa%C3%ADses+Bajos:+Institute+of+Social+Studies](https://www.google.com.ec/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=%C3%81lvarez-Chavez,+R.+(2011).+Meanings+of+Decent+Work+for+Peruvians+Trans+Sex+Workers,+Pa%C3%ADses+Bajos:+Institute+of+Social+Studies). (último acceso: 14/04/2017).
- Amaro-Quintas Á. M. (2010). "Triplemente vulnerabilizadas: prostitutas, inmigrantes y transexuales. Vulnerabilidad en la salud, servicios de salud y contexto/s" Universidad de Alicante, IUDESP, Vicerrectorado de Investigación. Documento en línea. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14020/1/TRIPLEMENTE%20VULNERABILIZADAS_Angel%20Amaro%20Quintas.pdf (último acceso: 22/09/2016).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Recuperado de <https://psicovaleto.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf> (último acceso: 12/04/2017).
- _____ (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition* TR. Washington, DC. Recuperado de <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf> (último acceso: 12/04/2017).
- _____ (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC. Recuperado de <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf> (último acceso: 12/04/2017).
- _____ (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Library of Congress Catalogue Number 79-055868*. Recuperado de <http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf> (último acceso: 12/04/2017).
- _____ (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. Library of Congress Catalogue Number: 68-26515*, Washington, DC. Recuperado de <http://www.behaviorismandmentalhealth.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf> (último acceso: 12/04/2017).
- _____ (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. First Edition* Recuperado de <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf> (último acceso: 12/04/2017).
- Aguirre, A. (2009), "de fracturas, cicatrices, texturas y vínculos", Mujeres de Frente, en: Revista Feminista, N° 2, *Flor del Guanto*. Entre la clase y la subjetividad. Luchas por la transformación, Quito, pp. 12-16.
- Apolline, T. (2011). "Historias de Vida y conectividades emergentes en Hernández, Sancho y Rivas (cord.). Historias de Vida en educación. Biografías en Contexto. ESBRINA-RECERCA, Universidad de Barcelona, N° 4. 126-131.
- Asociación Imagina MÁS (2014). "21 países europeos exigen la esterilización para reconocer la identidad de las personas transexuales". Recuperado de <http://www.imaginamas.org/inicio/21-paises-europeos-exigen-la-esterilizacion-para-reconocer-la-identidad-de-las-personas-transexuales/> (último acceso: 24/09/2016)
- Balzer, C. (2010). "Eu acho Transexual é aquele que disse: 'Eu sou Transexual'. Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil" traducción de Aimar Sues, en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (eds.), Editorial Egales S.L., Barcelona, Madrid. pp. 81-96.
- BBC Mundo (2014). "¿Dónde es ilegal ser gay en el mundo?", Redacción, 24 de Febrero de 2014. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/02/140224_mapa_homosexualidad_mundo_amy (último acceso: 10/06/2017).

- BBCTwo (1996). "The boy who turned into a girl", (David Reimer). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=9LQBcAVghu4> (último acceso: 30/04/2017).
- Benjamin, Harry (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Nueva York: Warner Books. Recuperado de: <http://www.mut23.de/texte/Harry%20Benjamin%20%20The%20Transsexual%20Phenomenon.pdf> <https://zagria.blogspot.com/2012/10/harry-benjamin-part-4-transsexualism.html#.WEzHUObhBPY> (último acceso: 10/12/2016).
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2016). Núm. 168. "6728 Ley 2/2016, de 29 de marzo de identidad y expresión de género e igualdad social y no discriminación de la Comunidad de Madrid". Sección I pp. 49217-49248 Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2016/07/14/pdfs/BOE-A-2016-6728.pdf> (último acceso: 06/09/2016).
- _____ (2014). Núm. 281. Jueves 20 de noviembre de 2014 Sec. I. Pág. 94729. 11990 "Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia." 1-20. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11990-consolidado.pdf> (último acceso: 09/04/2017).
- _____ (2007). Núm. 65, de 16 de marzo de 2007, páginas 11251 a 11253. Referencia BOE-A-2007-5585. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585 (último acceso: 24/09/2016).
- _____ (1995). Núm. 281, Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del *Código Penal*. Referencia BOE-A-1995-25444, Entrada en vigor: 24/05/1996. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444> (último acceso: 09/04/2017).
- _____ (1978). Núm. 311, 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424. *Constitución Española*, Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. Referencia BOE-A-1978-31229. Recuperado de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf> (último acceso: 14/03/2017).
- Borrillo, D. (2001). *Homofobia*, Edición de la Biblioteca del Ciudadano, Edicions Bellaterra, Barcelona España.
- Bourdieu, P. et al. (1999). *The Weight of the World. Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge, Polity Press.
- Butler, J. (2013 [1999]). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, 5ª Impresión, Editorial Paidós Studio 168, Barcelona.
- _____ (2012) [2004]). *Deshacer el género*, Paidós, Espasa Libros, S.L.U., Barcelona, España.
- _____ (2010). "Transexualidad, Transformaciones", Prólogo en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores), Editorial EGALES S.L. Barcelona. pp. 9-13.
- _____ (2002 [1993]). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Editorial Paidós, Buenos Aires. Recuperado de <http://reddesalud.org/wp/wp-content/uploads/2016/05/BUTLER-Judith.-Cuerpos-que-importan.pdf> (último acceso: 30/05/2017)
- Burgos, I. (2001). "Gregorio Marañón. Sexo, Trabajo y Deporte", en *Ágora para la EF y el Deporte*, N° 1, pp. 97-102. Recuperado de <https://www5.uva.es/agora/revista/1/agoralinesburgos.pdf> (último acceso: 26/03/2017).
- Cabezas, Almudena y Bernà, David (2013). "Cuerpos, espacios y violencias en los regímenes biopolíticos de la Modernidad. De maricas y homosexuales habitando 'lo femenino'", en *Política y Sociedad*, Vol.50 Núm. 3. 771-802. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/41970/41373> (último acceso: 31/03/2017).

- Camacho, G. (2009). *Mujeres migrantes: Trayectoria laboral y perspectivas de desarrollo humano*. Quito: 1ª ed. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, Instituto de Estudios Ecuatorianos - IEE, Abya-Yala; 2ª ed. en España, patrocinada por Govern de les Illes Balears.
- Camacho-Zambrano, M. (2016a). *Cuerpos en trans-ito: identidad de género, prostitución y condiciones de vida de un colectivo de trans ecuatorianas en Barcelona*, Fondo de Investigación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- _____. (2016b). *Cuerpos deseantes y el armario político hetero-homosexual. Granizo (1963-1968) y “el círculo rosa y oscuro” (2009)*. Editorial Abya-Yala. Quito, Ecuador.
- _____. (2015). “Cuerpos en tránsito. Trans-vestis Latinoamericanas en Barcelona: «Europa me ha dado todo y me ha quitado todo»”, en *En tránsito: voces, acciones y reacciones*, CIDOB Barcelona, Centre for International Affairs, Colección Monografías. Coordinación: Isabel Verdet y Yolanda Onghena. Barcelona. 83-97.
- _____. (2009). *Diversidades sexuales y de género: exclusión social e inserción laboral en Quito*, Auspicio de la Universidad Andina Simón Bolívar (UASB), y Centro de Vida y Crecimiento Personal. Quito, Ecuador.
- Cañameras, A. (2016). “La transexualidad dejará de ser una enfermedad en Cataluña”, en El Mundo. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/cataluna/2016/10/24/580df20e22601dae608b458f.html> (Actualizado a 24/10/2016 18:43) (último acceso: 25-10-2016).
- Carvalho-Nascimento, A. (2016). *Influencia de la moralidad en la apreciación, percepción de realismo y disfrute de las narrativas sobre lesbianas*, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Comunicació Audiovisual i Publicitat Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/382828> (último acceso: 05/05/2017).
- Cobo, R. (1995). *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*, Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia. Madrid, España.
- Coll-Planas, G. y Cruells, M. (2013). “La puesta en práctica de la interseccionalidad política: en el caso de las políticas LGBT en Catalunya”, en *Revista Española de Ciencia Política*, Núm. 31, 153-172. Recuperado de https://www.academia.edu/4037119/La_puesta_en_pr%C3%A1ctica_de_la_interseccionalidad_pol%C3%AADtica_el_caso_de_las_pol%C3%ADticas_LGTB_en_Catalu%C3%B1a (último acceso: 29/05/2017).
- Coll-Planas, G. (2011). *Contra la homofobia. Políticas locales de igualdad por razón de orientación sexual y de identidad de género*, Coordinación y edición científica del Libro blanco europeo, *Ajuntament de Barcelona*. IGOP-UAB. Recuperado de https://www.academia.edu/4037118/Contra_la_homofobia_pol%C3%ADticas_locales_de_igualdad_por_raz%C3%B3n_de_orientaci%C3%B3n_sexual_e_identidad_de_g%C3%A9nero_libro_blanco_europeo (último acceso: 15/03/2017).
- _____. (2010), “Introducción” en *El Género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores), Editorial EGALES, SL., Barcelona. pp. 15-24.
- _____. (2010). “La policía del género” en *El Género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores), Editorial EGALES, SL., Barcelona. pp. 55-66.
- _____. (2009). *La voluntad y el deseo. Construcciones discursivas del género y la sexualidad: el caso de trans, gays y lesbianas*. Tesis Doctoral, Departamento de Sociología, UAB, Cataluña - España. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/5148> (último acceso: 14/04/2017).
- Congregación para la Doctrina de la Fe. (2003). “Consideraciones acerca de los proyectos de reconocimiento legal de las uniones entre personas homosexuales”, *El Sumo Pontífice Juan Pablo II*, en la audiencia concedida al Prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe. Roma. Recuperado de http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20030731_homosexual-unions_sp.html (último acceso: 14/04/2017).

- Cotán-Fernández, A. (2013). "Investigación-participación e Historias de Vida: un mismo camino común", en: *Histórias de Vida em Educação: A Construção do Conhecimento a partir de Histórias de Vida*. Esbrina. Vol. 1. 157-165. Recuperado de http://www.fpce.up.pt/iii/jornadashistoriasvida/pdf/2_Investigacion-participacion%20e%20Historias%20de%20vida.pdf (último acceso: 21/08/2016).
- De La Rosa, L. (2010). Participación de las personas con diversidad funcional en la enseñanza universitaria: una dilatada y enriquecedora experiencia. Mesa 6: La formación de los docentes y el Currículum Escolar: la atención a la diversidad y la formación para la convivencia. I Congreso Internacional. Reinventar la Formación Docente. Málaga. 102-118.
- De Miguel, A. (1997). "Lo personal es político", en *Crítica de Libros*", pp. 178-182. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:filopoli-1997-9-1111/pdf> (último acceso: 01/04/2017).
- Del Barrio, V. (2009). "Raíces y evolución del DSM", *Revista de Historia de Psicología*, Publicacions de la Universitat de València, vol. 30, núm. 2-3 (junio-septiembre) pp. 81-90. Valencia, España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153> (último acceso: 23/05/2017).
- Diagonal. (2012). "Mapa estatal de las UTIG (Unidades "trastorno" de la identidad de género)". Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/libertades/mapa-estatal-utig-unidades-trastorno-identidad-genero.html> (último acceso: 16/04/2017).
- Di Segni, S. (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*, Fonde de Cultura económica de Argentina, S.A. Buenos Aires.
- Duque, M^a A. (2016). "Doña y Vero y yo". Recuperado de <https://vimeo.com/193387404> (último acceso: 30/11/2016).
- EFE, La Vanguardia (2016). "Los transexuales en Catalunya podrán cambiarse el sexo sin diagnóstico psiquiátrico. El nuevo modelo deja de considerar la transexualidad como una enfermedad". Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20161024/411271789213/transexuales-catalunya-cambio-sexo-diagnostico-psiquiatrico.html> (Actualizado a 24/10/2016: 14:43). (último acceso: 10/06/2017).
- EFE, (2016). "La sanidad pública catalana deja de considerar la transexualidad como una enfermedad. El consejero de Salud catalán ha presentado el nuevo modelo de las personas trans que "despatologiza" la transexualidad y ya no será necesario acreditar un trastorno psiquiátrico para someterse a cambio de sexo", Madrid. (Actualizado el 24/10/2016 a las 14:38 horas) Recuperado de http://www.antenat3.com/noticias/salud/sanidad-publica-catalana-deja-considerar-transexualidad-como-enfermedad-requerira-diagnostico-psiquiatrico_20161024580dff30cf24962cc038821.html (último acceso: 07/04/2017).
- EFE, Barcelona (2016). "La Conselleria de Salut operará a una transexual a quien denegó la vaginoplastia por edad". Recuperado de <http://www.elmundo.es/cataluna/2016/06/14/57601a1ce5fdea34038b4583.html> (último acceso: 07/04/2017).
- _____ (2015). "El defensor catalán insta a operar a un transexual que hace 6 años que espera. Le han excluido de la lista de espera porque ha cumplido 50 años". Recuperado de <http://www.elperiodico.com/es/noticias/gente/defensor-catalan-insta-operar-transexual-que-hace-anos-que-espera-4641689> (último acceso: 07/04/2017).
- El diario.es. (2015). "Así funciona una unidad de atención a personas transexuales en la salud pública", Recuperado de http://www.eldiario.es/sociedad/transexuales-Hospital-Doctor-Peset-atendido_0_438507036.html (último acceso: 16/04/2017).
- El País, "Entra en vigor la Ley de Identidad de Género. A partir de hoy, las personas transexuales pueden cambiar el nombre y sexo en DNI sin necesidad de operarse" Actualizado en Madrid, 17 de marzo de 2007). Recuperada de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2007/03/17/actualidad/1174086001_850215.html (último acceso: 07/04/2017).
- El Mundo (2010). "La sanidad pública catalana realiza 46 cambios de sexo en año y medio". Recuperada de <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/06/26/barcelona/1277545744.html> (último acceso: 07/04/2017).

- El Periódico (2016). “Salut deja de tratar como enfermos a los transexuales”. Recuperado de <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sanidad/salut-de-jara-tratar-enfermos-transexuales-5584102> (Barcelona, 24/10/2016:14:12). (último acceso: 07/04/2017).
- 20minutos (2007). “Un transexual sin operar cambia de sexo en el DNI”. Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/207418/0/transexual/operar/sexo/> (último acceso: 16/04/2017).
- Fausto-Sterling, A. (2006 [2000]). *Cuerpos sexuados*, Editorial Melusina S.L., España.
- Fernández, J. (2016). “Una ley puesta en funcionamiento por la comunidad LGBTI”, en *Cerdanyola Informa*. Recuperada de <http://cerdanyolainforma.com/2016/06/29/una-ley-puesta-en-funcionamiento-por-el-movimiento-lgtbi> (último acceso: 16/04/2017).
- Fernández, M. y García, E. (2012). “Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol.32 no.113 Madrid ene./mar. 2012. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000100008 (último acceso: 27/03/2017).
- Fernández, S. (2010). “Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans”, en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores), Editorial EGALES S.L., Barcelona. pp. 177-194.
- Foucault, M. (2009 [1976]). *Historia de la sexualidad. I. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI, Madrid, España.
- _____ (2013). “El sexo como moral”, en *Sociólogos/ Blog de Actualidad y Sociología*, entrevista Recuperada de <http://sociologos.com/2013/04/07/entrevista-con-michel-foucault-el-sexo-como-moral/> (último acceso: 30/03/2017).
- _____ (1984 [1982]). “Sexo, Poder y la política de identidad”, entrevista dirigida por B. Gallagher y A. Wilson, Toronto, junio de 1982. Publicada en *The Advocate* 400 (7 de agosto de 1984). Recuperada de <https://artilleriainmanente.noblogs.org/post/2016/04/21/michel-foucault-sexo-poder-y-la-politica-de-la-identidad-entrevista/> (último acceso: 30/03/2017).
- Fraser, N. (2015 [2013]). *Fortunas del feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*, Editorial IAEN (Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador), Cristina Piña Aldao, Trad. Quito.
- Fraisse, G. (2003). “El concepto filosófico de género”, en *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*, Silvia Tubert (ed.), Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Madrid, España. 39-46.
- Garaizabal, C. (1998). “La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante”, en *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad de género*, José Antonio Nieto (compilador), TALASA Ediciones S.L. Madrid. pp. 39-62.
- García, M. y Molina, S. (2016). “No es país para violetas”, en *Psicomemorias*, <http://www.psicomemorias.com/poster-homosexualidad-franquismo/> (último acceso: 14/04/2017).
- García, A. y Oñate-Martínez, S. (2010). “De viajes y cuerpos: proyectos migratorios e itinerarios corporales de mujeres transexuales ecuatorianas en Murcia”, en *Tránsitos migratorios: contextos transnacionales y proyectos familiares en las migraciones actuales*, Antonio Agustín García, María Elena Gadea y Andrés Pedreño (Eds.), editum Ediciones de la Universidad de Murcia, España. 361-403.
- Gimeno, B. (2009). “¿Cuál es el lugar de las lesbianas feministas? Un problema no resuelto”, *Mujeres de Frente*; en: *Revista Feminista, N° 2, Flor del Guanto*. Entre la clase y la subjetividad. Luchas por la transformación. Quito. pp. 17-21.

- Global Report AIDS Epidemic (2006). "The impact of AIDS on people and Societies", UNAIDS, chapter 4, pp. 1-23. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH04_en.pdf (último acceso: 28/02/2017).
- González-Polledo, E.J. (2010). "«No sé qué otra cosa podría ser»": Medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM", en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (eds.), Editorial Egales S.L., Barcelona, Madrid. pp. 67-77.
- Goodson, I. (2004). *Historias de vida del profesorado*. Barcelona: Octaedro-Eub.
- Guasch, Ó. y Mas-Grau, J. (2014). "La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970-2014)" en *Cuerpos, sexualidades y poder*, Monográfico coordinado por José María Valcuende, Universidad Pablo de Olavide. Sevilla: *Gazeta de Antropología*, 30 (3), artículo 06. Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4619> (último acceso: 11/04/2017).
- _____. (2002 [1997]). *Observación participante*, Cuadernos Metodológicos N° 20, CIS Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, España.
- _____. (1995 [1991]). *La sociedad rosa*, Editorial Anagrama, S.A., Barcelona.
- Hausman, B. (1998). "En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género", en *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad de género*, José Antonio Nieto (compilador), TALASA Ediciones S.L. Madrid. pp. 193-232.
- ILGA: Carroll, A. & Itaborahy, L.P. (2015). *Homofobia de estado. Un estudio jurídico sobre la criminalización, protección y reconocimiento del amor entre personas del mismo sexo*, 10ª edición. Ginebra. Recuperado de http://old.ilga.org/documents/ILGA_SSHR2015_espanol.pdf (último acceso: 14/04/2017).
- _____. Ottosson, D. (2008). *State-Sponsored Homophobia. A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, Recuperado de https://www.gaylawnet.com/ezone/crime/ilga_2008.pdf (último acceso: 14/04/2017).
- Izquierdo, M. R. (2016). "No estoy enferma soy una mujer transexual | Marta Reina Izquierdo" en TEDxLleida. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Y7NQkxe7I4s> (último acceso: 24/11/2016).
- Izquierdo, Mª J. (2001). *Sin vuelta de hoja. Sexismo: poder, placer y trabajo*, Edicions Belaterra. Barcelona.
- Juliano, D. (2014). "El cine, la televisión o las revistas del corazón generan modelos de mujer y de hombre muy poco cuestionadores". Recuperado de <http://sociologos.com/2014/04/02/dolores-juliano-el-cine-la-television-o-las-revistas-del-corazon-generan-modelos-de-mujer-y-de-hombre-muy-poco-cuestionadores/> (último acceso: 04/08/2016).
- _____. (2010). "El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología" en *Quaderns de Psicologia*, Vol. 12, N° 2, Universidad de Barcelona. 149-60. Recuperado de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/772> (último acceso: 07/04/2017).
- _____. (2010 [2004]). *Excluidas y marginadas. Una aproximación antropológica*, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia. Madrid España.
- _____. (2010 [2004]). *Excluidas y marginadas. Una aproximación antropológica*, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia. Madrid España.
- Kerfa, S. (2014). "«Homo Economicus» o el efecto mariposa en la trayectoria de una trans afroecuatoriano entre París y Guayaquil en dos documentales franceses de Sebastiano D'Ayala Valva, *Les travestis pleurent aussi* (2006) y *Ángel* (2009), en *Resentir lo queer en América Latina: diálogos desde / con el Sur*, Falconí, Castellanos, Viterí (eds.), Editorial Egales, Barcelona. 147-59.
- Lagarde, M. (2006). "Pacto entre mujeres sororidad", Ponencia publicada por la Coordinadora Española para el Lobby Europeo de Mujeres Madrid. pp. 12. Recuperado de:

[file:///C:/Users/Margarita/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/12393/Sororidad\[13398\].pdf](file:///C:/Users/Margarita/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/12393/Sororidad[13398].pdf) (último acceso: 06/06/2017).

- Laqueur, T. (1992 [1990]). *Making SEX. Body and gender from the Greeks to Freud*. First Harvard University Press. USA.
- López, S., Peterson, E. y Platero, [L.] R. (2014). “Políticas Públicas”, en *Ciencia política con perspectiva de género*, Mara Lois y Alba Alonso (coords.), Ediciones Akal, S.A. España.
- Llamas, R. (1998). *Teoría torcida. Prejuicios y discursos en torno a “la homosexualidad”*, Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid.
- Llorca, A. (1996). “La teoría de intersexualidad de Magnus Hirschfeld: los estadios sexuales intermedios”, en *Anuario de Sexología 2*, pp. 59-67. Recuperado de <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a2-4-llorca.pdf>
- Lloveras-Ferrer, M.R. (2008). “Una ley civil para la transexualidad”, Facultad de Derecho, *Universitat Pompeu Fabra*, Indret 1/2008, Barcelona. Recuperado de http://www.indret.com/pdf/510_es.pdf (último acceso: 27/02/2017).
- Mallimaci, F., Giménez Béliveau (2006). “Historias de Vida y método biográfico”, en *Estrategias de Investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa. pp.13. Recuperado de <http://jbposgrado.org/icuali/M%E9todo%20biogr%E1fico.pdf> (último acceso: 14/04/2017).
- Marini, T. (2016) “El Foucault más íntimo, lejos de la gloria académica”, en *Clarín Revista Ñ*, Buenos Aires. Recuperado de http://www.clarin.com/filosofia/foucault-intimo-daniel_defert_0_HyZeKhuPQe.html (último acceso: 11/03/2016).
- Martínez-Guzmán, A., Iñiguez-Rueda, L. (2010). “La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual: Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad”, en *Discurso y Sociedad*, Vol. 4(1) 30-51 www.dissoc.org. Recuperado de [http://www.dissoc.org/ediciones/v04n01/DS4\(1\)Martinez%26Iniguez.pdf](http://www.dissoc.org/ediciones/v04n01/DS4(1)Martinez%26Iniguez.pdf) (último acceso: 14/04/2017).
- Martínez-Guzmán, A., Montenegro, M. (2010). “Narrativas en torno al Trastorno de Identidad Sexual. De la multiplicidad transgénero a la producción de trans-conocimientos”, en *Prisma social*, N° 4, pp. 1-44, revista de ciencias sociales ISSN-e 1989-3469. Recuperado de <file:///C:/Users/Margarita/Downloads/Dialnet-NarrativasEnTornoAlTrastornoDeIdentidadSexual-3632443.pdf> (último acceso: 28/03/2017).
- Mas-Grau, J. (2014). *Subjetividades y cuerpos gestionados. Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero*, Tesis doctoral en Estudios Avanzados de Antropología Social. Dirigida por Joan Bestard Camps y Antonio Nieto Piñeroba. Universidad de Barcelona. Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/286741/JMG_TESIS.pdf?sequence=1 (último acceso: 23/05/2017).
- _____. (2010). *Identidades gestionadas. Un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad*, Tesina del Máster Oficial en Antropología y Etnografía. Tutorada por Joan Bestard Camps, Departamento de Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Recuperada de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/17986/1/Tesina%20Jordi%20Mas.pdf> (último acceso: 28/06/2017).
- Mejía, N. (2006). *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*, Edicions Bellaterra S.L., Barcelona.
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex changes: A History of transexuality in the United States*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Mirabet i Mullol, A. (1985). *Homosexualidad hoy*, Editorial Herder. Barcelona.

- Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.) (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Editorial Egales S.L., Barcelona, Madrid.
- Missé, M. (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*, Editorial Egales S.L., Barcelona/Madrid.
- Morell-Capell, S. (2010). “Reflexiones sobre la transgresión del transgenerismo”, en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (eds.), Editorial Egales S.L., Barcelona, Madrid. pp. 115-122.
- Mouzo-Qintáns, J. (2016). “Salud operará a la transexual a la que denegó una vaginoplastia. El Departamento había alegado ‘criterios clínicos’ para no intervenir a la mujer que llevaba seis años en listas de espera”. Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/06/13/catalunya/1465846764_026801.html?id_externo_rsoc=FB_CC (último acceso: 13/08/2016).
- Navarro-Pérez, P., Ortiz-Gómez, T. y Gil-García, E. (2015). “La producción científica biomédica sobre transexualidad en España: análisis bibliométrico y de contenido (1973-2011)”, en *Gaceta Sanitaria, Gac Sanit vol.29 n.º.2* Barcelona. 145-151. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv29n2/revisión.pdf> (último acceso: 27/06/2017).
- Nieto, A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Edicions Bellaterra, S.L., Barcelona.
- Observatori Contra l’Homofobia. (2014). “El estado de la homofobia en Catalunya 2014”, coordinado y publicado por OCH, Eugeni Rodríguez Giménez; desarrollado por IRTZI. Investigación Social, Fabio González, director de investigación; Supervisado por UAB, Departamento de Psicología Social, Joan Puyol i Tarres. Recuperado de <http://www.lambda.cat/images/CDAF/Actualitat/2015/EstatHomofobiaCat2014ESP.pdf> (último acceso: 27/05/2017).
- _____ (2006). “Resolución sobre la homofobia en Europa”, Recuperado de http://www.esposiblelaesperanza.com/index.php?view=article&catid=160:8-cultura-pro-gay-y-organismos-internacionales&id=1330:parlamento-europeo-resolucion-sobre-la-homofobia-en-europa-18-enero-2006&option=com_content&Itemid=33 (último acceso: 30/09/2016).
- OIM (2011). *Migrantes Sudamericanos en España: Panorama y Políticas CUADERNOS MIGRATORIOS N° 1*, Buenos Aires. Recuperado de http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/OIM-Migrantes-Sudamericanos-en-Espana-No1.pdf (último acceso: 19/03/2017).
- ONU, Derechos Humanos. (2012). *Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*, Oficina del Alto Comisionado, Nueva York - Ginebra. Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes_SP.pdf (último acceso: 14/04/2017).
- Ortega-Arjonilla, E., Romero-Bachiller, C., Ibáñez, R. (2014). “Discurso activista y estatus médico de lo trans hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos”, Capítulo XI, en *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Esther Oretaga-Arjonilla y Eulalia Pérez-Sedeño (eds.). Editorial Cátedra, Valencia España. pp. 521-572. Recuperado de <http://whatiseating.com/wp-content/uploads/2015/06/RibanezMartin-TransSTOP-2014.pdf> (último acceso: 14/04/2017).
- Pajares, M. (2010). *Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2010*. Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración, Ministerio de Trabajo de España.
- Parlamento Europeo. (2012). “Resolución del Parlamento Europeo sobre la lucha contra la homofobia en Europa” 2012/2657(RSP) Recuperado de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2012-0238+0+DOC+XML+V0//ES> (último acceso: 14/04/2017).
- _____ (1994). “Resolución sobre la igualdad de derechos de los homosexuales y las lesbianas en la Comunidad Europea” A0028/94). Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/rqtr/biblioteca/Parejas%20de%20Hecho/resolucion%20europea%20derechos%20lgbt.pdf> (último acceso: 19/03/2017).

- Pérez, K. (2010). "historia de la patologización y despatologización de las variantes de género", en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores), Editorial EGALES S.L. Barcelona. pp. 97-111.
- Plataforma TransForma Salut. (2016). "Reclama a la Generalitat un nuevo modelo sanitario para el colectivo trans" Recuperado de <http://www.idemtv.com/es/2016/06/14/la-plataforma-transforma-la-salut-reclama-a-la-generalitat-un-nou-model-sanitari-per-al-col%C2%B7lectiu-trans/> (último acceso: 12/04/2017).
- Platero, R. L. (2015). "Aquí está la resistencia trans*", Prólogo en Spade, Dean, Una vida «normal». Violencia administrativa, políticas trans críticas y los límites del derecho, Edicions Bellaterra, Barcelona. 9-22. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/298327261_Prologo_a_la_edicion_espanola_de_Una_vida_norm_al_La_violencia_administrativa_la_politica_trans_critica_y_los_limites_del_derecho_de_Dean_Spade (último acceso: 26/05/2017).
- _____ (2011). "The Narratives of Transgender Rights Mobilization in Spain", en *Sexualities*, 14 (5), pp. 597-614. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.956.2985&rep=rep1&type=pdf> (último acceso: 15/06/2017).
- PSI Inter-América. (2015). "Políticas Públicas para LGBTI en América Latina", con el apoyo de ILGALAC. Recuperado de http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/wp_esp_politicas_131115_1.pdf (último acceso: 13/04/2017).
- Pujadas, J. J. (2002). "El método biográfico: El uso de las Historias de Vida", en Ciencias Sociales. Madrid: Centro de investigaciones Sociológicas.
- _____ (2000). "El método biográfico y los géneros de la memoria", *Revista de Antropología Social*, ISSN: 1132-558X, 127-158.
- Raymond, G.J. (1994 [1979]). *The Transsexual Empire. The making of the She-Male. Reissued with a New Introduction on Transgender*, ATHENE Series, Teachers College Press, Columbia University, New York and London. Recuperado de <https://autogynephiliatruth.files.wordpress.com/2015/04/the-transsexual-empire.pdf> (último acceso: 12/12/2016).
- Rodríguez, E. (2011). "Biografía de Eugeni Rodríguez Giménez", Recuperado de <https://eugenirodriguez.wordpress.com/2011/10/24/biografia-eugeni-rodriguez-gimenez/> (último acceso: 16/04/2017).
- Romero-Bachiller, C. y Platero, L. R. (2012). "Dialogos Interseccionales sobre los *bucht/femme*, las diásporas *queer* y lo *trans*", en en *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada.*, R. Lucas Platero [ed.], Edicions Bellaterra, S.L., Barcelona. pp. 159-198.
- Rubin, G. (1989). "Reflexionando sobre el sexo", en Carole Vance (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Editorial Revolución.
- Sáez, J. (2012). "Las políticas del SIDA y la cultura *bear* desde una perspectiva «interseccional»", en *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*, R. Luca Platero [ed.], Edicions Bellaterra, S.L., Barcelona. pp. 199-215.
- Sanmartín, O.R. (2009). "Discriminación positiva en clave transexual", en *El Mundo*, Madrid – España. Recuperada de <http://www.elmundo.es/elmundo/2009/02/24/espana/1235508523.html> (último acceso: 13/08/2016).
- Sedgwick, E. (1998 [1990]). *Epistemología del armario*, Ediciones de la Tempestad, Barcelona.
- Síndic de Greuges de Catalunya. (2016). "Informe al Parlamento 2015", 1ª edición: febrero de 2016, Barcelona. pp. 115-121. Recuperado de http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4024/Informe%20al%20Parlamento2015_cast.pdf (último acceso: 16/04/2017).

- Stolen, K. A. (1978). "Lucinda una historia de vida", capítulo 3 de: *A media voz, relaciones de género en la sierra ecuatoriana*, CEPLAES, Quito, Ecuador. 61-76.
- Suess, A. (2010). "Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales", en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores), Editorial EGALES S.L. Barcelona. pp. 29-49.
- Tatchel, P. (2011). Human Rights, Democracy, Global Justice, LGBTI Freedom. Recuperado de <http://www.petertatchell.net/archive.htm> (último acceso: 19/03/2017).
- Tamagne, F. (2006). "La era homosexual 1870-1940", en *Gays y lesbianas Vida y cultura. Un legado universal*, Robert Aldrich (ed.), Editorial Nerea, S.A., San Sebastián, España. 167-195.
- Trànsit, <https://transformalasalut.wordpress.com/2016/06/03/los-dos-modelos-de-atencion-sanitaria-para-personas-trans-en-cataluna-la-unidad-de-identidad-de-genero-y-transit/> (último acceso: 19/11/2016).
- Truth, S., Wells, I., Hill Collins, P., Davis, A., Stack, C., Carby, H., Parmar, P., Ifekwunigwe, J. y AngLygate, M. (2012). *Feminismos Negros. Una Antología*, Edición: Mercedes Jabardo y Traficantes de Sueños, Madrid. Recuperado de: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Feminismos%20negros-TdS.pdf> (último acceso: 19/03/2017).
- Tsinonis, N. (2006). "Memoria y homosexualidad: sufrimiento, olvido y dignidad" (traducción de Felipe Gómez Isa), Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto y Departamento para los Derechos Humanos, el Empleo y la Inserción Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa, 461-500. Recuperado de www.idh.deusto.es
- Unidad de Identidad de Género en Catalunya. (2015) "Cronología del gobierno español 2004 al 2011 PSOE y del 2011 al 2015 PP. Cronología del gobierno Catalunya 2003 al 2010 tripartit (PSC-ERC-ICV-EUIA) 2010 al 2015 CIU. Recuperado de <https://atclibertad.wordpress.com/2015/12/04/unidad-de-identidad-de-genero-en-catalunya/> (último acceso: 16/04/2017).
- Unión Europea (2000). "Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea", en *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, Niza. Recuperado de http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf (último acceso: 04/08/2016).
- _____ (1997). "Tratado de Ámsterdam", Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, impreso en Alemania. Recuperado de <http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf> (último acceso: 27/05/2017).
- University of Minnesota, Human Rights Library. (1994). "Toonen v. Australia, Communication N° 488/1992, U.N. Doc CCPR/C/50/D/488/1992 Recuperado de <http://hrlibrary.umn.edu/undocs/html/vws488.htm> (último acceso: 30/08/2016).
- Vartabedian, J. (2014). "Migraciones trans: travestis brasileñas migrantes trabajadoras sexuales en Europa", en *Cadernos Pagu*, N° 42. Río de Janeiro, Brasil. pp. 275-312. Recuperado de https://www.academia.edu/8272238/Migraciones_trans_travestis_brasile%C3%B1as_migrantes_trabajadoras_delsexo_enEuropa?auto=download (último acceso: 26-09-2016)
- _____ (2012). *Geografía Travesti: Cuerpo, Sexualidad y Migraciones de Travestis Brasileñas (Río de Janeiro – Barcelona)*. Tesis doctoral dirigida por Patricia Soley-Beltrán tutorada por Cristina Larrea Killinger, Universidad de Barcelona.
- Vásquez, F. y Cleminson, R. (2012 [2009]). *Los hermafroditas. Medicina e identidad sexual en España (1850-1960)*, Editorial Comares S.L., Granada, España.
- Vásquez, F. y Moreno, A. (1997). *Sexo y Razón. Una genealogía de la moral sexual en España (Siglos XVI-XX)*, Ediciones Akal S.A., Madrid.

- Vega, L. (2015). “¿Hay que realizar un despido a un extranjero contratado en situación irregular sobrevenida?” Recuperado de <http://www.gmconsulting.pro/blogideasparasunegocio/situacion-irregular-sobrevenida/> (último acceso: 19/03/2017).
- Weeks, J. (1993 [1985]). El malestar de la sexualidad, significados mitos y sexualidades modernas, Colección Hablan la Mujeres, Editorial Talasa, Madrid.
- Ziga, I. (2010). “No hay nada más feminista que el desafío trans”, en *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (eds.), Editorial Egales S.L., Barcelona, Madrid. pp. 205-209.
- Zurolo, A. y Garzillo, F. (2013). “Cuerpos, género y violencia: construcciones y deconstrucciones”, en *Política y Sociedad* ISSN: 1130-8001 2013, 50, Núm. 3: 803-815. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/41975/41374> (último acceso: 06/04/2017).

Anexos

Anexo N° 1

Listado cronológico de las entrevistas en profundidad realizadas a Victoria

- 1.- 20-11-2014 (voz *in-situ*)
- 2.- 19-12-2014 (voz *in-situ*)
- 3.- 30-01-2015 (voz *in-situ*)
- 4.- 03-2015 (voz *in-situ*)
- 5.- 22-03-2015 (voz *in-situ*)
- 6.- 21-09-2015 (voz *in-situ*)
- 7.- 11-10-2015 (voz *in-situ*)
- 8.- 05-11-2015 (voz *in-situ*)
- 9.- 22-02-2016 (voz vía *Skype*¹⁷⁵)
- 10.- 17-03-2016 (*chat de fb*)
- 11.- 22-03-2016 (*chat de fb*)
- 12.- 23-03-2016 (*chat de fb*)
- 13.- 17-04-2016 (*chat de fb*)
- 14.- 04-06-2016 (*chat Skype*)
- 15.- 19-06-2016 (*chat de fb*)
- 16.- 22-06-2016 (*chat de fb*)
- 17.- 28 y 29-06-2016 (*chat fb*)
- 18.- 13 y 14-07-2016 (*chat fb*)
- 19.- 23 y 24-07-2016 (*chat Skype*)
- 20.- 23-08-2016 (*chat de fb*)
- 21.- 26-08-2016 (*chat de fb*)

¹⁷⁵ Constantemente se interrumpía el audio y la comunicación, por ello, las siguientes entrevistas fueron escritas vía *chat de fb, Skype* o móvil.

22.- 22-10-2016 (vía móvil)

23.- 24-10-2016 (vía móvil)

24.- 25/10/2016 (vía móvil)

25.- 26/10/2016 (vía móvil)

Nota: El cálculo aproximado de la duración de las 22 entrevistas en profundidad es de treinta y seis horas.

Publicación recuperada de

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2007/03/17/actualidad/1174086001_850215.html

Entra en vigor la Ley de Identidad de Género

A partir de hoy, las personas transexuales pueden cambiar el nombre y sexo en DNI sin necesidad de operarse

EP

Madrid 17 MAR 2007 - 07:28 CET

Las personas transexuales podrán, a partir de hoy, modificar la referencia del nombre y sexo en sus documentos de identidad, como el DNI, sin necesidad de someterse a una operación genital y sin procedimiento judicial, tras la publicación hoy en el Boletín Oficial del Estado de la Ley reguladora de la rectificación registral relativa al sexo de las personas.

Mediante esta Ley, ratificada por el Congreso de los Diputados el pasado 1 de marzo, España cuenta con una legislación específica que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de estas personas, que cuenten con un adecuado diagnóstico, de corregir la asignación registral de su sexo contradictoria con su identidad. En definitiva, evitará que estas personas ostenten un nombre discordante con el sexo que sienten.

Con la publicación de este texto normativo también entrará en vigor una disposición que permite a las mujeres lesbianas casadas que puedan ser madres de los hijos *in vitro* de su esposa, sin necesidad de adopción. De esta manera, las mujeres lesbianas casadas podrán dar su consentimiento para que el encargado del Registro Civil determine a su favor la filiación respecto del nacido.

Identidad sexual

En lo que se refiere a las personas transexuales, según la Ley, podrán solicitar el cambio de identidad todas las personas de nacionalidad española, mayores de edad y con capacidad suficiente. Esta rectificación se tramitará a través del Registro Civil, sin necesidad de una sentencia judicial.

Para ello, la norma establece unos requisitos: que a la persona se le haya diagnosticado disforia de género y haber recibido tratamiento hormonal durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado.

Sin embargo, y esta es la principal novedad de la Ley, no será necesario que esta persona haya sido sometida a una operación genital. Además, los tratamientos médicos no serán un requisito necesario para rectificar su identidad en el registro cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte un certificado médico.

Transexuales del PSOE

La responsable del área de Transexuales del PSOE, Carla Antonelli, se felicitó de la entrada en vigor de esta norma y valoró que este colectivo "ha empezado a tocar el paraíso, negado hasta ahora para el sector más discriminado de la sociedad española".

Antonelli apunta en un comunicado que esta Ley es "retroactiva", de forma que todas aquellas personas que llevarán más de dos años en tratamiento médico, que puede ser endocrinológico hormonal o quirúrgico, y tengan en su poder un diagnóstico de

transexualidad emitido por un médico colegiado o psicólogo clínico "tendrán derecho a su solicitud inmediata".

No obstante, Antonelli advierte de que "desgraciadamente, la actualidad nos dice que las exclusiones persisten". "Una transexual de Barcelona el próximo lunes tendrá un juicio porque su empresa la despidió por el mero hecho de ser una mujer transexual", concluyó con la esperanza de que "estas indignas situaciones comiencen a erradicarse de una vez por todas con la nueva normativa".

EL MUNDO

SALUD | Dos y media por día

La sanidad pública catalana realiza 46 cambios de sexo en año y medio



Una paciente se somete a una consulta previa a la operación. | G. Arroyo

- **A principios de año el Clínic tenía una lista de espera de 100 pacientes**

Europa Press | Barcelona

Actualizado sábado 26/06/2010 11:49 horas

La sanidad pública catalana ha financiado 46 intervenciones de cambio de sexo desde diciembre de 2008, cuando empezó a sufragar estas operaciones en la cartera de servicios de la comunidad.

La consellera de Salud, Marina Geli, destacó que este tipo de cirugía es "minoritaria", "así lo ha demostrado el tiempo", añadió. También subrayó la "importancia" del circuito previo por el que deben pasar todos los transexuales antes de la intervención.

La Unidad de Identidad de Género del **Hospital Clínic de Barcelona es la única instalación pública que realiza estas operaciones** en Catalunya, y su acceso se hace a través del servicio de Psiquiatría.

La Conselleria de Salud calcula que **un 10% de pacientes no reúnen los criterios de disforia de género y no siguen tratamiento**. Pero el 90% restante inicia un tratamiento psiquiátrico, y es derivado al servicio de endocrinología, y si se precisa comienza un tratamiento hormonal de dos años previo a la intervención.

De hecho, para someterse a un tratamiento quirúrgico es necesario ser mayor de edad -a no ser que lo ordene un juez como ocurrió recientemente en Cataluña-y haberse sometido 12 meses a un tratamiento hormonal.

Desde 2009 hasta el 25 de mayo de este año, **han pasado por la unidad 144 personas**, de las que 46 se han sometido a una intervención. En diciembre de 2008 se realizaron dos vaginoplastias y una mastectomía. En 2009, tuvieron lugar 19 vaginoplastias, nueve mastectomías y dos faloplastias. En 2010, nueve vaginoplastias, cuatro mastectomías y tres faloplastias.

A principios de este año, la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona presentaba una **lista de espera de más de 100 personas** para ser intervenidas quirúrgicamente.

Dicha cifra es en realidad el doble, puesto que la lista de espera tiene en cuenta solo a los pacientes que cumplen con los requisitos para ser operados y actualmente ya están en condiciones de pasar por quirófano.

En los diez años de historia de esta Unidad, 550 personas han acudido a sus instalaciones, de los que solo el 10% no cumplió los criterios diagnósticos para proseguir con el tratamiento de cambio de sexo -en realidad no eran transexuales-, y por tanto el 90% restante sería susceptible de operarse.

De las 55 personas operadas en 2009 por la sanidad privada, 10 eran de Cataluña, 37 de otras comunidades autónomas, seis de Italia y dos de Francia.

A mediados de diciembre el Clínic acogió la primera operación de cambio de sexo en un menor, aunque el hospital público solo cedió las instalaciones a una institución privada.

Publicación Recuperada de <http://cerdanyolainforma.com/2016/06/29/una-ley-puesta-en-funcionamiento-por-el-movimiento-lgtbi>

Una ley puesta en funcionamiento por el movimiento LGTBI

29 juny, 2016 | Filed under: [LGTBI](#), [Política](#) | Posted by: [cerdanyolainforma](#)

Después de casi dos años, la ley contra la LGTBI fobia está mínimamente implementada.

Juanjo Fernández

██████████, vino a Barcelona con esperanza de ser libre. Soñaba con poder ser ella misma, se sentía y era mujer desde niña. Dejó atrás Colombia y una familia conservadora, que no entendía su manera de sentir. En el año 2009, decidió iniciar el tránsito hacia la libertad, el cambio necesario para que su cuerpo se correspondiera con su identidad. Después de 6 años, y pasar todas las duras pruebas que marcan los protocolos de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya la excluyó de la lista de espera. No le permitían acabar el proceso de reasignación de género, alegando que no cumplía con 5 criterios médicos, entre ellos “*que era demasiado mayor para ser transexual*”, que “*no tenía apoyo familiar*”, “*ni recursos económicos*”; asegura esta mujer de 52 años.



Imatge: zaidaroques.blogspot.com

Fue en el año 2013, programada su operación, cuando le comunicaron, que debido a los recortes, su intervención de vaginoplastia-cirugía para modificar sus genitales-no podría ser realizada. No obstante, el proceso no terminó aquí, ya que si le permitían acceder a la operación de las cuerdas vocales, pero tenía que pasar por un largo tiempo en lista de espera. ██████████, acudió a la **Asociación ACATHI** (Asociación Catalana para la Integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes) pero no decidió denunciar en el **Observatorio contra la Homofobia** hasta Enero del 2015; cuando se enteró de que iban a operar a una compañera suya más joven y con menos años de tratamiento. “*Jamás me dieron un informe escrito alegando las causas por las que no me operaban. Me he sentido maltratada por parte de la psicóloga, me trató de travesti,*” asegura ██████████.

No fue hasta el 27 de Octubre de 2015, a través del *Síndic de Greuges*, cuando le comunicaron la resolución, alegando los criterios por los cuáles decidían no operarla.

Rafael Ribó, del *Síndic*, solicitó al gobierno una revisión de su caso. Después de denunciarlo públicamente en los medios de comunicación y del árduo trabajo de las entidades LGTBI,

especialmente del **Observatorio Contra la Homofobia** y la **Asociación ACATHI**, el Departamento de Salut, operará, finalmente a [REDACTED], de las cuerdas vocales en Julio y de la reasignación de sexo, en Septiembre de este mismo año.

Según el **Observatorio Contra la Homofobia** y el defensor del pueblo, el caso de [REDACTED] es un caso de discriminación sexual en toda regla y que estos criterios van en contra de la **Ley catalana contra la LGTBI fobia** aprobada el 2 de Octubre de 2014, y especialmente contra el artículo 16, en el que se “*prevee la obligación general del sistema sanitario catalán de incorporar la perspectiva de género y tener en cuenta las necesidades específicas de las personas LGTBI (Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales, Intersexuales), con la finalidad de garantizarles el derecho a recibir la atención sanitaria y disfrutar de los servicios de salud en condiciones de igualdad*”. Pilar Lezca, de ACATHI, ha hecho una crítica al despliegue de la ley: “*La ley tiene que venir con un paquete de medidas que se apliquen, sino es una ley infrutilizada, una ley vacía que no te da cobertura*”. Que la ley 11/14 está siendo mínimamente implementada, es una opinión unánime dentro del movimiento LGTBI. “*El trabajo del gobierno está haciéndolo el movimiento LGTBI*”, asegura, *Eugeni Rodríguez*, Presidente del Observatorio contra la Homofobia.

LA LEY 11/14 Y SU SECUESTRO

La ley catalana promulgada el 10 de Octubre de 2014, tiene como objetivos desarrollar y garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales (LGTBI) y evitar a estas personas situaciones de discriminación y violencia, para asegurar que en Cataluña se pueda vivir la diversidad sexual y afectiva en plena libertad. Para ello, la ley está dotada de una reglamentación con las herramientas necesarias y con un plan de actuación transversal para promover la igualdad efectiva de las personas LGTBI que abarca los diferentes ámbitos sociales: sanidad, educación, cultura, medios de comunicación, mundo laboral y familia. La ley debe disponer de un órgano que coordine la ejecución de las políticas LGTBI de los distintos departamentos de la Generalitat y debe estar dotado de suficientes medios personales y materiales.

Según palabras del presidente del OCH, Eugeni Rodríguez, el activismo LGTBI ha hecho posible que exista una ley pionera en el mundo que vele por los derechos de las personas LGTBI. Al preguntarle porque la ley está siendo mínimamente desplegada, Eugeni es tajante: “*Hasta hace poco la ley estaba secuestrada*”. Para analizar el significado de esta frase hay que remontarse al gobierno anterior. La aprobación de la ley se dio con una coyuntura muy especial. La ley la propusieron los siguientes partidos: CUP, PSC, ICV, ERC y con el apoyo de Ciudadanos desde el principio. Para aprobar esta ley era necesario el voto de CIU (Convergencia i Unió). La coalición de CIU hizo un pacto por el cuál apoyaban la ley pero, Unió Democràtica de Catalunya (UDC) no estuvo de acuerdo con la parte punitiva de la ley, en temas sobresalientes como la educación y la sanidad. La Secretaría de Familia, en manos de Unió, era la responsable política de la implementación de la ley, “*La secuestró, no hizo los pasos necesarios para implementarla*”. Tenía que crear los organismos para desplegarla, dotarla de presupuesto, divulgarla entre los funcionarios, y sobre todo, la parte más importante, crear un reglamento específico de cómo desplegar la ley”, asegura Eugeni Rodríguez.

EL PAPEL DEL MOVIMIENTO LGTBI EN LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

La ley contra la LGTBI fobia ha sido fruto de la lucha incansable por parte de las entidades LGTBI, en especial del FAGC (Frente de Liberación Gay de Catalunya). El observatorio contra la homofobia es un proyecto del Front d'Alliberament Gay de Catalunya, constituido en 1975, y que fue, la primera organización del Estado español en la lucha contra la LGTBI fobia. El momento álgido se produjo en 1991, con el asesinato de la transexual Sonia en el Parc de la Ciutadella. En ese momento el colectivo LGTBI vio la necesidad de implementar un sistema organizado y con infraestructura, para llevar a cabo las acusaciones populares.

A partir de entonces, se creó la “oficina antidiscriminatoria”, ante la necesidad de que el movimiento LGTBI también tuviera sus informes sobre el estado de la homofobia en cada año. De forma muy activista, empezaron a trabajar el tema de la LGTBI fobia, agresiones y ayudas a las víctimas. El cambio fundamental se dio cuando el movimiento LGTBI pidió una ley contra la LGTBI fobia, a finales de los años noventa. Ahí es cuando nació la idea promovida por el FAGC, de crear el -Observatorio contra la Homofobia- (OCH). A principios del año 2000, se creó el observatorio que pasó a ser legal, a tener capacidad jurídica, en el año 2008, como una entidad autónoma. Desde entonces el Observatorio, una vez aprobada la ley 11/14 se ha dedicado a realizar un trabajo de implementación de la ley. Un sistema de implementación permanente sobre el estudio de la LGTBI fobia, cuyos objetivos principales son: Observar las discriminaciones, cuantificarlas, investigar y dar un servicio de denuncias.

En 2015, el nuevo servicio que ofrecen, y que aseguran desde el Observatorio, “*es responsabilidad del gobierno*”, es el de “*Atención a la Víctima y Asesoramiento*” (Art.9 Art.29 ley11/14). “*No sólo las personas LGTBI pueden sufrir una agresión o discriminación, sino que se pueden encontrar en una situación de vulnerabilidad*”, asegura el presidente del OCH.

Desde la promulgación de la ley el 10 de Octubre de 2014, han pasado 20 meses. Más de un año y medio esperando a que el gobierno comience a divulgar, a implementar la ley y desplegar el reglamento. Actualmente, las entidades LGTBI, están desbordadas, ante los casos de discriminación y la inacción por parte de la administración pública. Elena Longares, es socióloga, activista, miembro de LesBiCat (Lesbianas, Bisexuales y Pansexuales de Catalunya) y colabora con el observatorio (OCH). Ha dirigido el informe sobre “El Estado de la LGTBI fobia en Catalunya 2015”. Es el primer estudio riguroso, en convenio con la Generalitat, después de la aprobación de la ley; en el que se hace un análisis cualitativo y cuantitativo de la LGTBI fobia durante el año 2015. El informe ha recogido las 113 incidencias denunciadas por vulneración al colectivo. Debido a que el gobierno no ha desarrollado el régimen de sanciones e infracciones previsto en la ley, las 113 incidencias registradas en el año 2015 por el Observatorio contra la homofobia, se han tenido que enviar al amparo del deber de intervención. El deber de intervención hace referencia a una actuación automática, prevista para aquellas situaciones en las que haga falta una rápida actuación. La intervención se realiza a través de los mossos d’esquadra, la fiscalía o a través de Benestar Social.

Marc G. Olabarría, activista LGTBI y ecotransfeminista, no se cree la versión oficial del gobierno: “*La excusa que ponen es la falta de fondos económicos, pero esa falta es voluntaria para evitar que se lleve a la práctica la defensa de las identidades LGTBI*”, afirma Marc G. Pese a la voluntad política de alcadesas como Ada Colau, que se ha comprometido abiertamente contra la LGTBI fobia, creando incluso una de las primeras regidurías destinadas a políticas LGTBI (Ciclo de Vida, Feminismos y LGTBI) Marc G, cree que “la cuestión principal es hacerlo a nivel de la Generalitat”. Elena Longares sostiene que- “deberían comenzar a desplegar con urgencia la normativa sancionadora y los artículos referentes a salud y educación”.



Eugeni Rodríguez amb companys a l'Observatori de la FAGC

En Febrero de 2016, nació la llamada Red de municipios LGTBI de Catalunya, la primera red en impulsar políticas LGTBI con el objetivo de trabajar en común, unirse para visibilizar la diversidad sexual, realizar campañas de sensibilización LGTBI, realizar acciones conjuntas e implementar la ley 11/14.

Fran Sánchez, es regidor en el ayuntamiento de Ripollet de la primera concejalía de políticas LGTBI de Catalunya. La segunda regiduría fue la de Laura Pérez, regidora en Barcelona de Ciclo de Vida, Feminismos y LGTBI. Ambas localidades tienen en sus ayuntamientos una regiduría destinada a políticas LGTBI. Se han ido sumando, Terrassa, Santa Coloma de Gramanet, Sabadell, Cerdanyola. “El objetivo es trabajar de manera transversal con el resto de regidurías”, afirma Fran Sánchez.

Sobre la divulgación de la ley, Fran Sánchez, asegura que desde el ayuntamiento de Ripollet, se están haciendo cosas, pero la ley está desplegándose mínimamente. Y añade- “Se está empezando a aplicar el artículo 10, dando formación al personal del ayuntamiento y a la guardia urbana. “La Directora General de Igualdad de Género, Mireia Mata, nos ha dicho que se necesita una partida económica para ello”, afirma Fran Sánchez.

El regidor de Ripollet, opina que las entidades LGTBI están haciendo más que el trabajo del gobierno: “Ellas crearon la ley, todas se unieron en un trabajo titánico”, afirma Fran Sánchez. Para el concejal, toda ley se ha de implementar completamente, pero los puntos clave que deberían empezar a aplicarse son los referidos al campo educativo y sanitario.

CAMBIO DE GOBIERNO: DIRECCIÓN GENERAL DE IGUALDAD DE GÉNERO

Con la nueva legislatura, las políticas LGTBI de la Generalitat de Catalunya han cambiado, ahora son competencia de ERC (Esquerra Republicana de Catalunya). Existe una nueva estructura con un rango superior: La Dirección General de Igualdad, cuya directora es Mireia Mata, su departamento es el encargado de implementar y divulgar la ley. Según Eugeni Rodríguez, “ahora

sí, nos encontraríamos en un proceso, en el que el secuestro de la ley habría desaparecido y tendrían que empezar a hacer el reglamento, crear un presupuesto específico en educación, divulgar la ley y que todos los departamentos de la Generalitat empiecen a desplegarla y a hacer las acciones necesarias”.

LA LEY EMPIEZA A IMPLEMENTARSE

Entre los puntos clave de la ley, está el apartado de la salud, en especial el derecho gratuito a la reproducción asistida de las mujeres lesbianas y el referido a la despatologización de la transexualidad. En un acuerdo firmado per JuntsXSí y la CUP, se estableció que cuando hubiera un presupuesto, se incluiría una partida económica para garantizar la reproducción asistida a mujeres lesbianas. El gobierno ha puesto como fecha límite, Julio de este año. Para el artículo referente al nuevo enfoque de salud transexual, la directora pone como fecha límite a finales de año.

La directora general de Igualdad, Mireia Mata, se muestra optimista ante el despliegue de la ley, y añade- “La ley está desplegándose, mínimamente, pero se han hecho cosas importantes: “Los protocolos de coordinación con el Departament d’Ensenyament, la colaboración con el mundo universitario, que es donde se crea el discurso social, la coordinación con los Mossos d’Esquadra, un pequeño plan de actuación interdepartamental y formación”. Para la directora general, la coordinación entre ayuntamientos, administraciones, consejos comarcales, el consejo nacional LGTBI y entidades, es imprescindible para el desarrollo de la ley. Entre los objetivos cumplidos por la Dirección General de Igualdad, está el reciente convenio firmado con el Síndic de Greuges, el primer paso para desarrollar el reglamento sancionador; cuya finalidad es pasarse información bilateralmente, para intentar corregir las cosas que la administración no está haciendo bien para el colectivo LGTBI. Mireia Mata incide en que es importante denunciar a los Mossos, ya que son ellos los que conocen bien el proceso administrativo. “Cuántas más pruebas, más rápida será la expedición de las sanciones”, añade la directora general. Sobre el régimen de Sanciones e infracciones, Mireia Mata, cree que la solución para acabar con la LGTBI fobia no es poner multas. “Una vez preparados los instrumentos legales y administrativos, hay que hacer un compromiso social y político día a día en la mentalidad social.” Y añade –“que el hecho de que exista una ley no es garantía de que funcione bien”-

Sobre el tiempo que tardará en desplegarse el reglamento, la directora general de igualdad pone como límite a finales de este año.

Mireia Mata reconoce que la ley no se ha desplegado como debería haberse desplegado, aunque afirma: -“No estoy de acuerdo en que no se esté implementando-“ “La ley no se ha parado por falta de recursos económicos, que también, sino por falta de voluntad política del anterior gobierno.” Aunque no está de acuerdo con la opinión que tiene el movimiento LGTBI, reconoce la gran labor que están realizando. Según la directora general, “una ley es de un país, no de un movimiento, ni de un gobierno, sino de todo el conjunto de la sociedad”.

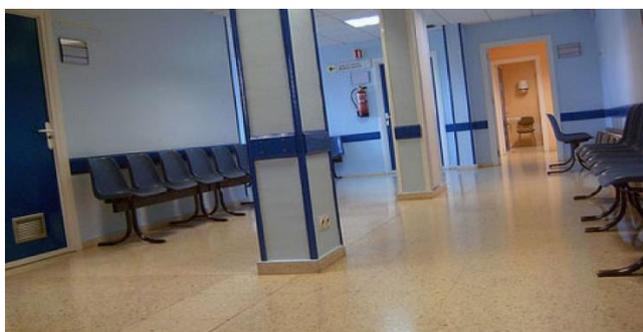
Elena Longares, no comparte del todo estas palabras; “es cierto que la ley es responsabilidad de todos, pero el gobierno tiene unas responsabilidades más amplias e importantes, como garantizar nuestros derechos y desplegar unos puntos concretos de la ley que sólo ellos pueden hacer ellos”.

Además Elena afirma que “las entidades LGTBI siempre han hecho el trabajo del gobierno, pero más barato”.

El tiempo, será la prueba más fiable de que la implementación de esta ley sea una realidad, y no quede en mero papel mojado.

La sanidad pública catalana deja de considerar la transexualidad como una enfermedad

El consejero de Salud catalán ha presentado el nuevo modelo de las personas trans que "despatologiza" la transexualidad y ya no será necesario acreditar un trastorno psiquiátrico para someterse a cambio de sexo.



Sala de espera de un hospital | antena3.com

La sanidad pública catalana deja de considerar desde este lunes que la transexualidad es una enfermedad y ya no requerirá el diagnóstico psiquiátrico de disforia de género para iniciar el tratamiento hormonal y la posterior intervención quirúrgica para cambiar de sexo. El conseller de Salut, Antoni Comín, ha *presentado el nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans* que, según sus palabras, "*despatologiza* la transexualidad y se convierte en el pionero en Europa en el que ya no será necesario acreditar un trastorno psiquiátrico para someterse a cambio de sexo (Énfasis agregado).

El nuevo modelo aparta a la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Clínic como centro de referencia, muy criticado por el colectivo transexual, y lo traslada al centro Trànsit, situado en el ambulatorio de Manso de Barcelona, que será la puerta de entrada y acompañamiento para todas las personas trans que quieran iniciar el tratamiento y el que se encargará de darle una visión integral. Actualmente hay 437 personas en tratamiento para cambiar de sexo y cada año unas 93 nuevas piden iniciar el tratamiento hormonal, que ha de durar dos años, antes de entrar en lista de espera quirúrgica para operarse de cambio de sexo.

Según ha reconocido la directora general de Atención Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud, Cristina Nadal, en el Hospital Clínic hay 155 transexuales en lista de espera, algunos desde hace más de seis años, para someterse a una vaginoplastia y otras 98 para una mastectomía desde 2011.

Comín ha explicado que el nuevo modelo de atención sanitaria "*deja de considerar la transexualidad como una enfermedad porque es una realidad*", y ha asegurado que también tratará sin discriminaciones a los casos más complejos, como los de los menores, las trabajadoras sexuales, las personas con VIH o los inmigrantes. Cristina Nadal ha reconocido que el modelo puede tener un efecto "llamada", por lo que no ha podido cuantificar cuántas personas podrá atender el servicio Trànsit desde la atención primaria de la calle Manso, en la que trabajan un ginecólogo, un médico de familia, un enfermero, un psicólogo, un trabajador social y un administrativo (Énfasis agregado).

Ellos serán la puerta de entrada a la sanidad pública de toda persona *transexual sin necesidad de que acredite padecer un trastorno psiquiátrico por disforia de género*. Comín ha anunciado que en los presupuestos de 2017 han contemplado una partida de 250.000 euros para reforzar ese centro, que se creó en 2012 para asesorar a personas transexuales. El nuevo modelo de atención a las personas trans en Cataluña incluye un plan de formación a profesionales sanitarios de todo el territorio y su paulatina expansión en función de las necesidades.

Nac Bremon, representante de la plataforma Trans*Forma la Salud, ha agradecido el impulso de este nuevo plan, pero ha exigido al departamento de Salud que *elimine la UIG del Hospital Clínic porque "en sus ocho años de existencia ha dejado un camino muy oscuro difícil de olvidar"*. El director del Hospital Clínic, Josep Maria Campistol, presente hoy entre el público, ha pedido la palabra para pedir disculpas al colectivo transexual si se ha sentido mal tratado en el Hospital Clínic y se ha mostrado partidario de cambiar el modelo al actual (Énfasis agregado).

Comín ha asegurado que ningún transexual será tratado donde él no quiera y la UIG no formará parte de su proceso si él no quiere, aunque ha defendido *el conocimiento de esta unidad a la hora de hacer las intervenciones quirúrgicas con sus "excelentes profesionales"*. Entre las novedades del modelo, además de *la no necesidad de definir y justificar la identidad de género, tampoco será necesario definir las preferencias sexuales de los afectados y el tratamiento se hará de forma consensuada y con "autonomía de decisiones" del transexual*, que podrá fijar cuándo y hasta dónde quiere llevar su tratamiento (Énfasis agregado).

La sanidad pública catalana garantizará sin ninguna discriminación las mastectomías, histerectomías, anexectomías, faloplastias y metaidoioplastias para los hombres transexuales, y la vaginoplastia, mamoplastia, orquiectomía y cricoidectomía a las mujeres trans. Igualmente atenderá la solicitud de preservación de material genético, como tejido ovárico o los gametos, y permitirá el acceso al tratamiento bloqueante y hormonal, en las diferentes fases de desarrollo puberal en los menores, dependiendo de cada caso.

EFE | Madrid | Actualizado el 24/10/2016 a las 14:38 horas



LOS DOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA PERSONAS TRANS EN CATALUÑA: LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO Y TRÀNSIT

3 Juny, 2016

Hoy queremos analizar y comparar los dos modelos de atención actuales, localizados en Barcelona y que dan cobertura a toda Cataluña: la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic (UIG), y el servicio Trànsit del Instituto Catalán de la Salud. Esta comparativa la hemos realizados a partir de nuestra experiencia, de los relatos vivenciales recogidos y de la revisión de artículos e informes.

1-Fundamento o modelo teórico

La **UIG** se basa en un **modelo tradicional biomédico** que considera la transexualidad como una enfermedad orgánica. Define la transexualidad como un Trastorno de Identidad de Género (TIG) o Disforia de Género (Manual de Enfermedades mentales DSM-V).

El trastorno, según este modelo biomédico, se entiende como una manifestación individual de una **disfunción** psicológica o biológica. Para la obtención del diagnóstico se evalúa a la persona en función al grado de **adecuación** a las normas de género (rasgos físicos y psicológicos que este modelo atribuye a los hombres y mujeres de forma estereotipada).

Desde este modelo biomédico se da acceso a servicios únicamente a **personas transexuales que encajan en el ideal de este paradigma** (“de hombre a mujer” o al revés) y, por tanto, es un **modelo excluyente** que deja fuera a todas aquellas personas que no encajan en los parámetros que consideran.

Trànsit, en cambio, se basa en un **modelo biopsicosocial** con visión inclusiva de la salud. Define el hecho trans como una expresión más de la diversidad de género y autodeterminación de la identidad de género de la persona. Por tanto, atiende y da acceso a sus servicios a **personas trans**, es decir, a personas transexuales así como a toda la diversidad de personas con identidades no cisgénero.

Desde este modelo, el acceso a los servicios para por unas entrevistas de **acompañamiento** entre profesionales y persona trans donde se escucha el relato de la persona, sus necesidades y deseos y su género sentido. Es la propia persona quién tiene la potestad de decidir qué recorrido quiere seguir y de cuáles servicios hacer uso. Trànsit se ajusta a las necesidades de cada persona individual. En el acompañamiento médico se trabaja con el consentimiento informado o decisión libre informada y el acompañamiento psicoterapéutico es a petición de la propia persona.

La **desproblematización de la identidad trans** como pauta de trabajo de Trànsit, considera que el hecho trans es un proceso que no se basa en una enfermedad y que requiere, a veces, atención sanitaria. En cambio, la **UIG problematiza la identidad trans**, considerando el ser

trans una situación patológica que crea un malestar y que necesita atención médica para adecuar el cuerpo al género sentido de manera que se puedan paliar los síntomas.

2-Desarrollo

La **UIG** es una **unidad específica** del Hospital Clínic (está creada para atender de forma específica a las personas transexuales), mientras que Trànsit es un servicio que se lleva a cabo principalmente en el Centro de Atención Primaria (CAP) Manso (está creado para dar asistencia a las personas trans en los **ambulatorios**).

3-Titularidad

La **UIG** es una unidad que da **servicio público y también privado**. El servicio público se da en la Unidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona (UIG), y el privado en Barnaclínic, del Grupo Hospital Clínic. **Trànsit** es un servicio **público** del Instituto Catalán de la Salud.

La **UIG** es un **servicio de referencia** mientras que Trànsit aún no lo es. Este hecho implica un poder desigual y da la sensación de que es el único servicio válido. La **UIG** dispone de más **recursos económicos y de servicios quirúrgicos**, mientras que Trànsit no.

4-Método clínico

En la **UIG** la **demanda** viene dada por el **sistema**. Es el profesional quién da acceso a los tratamientos de transición y quién decide si una persona es o no es trans y qué recorrido ha de seguir. La **UIG evalúa el género** a través de tests obsoletos y que vulneran nuestros derechos, como el “test de vida real” que *demuestra* si el/la paciente se acomoda a los estándares sociales de *hombre* o *mujer*. A través del test y de comentarios se **fiscaliza nuestra vida personal** y nuestra dinámica laboral y familiar. Esta **tutela** de nuestras identidades, cuerpos y procesos de transición lleva implícita una **jerarquía**, una relación de desigualdad y de poder que ejerce el/la profesional y la unidad sanitaria sobre las personas trans. Se **legitima a un tipo de “ser trans”** y se deslegitima a las personas que no encajan en este tipo de “ser trans” basado en roles, vestimenta y sentir de unos géneros estereotipados. Este modelo basado en la **adecuación** produce una **jerarquía de quien es realmente trans** y quien no lo es que es percibido por muchas como una **violencia** que invalida nuestras identidades.

En **Trànsit** la **demanda** es de la **persona**. Se considera que es sólo la persona quien puede definir su identidad y sus necesidades médicas respecto a la misma después de recibir información objetiva (decisión libre informada). No se da por supuesto ninguna ruta de proceso de transición, ya que se es consciente de las múltiples realidades y es la persona que si lo desea solicita soporte psicológico individual y/o grupal. La práctica en este servicio se basa en la **autodeterminación** de la propia persona. **Trànsit escucha el relato** de cada persona y su deseo a través de entrevistas profundas con escucha activa y abierta para atender los malestares sentido y **la acompaña en el proceso de subjetivización**.

En la **UIG** la visita con el/la psicólogo/a y psiquiatra es **obligatoria** para el diagnóstico y acceso a los servicios. Se da por supuesta la trifase: psiquiatría-endocrinología-cirugía. La atención psicológica y psiquiátrica está orientada a la constatación/comprobación de la transexualidad en base al diagnóstico psiquiátrico de *Disforia de género/Trastorno de Identidad de Género*. También es obligatorio, en la mayoría de casos, asistir a la **terapia grupal** para poder acceder a las operaciones. En les terapias grupales asisten muchas personas, hecho que no facilita un trabajo significativo. La persona queda invisibilizada por la masificación y por no encontrar apoyo emocional ni lugar para exponer dudas y miedos. La **relación terapéutica** es de **profesional a paciente**.

En **Trànsit** la visita con el/la psicólogo/a psiquiatra es **opcional**, a petición de la persona. El acompañamiento psicológico entiende el proceso como el “método orientado para promover un mayor autoconocimiento y desarrollo de la autonomía psicológica, suficiente para asumir y desarrollar libremente la propia existencia”. El grupo de **soporte psicológico** de **Trànsit** es **opcional** y de pequeño formato. El foco no está puesto en las hormonas y las operaciones sino en lo que el grupo propone como experiencias subjetivadas. Las personas que se sienten protagonistas y crean vínculos de confianza y de soporte mutuo que suponen una ayuda real en su día a día. La **relación terapéutica** es de **profesional a persona**; de **persona experta a persona experta**.

5-Cirugías

Únicamente la UIG tiene el servicio de cirugías. Cualquier persona que quiera modificar su cuerpo ha de pasar obligatoriamente por una consulta psicológica y psiquiátrica, para un diagnóstico de disforia de género y para el requisito de temporalidad en tiempos de hormonación. Las listas de espera para la intervención de mastectomía están entre los 6 meses y los 6 años aproximadamente. El tiempo de espera para la vaginoplastia está entre los 5 y los 20 años. Los datos facilitados por la unidad son que se realizan 7 vaginoplastias al año y 8 mastectomías. El número de personas en lista de espera para la vaginoplastia es de unas 180. Se pone de manifiesto la falta de recursos para atender las demandas. Los criterios de acceso a la lista de espera y los criterios de priorización siguen unos parámetros que no tienen justificación en términos médicos: son morales, sociales y económicos.

.6- Acceso a los servicios

La **UIG discrimina** y es **clasista y capacitista**: discrimina por orientación, trabajo sexual, trastornos de personalidad, recursos económicos, por ser persona migrada; a las personas que presentan capacidades diversas (ej. afectación de salud mental) se les dificulta o niega el acceso, etc. En **Trànsit**, el modelo de atención es **igualitario**: el acceso es universal para toda aquella persona que lo solicite y las personas etiquetadas con patologías mentales y las personas con diversidad en las capacidades tienen el mismo acceso a los tratamientos hormonales que las otras personas.

En **Trànsit** se **facilita** la comunicación: la persona puede escribir por mail o llamar y se le responde de forma rápida para concertar la visita en pocos días. Es necesario tener en cuenta que las personas que demandan atención en estos centros en muchos casos llevan años intentado afrontar una situación que les genera conflictos internos y sociales que pueden llegar a ser muy graves. Una vez contactan con el centro, muchas veces ya tienen muy claro qué es lo que quieren. Saber que finalmente serán atendidas sus necesidades es un alivio y los tiempos de atención pueden marcar la diferencia en la vida de una persona.

En la **UIG** conseguir cita es más **difícil**: se puede tardar a veces meses para la primera cita y las siguientes visitas. Esto hace que los tiempos de espera entre la primera cita y el inicio de la terapia hormonal (en caso de que se desee) sean muy diferentes: en el caso de **Trànsit** puede ser un intervalo de días (si la persona ya lo tiene claro) y en la **UIG** es de 6 meses a 1 año como mínimo.

Después de haber leído esto, ¿quién no tiene claro que se tienen que cambiar las cosas y luchar por un nuevo modelo de atención sanitaria para las personas trans?

UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO
INSTITUTO CLÍNICO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA
SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
INFORME DE ASISTENCIA

APELLIDOS: [REDACTED]
NOMBRE DNI: [REDACTED]
NOMBRE DESEADO: [REDACTED]
MÉDICO PSIQUIATRA RESPONSABLE: Dra. E. Gómez Gil
PSICÓLOGA RESPONSABLE: T. Godás
ENDOCRINA RESPONSABLE: Dra. Mora

Fecha: 10-04-2013

Paciente de 50 años, que está siendo atendida en nuestra Unidad de Identidad de Género desde abril 2009 para valoración de disforia de género, y ha sido confirmado el diagnóstico de trastorno de la identidad de género en el adulto.

La exploración psicopatológica y las pruebas psicométricas administradas no detectaron ninguna patología psiquiátrica relevante (trastornos del curso y del contenido del pensamiento, alteraciones sensorceptivas o déficit intelectual) que pudiera influir en su decisión de cambio de sexo. Paralelamente se confirmó el diagnóstico de trastorno de identidad de género en el adulto.

En la actualidad mantiene un abordaje psicológico y psiquiátrico en nuestra unidad y se remitió a la unidad de Endocrinología donde inició tratamiento hormonal feminizante en noviembre 2009.

Desde el punto de vista médico está recibiendo el tratamiento adecuado, y desde el inicio la adaptación progresiva todos los cambios han sido favorables.

Por lo anteriormente expuesto ruego a quien proceda del Registro civil, se regularice su situación administrativa (cambio de género en el D.N.I. y otros documentos pertinentes) para favorecer la total adaptación psicosocial a los roles propios del sexo femenino.

O.D.: Trastorno de la Identidad de Género en Adultos (CIE-10: F64.0; DSM-IV: 302.85).

Se informa al Registro civil, a petición de la paciente, que cumple los requisitos solicitados por la ley de Identidad de Género, aprobada por el Congreso de los diputados el 1-3-2007, para solicitar el cambio

cambio de nombre y sexo en el registro, y en los documentos pertinentes, que incluye:

- a) Ha sido diagnosticado/a de disforia de género (Tr. de la identidad de género según criterios DSM-IV o transexualidad según criterios CIE-10).
 1. Existe una disonancia entre el sexo morfológico y la identidad de género
 2. No presenta un trastorno de la personalidad que pudiera influir de forma determinante en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.
 - 3.
- b) Que ha sido tratada médicamente, al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento, o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

Fdo. (Equipo multidisciplinar de la Unidad):

Dra. E. Gómez Gil
Consultor Psiquiatría
Nº Col: 28575

Fdo.: T. Godás Sieso
Especialista Senior en Psicología
Nº Col: 7595

Dra. Mireya Mora
Especialista en Endocrinología
Nº Col: 40537

Mora Porta, Mireia
Col-legiada 08-40537-0
Endocrinologia
HCB. CC.EE.
Hospital Clínic de Barcelona
Tel. 93 227 98 46

HOSPITAL
CLINIC
I PROVINCIAL
DE BARCELONA
C. E. DE
PSIQUIATRIA

Registre de sortida
Núm: S-49302/2015
Data: 27/10/2015 13:22:42

Síndic de Greuges de Catalunya



Q-02288/2015

Observatori contra L'Homofòbia
C/ Verdi, 88
08012 Barcelona
local 2

Aquest document ha estat signat electrònicament amb certides digital reconegut per l'Agència Catalana de Certificació i el poder notificar a través del web del Síndic de Greuges <https://www.sindic.cat> amb l'identificador de validació: 905417820525556684273001011160

He rebut l'informe de l'Administració relatiu a la vostra queixa Q-02288/2015.

En vista del seu contingut i un cop estudiat l'assumpte, us comunico que he suggerit:

- que la valoració de la inclusió d'un pacient en llista d'espera es faci sempre amb posterioritat a què s'hagi sotmès al tractament oportú, quan es tinguin referències clares sobre la responsabilitat del pacient durant tot el procés pre i post quirúrgic, i després que s'hagi comprovat que reuneix tots i cadascun dels requisits generals i específics
- que s'introdueixin mecanismes per assegurar que, un cop prescrita la intervenció quirúrgica, la demora en la seva realització no suposarà l'exclusió automàtica d'un pacient que ha arribat a l'edat que compromet el resultat de la intervenció
- que s'informi els pacients amb claredat sobre quins són els criteris d'inclusió en la llista d'espera, tant generals com específics tant bon punt passen a ser atesos en la UTIG, així com la manera com es mesuren aquests criteris, la valoració que es fa de cadascun d'ells o l'afectació que pot tenir el pas del temps o noves circumstàncies en cadascun d'ells
- que s'introdueixin mesures tendents a fer desaparèixer l'opacitat en la informació que posen de manifest les associacions que acompanyen aquests pacients, com podria ser la publicació d'una guia per al pacient o qualsevol altra que considereu oportuna
- que s'informi amb claredat els pacients sobre qualsevol circumstància que pogués afectar la prescripció de la intervenció quirúrgica tant aviat com aquesta es produeixi d'una manera prou entenedora i que permeti al pacient exposar els seus dubtes amb tranquil·litat; i que aquesta informació s'ofereixi a través d'un canal de comunicació adequat

Síndic de Greuges de Catalunya
Passeig de Lluís Companys, 7
08003 Barcelona
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187
sindic@sindic.cat
www.sindic.cat





Resolució de l'expedient Q-2288/2015 en relació amb l'exclusió de la llista d'espera per a una vaginoplàstia en el cas de la senyora [REDACTED]

Antecedents

El 25 de març de 2015 es va rebre un correu electrònic de l'Associació Catalana per a la Integració d'Homosexuals, Bisexuals i Transsexuals Immigrants (ACATHI), perquè la senyora [REDACTED] havia rebut una trucada de l'Hospital Clínic en què li comunicaven que l'havien exclòs de la llista d'espera en què es trobava des de feia sis anys per sotmetre's a una vaginoplàstia en aquest centre hospitalari. Davant d'això, es preguntaven quins drets tenia la senyora [REDACTED] en relació a rebre reconeixement i compensació per sis anys en els que ha hagut de fer front a moltíssimes exigències mèdiques per aconseguir beneficiar-se d'un servei mèdic que ara li comuniquen que no està disponible per a persones de la seva edat.

Per aquests mateixos motius van presentar dues reclamacions: en la primera els van respondre que la seva situació en la llista d'espera estava determinada per criteris mèdics, sense afegir cap altra informació, i respecte de la segona, encara no havien rebut resposta.

L'ACATHI, que es dedica a l'acompanyament a persones transsexuals en espera de reassignació de gènere, denunciava l'opacitat en aquestes llistes d'espera, la manca d'informació sobre els criteris de selecció de les persones candidates i les dificultats per accedir a cirurgia major.

Dies després, concretament el 30 de març, es va rebre un correu electrònic del president de l'Observatori contra l'homofòbia, en representació de la senyora [REDACTED] en què es denunciava una possible vulneració de drets en la denegació de la intervenció quirúrgica de reassignació de sexe per possibles causes discriminatòries.

Segons s'esmentava, la senyora [REDACTED] va rebre una trucada de la psicòloga de la Unitat d'Identitat de Gènere de l'Hospital Clínic que li va comunicar "No la podemos operar por la edad, y que los resultados no serían los esperados".

Després que es va demanar informació sobre el cas, el 14 de juliol de 2015, el Departament de Salut va trametre al síndic la informació següent:

El tractament clínic integral de reassignació de sexe no està inclòs en la cartera de serveis del Servicio Nacional de Salud. Tanmateix, Catalunya disposa de la Unitat de Trastorns d'Identitat de Gènere (UTIG) de l'Hospital Clínic, com a centre de referència per a tot Catalunya per al tractament psicològic, mèdic i el programa quirúrgic de reassignació de sexe.

Síndic de Greuges de Catalunya
Passeig de Lluís Companys, 7
08003 Barcelona
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187
sindic@sindic.cat
www.sindic.cat



Per poder-se incorporar al programa quirúrgic, la persona ha d'haver estat atesa a la unitat un mínim de dos anys, ser major d'edat i portar dotze mesos de tractament hormonal i dotze mesos d'experiència de vida real.

Pel que fa al cas concret de la senyora [REDACTED] va iniciar les visites a la UTIG a l'abril de 2009 on la van diagnosticar de trastorn d'identitat de gènere d'home a dona de baixa intensitat, amb orientació sexual cap a dona. La van derivar al servei d'endocrinologia per iniciar tractament hormonal creuat de feminització i la van incloure **inicialment** en llista d'espera per a vaginoplàstia.

Des de llavors ha seguit el protocol establert a la UTIG, consistent en: diagnòstic diferencial, proves psicomètriques, pautes d'adaptació per realitzar la transició, realització d'informes per canvi del DNI i altres documents, teràpia grupal, analítiques, tractament hormonal i control clínic, etc ... Des de l'any 2009, ha realitzat trenta-cinc visites a la Unitat (psiquiatria, psicologia, endocrinologia i analítiques).

Durant aquest temps ha manifestat en diverses ocasions el seu malestar per tenir una veu molt masculina, que delata la seva condició i influeix en les seves relacions socials i interpersonals. Per tractar aquesta qüestió, el proppassat mes de maig es va visitar al Servei d'Otorinolaringologia per valorar la possibilitat d'un tractament quirúrgic de feminització de la veu.

Pel que fa a la llista d'espera per accedir a una vaginoplàstia, als efectes de gestionar-la amb criteris d'equitat i racionalitat, l'equip i representants del CatSalut han establert uns criteris d'inclusió i prioritització que són comuns als que s'apliquen en la gestió de la llista d'espera per accedir a d'altres intervencions quirúrgiques però amb les particularitats pròpies d'aquest tipus de procediment.

Els criteris d'inclusió específics són: Diagnòstic confirmat de Trastorn d'Identitat de Gènere. No patir cap patologia mental ni trastorn de la personalitat. Tractament hormonal de 6 mesos per a mastectomia i d'un any per a vaginoplàstia. Que el seguiment s'hagi fet a la Unitat . Presentar un evident grau de malestar i aversió pels propis genitals masculins. Referir els beneficis i canvis que experimentaria la seva vida després de la intervenció de vaginoplàstia. Que presenti adaptació personal, social, laboral i/o escolar. **No consumir tòxics ni tabac. Que no practiqui la prostitució ni es dediqui a l'espectacle sexual. Que tingui suport social o familiar i situacional, per ser atès en el procés postoperatori. Disposar de recursos econòmics que permetin l'obtenció dels dilatadors i d'altres materials per realitzar les dilatacions i cures vaginals, necessàries per arribar a un resultat totalment satisfactori de la cirurgia realitzada. Tenir les condicions físiques (edat, estat físic, patologia, etc.) que garanteixin el resultat esperat després de la vaginoplàstia.**

Altrament, els candidats a cirurgia de reassignació també han de complir determinades **exigències mèdiques**:

- visites mèdiques al Servei d'Endocrinologia per al **control dels nivells hormonals** i de la **tolerància i potencials complicacions del tractament**

- seguiment psicològic i psiquiàtric post quirúrgic per verificar i ajudar a la total adaptació als rols femenins, l'adaptació laboral, escolar i familiar.

El seguiment que es fa durant el procés dona referències de la responsabilitat del pacient en la transició i una garantia d'acompliment de les pautes post quirúrgiques.

A la reunió que l'equip va fer al març de 2015, es va revisar l'evolució dels pacients inclosos en llista els anys 2009 i 2010 i es va decidir excloure la pacient perquè no compleix els criteris 5, 6, 7, 10, 11 i 12. S'aclareix que la preparació de la pacient no té cap repercussió en la decisió de no realitzar la vaginoplàstia, forma part del procés.

Es va citar la pacient en el Servei de Psicologia i el 10 d'abril li van explicar les causes d'exclusió de la intervenció. Segons consta en la història clínica, la pacient entén les raons que se li exposen i no posa cap inconvenient. També li informen que es manté el seguiment i la valoració al Servei d'Otorinolaringologia per a la cirurgia de la veu.

Per últim, s'informa que des del centre hospitalari es va fer arribar una resposta escrita a sengles reclamacions que la interessada va presentar al febrer i al març de 2015. No se'ns trameta la còpia d'aquestes respostes.

Consideracions

Un cop s'ha disposat de la informació que ha tramès l'Administració, s'ha analitzat juntament amb aquelles que s'havien rebut en la institució i, en base a això, es fan una sèrie de consideracions.

Com a qüestió prèvia, cal ressaltar que si bé la reassignació de gènere es tracta d'una prestació exclosa del Sistema Nacional de Salut, a Catalunya s'ofereix aquest tractament amb càrrec al Servei Català de la Salut i, per tant, s'ha d'entendre que forma part de la cartera de prestacions complementàries que pot oferir una comunitat autònoma. Dit això, un cop oferta, sembla que el tractament d'aquesta prestació hauria de ser el mateix que qualsevol altra de les prestacions incloses en la cartera de serveis.

Pel que fa a la qüestió de fons, de la informació que ha facilitat l'administració se'n desprèn que abans que es decideixi sobre una possible intervenció quirúrgica, les persones tractades a la UTIG han d'haver estat ateses en aquesta unitat durant un mínim de dos anys i haver-se sotmès a tractament hormonal. Així, és només després d'aquest temps que es valora si són aptes per sotmetre's a una intervenció quirúrgica de reassignació de sexe (doncs sembla que es tractaria d'un temps suficient per permetre analitzar amb seriositat la seva candidatura a la intervenció quirúrgica) examinant, amb aquesta finalitat, si compleixen els criteris generals i específics d'inclusió en la llista d'espera.

D'acord, doncs, amb aquesta informació, a la senyora González no se l'hauria d'haver inclòs en llista d'espera per a la vaginoplàstia abans dels dos anys següents a l'inici del tractament -com a mínim-, és a dir, no abans d'abril de 2011.

Tanmateix, de la informació que s'ha proporcionat tot apunta que la senyora González va ser inclosa en llista d'espera ja l'any 2009. Corroboraria aquesta circumstància d'una banda, el fet que s'informa que en la reunió de l'equip feta al mes de març de 2015 es van revisar els casos de les persones incloses en la llista d'espera els anys 2009 i 2010, entre els quals es trobava el cas de la senyora González. I, d'altra banda, que la senyora González mateixa afirmi que feia sis anys que es trobava pendent de la intervenció. Cal afegir que tot i que es va demanar de manera expressa, l'administració sanitària no ha informat sobre la data en què la interessada va ser inclosa en la llista d'espera.

En qualsevol cas, s'ha d'entendre que fos quin fos el moment en què se la va incloure en la llista d'espera, havia de ser arran de la valoració del seu cas i després de comprovar que reunia els criteris generals i específics d'inclusió en la llista d'espera. A més durant el llarg temps que ha estat atesa en la UTIAG, mai fins a març de 2015 s'havia qüestionat la seva inclusió i, per tant, que hagués deixat d'acomplir algun dels requisits fixats per sotmetre's a la intervenció quirúrgica.

Respecte dels criteris específics d'inclusió en la llista d'espera per a aquest tipus de procediments quirúrgics, encara que des de l'administració sanitària s'esmenta que la senyora González va ser exclosa perquè no complia amb els criteris 5, 6, 7, 10, 11 i 12, quan els cita, no els numera. No obstant això, s'entén que aquests criteris són els següents:

1. Diagnòstic confirmat de Trastorn d'Identitat de Gènere
2. No patir cap patologia mental ni trastorn de la personalitat.
3. Tractament hormonal de 6 mesos per a mastectomia i d'un any per a vaginoplàstia
4. Que el seguiment s'hagi fet a la Unitat
5. Presentar un evident grau de malestar i aversió pels propis genitals masculins.
6. Referir els beneficis i canvis que experimentaria la seva vida després de la intervenció de vaginoplàstia.
7. Que presenti adaptació personal, social, laboral i/o escolar.
8. No consumir tòxics ni tabac.
9. Que no practiqui la prostitució ni es dediqui a l'espectacle sexual.
10. Que tingui suport social o familiar i situacional, per ser atès en el procés postoperatori.
11. Disposar de recursos econòmics que permetin l'obtenció dels dilatadors i d'altres materials per realitzar les dilatacions i cures vaginals, necessàries per arribar a un resultat totalment satisfactori de la cirurgia realitzada.
12. Tenir les condicions físiques (edat, estat físic, patologia, etc.) que garanteixin el resultat esperat després de la vaginoplàstia.

I, per tant, els que es va valorar que no complia la senyora González quan es va revisar el seu cas al març de 2015 van ser els criteris següents:

5. Presentar un evident grau de malestar i aversió pels propis genitals masculins.
6. Referir els beneficis i canvis que experimentaria la seva vida després de la intervenció de vaginoplàstia.
7. Que presenti adaptació personal, social, laboral i/o escolar.
10. Que tingui suport social o familiar i situacional, per ser atès en el procés postoperatori.
11. Disposar de recursos econòmics que permetin l'obtenció dels dilatadors i d'altres materials per realitzar les dilatacions i cures vaginals, necessàries per arribar a un resultat totalment satisfactori de la cirurgia realitzada.
12. Tenir les condicions físiques (edat, estat físic, patologia, etc.) que garanteixin el resultat esperat després de la vaginoplàstia.

Així, si bé quan la pacient va ser valorada l'any 2009 se la va considerar candidata apta per sotmetre's a una vaginoplàstia perquè reunia tant els criteris generals com els específics per a aquest tipus d'intervenció, sis anys després, quan es va revisar l'evolució de la pacient, es va constatar que ja no presentava la meitat dels criteris específics, i això acceptant que la preparació de la pacient va ser l'òptima, com es pot desprendre de l'afirmació que fa l'administració sanitària en el sentit que "la preparació de la pacient no té cap repercussió en la decisió de no realitzar la vaginoplàstia, forma part del procés".

Arribats a aquest punt es fa necessari analitzar els criteris d'inclusió -especialment aquells que ha deixat d'acomplir la interessada- i el primer que cal dir és que alguns d'aquests criteris presenten un caire de tipus objectiu, com ho són: tenir el diagnòstic confirmat, no presentar patologia mental, haver-se sotmès a un tractament hormonal durant un any abans, que el seguiment s'hagi fet des de la UTIG, no consumir tòxics ni tabac, no practicar la prostitució ni dedicar-se a l'espectacle sexual, tenir les condicions físiques (edat, estat físic, patologia, etc.) que garanteixin el resultat esperat, i disposar de recursos econòmics per obtenir el material necessari per assegurar l'èxit de la cirurgia realitzada.

D'altres, en canvi, queden subjectes a les manifestacions de la persona o a la actitud pròpia i/o del seu entorn com ho són presentar un evident grau de malestar i aversió pels propis genitals masculins; referir els beneficis i canvis que experimentaria la seva vida després de la intervenció de vaginoplàstia; presentar una adaptació personal, social, laboral i/o escolar; i disposar de suport social o familiar i situacional per poder ser atès en el postoperatori.

Pel que fa a les condicions físiques de la interessada, cal dir que es desconeix quina és l'edat de tall i quin és l'estat física o la possible patologia que presenta actualment la interessada, que no la presentava fa sis anys.

Sobre la qüestió de l'edat en concret, cal ressaltar en aquest cas, a més, que quan els promotors de la queixa es van dirigir a la nostra institució, van manifestar que dies abans que se cités la interessada al Servei de Psiquiatria per exposar-li els motius d'exclusió, per telèfon se li havia comunicat que se l'havia exclòs de la llista

Aquest document ha estat signat electrònicament amb certificació digital reconeguda per l'Agència Catalana de Certificació i el podeu verificar a través del web del Síndic de Greuges <https://cevg.sindic.cat:554/>, mitjançant el codi segur de verificació: 9f54178a26b25668d75590161a1a6d

d'espera perquè atesa la seva edat, els resultats no serien els esperats, sense fer referència a cap altra circumstància.

Respecte d'aquesta via de comunicació el Síndic és del parer que no és la més adequada per comunicar aquest tipus d'informació tenint en compte que la interessada portava sis anys en llista d'espera, que poc després se la va citar des del Servei de Psiquiatria per exposar-li els motius de l'exclusió i que, segons que s'informa, la senyora González va comprendre les raons i no va posar-hi cap objecció.

Si bé no correspondria a aquesta institució qüestionar el criteri mèdic de l'equip que ha decidit que la senyora González no és candidata a aquesta intervenció -ni es disposa dels coneixements mèdics necessaris per fer-ho- atesa aquesta comunicació telefònica, sí es considera necessari insistir en allò que ja s'ha manifestat en d'altres ocasions en què s'ha presentat una situació com la que ara exposa la interessada en què el llarg temps que un pacient ha hagut d'esperar perquè l'intervinguin ha jugat en contra seu de tal manera que al final ha suposat la seva exclusió. En aquests casos, el Síndic fa notar la paradoxa que es produeix quan s'exigeix al pacient un requisit d'edat que s'acompleix inicialment però que es deixa d'acomplir en un moment determinat perquè ha anat passant el temps i l'administració no ha pogut oferir en temps la prestació. Malgrat que aquest pas del temps no és imputable al pacient, el resultat és que se l'exclou automàticament de la llista d'espera, denegant-li l'accés a la prestació amb finançament públic. I com aquestes situacions es produeixen, segurament amb més freqüència de la que seria desitjable, el Síndic ha insistit en què cal preveure-les i estudiar quina mesura correctora cal introduir per evitar exclusions automàtiques.

Pel que fa als criteris relacionats amb les manifestacions de la interessada (presentar un evident grau de malestar i aversió pels propis genitals masculins i referir els beneficis que reportaria la intervenció en la seva vida), resulta difícil pensar que el pas del temps hagi fet que els hagi deixat d'acomplir, tenint en compte que la senyora González s'ha queixat perquè se l'ha exclòs de la llista d'espera i, per tant, entenc que la seva voluntat seria que la intervenció es dugués a terme.

Pel que fa als criteris relacionats amb el seu entorn, resulta necessari fer referència al fet que moltes de les persones que decideixen iniciar un procediment d'aquest tipus busquen aixopluc en associacions o col·lectius que els orienten i els recolzen durant tot el procediment (com seria ACATHI) i que potser estarien disposades -si és que no ho estan en l'actualitat- a oferir-los també suport postquirúrgic i que encara que hom no disposi de recursos econòmics suficients, potser estarien disposades a assumir el cost d'aquest material si aquest fos l'únic impediment per poder accedir a una intervenció d'aquest tipus o fins i tot l'administració mateixa, abans de descartar una persona candidata per aquest motiu.

També s'ha d'apuntar que l'adaptació personal, social, laboral i/o escolar es recull com a criteri d'inclusió (i a sensu contrari d'exclusió si no s'acomplís, com ha ocorregut en aquest cas) però també es fa referència al seguiment psicològic i

psiquiàtric que es du a terme després de la intervenció quirúrgica per verificar i ajudar a la total adaptació als rols femenins, l'adaptació laboral, escolar i familiar. Això, doncs, fa pensar que malgrat que hom pugui no presentar inicialment una completa adaptació (qüestió també difícil de presentar abans que hom es trobi en la situació concreta) aquest seguiment posterior ha d'anar dirigit precisament a aconseguir aquesta adaptació.

Altrament, es desconeix com es mesuren alguns d'aquests criteris, com poden ser l'evident grau de malestar o referir els beneficis que li poden aportar a un pacient la intervenció quirúrgica, i per tant la valoració que se'n pot fer dels mateixos en ser altament subjectius.

En definitiva, es fa difícil comprendre com fa sis anys, després que es va analitzar la seva situació i es van aplicar els criteris específics d'inclusió en la llista d'espera per accedir a aquest tipus d'intervenció el resultat d'aquesta anàlisi va considerar que la senyora González era una candidata apta per a la intervenció i, tanmateix, ara no ho sigui no només perquè ha deixat de reunir algun dels requisits sinó perquè ja no reuneix ni més ni menys que la meitat d'aquests criteris.

Això fa que sigui inevitable considerar que o bé en aquell moment se la va incloure en llista d'espera sense que s'analitzés amb profunditat si reunia tots els criteris que ara s'esmenten, o bé un cop analitzat el seu cas se la va incloure tot i no reunir-los, o bé en aquell moment els reunia tots i l'evolució del seu cas ha fet que després de sis anys n'hagi deixat d'acomplir la meitat, cosa que, com ja s'ha dit, crida l'atenció respecte de determinats criteris.

En aquest sentit, s'entén que cal ser molt curosos a l'hora d'incloure un pacient en una llista d'espera per a un procediment quirúrgic, doncs és inevitable que això li faci tenir unes expectatives que, com ha ocorregut en aquest cas, posteriorment es veuen truncades. Això, a banda de les exigències a què s'ha hagut de sotmetre durant tot aquest temps i amb independència que l'evolució del pacient pugui condicionar l'efectiva realització d'aquesta intervenció en el moment en que finalment es pugui dur a terme, per motius clínics.

Recomanacions

Vistos els antecedents i les consideracions fetes en aquest cas, tant pel que fa respecte d'aquests pacients en general, com pel que fa concretament a la senyora González, el Síndic suggereix:

- que la valoració de la inclusió d'un pacient en llista d'espera es faci sempre amb posterioritat a què s'hagi sotmès al tractament oportú, quan es tinguin referències clares sobre la responsabilitat del pacient durant tot el procés pre i post quirúrgic, i després que s'hagi comprovat que reuneix tots i cadascun dels requisits generals i específics

- que s'introdueixin mecanismes per assegurar que, un cop prescrita la intervenció quirúrgica, la demora en la seva realització no suposarà l'exclusió automàtica d'un pacient que ha arribat a l'edat que compromet el resultat de la intervenció
- que s'informi els pacients amb claredat sobre quins són els criteris d'inclusió en la llista d'espera, tant generals com específics tant bon punt passen a ser atesos en la UTIG, així com la manera com es mesuren aquests criteris, la valoració que es fa de cadascun d'ells o l'afectació que pot tenir el pas del temps o noves circumstàncies en cadascun d'ells
- que s'introdueixin mesures tendents a fer desaparèixer l'opacitat en la informació que posen de manifest les associacions que acompanyen aquests pacients, com podria ser la publicació d'una guia per al pacient o qualsevol altra que considereu oportuna
- que s'informi amb claredat els pacients sobre qualsevol circumstància que pogués afectar la prescripció de la intervenció quirúrgica tant aviat com aquesta es produeixi d'una manera prou entenedora i que permeti al pacient exposar els seus dubtes amb tranquil·litat; i que aquesta informació s'ofereixi a través d'un canal de comunicació adequat
- que es valori revisar els criteris específics d'inclusió en la llista d'espera per a una intervenció quirúrgica de reassignació de sexe en la UTIG, als efectes de concretar-los tant com sigui possible
- que es revisi de nou el cas de la senyora [REDACTED] perquè, ateses les consideracions recollides en aquesta resolució, es valori la possibilitat que es pugui sotmetre a la intervenció quirúrgica de vaginoplàstia que se li va prescriure fa sis anys.



Rafael Ribó
Síndic

Barcelona, 27 d'octubre de 2015

- que es valori revisar els criteris específics d'inclusió en la llista d'espera per a una intervenció quirúrgica de reassignació de sexe en la UTIG, als efectes de concretar-los tant com sigui possible

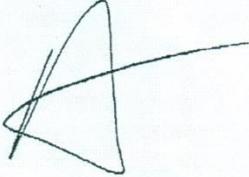
- que es revisi de nou el cas de la senyora [REDACTED] perquè, ateses les consideracions recollides en aquesta resolució, es valori la possibilitat que es pugui sotmetre a la intervenció quirúrgica de vaginoplàstia que se li va prescriure fa sis anys.

En document adjunt us traslado aquesta resolució.

Així mateix, he demanat a l'administració que m'informi de les mesures que s'adoptaran sobre el cas. Un cop conegui la seva decisió, us mantindré al corrent de les meves actuacions.

Aprofito per agrair-vos de nou la confiança dipositada en la nostra institució.

Cordialment,



Rafael Ribó
Síndic

Barcelona, 27 d'octubre de 2015

AVÍS LEGAL: D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les vostres dades s'incorporaran a un fitxer per fer-ne el tractament i per facilitar la comunicació. El responsable d'aquest fitxer es el Síndic de Greuges de Catalunya. Podeu dirigir-vos al Síndic de Greuges per exercir els drets d'accés, rectificació i cancel·lació de les vostres dades personals.

El defensor catalán insta a operar a un transexual que hace 6 años que espera

Le han excluido de la lista de espera porque ha cumplido 50 años

EFE / BARCELONA

MARTES, 3 DE NOVIEMBRE DEL 2015 - 16:18 CET

El **Síndic de Greuges**, defensor del pueblo catalán, **Rafael Ribó**, ha pedido a la **Generalitat** que reconsidere su **denegación de una vaginoplastia** (cambio de sexo) a V.G.G., una **transexual** a quien prescribieron esta intervención hace **6 años y sacaron de la lista de espera porque cumplió 50 años**.

V.G.G estaba desde 2009 en lista de espera del **Hospital Clínic** para someterse a una vaginoplastia, que le prescribió la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de este hospital, pero en marzo de este año recibió una llamada en la que le informaron de que la excluían de la lista, porque ya había cumplido 50 años de edad. Ante esta situación, la Asociación Catalana para la Integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes (ACATHI) y el Observatorio contra la Homofobia presentaron una queja al Síndic.

El **Departamento de Salud** de la Generalitat arguyó que **la reasignación de sexo no está incluida en la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud**, aunque reconoció que Cataluña dispone de la UTIG del Hospital Clínic como centro de referencia para tratamiento psicológico, médico y un programa quirúrgico de reasignación de sexo. Para poderse incorporar al programa quirúrgico, la persona tiene que haber sido atendida en la unidad un mínimo de dos años, ser mayor de edad y llevar doce meses de tratamiento hormonal. A V.G.G. le diagnosticaron en esta unidad un trastorno de identidad de género de hombre a mujer "de baja intensidad", la derivaron al servicio de endocrinología para iniciar tratamiento hormonal cruzado de feminización y la incluyeron en 2009 en la lista de espera para vaginoplastia.

Desde 2009 realizó 35 visitas a la UTIG y siguió todo el protocolo, incluidos informes para cambiar el DNI, tratamientos hormonales y una valoración en el servicio de otorrinolaringología para cambiar el tono demasiado masculino de su voz. Sin embargo, este año le comunicaron que quedaba excluida de la lista de espera, porque, entre otras cosas, "no presenta un evidente grado de malestar y aversión por los propios genitales masculinos" y porque no tiene "las condiciones físicas (edad, estado físico...) que garanticen el resultado esperado después de la vaginoplastia". Tras estudiar el caso, el Síndic considera que, aunque el cambio de sexo no esté incluido en la cartera de servicios del Servicio Nacional de la Salud, sí que lo ofrece el Servicio Catalán de la Salud como "prestación complementaria" que puede ofrecer una CCAA. Además, el Síndic reprocha que en los seis años de visitas al Hospital Clínic nunca se le hubiese cuestionado su inclusión en la lista de espera y valora que si en 2009 la consideraron apta para operarse de vaginoplastia sólo ha cambiado en

2015 su edad. "Se desconoce cuál es la edad de corte y cuál es el estado físico o la posible patología que presenta actualmente la interesada, que no la presentaba hace seis años", ha razonado el Síndic.

La Conselleria de Salut operará a una transexual a quien denegó la vaginoplastia por edad



El conseller de Salut Toni Comín en el pleno de control al Govern
ANTONIO MORENO

El conseller Toni Comín rectifica la decisión de Boi Ruiz tras las campañas de movilización impulsadas por dos lobbys de homosexuales

EFE
Barcelona

14/06/2016 16:57

El Departamento de Salud ha programado para los próximos meses la vaginoplastia de ██████, una transexual a la que la conselleria **denegó el año pasado la intervención porque había cumplido ya los 50 años**, tras seis en lista de espera para esa operación de cambio de sexo.

Según fuentes del Departamento de Salud, la conselleria que dirige Toni Comín ha rectificado la decisión de su predecesor, Boi Ruiz, y ha aceptado programar la intervención de la transexual, **que estaba en lista de espera desde el año 2009**.

La intervención de ██████ ha sido posible gracias a las campañas de movilización impulsadas por el Front d'Alliberament Gai de Catalunya

(FAGC) y la asociación para la integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes (ACATHI).

V.G.G estaba desde 2009 en lista de espera del Hospital Clínic para someterse a una vaginoplastia **que le prescribió la Unidad de Trastornos de Identidad de Género** (UTIG) de este hospital, pero en marzo del año pasado recibió una llamada en la que le informaron de que la excluían porque ya había cumplido 50 años.

La ACATHI llevó el caso de ██████ al Síndic de Greuges, que pidió a la Generalitat que reconsiderara su decisión de denegar la operación de cambio de sexo a la transexual, aunque sin éxito.

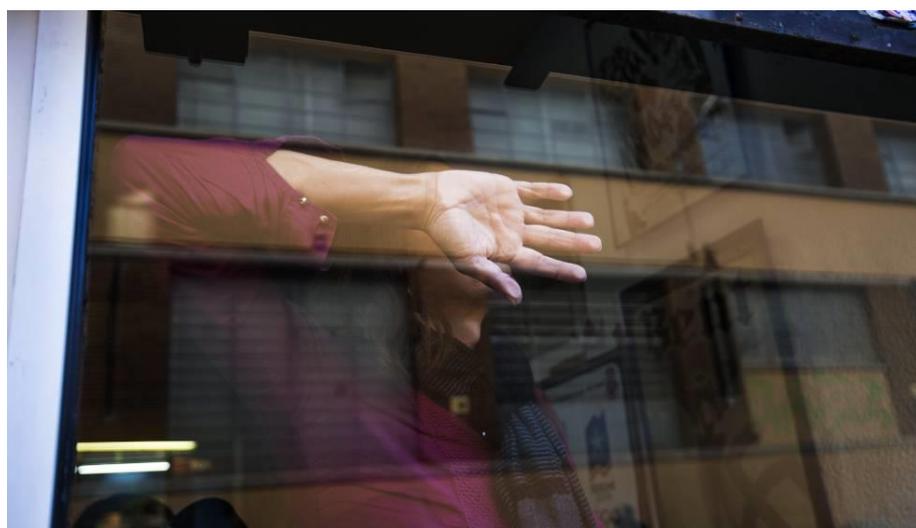
EL PAÍS

Salud operará a la transexual a la que denegó una vaginoplastia

El Departamento había alegado "criterios clínicos" para no intervenir a la mujer que llevaba seis años en listas de espera

JESSICA MOUZO QUINTÁNS

Barcelona 14 JUN 2016 - 00:51 CEST



██████ posa en la sede del Observatorio contra la Homofobia en Barcelona CONSUELO BAUTISTA

Tras más de seis años en lista de espera y una dura pugna final con el Departamento de Salud, ██████, ha conseguido que el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) acceda a someterla a la cirugía de reasignación de sexo [que le había denegado el año pasado](#). La mujer, de 52 años, lleva desde 2009 esperando por una vaginoplastia y, pese a cumplir los requerimientos médicos y psicológicos, Salud se negó a intervenirla alegando "criterios clínicos". El consejero de Salud, Toni Comín, comunicó ayer al Observatorio contra la Homofobia, la entidad que vehiculó la queja, que V.G.G. será operada el próximo septiembre.

"Es la primera conquista desde que se puso en marcha la Ley contra la Homofobia. El caso de ██████ era un símbolo de los problemas que tenemos para conseguir un derecho que aparece recogido en la ley", apuntó Eugeni Rodríguez, presidente del Observatorio. La cirugía de reasignación de sexo, que modifica los genitales de nacimiento de una persona para que sean como los del género con los que esta se

identifica, [no está incluida dentro de la cartera de servicios](#) del Servicio Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, [Cataluña dispone desde 2009 de una unidad específica de referencia en todo el territorio](#) — la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) del [Hospital Clínic de Barcelona](#)— para el tratamiento psicológico, médico y programa quirúrgico. Esto significa que, desde hace seis años, Salud financia las operaciones de cambio de sexo en Cataluña.

Para ██████ el camino no fue fácil ni corto. Entró en lista de espera en 2009 con visos de operarse en 2013. La crisis y los recortes lastraron la intervención pero. ██████ siguió adelante con el proceso y con su tratamiento — los requisitos para entrar en lista de espera son, según Salud, “haber sido atendido en la unidad un mínimo de dos años, ser mayor de edad y llevar doce meses de tratamiento hormonal y doce meses de experiencia de vida real” —.

Sin embargo, en marzo de 2015, una llamada del equipo médico frustraba sus esperanzas al decirle que no la podían operar "por la edad y porque los resultados no serían los esperados". Según consta en el informe del Síndic de Greuges, que intervino en la disputa instando a Salud a reconsiderar su decisión, el CatSalut alegó que ██████ incumplía cinco de los 12 criterios de inclusión para estar en la lista de espera. Entre ellos, presentar adaptación personal, social, laboral y/o escolar, tener las condiciones físicas (edad, estado físico o patología) para garantizar un resultado esperado tras la operación y disponer de recursos económicos para realizar el tratamiento postoperatorio.

Pese a que el Síndic cuestionó la decisión de Salud, el Departamento ni se inmutó hasta ahora. "Hay más retrasos como el de ██████, pero al aceptar su reasignación se rompió la cerrazón que había y hará que todo fluya mejor", augura Rodríguez. Según datos del Departamento, en 2014 se realizaron 15 cirugías y, en total, desde 2009, la cifra asciende a 90.

Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20161024/411271789213/transexuales-catalunya-cambio-sexo-diagnostico-psiquiatico.html> (Actualizado a 24/10/2016: 14:43).

PIONERO

Los transexuales en Catalunya podrán cambiarse de sexo sin diagnóstico psiquiátrico

El nuevo modelo deja de considerar la transexualidad como una enfermedad



Catalunya ha inaugurado un modelo sanitario pionero para atender a los transexuales (Pekic / Getty)

EFE, Barcelona

24/10/2016 13:33 | Actualizado a 24/10/2016 14:43

La sanidad pública catalana deja de considerar desde que la **transexualidad** es una enfermedad y ya no requerirá el **diagnóstico psiquiátrico** de disforia de género para iniciar el tratamiento hormonal y posterior intervención quirúrgica para cambiar de sexo.

El conseller de Salut, **Antoni Comín**, ha presentado este lunes el nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans que, según sus palabras, “despatologiza” la transexualidad y se convierte en el pionero en Europa en el que ya no será necesario acreditar un trastorno psiquiátrico para someterse a cambio de sexo.

Clínic, centro de referencia

El nuevo modelo aparta a la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Clínic como centro de referencia, muy criticado por el colectivo transexual, y lo traslada al centro Trànsit, situado en el ambulatorio de Manso de Barcelona, que será la puerta de entrada y acompañamiento para todas las personas trans que quieran iniciar el tratamiento y el que se encargará de darle una visión integral.

Actualmente hay 437 personas en tratamiento para cambiar de sexo y cada año unas 93 nuevas piden iniciar el tratamiento hormonal, que ha de durar dos años, antes de entrar en lista de espera quirúrgica para operarse de cambio de sexo.

Lista de espera

Según ha reconocido la directora general de Atención Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud, Cristina Nadal, en el Hospital Clínic hay 155 transexuales en lista de espera, algunos desde hace más de seis años, para someterse a una vaginoplastia y otras 98 para una mastectomía desde 2011. Comín ha explicado que el nuevo modelo de atención sanitaria “deja de considerar la transexualidad como una enfermedad porque es una realidad”, y ha asegurado que también tratará sin discriminaciones a los casos más complejos, como los de los menores, las trabajadoras sexuales, las personas con VIH o los inmigrantes.

Efecto llamada

Cristina Nadal ha reconocido que el modelo puede tener un efecto “llamada”, por lo que no ha podido cuantificar cuántas personas podrá atender el servicio Trànsit desde la atención primaria de la calle Manso, en la que trabajan un ginecólogo, un médico de familia, un enfermero, un psicólogo, un trabajador social y un administrativo. Ellos serán la puerta de entrada a la sanidad pública de toda persona transexual sin necesidad de que acredite padecer un trastorno psiquiátrico por disforia de género.

Comín ha anunciado que en los presupuestos de 2017 han contemplado una partida de 250.000 euros para reforzar ese centro, que se creó en 2012 para asesorar a personas transexuales.

El nuevo modelo de atención a las personas trans en Cataluña incluye un plan de formación a profesionales sanitarios de todo el territorio y su paulatina expansión en función de las necesidades.

Nac Bremon, representante de la plataforma TransForma la Salud, ha agradecido el impulso de este nuevo plan, pero ha exigido al departamento de Salut que elimine la UIG del Hospital Clínic porque “en sus ocho años de existencia ha dejado un camino muy oscuro difícil de olvidar”.

Disculpas al colectivo

El director del Hospital Clínic, Josep Maria Campistol, presente entre el público, ha pedido la palabra para pedir disculpas al colectivo transexual si se ha sentido mal tratado en el Hospital Clínic y se ha mostrado partidario de cambiar el modelo al actual.

Comín ha asegurado que ningún transexual será tratado donde él no quiera y la UIG no formará parte de su proceso si él no quiere, aunque ha defendido el conocimiento de esta unidad a la hora de hacer las intervenciones quirúrgicas con sus “excelentes profesionales”

Novedades

Entre las novedades del modelo, además de la no necesidad de definir y justificar la identidad de género, *tampoco será necesario definir las preferencias sexuales de los afectados y el tratamiento se hará de forma consensuada y con “autonomía de decisiones” del transexual, que podrá fijar cuándo y hasta dónde quiere llevar su tratamiento.* (Énfasis agregado).

La sanidad pública catalana garantizará sin ninguna discriminación las mastectomías, hysterectomías, anexectomías, faloplastias y metaidoioplatias para los hombres transexuales, y la vaginoplastia, mamoplastia, orquiectomia y cricoidectomia a las mujeres trans.

Igualmente atenderá la solicitud de preservación de material genético, como tejido ovárico o los gametos, y permitirá el acceso al tratamiento bloqueante y hormonal, en las diferentes fases de desarrollo puberal en los menores, dependiendo de cada caso.