

PROTOCOLO

PARA EL ACCESO SIN DISCRIMINACIÓN A LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS POBLACIONES
LÉSBICO, GAY, BISEXUAL, TRANSEXUAL, TRAVESTI,
TRANSGÉNERO E INTERSEXUAL

Y GUÍAS DE ATENCIÓN
ESPECÍFICA

2019





Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas

DT Versión IV/19



DIRECTORIO

DR. JORGE CARLOS ALCO CER VARELA
Secretario de Salud

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMIREZ
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DR. PEDRO FLORES JIMÉNEZ
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

MTRA. MARICELA LECUONA GONZÁLEZ
Abogada General de la Secretaría de Salud

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO
Secretario del Consejo de Salubridad General

DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y
Hospitales de Alta Especialidad

MTRA. ANGÉLICA IVONNE CISNEROS LUJÁN
Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

DR. JOSÉ ALONSO NOVELO BAEZA
Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

DR. MANUEL HUGO RUIZ DE CHÁVEZ GUERRERO
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico





DIRECTORIO CCINSHAE

DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT

Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y
Hospitales de Alta Especialidad

DR. SIMÓN KAWA KARASIK

Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

DR. MANUEL DE LA LLATA ROMERO

Director General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta
Especialidad

DR. HEBERTO ARBOLEYA CASANOVA

Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia





Primera edición: Junio, 2017

Segunda Edición: Mayo; 2019

**Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de
Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Periférico Sur 4118, Primer piso, Edificio Zafiro 1,
Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Ciudad de México,
México.

Diseño de portada e interiores: María Isabel Virchez Villa/América Nelly Pérez
Manjarrez/Carlos Alberto Alfaro Medel/Manuel Magaña Izquierdo.

Impreso en México





Contenido

Antecedentes	12
Consideraciones iniciales:	15
Objetivo General:	17
Objetivos específicos:	17
I. Ámbito de aplicación	18
II. Marco jurídico	18
III. Definiciones Operativas	20
IV. Principios Orientadores	28
V. Acciones afirmativas	29
Esquema de distribución de las guías específicas	30
VI. Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI	31
Atención a Niños, Niñas y Adolescentes*	35
VII. Guía de recomendaciones para la Atención de Intersexualidad y Variación en la Diferenciación Sexual	38
VIII. Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas y Bisexuales	45
IX. Guía Protocolizada para la Atención de los Hombres Gay y Bisexuales	48
X. Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero	52
Bibliografía	79





Antecedentes

El artículo 1º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece¹.

Asimismo, el artículo 4º Constitucional² mandata que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud. Adicionalmente menciona que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá las distintas concurrencias, tanto federales como de las entidades federativas, para atender lo correspondiente en esta materia.

Por su parte, en la esfera internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos³ establece, en su artículo 25, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure junto a su familia, un estado de salud y bienestar adecuado. En este sentido, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el artículo 11 estipula el derecho de todas las personas a vivir en un estado de bienestar que le permita preservar su salud, mediante las medidas sanitarias que los estados instituyan y a las cuales se integran las relativas a la asistencia médica, la alimentación, el vestido y la vivienda.

En este marco de referencia, la Organización Mundial de la Salud ha instado a los estados miembros a diseñar políticas públicas que permitan que el derecho a la salud se establezca sin discriminación, exclusión o restricción; entendiéndose que cuando prevalecen dichas condiciones, existe un impacto negativo y dificultan e impiden el acceso efectivo, disfrute o ejercicio del derecho humano a la salud y demás las libertades fundamentales que confluyen en este⁴. Las características y los elementos que dan origen a la discriminación pueden ser multifactoriales, sin

¹ Art 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf consultada abril de 2017.

² Ibidem. Art. 4º

³ Declaración Universal de los Derechos Humanos disponible en http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf revisada abril 2017

⁴ En foque de la Salud Basado en Derechos Humanos, OMS disponible en http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf revisado abril 2017



embargo pueden ser la causa de muchas de las desigualdades estructurales existentes en una sociedad.

Es importante reconocer el vínculo entre la discriminación, la marginación y los problemas de salud, por citar un ejemplo, en la región latinoamericana, las personas en situación de vulnerabilidad son más susceptibles a recibir menos información sanitaria y, aunado a otras condicionantes como una vivienda adecuada y el acceso al agua potable, suelen registrar una tasa de mortalidad más elevada respecto a la población en general⁵.

Cuando los destinatarios de las políticas públicas son personas en situación de vulnerabilidad, es necesario ser más sensible en el proceso de atención a la salud toda vez que por las características inherentes a su condición de desventaja, son personas que requieren obtener condiciones diferenciadas, que acorten las brechas originadas por la desigualdad estructural y que materialicen los preceptos constitucionales en esquemas de atención orientados a la no discriminación en todas sus variantes ya sea por cuestiones de origen étnico, de género, edad, discapacidad, condición social, religión, preferencia sexual, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.⁶

En cuanto al caso específico de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual así como la demás que integran una diversidad de expresiones sexuales no normativas (LGBTTTI), es pertinente reconocer que se siguen reproduciendo desigualdades y barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud. En México las personas LGBTTTI, confrontan el estigma y la discriminación de manera cotidiana, tanto en la sociedad en general como en los espacios específicos de atención a la salud.

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010⁷, señala que la discriminación basada en un conjunto de estigmas inmerecidos,

⁵ Salud de las Américas Capítulo 2 Determinantes e inequidades en Salud. 2012 Organización Panamericana de la salud disponible en http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es revisada el abril de 2017.

⁶ Investigación sobre la atención de personas LGBT en México, Informe final,, Comité de Violencia Sexual. CEAV México, Diciembre de 2015 disponible en <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Investigaci%C3%83%C2%B3n-LGBT-Documento-Completo.pdf> consulta abril de 2017.

⁷ Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2010 disponible en <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf> consulta abril 2017.

prejuicios desventajosos, estereotipos enraizados, y tabúes aceptados acríticamente desde los distintos ámbitos de la esfera social, condiciona el acceso a mejores servicios de salud y en consecuencia, son factores para disminuir la protección contra los riesgos y el aumento de la esperanza de vida. Lo anterior indica dos condiciones básicas 1. Las personas LGBTTTI son susceptibles a no poder ejercer de manera efectiva su derecho a la salud y 2. Existe un área de oportunidad en las instituciones para establecer esquemas de prestación de servicios en salud basados en la no discriminación y con enfoque en los derechos humanos.

Lo anterior entraña diversos retos que en la práctica, se deben configurar en acciones institucionales que tengan como objetivo fundamental garantizar el acceso a la atención de la salud sin discriminación, con los mejores estándares de calidad, sin injerencias paternalistas en la toma de decisiones, así como a obtener la mejor información y vías de acceso a tratamientos.

Es cierto que las personas LGBTTTI viven hoy de manera más visible y con mayor participación pública, desafortunadamente aún siguen enfrentando problemas de discriminación por cuestiones vinculadas a la orientación sexual, identidad y/o expresión de género y características sexuales; sin embargo, habrá que reconocer que la discriminación transita entre lo social, lo institucional y lo privado, por ello es impostergable promover acciones y mecanismos que favorezcan el ejercicio pleno de los derechos de las personas LGBTTTI, siempre tomando en consideración la dimensión específica que cada una de las personas requiera.

En este sentido, el presente Protocolo y las guías que lo integran tienen como objetivo establecer criterios orientadores y acciones específicas, para ser observadas en la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud, que contribuyan a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas LGBTTTI.



Consideraciones iniciales:

Que el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Que en la Resolución 2003/28, la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se pide a los estados velar por que el derecho de toda personal al más alto nivel posible de salud física y mental, se ejerza sin discriminación de ningún tipo.

Que en la Ley General de Víctimas, se reconoce la existencia de personas con mayor situación de vulnerabilidad, entre otras condiciones, por razón de la variación en la diferenciación sexual, orientación sexual e identidad y/o expresión de género. En este sentido, dicha población requiere de una atención especializada que responda a sus particularidades y grado de vulnerabilidad.

Que de acuerdo a las premisas constitucionales se prohíben la discriminación por cuestiones de origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, de salud, religión, opinión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Que en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Meta 2 México Incluyente, establece como Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud y en la estrategia 2.3.3 se menciona, Mejorar la atención a la salud de la población vulnerable.

Que el Programa Sectorial de Salud contiene la estrategia 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, mediante la línea de acción 4.3.1 promover la incorporación del enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.

Que las limitaciones al derecho a la salud y los obstáculos para el acceso a los servicios médicos o tratamientos pueden producir afectaciones a la vida, la libertad y la integridad.

Que una manera de contribuir al acceso efectivo a los servicios de salud, es la atención especializada de personas que se encuentran en alto



riesgo de vulnerabilidad, mediante esquemas de intervención institucional que garanticen servicios de salud de calidad y particularmente, modelos que favorezcan a las personas en situaciones de discriminación o vulnerabilidad.

Que los preceptos constitucionales reconocen que es obligación del Estado mexicano garantizar que las personas gocen, sin discriminación alguna de los derechos fundamentales del ser humano.

Objetivo General:

Contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual así como la demás que se integran la diversidad de expresiones sexuales no normativas, mediante el establecimiento de criterios orientadores y acciones específicas a ser observadas en la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Objetivos específicos:

- Promover mecanismos que garanticen la atención médica sin discriminación a las personas LGBTTTI, a través de la conformación de un protocolo de observancia general en la prestación de servicios médicos del SNS.
- Establecer criterios de atención específicos en la atención médica de las mujeres lesbianas y bisexuales, hombres Gay y bisexuales, personas transexuales y personas intersexuales; mediante la conformación de guías específicas de referencia para la atención de cada una de estas poblaciones.
- Orientar a los titulares y directivos de los establecimientos de atención médica en el Sistema Nacional de Salud, sobre las políticas que deberán establecer para evitar la discriminación de las personas LGBTTTI.
- Fomentar en todo el personal que labora en los establecimientos de atención médica del SNS, la cultura de respeto a los derechos humanos de las personas LGBTTTI.
- Contribuir al acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, mediante el establecimiento de pautas de actuación que eviten la discriminación por razones de identidad y/o expresión de género, de variación en la diferenciación sexual y orientación sexual.

I. Ámbito de aplicación

El Protocolo y las guías que lo integran son de aplicación y observancia general en todos los establecimientos de atención médica públicos, social y privados del Sistema Nacional de Salud.

II. Marco jurídico

La vinculación de este Protocolo y las Guías que lo integran, con el sistema de preceptos jurídicos no es limitativa, por el contrario es importante reconocer que las normas que conforman la base de los derechos fundamentales, pueden ser ampliadas en términos de enriquecer los ámbitos de su aplicación.

Normas en materia de Derechos Humanos

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
- Convención sobre los Derechos del Niño.

Normas convencionales

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

Normas en materia de Discriminación

- Convención Internacional sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará”.

Documentos con criterios no vinculantes

- Los Principios de Yogyakarta.

Normas de carácter nacional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley General de Víctimas.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Normas Oficiales Mexicanas

- NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de Transmisión sexual.
- NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, incluyendo la modificación publicada el 24/03/2016.
- NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

III. Definiciones Operativas

Los términos y definiciones utilizados en este Protocolo se están actualizando continuamente. Con el propósito de alinear dichas definiciones a un marco institucional de referencia, en este documento se retoman íntegramente la terminología y conceptos básicos utilizados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el *Protocolo de Actuación Para Quienes Imparten Justicia en Casos que Involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género*⁸. Adicionalmente se incorporan otras definiciones que son utilizadas en el cuerpo del texto y como se ha mencionado, reflejan la terminología actual.

Para los efectos del Protocolo se entenderá por:

Acciones Afirmativas⁹

También conocida como discriminación positiva, es el término que se da a una acción que pretende establecer políticas de carácter temporal, que dan a un determinado grupo social, étnico, minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, un trato preferencial en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios así como acceso a determinados bienes. El objetivo es el de mejorar la calidad de vida de los grupos desfavorecidos y compensarlos por los perjuicios o la discriminación de la que han sido víctimas. Estas acciones no se considerarán discriminatorias.

Cirugía de reasignación de sexo¹⁰

Es el procedimiento quirúrgico para cambiar las características sexuales hacia aquellas concordantes con la identidad de género del individuo.

⁸ Protocolo de Actuación Para Quienes Imparten Justicia en Casos que Involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género disponible en <https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/content/protocolo-orientaci%C3%B3n-sexual-o-identidad-de-g%C3%A9nero?sid=90401> revisada en abril 2017

⁹ Sistema de Monitoreo de la Protección de los Derechos y la Promoción del Buen Vivir de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe http://www.fondoindigena.org/apc-aa-files/documentos/monitoreo/Definiciones/Definicion%20Dominios/5_2_Accion%20afirmativa_def.pdf

¹⁰ Vance SR, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*. 2014 Pag 1185

Discriminación¹¹

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo; También se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia.

Disforia de género¹²

Término que hace alusión a la angustia derivada de la incongruencia sexo-genérica, enfatizando que el problema clínico es la disforia y no la identidad per se. Trastorno de identidad de género: es el diagnóstico psiquiátrico con que se designaba a la disforia de género en el DSM-IV.

Expresión de género¹³

La CIDH la ha definido como “la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado”.¹⁴

¹¹ Artículo 1º Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf

¹² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Association, 2013

¹³ Protocolo de Actuación para Quienes Imparten Justicia en Casos que Involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género disponible en

https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/PROTOCOLO_DE_ACTUACION_PARA QUIENES IMPARTEN JUSTICIA EN CASOS QUE INVOLUCREN LA ORIENTACION SEXUAL O LA IDENTIDAD DE GENERO_0.pdf Revisada e abril de 2017

¹⁴ *Ibidem*.

Así, mientras que la expresión de género se refiere a la manera en que las personas leen o interpretan a otra, con independencia de cómo se le identifique, la identidad de género alude a la manera en que una persona se asume a sí misma, con independencia de la interpretación de los demás.

Es importante separar a la identidad de género de la expresión de género, “pues permite la protección de una persona con independencia de si su expresión de género corresponde con una particular identidad de género, o es únicamente percibida como tal”.¹⁵

Lo anterior es relevante considerando que muchas personas pueden sufrir violencia atendiendo a la manera en que se simplemente se visten o caminan, a pesar de que no se identifiquen como una persona LGBTTTI.

Siguiendo a la Comisión Internacional de Juristas, citada por la CIDH:

“La noción de aquello que constituyen las normas masculinas o femeninas correctas ha sido fuente de abusos contra los derechos humanos de las personas que no encajan o no se ajustan a estos modelos estereotípicos de lo masculino o lo femenino. Las posturas, la forma de vestir, los gestos, las pautas de lenguaje, el comportamiento y las interacciones sociales, la independencia económica de las mujeres y la ausencia de una pareja del sexo opuesto, son todos rasgos que pueden alterar las expectativas de género”.¹⁶

Estigma

Proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona a los ojos de las demás. Algunos atributos son alabados en determinadas culturas o escenarios, mientras que en otras son considerados deshonorosos o indignos. El resultado del estigma es la discriminación, la cual puede desarrollarse en forma de acciones u omisiones.

¹⁵ *Ibidem.*

¹⁶ *Ibidem.*

Establecimientos

Aquello a los que refiere el artículo 34 de la Ley General de Salud y los artículos 10, 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Género¹⁷

Mientras que “sexo” se utiliza para hacer referencia al cuerpo sexuado y permite distinguir entre hombres, mujeres y personas intersex, “género” refiere al resto de atributos que, social, histórica, cultural y geográficamente, se le han asignado a los hombres y a las mujeres. “Género” se utiliza para referirse a las características que social y culturalmente se consideran identificadas como “masculinas” y “femeninas”. Dichas características pueden abarcar desde las funciones que históricamente se le han asignado a uno u otro sexo (proveer vs. cuidar), las actitudes que por lo general se les imputan (racionalidad, fortaleza, asertividad vs. emotividad, solidaridad, paciencia), hasta las formas de vestir, caminar, hablar, pensar, sentir y relacionarse.

Sostener que una cuestión es el “sexo” y otra es el “género”, implica que no hay una correlación necesaria entre el cuerpo con el que una persona nace y la personalidad que desarrolla o las funciones sociales que cumple.

Heterosexual / heterosexualidad

El término «heterosexual» se utiliza para designar a las personas que tienen relaciones sexuales y/o se sienten atraídas por personas del género opuesto.

Homofobia

Referencia al temor, rechazo o aversión, a menudo en forma de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias, hacia los homosexuales y/o la homosexualidad, aunque también se refleja repudiando expresiones, apariencias, modales, prácticas o vestimentas distintas a las de personas heterosexuales.

¹⁷ 12/1 Ibidem

Identidad de género¹⁸

De acuerdo con los Principios de Yogyakarta, la "identidad de género" se refiere a:

“la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.¹⁹

La identidad de género supone la manera en que la persona se asume a sí misma, es decir, si adoptará para sí una identidad más "masculina" o más "femenina" de acuerdo a los parámetros culturales imperantes en cada sociedad. Recientemente, se ha comenzado a utilizar el término "cisgénero"²⁰ para las personas cuya identidad de género y sexo asignado al nacer son concordantes. Se le llama "persona trans" a aquella cuya identidad de género no concuerda con la que se le asignó al nacer.²¹

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), para referirse a las personas trans, existe un consenso en el siguiente sentido: se utiliza "mujeres trans", cuando el sexo asignado al nacer es de hombre, pero la identidad de género, esto es, cómo se identifica la persona a sí misma, es femenina; "hombres trans", cuando el sexo asignado al nacer es de mujer, y la identidad de género es masculina; o "persona trans" o "trans", cuando no existe una convicción de

¹⁸ 12/2 Ibidem

¹⁹ "Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género", p. 6, nota al pie 2. Si bien los principios no son un documento vinculante en sí mismo, sí desarrollan el principio de igualdad y no discriminación, el cual es uno de los fundamentos de nuestro orden jurídico.

²⁰ Cis es el prefijo latín para referir "al mismo lado". Complementa el prefijo trans, que refiere a lo que "cruza". Schilt, Kristen y Westbrook, Laurel, "Doing Gender, Doing Heteronormativity: 'Gender normals', Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality", *Gender and Society*, Vol. 23, no. 4, 2009, p. 461.

²¹ Para referirse a las personas trans también se han usado, y se continúan utilizando, otras denominaciones, como "travesti", "transgénero" y "transexual". La diferencia entre ellas radica en el alcance de las modificaciones que realizan a sus cuerpos, comportamientos y atuendos en relación al género (para transitar del asignado al nacer a aquel con el que se identifican). Se utiliza el término "trans", porque todas las posibilidades resultan jurídicamente protegidas.

identificarse dentro de la categorización masculino-femenino.²² Hay personas, sin embargo, que se identifican como hombre, mujer o fuera de estas categorías. Por ello, se debe respetar la forma en la que cada persona se auto-identifica. Las personas transgénero evidencian la separación entre el sexo y el género al mostrar que personas que, conforme a criterios médicos, podrían ser consideradas mujeres u hombres, pueden identificarse ellas mismas de forma distinta a esa categoría médica.

LGBTITI.

Forma abreviada que incluye a personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero, transexuales, travesti e intersexuales.

Orientación sexual (también conocida como preferencia sexo/genérica)

La orientación sexual ha sido definida como “la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas”.²³

Aquí, por lo tanto, se habla de tres posibilidades:²⁴

- Heterosexualidad

Hace referencia a la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo y a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

²² *Ibidem*.

²³ Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, marzo 2007, p.8, consultado el 18 de junio de 2014, disponible en http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf.

²⁴ Además de los heterosexuales, homosexuales y bisexuales, existen las personas que se auto-identifican como "pansexuales", por ser capaces de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por las personas, con independencia de su género. Y también están las personas "asexuales", que por lo general no sienten una atracción sexual. Véase Cerankowski, Karil June y Milks, Megan, "new Orientations: Asexuality and Its Implications for theory and Practice", *feminist Studies*, Vol. 36, no. 3, otoño 2010; Jacobson, Brian y Donatone, Brooke, "Homoflexibles, Omnisexuals, and Genderqueers: Group Work with Queer Youth in Cyberspace and face-toface", *Group*, Vol. 33, no. 3, 2009.

- Homosexualidad

Hace referencia a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un mismo género y a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. De la información inherente al tema, se observa una tendencia en el movimiento LGBTTTI a reivindicar el uso y referencia a los términos “lesbiana” (para hacer referencia a la homosexualidad femenina) y “gay” o “gai” (para hacer referencia a la homosexualidad masculina o femenina).

- Bisexualidad

Hace referencia a la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, y de su mismo género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. Cabe hacer mención de una serie de conclusiones. En primer término, no existe una relación necesaria ni entre el sexo de una persona o su identidad y expresión de género; ni entre estas últimas y su orientación sexual.²⁵

En segundo lugar: no todas las personas que sienten una atracción sexual o afectiva por personas de su mismo género se identifican a sí mismas como “gay”. “Gay” es también una identidad que no para todas las personas tiene sentido.²⁶

Las categorías que se utilizan en este Protocolo buscan sólo ilustrar algunas de las maneras en las que las personas se están identificando. Lo importante es atender a la experiencia de cada persona y a su elección en cuanto la manera en que se refiere a sí misma.

Servicios de Atención Médica:

Los que refiere el artículo 32 de la Ley General de Salud y los artículos 7 y 8 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

²⁵ Por ejemplo, no todas las mujeres consideradas “femeninas” serán heterosexuales, ni todas las “masculinas” serán lesbianas; y de manera equivalente, no todos los hombres “femeninos” serán homosexuales, ni los “masculinos” serán heterosexuales.

²⁶ Caballero, Marta; Campero, Lourdes; Herrera, Marta y Kendall tamil, “HIV Prevention and Men Who Have Sex with Women and Men in México: Findings from a Qualitative Study with HIV-Positive Men”, Culture, Health & Sexuality, Vol. 9, no. 5, 2007.

Sexo²⁷

Cuando se habla de “sexo” se hace referencia a los cuerpos sexuados de las personas; esto es, a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas como machos o hembras al nacer. En México, el sexo se asigna a las personas al nacer, incluyéndolo como un dato en el acta de nacimiento. La legislación civil mexicana incluye dos posibilidades: una persona puede ser clasificada como hombre o como mujer. Los criterios para establecer si una persona será clasificada como hombre o mujer, por lo general no se encuentran en la ley civil. La decisión se toma, en la mayoría de los casos, entre los médicos que atienden el parto y los padres y madres, mismos que le comunican la decisión al Registro Civil.

Hasta el día de hoy, el criterio que en la práctica mexicana se utiliza para clasificar a las personas es el de los genitales que poseen. Sin embargo, hay más criterios que se pueden utilizar para este fin. Según Laura Saldivia²⁸, la ciencia médica considera que existen diversos factores que contribuyen a la determinación del sexo de una persona:

- a. El sexo genético o cromosómico, por ejemplo XY o XX;
- b. El sexo gonadal (testículos u ovarios);
- c. El sexo morfológico interno (vesículas seminales y próstata o vulva, útero y trompas de falopio);
- d. El sexo morfológico externo (pene y escroto o clítoris y labia);
- e. El sexo hormonal (andrógenos y estrógenos);
- f. El sexo fenotípico (pectorales y más pelo o mamas y menos pelo).

Muchas personas asumen que, si se analizan los cuerpos de las personas, existirán solo dos opciones para clasificarlas: o son hombres, y poseen todos los factores que se le atribuyen al cuerpo de los hombres; o son mujeres, y poseen todos los factores que se le atribuyen al cuerpo de las mujeres. Sin embargo, hay personas cuyos cuerpos presentan factores que hace que su configuración genética, gonádica, morfológica u hormonal difiera de lo que culturalmente suele entenderse estrictamente

²⁷ 12/3 Ibidem

²⁸ Saldivia, Laura, “Reexaminando la construcción binaria de la sexualidad, Derecho y sexualidades. Seminario en Latinoamérica de teoría Constitucional y Política 2009”, Editores Marcelo Alegre, et al., Librería, Buenos Aires, 2010.

como el sexo "masculino" o el sexo "femenino". Estas personas son llamadas intersex. Las personas intersex evidencian que, biológicamente, no existen sólo dos opciones para los diversos factores. Hay personas, por ejemplo, con un sexo cromosómico diverso.²⁹

Hay personas que pueden tener sexo cromosómico XY, un ovario, un pene y desarrollar mamas. Es decir, sus cuerpos pueden presentar características que culturalmente suelen asignárseles a los hombres y, al mismo tiempo, características que culturalmente suelen asignárseles a las mujeres. Hay que resaltar que no todas las condiciones son aparentes al momento del nacimiento de una persona; algunas no son evidentes sino hasta la pubertad o adolescencia y otras no se pueden conocer sin exámenes médicos adicionales.³⁰ Las personas intersex demuestran las limitaciones de la creación de estas categorías: los genitales pueden decir poco del sexo de una persona.

IV. Principios Orientadores

Para los efectos de este protocolo será indispensable considerar como criterios orientadores en la prestación de servicios atención médica los siguientes principios:

Autonomía:

Convicción por el respeto a la capacidad del individuo para actuar libremente y tomar decisiones conforme a sus convicciones y creencias; teniendo como límite el derecho a terceros.

Beneficencia:

Acción fundamental en la prestación de servicios de atención médica que tiene como finalidad el bien de los otros, del respeto a sus derechos fundamentales como principio de actuación en su responsabilidad profesional.

No Maleficencia:

²⁹ Greenberg, Julie A., "Intersexuality and the Law. Why Sex Matters", new York University Press, EUA, 2012, p. 13.

³⁰ Ibídem, pp. 1-2.



Imperativo de no hacer daño. El deber de no dañar es obligatorio e implica el hacer activamente el bien y de evitar hacer el mal.

Justicia:

Acceso sin objeción a los derechos fundamentales de la persona, a los servicios de atención a la salud, a los tratamientos y a la distribución equitativa de los recursos destinados a la prestación del servicio.

No discriminación:

De acuerdo con este criterio ninguna persona por razones de orientación sexual, identidad de género, raza, religión o cualquier otra que atente contra su condición humana, puede ser sometida a un trato igual o desigual que no esté basado en una distinción razonable y objetiva, de tal manera que la igualdad exige un trato igual en supuestos de hecho equivalentes y un trato desigual en supuestos de hecho distintos, salvo que existan fundamentos objetivos y razonables para actuar de forma contraria.

Confidencialidad:

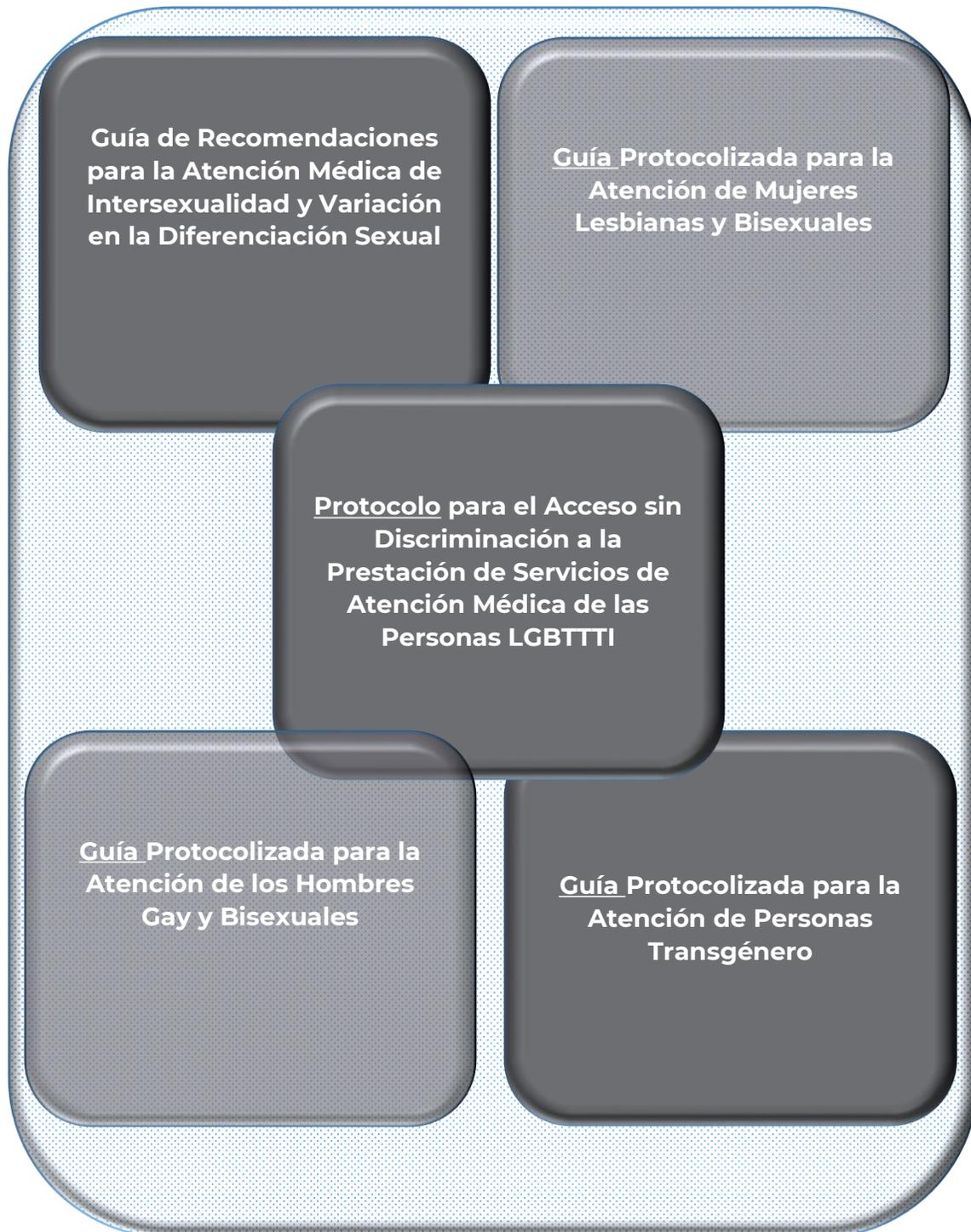
El personal de los servicios de atención médica, se abstendrán de divulgar la identidad o datos personales de las personas atendidas, en términos de lo establecido por la legislación aplicable.

V. Acciones afirmativas

Adicional a los efectos de este Protocolo, los establecimientos deberán considerar la realización de acciones afirmativas complementarias, de acuerdo al nivel de complejidad de su infraestructura, toda vez que lo dispuesto en este documento se expresa de manera enunciativa más no limitativa.



Esquema de distribución de las guías específicas





VI. Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI

IR A

ESQUEMA

La resolución 2653/11³¹ de la Asamblea General de los Estados Americanos (OEA) condena la discriminación contra personas por motivos de orientación sexual e identidad de género, e insta a los estados miembros que, dentro de los parámetros de las instituciones jurídicas de su ordenamiento interno, adopten las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar dicha discriminación. En dicha resolución está implícito lo relativo al acceso a los servicios de salud, lo cual conlleva una dimensión importante toda vez que las restricciones al derecho a la salud pueden producir afectaciones a la vida, la libertad y la integridad.

Bajo esta lógica, asegurar que la prestación de servicios médicos tenga un libre acceso sin discriminación para las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual, implica reconocer como prioritario la divulgación de un marco general de referencia que integre tanto el enfoque de los derechos humanos en la atención médica, como las condiciones operativas que deberán observarse para evitar cualquier rasgo de discriminación en los servicios de salud.

El presente protocolo tiene como objetivo establecer las bases para atender estos preceptos partiendo de generar un cambio en la actuación de las personas que colaboran en los servicios de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Se trata de un catálogo de políticas para ser observadas por los titulares, personal sustantivo y operativo de los establecimientos de atención médica.

Políticas

1. De acuerdo a su capacidad resolutoria, los establecimientos deberán adecuar sus procedimientos administrativos y operativos a lo establecido en este Protocolo.

³¹ Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2653_XLI-O-11_esp.pdf revisada en abril de 2017



2. El titular del establecimiento deberá implantar las políticas internas necesarias que garanticen el acceso a los establecimientos, bajo condiciones de igualdad para todas las personas, sin discriminación por cuestiones de orientación sexual, identidad y/o expresión de género, variación en la diferenciación sexual, apariencia o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos y/o libertades.
3. Ninguna actividad vinculada a la prestación de servicios en salud, deberá considerar como patología la orientación sexual, identidad y/o expresión de género y las variaciones intersexuales.
4. Los establecimientos deberán sensibilizar al personal médico tratante para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, sólo por su identidad y/o expresión de género, variaciones intersexuales o por su orientación o preferencia sexual.
5. Los titulares de los establecimientos, deberán instaurar procedimientos internos para garantizar la aplicación de los criterios orientadores, con base al principio de no discriminación y los derechos que reconoce la Constitución.
6. El profesional médico será sensible en las formas de preguntar en la consulta, omitiendo expresiones heterosexistas, homofóbicas y discriminatorias, que puedan incidir para que la persona declare su identidad y/o expresión de género o su orientación o preferencia sexual, en el caso de que así lo decidan.
7. En caso de solicitar estudios cuyos resultados deben ser interpretados según el sexo asignado al nacimiento, el profesional médico deberá informar a la persona que es necesario consignar este dato en la orden de solicitud.
8. En la atención médica se deberá tomar en cuenta que los estudios de diagnóstico y complementarios deberán estar basados en los antecedentes médicos personales y familiares, su orientación o preferencia sexual, las variaciones intersexuales y su condición clínica actual.
9. El personal médico debe considerar que las personas LGBTTTI, pueden llegar a requerir la referencia hacia alguna atención específica en relación a su identidad y/o expresión de género, su



orientación o preferencia sexual y las variaciones intersexuales. Por lo anterior, los establecimientos deberán contar con un directorio de instituciones públicas, de la sociedad civil y privadas para brindar información oportuna sobre distintas alternativas de atención.

10. En el expediente clínico, deberán asentarse los datos personales que coincidan con los documentos legales que acrediten la personalidad jurídica de las personas. Lo anterior, independientemente de lo descrito en los puntos 11, 12, 13 y 14.
11. El personal que tenga bajo su responsabilidad el registro y manejo de información en los establecimientos, se encargará que los documentos de gestión internos refieran a la autodenominación de la persona.
12. La autodenominación de la persona debe prevalecer sobre la de los profesionales en todos los niveles de atención.
13. En los casos que la persona se identifique con un documento que no concuerde con su identidad y/o expresión de género o a sus características sexuales, el prestador de servicio le pedirá respetuosamente que indique la identidad de género con la cual se identifica, para ser asentada en el registro.
14. El personal que tenga acceso y administre la información, deberá tomar en cuenta y capturar el género con el cual se asume la persona al momento de su individualización, para que ese dato sea útil en todas las actuaciones posteriores y en los documentos que involucren el derecho a la intimidad.
15. Se recomienda que el prestador de servicio llame a la persona por su apellido cuando no se tiene seguridad si el nombre que figura en los registros es el que utiliza, y no es posible confirmarlo. Esto evita que las personas vivan situaciones discriminatorias que pueden resultar no solo incómodas, sino incluso humillantes.
16. Los prestadores de servicios de atención médica deben facilitar la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las personas LGBTTTI durante el proceso de toma de decisiones, en los mismos términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.



17. Los titulares de los establecimientos deberán procurar que los formatos internos de recolección de información personal, además de capturar el sexo asignado al nacimiento, permitan capturar la identidad genérica y la orientación sexual colocando el espacio correspondiente para su registro. Todo lo anterior, deberá ser compilado con el consentimiento expreso de las persona y estará protegido de conformidad con la normatividad vigente en materia de datos personales.
18. Los titulares de los establecimientos promoverán una política institucional basada en cero tolerancia a cualquier acto de discriminación.
19. Es responsabilidad de los titulares de los establecimientos investigar y, en su caso, dar vista a las autoridades correspondientes, sobre cualquier actitud discriminatoria por las razones descritas en el numeral 2. Se deberá hacer énfasis en aquellas actitudes que deriven en la negación de algún servicio.
20. El personal de las áreas administrativas, médicas y de apoyo procurarán que los servicios prestados se realicen con la mejor disposición posible, tomando en consideración la particularidad de la solicitud por parte de las personas LGBTTTI.
21. Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento oportuno e informado, con base en el derecho que tienen las y los pacientes de decidir con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.
22. El consentimiento informado deberá incluir una explicación comprensible del diagnóstico, la técnica y procedimiento a utilizar, de sus alcances y de los resultados o pronósticos esperados, conforme al saber científico.
23. Los servicios prestados a las personas LGBTTTI, deberán llevarse a cabo de manera eficiente bajo los mejores estándares de calidad y de acuerdo a la capacidad resolutoria del establecimiento.
24. Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión que contemplen temas relativos a los derechos de las personas LGBTTTI.



25. Los titulares de los establecimientos deberán promover campañas permanentes de promoción de la salud sexual y reproductiva, así como de prevención de enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y de transmisión sexual con perspectiva dirigida a las personas LGBTTTI.
26. De acuerdo a su capacidad resolutive, los establecimientos deberán promover el uso del condón masculino y femenino y otras estrategias preventivas, como el tamizaje voluntario de VIH y otras ITS. Lo anterior, a partir de un asesoramiento adecuado que habilite la toma de decisiones de manera informada.
27. El establecimiento deberá conformar programas de capacitación y sensibilización sobre los temas inherentes a la atención de las personas LGBTTTI, que incluyan temáticas sobre la no discriminación, igualdad de oportunidades, atención a personas en situación de vulnerabilidad y protección de los derechos en salud entre otros temas relevantes.
28. La capacitación deberá incluir a todo el personal que interviene en las distintas áreas de gestión, desde el personal de vigilancia y conserjería, hasta las áreas sustantivas y administrativas.
29. Se recomienda que los establecimientos promuevan actividades educativas y de vinculación con organizaciones de la sociedad civil afines a la atención de la salud de las personas LGBTTTI.

Atención a Niños, Niñas y Adolescentes*

30. El proceso de autodefinición de la orientación sexual, identidad y/o expresión de género puede darse en etapas tempranas o no, inclusive es posible que al final de la infancia las personas confronten su orientación aceptándola o no. Por lo anterior, el establecimiento deberá considerar esta situación para favorecer la atención médica de calidad.
31. De acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos, en el caso de los menores trans, se puede considerar conjuntamente un equipo multidisciplinario, los padres o tutores y las y los menores, el uso de bloqueadores de pubertad con el propósito de postergar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, y en su caso dar



más tiempo y confirmar la decisión de él o la menor para el inicio de un proceso de hormonización. El punto de vista del personal médico, determinará el período ventana en que tienen efecto el tratamiento el cual regularmente se recomienda antes de la etapa *Tanner II* de pubertad.

32. Las políticas de los establecimientos en materia de no discriminación y acceso efectivo a los servicios de salud, deberán tomar en cuenta que los menores son individuos en proceso de desarrollo que pueden presentar variaciones en la diferenciación sexual, y que requieren atención específica de acuerdo al grado de complejidad de cada caso.
33. En el caso de los recién nacidos con variación en la diferenciación sexual se debe garantizar su derecho a la personalidad, asignando el género para su registro legal, siendo la asesoría de un equipo multidisciplinario quien deberá orientar dicha asignación. Esta condición no deberá estar vinculada a la aceptación de ningún tratamiento o procedimiento quirúrgico.
34. Las consecuencias de esta designación, pueden traer algún grado de conflicto con repercusiones a nivel familiar y social, por lo cual el establecimiento deberá proveer de mecanismos de apoyo en la toma de decisiones como la referencia a grupos de pares y la asesoría del Comité Hospitalario de Bioética (CHB) entre otras acciones.
35. Para la toma de decisiones en la atención médica de personas LGBTTTI menores, los equipos multidisciplinarios deberán proporcionar a la familia la información clara, precisa y oportuna sobre las posibles estrategias de atención. La información se presentará con base en los conocimientos científicos en la materia y tomando en consideración la perspectiva de los derechos humanos, los principios de autonomía y libre autodeterminación.
36. En ningún caso se debe forzar para que alguna de las circunstancias anteriores, determinen la prestación de los servicios que requiera la persona.
37. Los prestadores de servicios de atención médica, deben ser sensibilizados sobre las necesidades que requieran las personas LGBTTTI menores, así como del grado de vulnerabilidad que tiene su condición.



38. La discriminación, mal trato u otro factor que atente contra los derechos de los menores deben ser reportados ante los titulares de los establecimientos para que procedan a realizar las acciones inmediatas necesarias para su atención, sin perjuicio de los procedimientos administrativos y legales a que haya lugar.
39. Es importante que el personal de los establecimientos tenga claro que, toda vez que dichos pacientes se encuentran bajo la égida del contexto familiar, las afectaciones a los derechos de los menores engloban a la familia en su conjunto.
40. Los expedientes clínicos de los pacientes deberán evitar ser integrados con el nombre asignado al nacimiento, si esto contraviene los deseos de menor o del grupo familiar.

*Las recomendaciones para la atención específica de las personas intersexuales se establecen en la Guía de referencia específica que se incluye en el apartado VII de este Protocolo.

VII. Guía de recomendaciones para la Atención de Intersexualidad y Variación en la Diferenciación Sexual

IR A

ESQUEMA

Antecedentes

El tema de intersexualidad³² está en constante desarrollo e integra importantes aspectos que han impactado las intervenciones médicas en la última década. En el marco de este proceso se encuentran dos condiciones importantes a resaltar para conocer el marco de referencia de la presente guía.

Por un lado están las revisiones que se han realizado, en distintos escenarios, a las estrategias médicas derivadas de protocolos de atención a la intersexualidad diseñados e instrumentados a partir de la década de 1950.³³ Estas intervenciones médicas, que regularmente se orientan hacia la utilización de cirugías genitales en niños y niñas, actualmente son cuestionadas y han llegado a ser catalogadas como formas de abuso médico.^{34 35}

Por otra parte, se encuentra la gradual transformación social y cultural referida a la diversidad sexual en el campo de los derechos humanos, que apuntan al reconocimiento y el respeto de la variabilidad y diversidad humanas, incluidas las características corporales relacionadas con el sexo, e incorporan la perspectiva de derechos humanos en las prácticas médicas. Las dos condiciones antes mencionadas implican reconocer que está en curso un cambio de paradigma en el cuidado de personas intersexuales.

En este contexto, la atención de la intersexualidad en México continua realizándose con procedimientos que se basan en prácticas clínicas y protocolos que comenzaron a aplicarse en niños y niñas en la década de

³² El término intersexualidad refiere al conjunto de síndromes que eran englobados bajo la categoría de estados intersexuales y que la nomenclatura internacional engloba en la actualidad bajo la denominación DSD (Disorders of Sex Development). En este texto, la intersexualidad también hace referencia a otras variaciones corporales involucradas en los procesos de diferenciación sexual.

³³ S. Kessler. *Lessons from the intersexed*. Estados Unidos: Rutgers University Press. 1998.

³⁴ Principios de Yogyakarta. Disponible en http://www.yogyakartaprinciples.org/wp/wp-content/uploads/2016/08/principles_en.pdf, 2007.

³⁵ Organización Mundial de la Salud. *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014.



1980, los cuales privilegian la normalización de las características sexuales del individuo.

Este esquema de atención está siendo revisado actualmente en dos aspectos clave: 1. El manejo de la información que deberá brindarse al paciente y su familia y 2. La pertinencia de las intervenciones quirúrgicas relacionadas con la asignación, confirmación o reasignación del sexo de crianza.

En cuanto al primer punto, se conoce con certeza que sin la información completa, los padres y la persona afectada tendrán una comprensión inadecuada de lo que está sucediendo, incluido el diagnóstico específico y los tratamientos recibidos³⁶. Está claro que la comunicación debe ser abierta y completa, adecuada para la edad, sobre todo cuando hay incertidumbre en la toma de decisiones, por lo cual el contacto con la familia deberá estar a cargo de un profesional con habilidades de comunicación apropiadas. Adicionalmente, las recomendaciones actuales señalan la importancia de cultivar el bienestar general del niño, niña y futuro adulto, para minimizar los riesgos físicos y psicosociales. La referencia a grupos de pares y el apoyo psicológico para trabajar el impacto que pueda producir la información, los grupos son indispensables para que cada individuo se forme un sentido cierto de su condición, reforzar un sentimiento de pertenencia y pueda desarrollar su capacidad para decidir y contar con recursos que le permitan desenvolverse en diversos medios sociales.

Sin duda, lo anterior conlleva a la necesidad de desarrollar procedimientos para que los especialistas puedan informar y educar, compartir información —incluidas las incertidumbres en el cuidado y los resultados de los procedimientos anteriormente habituales y puedan plantear otras formas posibles de proceder—, y proveer el tiempo necesario para que el paciente y la familia puedan comprender los riesgos y beneficios de cada elección. El objetivo de todos los involucrados en la atención médica debe ser atender cada caso en su particularidad. Por ello, resulta complicado y poco posible, que los procedimientos de atención puedan ser presentados en forma de una guía clínica que unifique procesos que en sí mismos son diferentes.

Respecto al segundo punto, la comunidad médica especializada se ha dado a la tarea, de revisar los procedimientos y tratamientos médicos llevados a cabo por los especialistas, toda vez que de acuerdo

³⁶ P.A. Lee, A. Nordenström, C.P. Houk. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Pediatrics*. 85(3):158-180. 2016.

a las revisiones de 2006³⁷ y de 2016³⁸, la falta de datos que demuestren resultados a largo plazo no permite resolver las preguntas y dilemas referidos a las indicaciones, el tiempo y los procedimientos quirúrgicos. Es aún difícil determinar la pertinencia de las cirugías gonadales y genitales, debe ser individualmente discutido con cada paciente y familia los siguientes aspectos referidos a los temas quirúrgicos: indicaciones, tiempo en el cual se realizan, aspectos técnicos, posibles complicaciones y resultados a largo plazo. Adicionalmente, en la revisión de 2016³⁹, parece existir un consenso general sobre la realización de procedimientos quirúrgicos sólo en centros especializados y por equipos con enfoque multidisciplinario.

Conforme a lo planteado anteriormente, es pertinente que en la atención de personas intersexuales en México, se realice un replanteamiento sobre los procedimientos médicos a utilizar, entendiendo las particularidades de cada caso y tomando en consideración que las configuraciones y las formas de los cuerpos intersexuales que anteriormente se consideraban malformaciones, en la actualidad pueden ser asimiladas como expresiones posibles de la variabilidad inherente a la vida humana⁴⁰ y por lo tanto, los dilemas que plantea la diversidad corporal deberán ser atendidos en el espacio médico, dimensionando los procedimientos quirúrgicos de manera simultánea con las implicaciones psicosociales que la atención a la salud pueda acarrear a la persona, y con las recomendaciones éticas y en materia de derechos humanos que se han expuesto en los últimos años.

Intersexualidad en adultos

Otra situación relevante para ser tomada en cuenta en esta guía es que actualmente existe un número importante de personas adultas intersexuales que no han sido diagnosticadas en ningún momento de su vida y que no necesariamente presentan problemas de salud; sin embargo, al llegar a la edad adulta, por diversos motivos se acercan a los

³⁷ C.P. Houk, I.A. Hughes, S.F. Ahmed. Writing Committee for the International Intersex Consensus Conference Participants. Summary of Consensus Statement on Intersex Disorders and Their Management. *Pediatrics*. 118(2): 753-757. 2006.

³⁸ 5/*Ibid.* 148-160.

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Segunda audiencia. sobre la Situación de derechos humanos de las personas intersex en América. Disponible en <https://youtu.be/DQcr6LCgMJM>, 2017.



servicios médicos para ser atendidos, y al realizarse estudios rutinarios se descubre su condición intersexual.

Es relevante reconocer que algunas de estas personas no han tenido un primer contacto con servicios de atención médica sino hasta la edad adulta, pues se trata de personas que desconocen por completo las particularidades de su metabolismo y configuración corporal. En estos casos, la atención médica deberá no solo apearse a los principios de combate a la discriminación, sino que también deberá enfocarse en ofrecer asistencia especializada, y en informar plenamente al paciente sobre su condición intersexual para que este pueda entender las características específicas de su fisiología, respetando el hecho de que la persona puede sentirse a gusto con su corporalidad y sin buscar inducirle la idea de llevar a cabo ningún procedimiento que no sea previamente solicitado por el paciente.

Asegurar que la prestación de servicios médicos tenga un libre acceso sin discriminación para personas intersexuales, implica integrar como prioritarios los derechos a la autonomía corporal y a la libre autodeterminación. En este sentido, esta guía establece un catálogo de recomendaciones que buscan promover una transformación en la perspectiva de la atención médica a la intersexualidad, lo cual a su vez implica retos comunes para que los preceptos se lleven a cabo de manera gradual y con el apoyo de todas las instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud.

Recomendaciones

1. Las personas intersexuales y/o con variación en la diferenciación sexual que requieran atención médica, deberán ser referidos a establecimientos especializados de tercer nivel. En los casos que por las circunstancias específicas deban intervenir los médicos de otro nivel de atención, se deberá procurar que tengan el conocimiento necesario y estén capacitados para la atención de estos casos.
2. En todas las decisiones y procesos de atención pediátrica en neonatos, niñas y niños intersexuales y/o con variación en la diferenciación sexual se debe limitar el uso de procedimientos quirúrgicos a los casos donde se encuentre en riesgo la vida y/o la funcionalidad de las personas. En el caso de personas adultas o

aquellas que puedan solicitar de manera libre e informada algún procedimiento quirúrgico se proporcionará en cada caso la información disponible y los resultados a largo plazo deberán ser presentados como parte de la evaluación de un equipo multidisciplinario.

3. No se recomienda llevar a cabo vaginoplastias en niñas, toda vez que es necesario retrasar este tipo de procedimientos hasta la adolescencia en que la persona puede haber alcanzado la madurez y conciencia necesarias para solicitar y consentir procedimientos de modificación corporal permanente.
4. Con base en lo establecido en el numeral 1, los establecimientos de acuerdo a su capacidad resolutive y previa evaluación multidisciplinaria considerarán la opción de ofrecer bloqueadores hormonales que permitan retrasar la pubertad hasta que la persona intersexual esté en condiciones de solicitar y consentir los procedimientos quirúrgicos que requieran.
5. El equipo multidisciplinario deberá estar integrado por sub-especialistas pediátricos en endocrinología, cirugía/urología, psicología/psiquiatría, ginecología, genética, neonatología, trabajo social, enfermería, ética médica y otros especialistas de acuerdo a las particularidades de cada caso.
6. El personal del equipo multidisciplinario deberá considerar la perspectiva de los derechos humanos en su recomendación, tomando en cuenta el respeto a la integridad física, la autonomía corporal y a la libre autodeterminación de las personas independientemente de su condición etaria.
7. En los casos de intersexualidad y/o variación en la diferenciación sexual en recién nacidos, independientemente de la ruta de atención se deberá asignar un sexo de nacimiento que garantice al menor el derecho a la personalidad jurídica; sin embargo, se debe enfatizar que en ningún caso esta asignación podrá usarse como justificación para forzar el consentimiento a realizar procedimientos médicos que alteren las características sexuales del/la niño/a. El papel de los médicos en este asunto debe ser el de orientador.
8. El equipo multidisciplinario deberá procurar que en el caso de recién nacidos, niñas, niños y adolescentes bajo la responsabilidad

de los padres y/o tutores, las recomendaciones que se emitan salvaguarden el derecho a su autonomía corporal para que, en cuanto sea posible, las decisiones que involucren cambios irreversibles sean aplazadas hasta la llegada de una edad en que se tenga mayor consciencia del cuerpo y la identidad y les sea posible participar en las decisiones sobre intervenciones quirúrgicas y hormonales que alteren sus características sexuales.

9. El equipo multidisciplinario deberá establecer un programa de manejo clínico que implique resolver el diagnóstico, la asignación de género y las opciones de tratamiento, antes de hacer alguna recomendación.
10. La aceptación o no del tratamiento recomendado por el equipo multidisciplinario no estará condicionada a la prestación de los servicios de atención médica, por lo cual independientemente de la decisión que se tome, la institución seguirá otorgando los servicios que las condiciones de salud del paciente requieran.
11. La toma de decisiones debe ser compartida, apoyada por el conocimiento basado en la evidencia, en el cuidado de la salud y en el derecho del paciente a tomar decisiones completamente informadas, por tal motivo el equipo multidisciplinario deberá procurar que todos los involucrados en el proceso cuenten con la información clara, oportuna y precisa y en los términos más adecuados para su comprensión.
12. Para favorecer el análisis, revisión y asesoría en cada caso se recomienda acudir al comité hospitalario de bioética del establecimiento y con base en sus recomendaciones favorecer las decisiones a tomar. Los comités hospitalarios de bioética deberán informarse de las recomendaciones éticas y en materia de derechos humanos que sobre el tema de intersexualidad se han expuesto en los últimos años.
13. Es indispensable que cada establecimiento especializado cuente con profesionales capacitados además de los conocimientos médicos, en temas de derechos humanos para el contacto con la familia del paciente, el cual deberá tener habilidades de comunicación apropiadas.



14. Los establecimientos especializados deberán promover grupos de apoyo de pares para asesorar a los pacientes y familiares en la toma de decisiones.
15. Se debe procurar la disponibilidad del expediente clínico en el momento que los pacientes lo requieran, de tal manera que por ejemplo, un paciente pediátrico pueda contar con una copia al migrar a los servicios médicos para adultos.
16. Estimular entre la comunidad médica, en especial entre los actuales equipos que brindan la atención clínica, el análisis de las implicaciones éticas de sus intervenciones considerando el actual marco internacional de derechos humanos.
17. Promover acciones que favorezcan la creación de espacios de análisis y reflexión sobre aspectos vinculados al tema en los ámbitos institucionales, públicos y sociales.
18. Los titulares de los establecimientos promoverán acciones afirmativas adicionales en materia de respeto a los derechos humanos y de atención médica a la intersexualidad que incluya la realización de encuestas que permitan conocer el grado de satisfacción de los usuarios.
19. Las instituciones del Sector Salud deberán promover investigaciones sobre intersexualidad incorporando líneas de trabajo como derechos humanos y salud, atención especializada basada en la autonomía de las personas y otras líneas afines.

VIII. Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas y Bisexuales

IR A

ESQUEMA

Las restricciones al derecho a la salud y los obstáculos para el acceso efectivo a los servicios médicos y tratamientos pueden producir afectaciones a la vida, la libertad y la integridad. En este contexto, la atención que reciben las mujeres lesbianas y bisexuales debe garantizar el derecho a disfrutar de los mejores estándares de calidad, tomando en consideración las particularidades de su orientación sexual.⁴¹

Con base en lo anterior, a continuación se presentan una lista de acciones a observar por los prestadores de servicios de atención médica que, en su implementación, favorecerán el acceso efectivo y sin discriminación a las personas que pertenecen a la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales.

Políticas

- I. Es importante que en la prestación de servicios de atención médica para las mujeres lesbianas y las bisexuales sea bajo condiciones de igualdad, sin discriminación ni cualquier otra circunstancia que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos y/o libertades.
- II. En este contexto es importante que los establecimientos lleven a cabo las acciones apropiadas para sensibilizar al personal médico para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, sólo por su orientación sexual, identidad y/o expresión de género.
- III. Los prestadores de servicios en los establecimientos deben sensibilizarse en el uso de un lenguaje no sexista, evitar emitir juicios de valor sobre la orientación sexual, procurar utilizar un discurso de género neutral, así como asumir que existen diferentes maneras de vivir la sexualidad y que algunas mujeres tienen actividad sexual con otras mujeres.

⁴¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Disponible en: http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14, página consultada el 14 de octubre de 2015.



- IV. Los prestadores de servicios de atención médica deben facilitar la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las mujeres lesbianas y bisexuales durante el proceso de toma de decisiones, en los mismos términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.
- V. Los responsables de los establecimientos promoverán la difusión de materiales informativos sobre la salud sexual y reproductiva que estén orientadas a la atención de mujeres lesbianas y bisexuales, así como los factores de riesgo vinculados a este grupo de población.
- VI. Los establecimientos, de acuerdo a su capacidad resolutive, deberán promover mecanismos de atención ginecológica orientada a las mujeres lesbianas y bisexuales, que incluya información sobre profilaxis e incorporen el derecho a las maternidades lésbicas. Asimismo deberán promover un enfoque de salud sexual y reproductiva que incluya las particularidades de la atención de las mujeres lesbianas y bisexuales.
- VII. El profesional de la salud deberá ser sensible en las formas de preguntar acerca de la orientación sexual durante la consulta, con abordajes que permitan explicitar dicha orientación en el caso de que las personas así lo decidan.
- VIII. De acuerdo a su capacidad resolutive, los establecimientos deberán contar con un catálogo de pruebas preventivas y diagnósticas orientadas a la atención de las personas lesbianas y bisexuales, procurando evitar una visión parcial de los servicios que pueda derivar en una barrera al acceso oportuno a pruebas de detección.
- IX. En la atención médica de mujeres lesbianas y bisexuales se debe promover el control ginecológico y mamario para llevarse a cabo de manera periódica.
- X. Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión que contemple la diversidad sexual, la perspectiva de derechos sobre la las personas lesbianas y bisexuales y el cuidado de la salud.
- XI. Conforme a la disponibilidad operativa de los establecimientos, se deberán establecer políticas de identificación y atención a las mujeres lesbianas y bisexuales sobre conductas asociadas al uso y



abuso de sustancias psicotrópicas, de alcohol y tabaco, las cuales pueden estar vinculadas a estrés de origen social y otros factores de riesgo.

- XII. En la prestación de servicios de atención médica, es importante conformar esquemas de prevención ante factores de riesgo a la salud específicos de la población de mujeres lesbianas y bisexuales, sin descartar otros cuadros patológicos de riesgo, como las enfermedades crónico degenerativas.
- XIII. Es importante que los establecimientos cuenten con espacios adecuados para la entrevista, los cuales deben permitir la comunicación sobre prácticas y comportamientos sexuales y la compilación de información útil en la prestación de los servicios.
- XIV. Los formatos de recolección de información demográfica deberán incluir elementos que permitan capturar la orientación de sexual, así como el sexo de nacimiento. Todo lo anterior, deberá ser compilado con el consentimiento expreso de la paciente y estará protegido de conformidad con la normatividad vigente en materia de datos personales.
- XV. Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento informado y con base en el derecho que tienen las y los pacientes de decidir, con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.
- XVI. El consentimiento informado deberá incluir una explicación comprensible del diagnóstico, la técnica y/o procedimiento a utilizar, de sus alcances, en su caso, de las características específicas del tratamiento en función de la orientación o preferencia sexual de la paciente, así como de los resultados o pronósticos esperados, conforme al saber científico.
- XVII. En los servicios especializados en materia de la reproducción asistida los procedimientos se llevarán a cabo en apego a las buenas prácticas, que no tengan un enfoque centrado exclusivamente en diagnósticos de infertilidad, que no promuevan la utilización compulsiva de hormonas ni la realización de estudios invasivos, y que incorporen la perspectiva de maternidades lésbicas para garantizar el acceso a las mejores técnicas de reproducción asistida. Es importante en estos servicios involucrar a la pareja de

las mujeres lesbianas y bisexuales como acompañantes del proceso de atención de la solicitante.

XVIII. Los titulares de los establecimientos promoverán acciones afirmativas adicionales en materia de atención médica para las mujeres lesbianas y las bisexuales y, de acuerdo a la capacidad resolutive, deberán realizar encuestas que permitan conocer el grado de satisfacción en esta población usuaria.

XIX. Las instituciones deberán promover investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales incorporando líneas de trabajo como la promoción de servicios de salud efectivos, esquemas para favorecer la detección de cáncer de mama y cervicouterino, modelos de intervención en el consumo de nicotina y alcohol, así como programas de monitoreo de enfermedades cardiovasculares y prevención de obesidad en mujeres lesbianas y bisexuales entre otros tópicos.

IX. Guía Protocolizada para la Atención de los Hombres Gay y Bisexuales

IR A [ESQUEMA](#)

Es importante reconocer que las acciones para impulsar mejores políticas públicas para el acceso a la salud de las personas gay, bisexuales y en general a hombres que tienen sexo con hombres, así como la disponibilidad de servicios de atención médica con enfoque inclusivo, son áreas de oportunidad que deben ser abordadas en nuestro país.

Toda vez que el acceso a la salud sin discriminación es un derecho humano directamente vinculado a otros derechos como la seguridad, la educación y la información, se han alcanzado diversos niveles de desarrollo en México; sin embargo, es a través del compromiso de las personas que colaboran en los distintos niveles de atención médica, que este derecho humano a la salud para las personas gay y bisexuales puede concretarse.

En este contexto y para favorecer que el acceso a los servicios de atención médica, para las personas que integran las poblaciones gay y bisexuales, se encuentre libre de discriminación por cuestiones de orientación de

género, preferencia sexual, apariencia o cualquier otra condición, se proponen las siguientes políticas de actuación para ser observadas en los establecimientos y por los titulares y personal sustantivo y operativo de los servicios de atención médica.

Políticas

- I. La atención que se provea por parte de todo el personal de los servicios de atención médica; incluyendo el personal administrativo, de servicios médicos y paramédicos; para las personas gay y bisexuales se deberá proveer con respeto a la dignidad humana y bajo ninguna circunstancia tendrá por objeto anular o menoscabar derechos y libertades de las personas.
- II. Los establecimientos deben promover un ambiente inclusivo, no exhibiendo conductas discriminatorias por parte del personal administrativo, de limpieza, de seguridad, ni del personal proveedor de servicios de salud; ni permitir la exhibición verbal o no verbal de estereotipos o imágenes que transmitan la idea de que solamente las preferencias heterosexuales son aceptadas.
- III. La promoción de éste ambiente deberá incluir, entre otras acciones, programas educativos dirigidos al personal y a los pacientes sobre políticas específicas para evitar la discriminación.
- IV. Los prestadores de servicios de atención médica facilitarán la presencia de las parejas y/o personas de confianza de los hombres gay y bisexuales durante el proceso de toma de decisiones, en términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.
- V. Los establecimientos deberán sensibilizar y educar al personal médico tratante para no prescribir procedimientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, por su orientación sexual, identidad y/o expresión de género.
- VI. Los establecimientos favorecerán la publicación en lugares visibles de su declaración de confidencialidad, una declaración de no-discriminación y una “carta de derechos” del paciente.

- VII. El personal de atención y registro debe procurar que las conversaciones acerca de información sensible se lleven a cabo en un lugar idóneo que garantice la privacidad, toda vez que las personas gay y bisexuales pueden ser susceptibles al estigma y al rechazo.
- VIII. Los titulares de los establecimientos promoverán acciones afirmativas adicionales en materia de respeto a los derechos humanos y de atención médica para hombres gay y bisexuales, de acuerdo a la capacidad resolutoria, que incluya la realización de encuestas anónimas que permitan conocer el grado de satisfacción en esta población usuaria.
- IX. El profesional de la salud será sensible en las formas de preguntar en la consulta médica sobre la orientación sexual, la identidad de género y el sexo de la persona, usando lenguaje verbal y no verbal que permitan explicitar libremente en el caso de que la persona lo decida.
- X. Los formatos de recolección de información demográfica para la atención clínica deberán incluir elementos que permitan capturar la distinción de género, así como la declaración del sexo de nacimiento. Todo lo anterior, será obtenido con el consentimiento expreso de los pacientes y estará protegido de conformidad con la normatividad vigente en materia de datos personales.
- XI. Es importante que los profesionales de la salud reconozcan que los hombres gay y bisexuales pueden tener necesidades en materia de atención para la salud diferentes respecto de los de hombres que mantienen relaciones sexuales exclusivamente con mujeres. Lo anterior permite orientar los espacios de atención para que sean inclusivos.
- XII. En el contexto de la atención médica, es importante que los establecimiento realicen actividades de promoción de la salud específicas para las personas gay y bisexuales, que incluyan el tratamiento de temas de nutrición, estilos de vida saludable, salud mental, uso y abuso de nicotina, alcohol y otras sustancias, prevención del abuso físico, sexual y psicológico, prevención y detección de enfermedades crónicas.



- XIII. De acuerdo a su capacidad resolutive, los establecimientos deberán contar con un catálogo de pruebas diagnósticas orientadas a la atención de identificación de problemas de salud como VDRL, VHB, VHC, VIH, gonorrea, clamidia; así como de instrumentos de evaluación para identificar ansiedad, depresión, abuso de sustancias y adicción a las mismas; escalas de estigma, para identificar abuso físico, sexual y psicológico.
- XIV. Conforme a su capacidad resolutive, los establecimientos deberán incluir en sus catálogos de servicio de programas de vacunación para todos los varones adultos, contra el Virus de Hepatitis B y avanzar en políticas sanitarias contra el VPH en varones.
- XV. De acuerdo a la complejidad de los establecimientos se deberán desarrollar servicios de Urología y Proctología con enfoques específicos en la atención de personas gay y bisexuales, que incluyan PAPS anales para la prevención de enfermedades.
- XVI. Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión que contemple la sexualidad saludable, la perspectiva de derechos sobre las personas gay y bisexuales.
- XVII. Los establecimientos deberán promover el uso del preservativo como estrategia preventiva fundamental, y ofrecer la detección voluntaria de VIH y otras ITS, y estos servicios de promoción, prevención y escrutinio deberán integrarse de manera rutinaria a todos los servicios de atención; de la manera oportuna y lo más adecuada a las circunstancias de cada establecimiento.
- XVIII. Las instituciones deberán promover investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad de hombres gay y bisexuales incorporando líneas de trabajo como la promoción de servicios de salud efectivos, esquemas para favorecer la detección de cáncer de próstata, modelos de intervención en el consumo de nicotina y alcohol, así como programas de monitoreo de enfermedades cardiovasculares entre otros tópicos.

X. Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero

IR A [ESQUEMA](#)

Esta Guía se conforma de tres componentes. En el primer componente se establecen una serie de acciones para reforzar la atención médica de las personas transgénero (trans), que debe observar el personal de atención médica y paramédica en los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud. El segundo componente refiere a criterios diagnósticos en el tratamiento médico especializado para las personas trans, y el componente tres plantea un modelo de atención mexicano con base en la experiencia transitada por varios años en la Clínica Condesa de la Ciudad de México.

Componente I Acciones en los Servicios de Atención Médica

Sobre la labor del personal de Salud

Uno de los factores fundamentales del éxito en el tratamiento de las personas Trans es la generación de ambientes amigables a las minorías sexuales. La prestación de servicios en los establecimientos de atención médica para las personas trans será bajo condiciones de igualdad, sin discriminación o cualquier otra circunstancia que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos y/o libertades. En este contexto se sugiere robustecer con acciones específicas con políticas no discriminatorias a partir del listado que a continuación se enlista:

- El personal de salud deberá estar sensibilizado para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, sólo por su identidad y/o expresión de género. Sin embargo, al ser una población con “estrés de minorías” se debe considerar el diagnóstico de trastornos mentales que puedan limitar el acceso y atención en los diferentes servicios de salud.
- Los prestadores de servicios en los establecimientos deberán sensibilizarse en el uso de un lenguaje, evitando juicios de valor sobre la identidad y/o expresión de género, procurando respetar la identidad de género de los usuarios.



- Los prestadores de servicios de atención médica facilitarán la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las personas trans durante el proceso de toma de decisiones, en términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.
- El profesional de la salud deberá estar sensibilizado en abordajes que permitan indagar sobre la identidad de género y expresión de género generando ambientes amigables.
- En la atención médica de hombres trans se debe promover el control endocrinológico, psicológico, psiquiátrico, ginecológico y mamario, el cual se realizará de forma periódica.
- Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión sobre la atención a “Minorías Sexuales”.
- Los establecimientos de acuerdo a su capacidad resolutoria, deberán promover el acceso a tratamiento hormonal y servicios de salud mental a las personas trans que así lo soliciten.
- Conforme a la disponibilidad operativa y presupuestal de los establecimientos, se deberán establecer políticas de atención a la población sobre conductas asociadas a trastornos por consumo de sustancias nocivas para la salud en minorías sexuales.
- En la prestación de servicios de atención médica, es importante conformar esquemas de prevención ante factores de riesgo específicos de la población trans, como la adquisición de ITS incluyendo el VIH.
- Es importante que los establecimientos cuenten con espacios adecuados para la entrevista, los cuales deben permitir la comunicación sobre prácticas y comportamientos sexuales y la compilación de información útil en la prestación de los servicios.

Sobre los establecimientos

- Los formatos de recolección de información demográfica deberán incluir elementos que permitan capturar la distinción de género, el sexo de nacimiento y el nombre con el que la persona desea ser llamada. Todo lo anterior, deberá ser compilado con el

consentimiento expreso de la persona trans y estará protegido de conformidad con la normatividad vigente en materia de datos personales.

- El consentimiento informado deberá incluir una explicación comprensible del diagnóstico, la técnica y/o procedimiento a utilizar, de sus alcances, en su caso, de las características específicas del tratamiento en función de la identidad de género de la persona, así como de los resultados o pronósticos esperados, conforme al saber científico. En particular, para la población trans, es muy importante que este consentimiento informado contenga la descripción detalla y comprensible de los riesgos asociados a la toma de terapia de reemplazo hormonal.
- Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento informado con base en el derecho que tienen las y los pacientes de decidir, con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.
- Las instituciones deberán promover investigaciones sobre salud sexual y salud mental en las personas trans incorporando líneas de trabajo como la promoción de servicios de salud efectivos, esquemas para favorecer la detección de ITS, incluyendo el VIH, modelos de reducción de daños en consumo de sustancias, así como programas de prevención y monitoreo de complicaciones quirúrgicas asociadas a Transformación corporal.
- En los servicios especializados en materia de la reproducción asistida los procedimientos se llevarán a cabo en apego a las buenas prácticas, que no tengan un enfoque centrado exclusivamente en diagnósticos de infertilidad, que no promuevan la utilización compulsiva de hormonas ni la realización de estudios invasivos, y que incorporen a las personas trans para garantizar el acceso a las mejores técnicas de reproducción asistida. Es importante en estos servicios involucrar a la pareja como acompañantes del proceso de atención de la persona.

Sobre los titulares de las Entidades Federativas y sus Establecimientos.

- Cada entidad federativa, según su propia capacidad, deberá de proveer del personal de salud capacitado para los establecimientos de atención a personas trans. Deberá asegurarse que se cuente con al menos un especialista en endocrinología, o por lo menos sea el supervisor directo de los médicos responsables de la atención a la población trans. También deberá contar con un psiquiatra entrenado en aspectos de identidad de género, que atienda a la población y supervise las actividades de los psicólogos clínicos encargados de hacer las valoraciones iniciales de esta población.
- Los titulares de los establecimientos promoverán acciones afirmativas adicionales en materia de atención médica para las personas trans de acuerdo a la capacidad resolutoria, deberán realizar encuestas que permitan conocer el grado de satisfacción en esta población usuaria.
- Los responsables de los establecimientos promoverán la difusión de materiales informativos sobre la salud sexual, reproductiva y prevención de factores de riesgo vinculados a este grupo de población.

Componente 2 Criterios Diagnósticos

Actualmente existen dos guías diagnósticas DSM-5 y la CIE-10. Controversialmente ambas ya que consideran a esta condición un trastorno mental. Un estudio reciente realizado en México en población trans reveló que la discapacidad y el distrés que presentan las personas trans no está asociada directamente a su condición, si no a la violencia y el rechazo que presentan en las diversas áreas a lo largo de su ciclo vital (Robles et al., 2016).

Esto lleva a proponer que en la CIE-11 se recategorice a la identidad Transgénero fuera de la clasificación de los trastornos mentales, siendo reclasificadas en un apartado que les permita acceder a servicios médicos apropiados (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012; Robles et al., 2016).

El DSM 5 emplea el término disforia de género (DG), estableciendo criterios para la DG en niños y la DG en adolescentes y adultos. Para realizar el diagnóstico de la DG en niños se debe presentar una marcada incongruencia entre el sexo que el menor siente o expresa y el que se le

asigna, con una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las siguientes características:

1. Un fuerte deseo o insistencia de ser del otro sexo o de un sexo alternativo distinto del asignado al nacer (este síntoma debe estar presente);
2. Una fuerte preferencia por vestir o simular el atuendo típicamente esperado para el otro sexo;
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo;
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el otro sexo;
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del otro sexo;
6. Un fuerte rechazo por los juegos típicamente esperados de acuerdo al sexo asignado;
7. Un marcado disgusto con la anatomía sexual propia;
8. Un fuerte deseo por poseer los CSP/S, correspondientes al sexo que siente.

Para el caso de los adolescentes y adultos, se requiere la presencia de una marcada incongruencia entre el sexo que la persona siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por al menos dos de las siguientes características:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que siente o expresa y sus CSP/S;
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los CSP/S, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que siente o expresa (en adolescentes jóvenes, deseo por impedir el desarrollo de CSS previstos);
3. Un fuerte deseo por poseer los CSP/S, correspondientes al otro sexo;
4. Fuerte deseo por ser del otro sexo (o de uno alternativo distinto del que se le asigna);
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de uno alternativo distinto del que se le asigna);

6. Una fuerte convicción de que la persona tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de uno alternativo distinto del que se le asigna). En esta clasificación diagnóstica, se estipula que la condición trans, en cualquier grupo de edad, debe estar asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en las diversas áreas de la vida. Sin embargo, este último punto es controversial, ya que actualmente diversas investigaciones, consideran que el distrés o discapacidad que se presenta asociada a esta condición están asociados a la discriminación y estigma, más que a la condición trans en sí. Un estudio reciente realizado en México, en población trans, reveló que la discapacidad y el distrés que presentan las personas trans no está asociada directamente a su condición, sino a la violencia y el rechazo que presentan en diversas áreas y a lo largo de su ciclo vital (Robles R, 2016). Este estudio ha servido de base para proponer que en la CIE-11 se reubique a la Identidad Transgénero (IT) fuera de la clasificación de los trastornos mentales, siendo reclasificadas en un apartado que les permita acceder a servicios médicos apropiados.

Nosología (diferencias y similitudes DSM-5/CIE10)

El DSM 5 cuenta con un capítulo específico para la descripción de esta condición, a la que denomina DG, mientras que la CIE-10 la incluye en el capítulo de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto, en el apartado para los Trastornos de la identidad sexual, empleando el término Transexualismo, señalando de forma breve básicamente las mismas características clínicas que establece el DSM 5, con la diferencia de que como criterio de tiempo establece al menos 2 años y no 6 meses.

La CIE-10 no especifica a partir de qué edad se puede establecer el diagnóstico de Transexualismo, sin embargo describe características clínicas para el Trastorno de la identidad sexual en la infancia, excluyendo de este diagnóstico a los menores que han llegado a la pubertad o están entrando en ella, quienes deberán clasificarse en la categoría “Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales” (Salud, 2004).

Componente 3 Construyendo puentes de acceso a la salud. Un Modelo De Atención. La Propuesta Mexicana.

Se propone el siguiente modelo basado en la experiencia que la Clínica Especializada Condesa, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ha desarrollado a lo largo de cinco años. Este proceso de atención tiene como objetivos principales los siguientes:

- Reducir el daño a la salud causados por las prácticas autoadministradas de transformación de género.
- Identificar y tratar los problemas de salud comunes, incluyendo los trastornos mentales comunes y metabólicos.
- Facilitar el acceso a los servicios de prevención y atención de la salud para una población vulnerable con alta prevalencia del VIH.

Uno de los factores fundamentales del éxito en el tratamiento de las personas trans es la generación de ambientes amigables a las minorías sexuales, dentro de los centros de atención en salud. El personal de salud mental podría sensibilizar a los demás trabajadores que se encuentren en nuestra institución, sobre temas de: sexualidad, identidad de género y uso de un lenguaje evitando juicios de valor sobre la identidad y/o expresión de género, procurando respetar la identidad de género de los usuarios. Es decir, todo servicio que brinde atención a las personas trans deberá ser en condiciones de igualdad a la población general sin estigma o discriminación.

Existen diversas guías de atención para personas con condición trans, entre las guías más importantes se encuentra las de la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*), que es una asociación originalmente nombrada como *Harry Benjamin International Gender Dysphoria*, en honor al Dr. Benjamin, quien fue uno de los primeros médicos en trabajar con personas que presentaban esta condición. La WPATH edita con regularidad las Normas de Atención para la Salud de los Transexuales, Transgénero y no conformes con su género (SOC) (Coleman et al., 2012), las cuales son actualizadas por expertos internacionales en temas de identidad de género y de diferentes disciplinas del conocimiento.

Esta guía se encuentra de acceso libre en su página de internet y está disponible en varios idiomas. Hasta el momento, la edición número siete es la vigente (SOC-7). Dentro de su contenido se explican los diferentes términos para poder entender a esta las personas con esta condición, las

aproximaciones de los diferentes profesionales de salud, así como un tratamiento integral y una adecuada comunicación entre todos los prestadores de servicios.

Dentro de las opciones de tratamiento que plantean las SOC-7 se incluyen:

- Cambios de la expresión y rol de género, que puede involucrar el vivir tiempo parcial o completo en otro rol de género, en consonancia con la identidad de género de la persona.
- Terapia hormonal para feminizar o masculinizar el cuerpo.
- Cirugía para cambiar las características sexuales primarias y/o secundarias.
- Psicoterapia para fines tales como explorar la identidad, rol y expresión de género. Además de abordar el impacto negativo de la disforia de género, mejorar la imagen corporal o promover la resiliencia.
- En la experiencia que se tiene en la Clínica Integral Transgénero que se encuentra en la Clínica Especializada Condesa, se ha realizado un proceso sistematizado con la finalidad de poder determinar la identidad de género del paciente, de esta forma poder individualizar la atención con base a las diferentes necesidades del paciente. La evaluación se divide en dos fases y debe estar compuesta, de manera básica, por un área de salud mental y una de endocrinología. Con estos servicios se busca englobar las principales demandas de atención y morbilidades que esta población puede llegar a presentar a lo largo de su vida.

FASE 1. Evaluación inicial. Salud Mental.

En primer lugar, se realizará una evaluación basada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); y las Normas de Atención para la Salud de los Transexuales, Transgénero y no conformes con su género (SOC-7). El objetivo es descartar cualquier otra condición que no sea la condición trans, además de identificar elementos de psicosociales o psicopatológicos que puedan complicar o entorpecer el proceso de transformación corporal y de género que la persona iniciará.

Se recomienda que en primera instancia se haga una valoración por un profesional en salud mental, siendo preferentemente un psiquiatra y/o psicólogo clínico, previamente entrenados en valoraciones clínicas a esta población, con diferentes etapas:

1. Poder identificar la identidad de género de la persona a través de:
 - 1.1. Aspectos del desarrollo sexual. En este apartado se explora el inicio de los cambios de caracteres sexuales secundarios y su asociación con la intensidad de la disforia de género. Estas se pueden manifestar de diversas formas desde maniobras para poder ocultar o modificar los caracteres sexuales, uso de ropa o accesorios para ocultar partes de su cuerpo, la inconformidad que interfiere en su sexualidad.
 - 1.2. La presencia de disforia de género, así como la intensidad de ésta. La identificación del género se establece desde la infancia, ya que estudios han demostrado que la identificación con el género se puede dar desde los dos años y se consolida aproximadamente a los siete años de edad. Dicho esto, la valoración de esto se basa desde las conductas de identificación de género que se tienen desde la infancia, como son juegos, el trato por los pares, pertenencia a grupos sociales y la elección de ropa.

Es importante considerar que los estudios en poblaciones de varones biológicos que presentan disforia de género y fueron seguidos hasta la edad adulta, únicamente de un 6% a 23% persistieron hasta la edad adulta (Cohen-Kettenis 2001, Zucker 2015, Green 1987, Zucker 2002). Por el otro lado, las niñas biológicas se mostró una tasa de 12 a 27% (Zuger 1984, Drummond 2008, Wallien 2008).

En la infancia la mayor parte de los familiares pueden llegar a identificar estas conductas diferentes al sexo de nacimiento, pudiendo realizar intentos constantes para modificar estas conductas. Se deben de explorar los aspectos de su cuerpo que le generan inconformidad, ya que la mayor parte de estos tienen que ver con la identidad de género como son la altura, la musculatura, las facciones faciales, la distribución de la grasa corporal, entre otros.

- 1.3. Las diferentes adaptaciones sociales y físicas acorde con el género que se identifica. Las conductas de identificación en aquellas personas en las que la disforia o inconformidad de género persisten, continúan a lo largo de la pubertad y adolescencia, siendo esta etapa de la vida donde aumenta el malestar por el sexo asignado de nacimiento dados por los cambios de los caracteres sexuales. Estas conductas se enfocan en mayor medida en realizar adaptaciones de su cuerpo para ocultar o modificarlo.

Las personas generalmente comienzan a buscar una pertenencia y aceptación de sus pares, donde pueden llegar a experimentar rechazo y discriminación. En la adolescencia, se pueden llegar a realizar cambios en la ropa, el aspecto físico y es la época en la que la mayoría de las personas experimentan por primera vez el salir vestidos con la identidad de género con la que se identifica en grupos pequeños donde se sientan seguros, teniendo una satisfacción al poder expresarse con su identidad de género.

Igualmente, en este apartado se deberá abordar la automedicación de tratamientos hormonales, conocer el tiempo, el tipo, forma de aplicación y de donde obtiene la información. Un grupo de pacientes en la inquietud y desesperación de tener los cambios corporales para adecuarse al género con el que se identifican, en ocasiones se inyectan coadyuvantes, tales como aceites, polímeros, sustancias diversas, etc.

En caso de que se niegue este antecedente, el clínico tiene la obligación de hacer énfasis en evitar este tipo de prácticas y explicar que este tipo de técnicas pueden llegar a generar problemas graves y crónicos en la salud.

- 1.4. El distrés social que ha generado su condición de trans. En este apartado se valorará sobre la apertura de la identidad de género de la persona en diferentes áreas como son la familiar, social, laboral o escolar, así como la reacción de estos ante esta información.

En la experiencia de la Clínica Integral Transgénero se ha observado que esta esfera tiene un impacto importante en la funcionalidad de las personas con condición trans, siendo una limitante para realizar la experiencia de vida real. En ocasiones las personas comentan que han



sido víctimas de violencia principalmente psicológica y física por familiares, amigos, compañeros o la sociedad en general.

Para poder llevar un proceso de transformación armónico en las personas trans, se requiere que se encuentren en ambientes seguros y que sean capaces de poder tener una adecuada solución de problemas ante los diferentes escenarios de su vida. Se valorará la red de apoyo primaria y como se reaccionó ante la apertura del secreto. La intención de este punto no es que la persona sea totalmente aceptada por todos los miembros de la sociedad, pero sí evaluar el grado de resiliencia que le permita contender con las diferentes reacciones de las personas.

- 1.5. La experiencia de vida real. La experiencia de vida real (EVR) total se define como la etapa de adaptación conductual, física y emocional a la identidad de género de la persona, por al menos seis meses de forma continua, en al menos dos áreas de su vida. No necesariamente todas las personas trans cuentan con una EVR total. Es por ello, que una función importante de la valoración de salud mental es explorar si la persona tiene ya EVR total, y en caso de no ser así, se debe de explorar las razones específicas que limitan que esto se pueda consolidar. La finalidad es poder brindarle la consejería pertinente y facilitar la superación de esos obstáculos que le han impedido llevarla a cabo.
- 1.6. Las expectativas con respecto al tratamiento. El explorar las expectativas que tienen sobre los diferentes tratamientos que se les puede brindar es un punto clave, ya que muchas de las personas tienen expectativas no reales de las diferentes intervenciones. Se le debe de interrogar de forma dirigida a la persona sobre los cambios que piensa que van a resultar de las intervenciones del tratamiento hormonal.

Cuando se habla de tratamiento quirúrgico, se debe de abordar los diferentes procedimientos que pueden ayudar a estas personas a adecuar su cuerpo a la identidad de género con al que se identifican. En las mujeres trans los tratamientos quirúrgicos van desde rinoplastia, feminización de cara, implantes mamarios y de nalgas, hasta una cirugía de reasignación de sexo. En los hombres trans, la más frecuente que desean realizarse es la mastectomía y un porcentaje bajo desea la faloplastia. Se deberán establecer seguimiento por parte de salud mental por cada procedimiento quirúrgico al menos seis meses, tres previos y tres posteriores al evento (Moreno-Pérez et al., 2012).

- 1.7. Esfera social. En la experiencia clínica de las personas trans de la Clínica Integral transgénero, se ha observado que la adaptación y aceptación social es un punto muy importante para esta población.

Después de la evaluación inicial, las personas candidatas a tratamiento hormonal son referidas al servicio de endocrinología. La presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica común, la cual podría dificultar su proceso de Transición. Esto a través de:

- 1.8. Diagnóstico de trastornos mentales comunes y graves.
- 1.9. Diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias.
- 1.10. Ideación suicida o intentos suicidas a lo largo de vida, así como los actuales.

FASE 2. Evaluación endocrinológica.

Este proceso debe basarse en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad de Endocrinología (ESCPG) (Moreno-Pérez et al., 2012). Sus objetivos son:

- Reducir los niveles de hormonas endógenas y por lo tanto las características sexuales secundarias del sexo biológico.
- Reemplazar los niveles de hormonas sexuales endógenas con los del género reasignado, utilizando el criterio para pacientes con hipogonadismo.

Se recomienda que en esta fase se haga una valoración por un endocrinólogo, o por un médico general entrenado previamente en el manejo y seguimiento médico endocrinológico. La evaluación debe ser en aquellas personas que, posterior a la valoración de salud mental, se encuentran preparadas para iniciar o continuar su manejo hormonal. Esta fase consta de diferentes etapas:

1. Realización de la historia clínica, evaluación del riesgo cardiovascular y tamizaje de comorbilidades.

Esta etapa debe ser una vez que tengan los resultados basales de los estudios de laboratorio y gabinete (Tabla 1). Si la persona trans presenta alguna condición crónica como hipertensión o diabetes mellitus, esta



debe ser controlada antes de iniciar el tratamiento. Por ejemplo, si una persona trans positivas a VIH deben ser referidas y atendidas en los centros de manejo de dicha infección para su tratamiento y control. Una vez que se tenga el control virológico por al menos seis meses, se puede considerar iniciar el manejo hormonal.

Tabla 1

Tabla 1. Cuadro de estudios básicos de laboratorio y gabinete para inicio de tratamiento hormonal en personas Trans	
LABORATORIO	GABINETE
Biometría hemática completa	Ultrasonido mamario
Química sanguínea de 27 elementos	Ultrasonido testicular
Prueba de detección a VIH	Ultrasonido pélvico
Prueba de detección a virus de hepatitis B y C	
VDRL	
Perfil hormonal*	

Fuente Clínica Condesa, Secretaría de Salud CDMX

*Incluye: Hormona luteinizante, hormona estimuladora del folículo, testosterona, estradiol, prolactina, 17-hidroxiprogesterona, fracción β -gonadotropina coriónica humana, tiotropina, tetrayodotiroxina, triyodotiroxina, tetrayodotiroxina libre, triyodotiroxina libre, gonadotropina coriónica humana, antígeno prostático

2. Aplicación de medidas preventivas.

Dentro del enfoque preventivo se encuentra la realización de pruebas voluntarias de detección para el VIH, virus de la hepatitis B, de la hepatitis C, la sífilis. Esto se puede realizar cada seis o 12 meses dependiendo de los comportamientos de riesgo del usuario. El objetivo de la terapia de hormonal es alcanzar y mantener los niveles de hormonas en sangre dentro de los rangos ajustados a la edad fisiológica de la identidad de género que la persona reporta (Hembree et al., 2009).

3. Firma de consentimiento informado e inicio de tratamiento hormonal.

Es muy importante realizar un consentimiento informado completo sobre el inicio del tratamiento hormonal a toda persona trans que desee hacerlo. Este debe contener tanto los cambios esperados, como los riesgos potenciales asociados al uso de estos medicamentos, en las dosis que se emplean para lograr un bloqueo de la acción de la hormona sexual endógena y sustituirla por la exógena del sexo contrario. La meta de



niveles de hormona sérica para la persona, según sea el caso, se resumen en la Tabla 2, así como los posibles efectos secundarios.

Tabla 2

Tabla 2. Meta de tratamiento hormonal y posibles efectos adversos		
	Meta de Niveles Séricos De Hormona	Efectos Adversos
Mujer Trans	Estradiol: <200 pg/mL Testosterona: <0.55 ng/mL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedades tromboembólicas ➤ Hipertensión ➤ Ca. de mama ➤ Falla hepática severa (Transaminas=X3) ➤ Macroprolactinoma ➤ Cefalea/Migraña
Hombre Trans	Testosterona: 3.2-10 ng/mL, 2.8-8 ng/mL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ca. de mama o útero ➤ Eritrocitosis (Hto. >50%) ➤ Moderado riesgo de efectos adversos ➤ Falla hepática severa (Transaminase=X3)

Fuente Clínica Condesa, Secretaría de Salud CDMX

3.1. Existen diversas recomendaciones internacionales sobre el uso de tratamiento hormonal en el proceso de Transición corporal de las personas trans (Radix, Sevelius, & Deutsch, 2016).

Sin embargo, la elección de qué fármaco usar, sobre todo con los estrógenos, debe basarse en la disponibilidad de cada unidad médica, la presentación del fármaco que facilite la adherencia y el menor número de efectos secundarios o con menor riesgo, según el saber científico que se tenga hasta el momento. En la Tabla 3 se resumen las diversas opciones que se tienen dentro de la Clínica Integral Transgénero, tanto para mujeres como para hombres trans.

4. Seguimiento médico periódico.

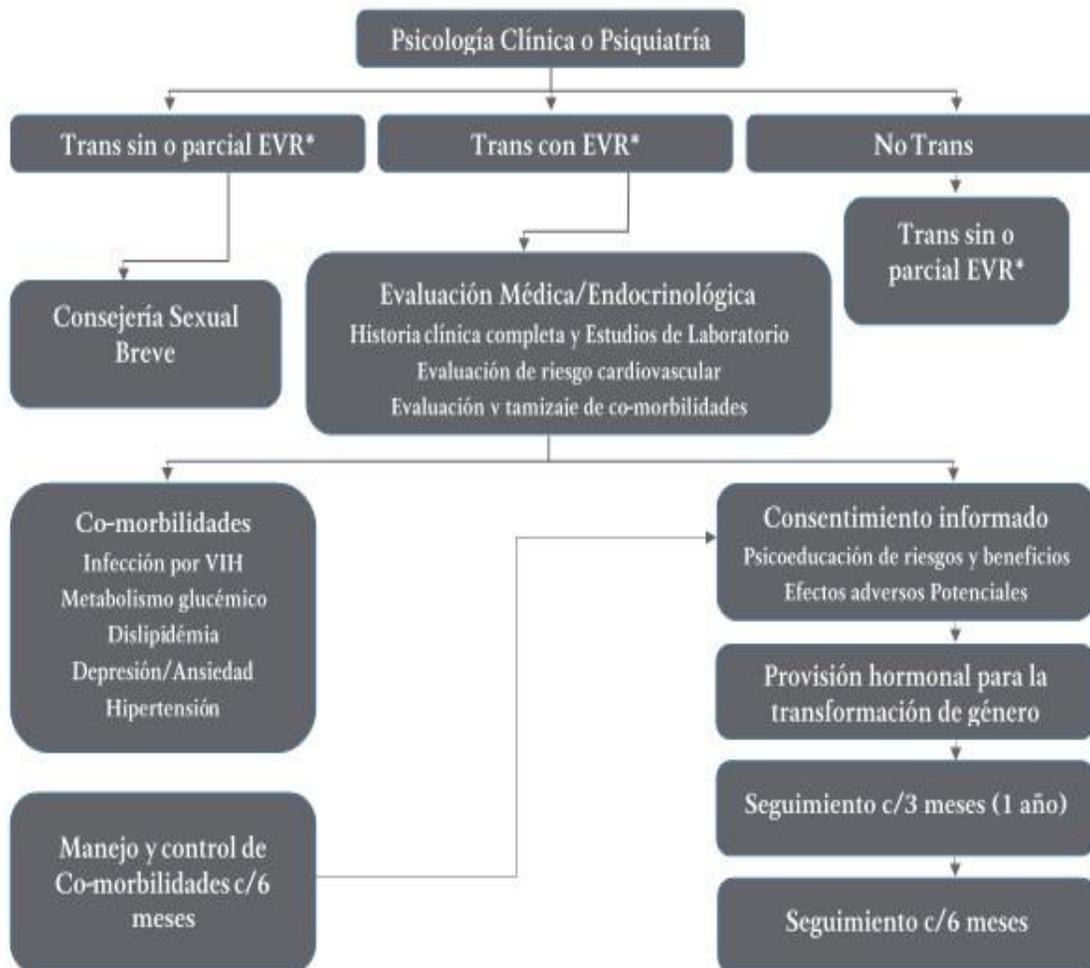
Se sugiere que el primer año del inicio del tratamiento hormonal, el seguimiento sea cada tres meses. Si se logran los objetivos propuestos, a partir del segundo año, se puede hacer cada seis meses. En cada visita, es importante considerar realizar monitoreo de niveles séricos de hormonas sexuales, así como monitoreo metabólico para detectar cualquier complicación asociada al uso de fármacos hormonales.

Tabla 3

Tabla 3. Fármacos hormonales de la Clínica Integral Transgénero, (Experiencia Clínica Especializada Condesa)			
Fármacos	Presentación	Vía Administración	Dosis
Valerato de estradiol	2 mg/tab.	Oral	2-8 mg/día
Estrógenos conjugados	0.625 mg/tab.	Oral	0.625-2.5 mg/día
Valerato de estradiol / Enantato de noretisterona	1 amp. 5 mg/50mg	IM	1 c/3 semanas, hasta c/15 días
Cipionato de estradiol/Acetato de medroxiprogesterona	1 amp 5 mg/25 mg	IM	1 c/ 3 semanas hasta c/15 días
Norelgestromina / Etinilestradiol	Parche 6 mg/600 mcg	TD	1-2 c/semana
Ciproterona/etinilestradio l	2 mg/ 0.35 mg	VO	2-8 mg/día de ciproterona
Espironolactona	25 mg tab.	VO	50-400 mg tabletas
Enantato de testosterona	Amp. 250 mg	IM	Cada 3-2 sem.

Fuente Clínica Condesa, Secretaría de Salud CDMX

El algoritmo propuesto que resume todo este proceso de atención se muestra a continuación:



*Experiencia de Vida Real. Es completa cuando es en al menos dos áreas de su vida por más de seis meses continuos.

Fuente Clínica Condesa, Secretaría de Salud CDMX

Adendum Sobre la Gestión

Para que la atención a las personas trans pueda ser viable y costo-efectivo, se propone incluir la intervención de **Terapia de Reemplazo Hormonal** en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Tabla 4

Tabla 4. Ubicación de insumos en CAUSES para los estudios diagnósticos de atención a personas Trans						
Clasificación		Medicamentos e Insumos			Norma	Auxiliares Diagnóstico
		Clave	Nombre Genérico	Descripción		
CIE-10	N94.4 Dismenorr ea primaria	010.00 0.1206. 00	Butilhiosc ina gragea o tableta	Cada gragea o tableta contiene: Bromuro de butilhioscina 10 mg. Envase con 10 grageas o tabletas.	NOM-004-SSA3-2012	Perfil hormonal (estradiol,hormon afolículo estimulante, hormona luteinizante, progesterona, prolactina) Ultrasonograma pélvico

Fuente Clínica Condesa, Secretaría de Salud CDMX

A partir del cumplimiento de Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero, incluido la disponibilidad del personal especializado y capacitado para realizar la intervención, se podrá acceder al cuadro de medicamentos y auxiliares de diagnóstico señalado para tal efecto. Esta propuesta incluirá a la población transgénero en el Sistema de Salud y las entidades federativas deberán invertir en la contratación y entrenamiento del personal de salud.





Participaron y aportaron para la elaboración de este documento:

- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular

Dr. Simón Kawa Karasik
Director General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

Dr. José Antonio Moreno Sánchez
Dirección General Adjunta de Desarrollo Gerencial Corporativo
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Dr. Manuel Magaña Izquierdo
Lic. Carlos Alberto Alfaro Medel
Equipo de trabajo de la Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA

Dra. Patricia Estela Uribe Zúñiga
Titular

- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Mtra. Alexandra Haas Paciuc
Presidenta del Consejo

Mtra. Julia Marcela Suarez Cabrera
Directora de Análisis Legislativo y Asuntos Internacionales

- Comisión Nacional de Bioética

Dr. Manuel H Ruiz de Chávez Guerrero
Titular

Mtra. Erika Salinas De La Torre
Directora Ejecutiva de la Comisión Nacional de Bioética

Mtra. Gabriela Pineda Hernández
Subdirectora de Bioética Clínica de la Comisión Nacional de Bioética



- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
 - Dr. Gustavo Reyes Terán
Jefe del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas
 - Dra. Evelyn Rodríguez Estrada
Encargada del Programa de VIH/SIDA
Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)
- Instituto Nacional de Pediatría
 - Dr. Alejandro Serrano Sierra
Director General
 - Dr. Raúl Calzada León
Jefe del Servicio de Endocrinología y
Coordinador del Protocolo
 - Dra. Victoria Del Castillo Ruíz
Jefe del Departamento de Genética
 - Psic. Beatriz Tapia
Adscrito al Servicio de Salud Mental
 - Dr. Juan Cuevas Alpuche
Jefe del Servicio de Urología
 - BQ María Eugenia Constantini
Jefa del Laboratorio de Bioquímica y Endocrinología
 - Dr. Sergio Muñoz Fernández
Jefe del Servicio de Salud Mental
 - Dr. Oscar Sánchez Guerrero
Adscrito al Servicio de Salud Mental
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
 - Dr. Pablo Francisco Belaunzarán Zamudio
Jefe de la Clínica de Inmuno-infectología



- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Ana Fresán Orellana
Jefa del Laboratorio de Epidemiología Clínica
Subdirección de Investigaciones Clínicas

Dra. Rebeca Robles García
Investigadora en Ciencias Médicas “E”

- Universidad Autónoma Metropolitana

Dra. Eva Alcántara Zavala
Profesora-Investigadora

- Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México. Clínica Condesa de la Ciudad de México

Dra. Andrea González Rodríguez
Directora Ejecutiva
Coordinadora del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México

Dr. Hamid Vega Ramírez
Coordinador del Programa de Salud Mental

Grupo de Trabajo Clínica Integral Transgénero, Clínica Especializada Condesa

Dr. Jeremy Bernardo Cruz Islas
Lic. Daniela Ferreyra
Dra. Adriana Harumi Hirata Hernández
Psic. Carolina Rocabert Monroy
Dr. Víctor Rodríguez Pérez
Dra. Esmeralda Román Mar



En el proceso de consulta, revisión y retroalimentación del documento intervinieron:

Hana Aoi

Activista responsable del blog Vivir y Ser Intersexuales.

Roberto Baeza

Fundación Arcoíris.

Gloria Careaga

Fundación Arcoíris A.C.

Mtro. Ricardo Baruch Domínguez

Investigador INSP

Red GayLatino y Espolea.

Dra. Silvia Magali Cuadra Hernández

Profesora-Investigadora INSP.

Bedher Adrián Corona Hernández

Red Nacional de Hombres Trans.

Ana De Alejandro García

Red de Madres Lesbianas de México A.C.

Lola Dejavu

Agenda Nacional Política Trans de México.

Movimiento de Trabajo Sexual de México.

Gabriela García

Balance A.C.

Marta Lamas Encabo

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Investigadora en temas de género y sexualidad.

Andrea Lamas

Investigadora sobre temas de sexualidad y asesora externa de CONAPRED.

Génesis Rafael López Ramírez

Coordinador General del Colectivo Hombres XX.



Oriana López
Balance A.C.

Paulina Martínez Peredo
Musas de Metal A.C.

Corina Martínez Sánchez
Balance A.C.

Oscar Medina Valdivia
Red de Acción Ciudadana México Diverso.

Alhelí Ordóñez Rodríguez
Litigio Estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C

Luis Perelman Javnozón
Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología,
Red Democracia y Sexualidad.

Leticia Rincón
Cuenta Conmigo "Diversidad Sexual Incluyente A.C"

María del Rocío Sánchez Ramírez
Víctor Manuel Velasco Morales
Colegio Mexicano de Posgraduados en Sexología A.C.

Ricardo Rojas Flores
Centro Raíces Desarrollo Personal y Profesional S.C.

Angie Rueda Castillo
Jefatura de Servicios de Derechos Humanos y Participación Social.

Sinayini Ruiz Aguilar
El Clóset de Sor Juana, A. C.

Cintia Lizzeth Soria
Agenda Nacional Política de Trans México.

Mara Cristina Toledo
Brújula Intersexual
Josefina Valencia Toledano



El Clóset de Sor Juana, A. C

Alina Vallejo
Musas de Metal Mujeres Gay A.C

Daniela Vázquez
Almas Cautivas A.C.

Alma Vallejo Galeana
Musas de Metal Mujeres Gay A.C.

Ari Vera Morales
Almas Cautivas A.C.

Luis Perelman Javnozón
Juan Mario Zárate Ramírez
Edgar Ramón Rosales Galarza
Osmar Juan Matsui Santana
Elba Gloria García Sierra
Elizabeth Torres Bolívar
Alma Ninel Díaz Pardo
Alexis Sorel Flores Sixtos
Lydia Yesenia Cituk Gamboa
Dr. Felipe Hurtado Murillo

Dra. Marcela Gómez

Red Democracia y Sexualidad AC (DEMYSEX)-Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C (FEMESS) Acciones Voluntarias sobre Educación en México AC (AVE de México).



Bibliografía

Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. S., Alvarez-Gayou, D. G. J. L., Jurgenso, D. G. S., & Lara, F. D. (1986). Sexoterapia Integral.

Ainsworth, C. (2015). Sex redefined. *Nature*, 518(7539), 288-291. doi:10.1038/518288^a

Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub.

Beaucham Tom L., Childress, James F. (2013) Principles of Biomedical Ethics. Seventh Edition, Oxford.

Caballero, Marta; Campero, Lourdes; Herrera, Marta y Kendall Tamil, "HIV Prevention and Men Who Have Sex with Women and Men in México: Findings from a Qualitative Study with HIV-Positive Men", *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 9, no. 5, 2007.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf consultada abril de 2017.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . Meyer, W. J. (2012). Standards of care for the health of Transsexual, Transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Segunda audiencia. sobre la Situación de derechos humanos de las personas intersex en América. Disponible en <https://youtu.be/DQcr6LCgMJM>, 2017

C.P. Houk, I.A. Hughes, S.F. Ahmed. Writing Committee for the International Intersex Consensus Conference Participants. Summary of Consensus Statement on Intersex Disorders and Their Management. *Pediatrics*

Declaración Universal de los Derechos Humanos disponible en http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf revisada abril 2017

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*.

Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2010 disponible en <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf> consulta abril 2017.

Fernández, M., Guerra P; García E. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 317-335 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265030540006> consultado el 16/08/2016

Greenberg, Julie A., "Intersexuality and the Law. Why Sex Matters", new York University Press, EUA, 2012 Gobierno de México, (2013), Plan Nacional de Desarrollo en <http://pnd.gob.mx/> Consultado el 31/08/2016

Guss, C., Shumer, D., & Katz-Wise, S. L. (2015). Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. Current opinion in pediatrics.

Government of the United Kingdom (2011) Working for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Equality: Moving Forward en https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/85482/lgbt-action-plan.pdf consultado el 28/08/2016.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P. Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of Transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.

Investigación sobre la atención de personas LGBT en México, Informe final,, Comité de Violencia Sexual. CEAV México, Diciembre de 2015 disponible en <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Investigaci%C3%83%C2%B3n-LGBT-Documento-Completo.pdf> consulta abril de 2017.

Instituto Nacional de las Mujeres de México (2007) Glosario de género en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf consultado el 18/08/2016.

NHS Equality and Diversity Council England (2015). Improving Lesbian Gay Bisexual and Trans (LGBT) equality across the NHS: a paper for the Equality and Diversity Council en <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/edc1-lgbt-equal-pap-20-10-15.pdf> consultado el 19/08/2016.

Moreno-Pérez, Ó., De Antonio, I. E., & SEEN, G. d. I. y. D. S. d. I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la Transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). Endocrinología y Nutrición, 59(6).



Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersex en http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_LG_TG_WEB_SP.pdf consultado el 19/08/2016.

ONUSIDA Orientaciones terminológicas (2011) en http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf consultado el 28/08/2016.

Organización Mundial de la Salud. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014.

OPS., & OMS. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción: OPS (Organización Panamericana de la Salud).

Organización Panamericana de la Salud, (2009). Proyecto para provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe En http://www.iapac.org/uploads/Blueprint_SpanishElectronic_061810.pdf consultado el 31/08/2016.

Organización Panamericana de la Salud (2011), Por la salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas Trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe en <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf> consultado el 18/08/2016.

Organización Panamericana de la Salud (2011), Por la salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas Trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe en <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf> consultado el 18/08/2016.

P.A. Lee, A. Nordenström, C.P. Houk. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. Hormone Research in Pediatrics.

Principios de Yogyakarta. Disponible en http://www.yogyakartaprinciples.org/wp/wp-content/uploads/2016/08/principles_en.pdf Revisada en abril 2017.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de Argentina, (2015) Atención de la salud integral de personas Trans. Guía para equipos de salud en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia->

[equipos-atencion-Salud%20integral-personas-Trans.pdf](#) consultado el 19/08/2016.

Programa LGTB de la comunidad de Madrid, Consejería de Asuntos Sociales. Guía de atención a menores con diversidad de género programa LGTB de la comunidad de Madrid consejería de asuntos sociales en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013919.pdf> consultado el 19/08/2016 Consultado el 14/08/2016.

Protocolo de Actuación para Quienes Imparten Justicia en Casos que Involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género disponible en https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/PROTOCOLO_DE_ACTUACION_PARA QUIENES IMPARTEN JUSTICIA EN CASOS QUE INVOLUCREN LA ORIENTACION SEXUAL O LA IDENTIDAD DE GENERO 0.pdf Revisada en abril de 2017.

Public Advocate for the City of New York (2008) Improving Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Access to Healthcare at New York City Health and Hospitals Corporation Facilities en http://Transgenderlegal.org/media/uploads/doc_84.pdf consultado el 17/08/2016.

Radix, A., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2016). Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: a comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(3Suppl 2).

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing Transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*.

Roscoe, B., Strouse, J. S., & Goodwin, M. P. (1994). Sexual harassment: early adolescents' self-reports of experiences and acceptance. *Adolescence*.

Saldívia, Laura, "Reexaminando la construcción binaria de la sexualidad, Derecho y sexualidades. Seminario en Latinoamérica de teoría Constitucional y Política 2009", Editores Marcelo Alegre, et al., Librería, Buenos Aires, 2010

Salud de las Américas Capítulo 2 Determinantes e inequidades en Salud. 2012 Organización Panamericana de la salud disponible en http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es revisada el abril de 2017.



Salud, O. M. d. I. (2004). Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Segunda Edición (CIE-10): OMS Ginebra.

Secretaría de Salud de México, (2013), Programa Sectorial de Salud en http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html Consultado el 31/08/2016.

Schilt, Kristen y Westbrook, Laurel, "Doing Gender, Doing Heteronormativity: 'Gender normals', Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality", Gender and Society, Vol. 23, no. 4, 2009, p. 461.

Sistema de Monitoreo de la Protección de los Derechos y la Promoción del Buen Vivir de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe http://www.fondoindigena.org/apc-aa-files/documentos/monitoreo/Definiciones/Definicion%20Dominios/5_2_Accion%20afirmativa_def.pdf

S. Kessler. Lessons from the intersexed. Estados Unidos: Rutgers University Press. 1998

Vance SR, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. Pediatrics
Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.

The Fenway Institute, (2012). Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and Transgender people: Understanding and Eliminating Health en [disparitieshttp://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/12-054_LGBTHealtharticle_v3_07-09-12.pdf](http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/12-054_LGBTHealtharticle_v3_07-09-12.pdf) consultado_01/088/2016

The Fenway Institute (2012) Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People: Best Practices for Front-line Health Care Staff en http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/13-017_TransBestPracticesforFrontlineStaff_v6_02-19-13_FINAL.pdf consultado 01/088/2016.

Terrasa, S; Mackintosh, R; Piñero a. (2011) Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y Transgénero (primera parte) Documento de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General en



<http://www.famfyg.org/biblioteca/documentos/GuiaFamfygMinoriasSexuales.pdf> consultado el 01/09/2016.

Vance, S. R., Jr., Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*, 134(6), 1184-1192.

Veltman, A; Chaimowitz, G. (2014) Mental Health Care for People Who Identify as Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and (or) Queer en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25565469> consultado el 14/08/2016.





COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Se terminó de imprimir en el mes de Junio de 2017
El cuidado de la edición fue de Simón Kawa Karasik, América Nelly Pérez Manjarrez,
Manuel Magaña Izquierdo y Carlos Alberto Alfaro Medel

Periférico sur 4118, 1er piso, Col. Jardines del Pedregal,
Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.
Tel. 54 81 11 78 <https://www.gob.mx/insalud>

Versión Electrónica en
<https://www.gob.mx/insalud/es/documento/protocolo-comunidad.lgbtti>



2019

