

El imperativo de incluir los géneros no binario y transgénero

Más allá de la salud de la mujer

Heidi Moseson, PhD, MPH, Noah Zazanis, Eli Goldberg, BA, Laura Fix, MSW, Mary Durden, MA, Ari Stoeffler, BA, Jen Hastings, MD, Lyndon Cudlitz, BA, Bori Lesser-Lee, BA, Laz Letcher, PhDc, BA, Aneids Reyes, MSW, BA, y Juno Obedin-Maliver, MD, MPH.

Nuestro objetivo es poner en evidencia que el hacer referencia únicamente a las mujeres cisgénero en el contexto de la salud sexual y reproductiva, en especial de la planificación del embarazo y sus cuidados, excluye a un grupo diverso de personas de género no binario y transgénero que tienen necesidades y experiencias de salud reproductiva y sexual que pueden ser similares pero también singulares comparadas con las de las mujeres cisgénero. Instamos a los médicos clínicos e investigadores a asegurarse de que todos los puntos de acceso

De: Ibis Reproductive Health, Oakland, California; the Guttmacher Institute, New York, New York; the Robert Larnier, M.D. College of Medicine, University of Vermont, Burlington, Vermont; the Planned Parenthood League of Massachusetts, Boston, Massachusetts; the Department of Family and Community Medicine, University of California, San Francisco, San Francisco, California; Lyndon Cudlitz Consulting, Education & Training, Albany, New York; the Community Advisory Team, Malden, Massachusetts; the University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico; Edgewood College, Madison, Wisconsin; and the Department of Obstetrics and Gynecology, Stanford University School of Medicine, Stanford, California.

El tiempo dedicado a estos comentarios se financió mediante una beca de la Society for Family Planning (N° SFPRF11-III, PI: HM). A Juno Obedin-Maliver se la financió parcialmente con una beca K12DK111028 del National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Disorders, y por la Stanford University School of Medicine.

Este trabajo no contó con el auspicio del Guttmacher Institute. Las opiniones que se expresan en este trabajo pertenecen a sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones del Guttmacher Institute.

Cada uno de los autores confirmó su conformidad con los requisitos para la autoría de esta revista.

Autor para correspondencia: Heidi Moseson, PhD, MPH, Ibis Reproductive Health, Oakland, CA; dirección de correo electrónico: hmoseson@ibisreproductivehealth.org.

Información financiera:

Heidi Moseson, Mary Durden y Laura Fix informan que recibieron apoyo financiero de una beca de la Society of Family Planning. Eli Goldberg informa que recibió financiación de Ibis Reproductive Health. Son miembros de la Junta Directiva de Parenthood of Northern New England. Jen Hastings informa que recibió el pago de un estipendio de Ibis Reproductive Health from the Society for Family Planning como parte del financiamiento que apoyó este estudio. Lyndon Cudlitz, Bori Lesser-Lee, Laz Letcher y Aneids Reyes informan que recibieron financiamiento de Ibis Reproductive Health. Juno Obedin-Maliver que recibió financiamiento de Sage Therapeutics, de Ibis Reproductive Health y de Hims Inc. Los demás autores no informaron ningún conflicto de intereses potencial.

© 2020 Los autores. Publicado por Wolters Kluwer Health, Inc. Este es un artículo de libre difusión bajo los términos de Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives License 4.0 (CCBY-NC-ND), pudiéndose descargar y compartir siempre que se cite debidamente. Este trabajo no puede ser modificado de ningún modo ni usarse para fines comerciales sin permiso de la revista.

ISSN: 0029-7844/20

a la salud reproductiva y sexual, la investigación, las fuentes de información y la atención médica incluyan y sean accesibles de manera exhaustiva a personas de todos los géneros. Describimos las barreras que existen en la atención médica reproductiva y sexual y en la participación en investigaciones que afrontan las personas con identidad de género que son marginadas y brindamos ejemplos del daño que causan estas barreras. También ofrecemos sugerencias concretas para crear ambientes de investigación y atención médica respetuosos, eficaces e inclusivos. Todo esto ayudará a que personas de cualquier género tengan acceso a la ciencia y atención médica de más alta calidad.

(Obstet Gynecol 2020;135:1059-68)

DOI: 10.1097/AOG.0000000000003816

El embarazo, como así también la anticoncepción, el aborto, la atención prenatal, la atención en el parto y posparto, el amamantamiento por parte de hombres trans (chestfeeding), el amamantamiento y la crianza de los hijos a menudo se presentan como experiencias de las mujeres cisgénero. Cisgénero es un término que describe a una persona cuya identidad de género actual es consistente con la identidad de género asumida generalmente para el sexo que les fue designado o asignado al nacer, que se basa, por lo general, en los genitales externos. Por ejemplo: una mujer cisgénero es aquella que se identifica como mujer y a la que se le asignó el sexo femenino al nacer (por ejemplo, el sexo que se menciona en el certificado de nacimiento). Sin embargo, personas de diversos géneros (mujeres, hombres, de género queer o no binario y más) pueden tener, y de hecho tienen, embarazos.^{1,2} Nosotros, los autores de estos comentarios, somos defensores de la salud reproductiva y sexual, consejeros, médicos e investigadores con una gama de identidades que incluyen a personas transgénero y de género no binario. Transgénero es un término general para las personas cuya identidad de género difiere de la identidad que, por lo general, se asume para el sexo que se les asignó al momento de nacer. Las personas de género no binario tienen identidades

de género que no corresponden exclusivamente a las categorías binarias de mujer u hombre. Por ejemplo: algunas personas no binarias tienen un género que combina elementos de lo que es ser un hombre o una mujer, y algunas personas no binarias no se identifican con ningún género. El género de algunas personas cambió con el paso del tiempo (género fluido). Las personas cuyo género no es el de una mujer ni el de un hombre pueden usar muchos términos diferentes para describirse a sí mismos; el más común es *no binario*. Otros términos incluyen: sin género, bigénero, género *queer* y más. Ningunos de estos términos son idénticos o sinónimos, pero todos hablan de una experiencia de género que no es exclusivamente la de un hombre o una mujer.³

Nuestro objetivo es poner en evidencia que el hacer referencia exclusivamente a mujeres cisgénero (u hombres cisgénero) en el contexto de la salud reproductiva y sexual, y especialmente en la atención médica para la planificación del embarazo, excluye a un grupo diverso de personas que tienen necesidades de salud reproductiva y sexual y experiencias que son al mismo tiempo similares y únicas a las de estas personas cisgénero.⁴ Esta exclusión evita el avance de la ciencia y el cuidado clínico de las personas de todos los géneros, incluyendo a las mujeres cisgénero. Instamos a los médicos clínicos e investigadores a asegurarse de que todos los puntos de acceso a la salud reproductiva y sexual, la investigación, las fuentes de información y la atención médica incluyan y sean accesibles de manera exhaustiva a personas de todos los géneros.

Describamos el daño que produce una visión acotada, referida a las mujeres cisgénero, en el ambiente clínico y de investigación. También brindamos sugerencias específicas y concretas para lograr ser inclusivos, precisos y efectivos en nuestro trabajo a fin de conseguir que haya justicia de género y mejorar la atención médica para todos.

LAS BARRERAS QUE EXISTEN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL DE LAS PERSONAS DE GÉNERO NO BINARIO Y TRANSGÉNERO

Se estima que de 1 millón a 1,4 millones de adultos (0,4%-0,6% de la población adulta) en los Estados Unidos de América son transgénero^{5,6}, aunque es casi seguro que este número esté subestimado.^{6,7} La proporción que este grupo represente en la población puede ser sustancialmente mayor en la próxima generación; por ejemplo, un estudio del GLAAD Institute halló que 12% de la población de entre 18 y 34 años en los Estados Unidos de América se identifica con un género diferente al cisgénero.⁸ Sin embargo, debido a las deficiencias de la investigación actual, hay mucho que no sabemos sobre las necesidades de salud reproductiva y sexual y las experiencias de las personas no binarias y transgénero. Las brechas existentes en lo referido a la salud y las necesidades de atención médica de las personas de género no binario y transgénero incluyen las preferencias sobre méto-

dos anticonceptivos, la influencia del uso de hormonas para afirmar el género⁹ en la fertilidad, los deseos y las experiencias de embarazo y de aborto de las personas de género binario y transgénero, y una gama de otros resultados básicos sobre la salud reproductiva y sexual.¹⁰⁻¹³ La literatura existente enfatiza que muchas personas de género no binario o transgénero no buscan la atención médica necesaria a causa de experiencias de discriminación y de atención médica de mala calidad directamente relacionadas con la identidad de género.¹⁴ Las personas de género no binario y transgénero tienen más probabilidades de no contar con un seguro médico de salud entre la población estadounidense en general, de sufrir discriminación y maltrato en lugares de atención médica y también de verse afectadas por el conocimiento limitado de los médicos o porque estos se niegan a darles atención médica.^{10,14-17} En la atención médica reproductiva y sexual, si bien se conocen mucho menos que en los servicios de atención médica general, estas barreras se presentan en los ambientes muy enfocados en el género, en los que las personas reciben atención médica relacionada con la anticoncepción, el aborto, el embarazo y el parto, entre otros, ya que está ampliamente conceptualizada como “Atención médica para mujeres”.¹¹⁻¹⁸ De modo similar, equiparar los servicios médicos referidos a la gestación con la salud “de las mujeres” margina tanto a mujeres transgénero que no pueden (actualmente¹⁹) quedar embarazadas como también a las mujeres cisgénero que, por elección, anomalías congénitas, infertilidad u otros problemas no pueden o no quieren quedar embarazadas. En consecuencia, esto refuerza la noción errónea de que la condición de mujer está asociada intrínsecamente a la capacidad funcional o anatómica para el embarazo.

LAS CONSECUENCIAS DEL LENGUAJE Y LOS AMBIENTES EXCLUYENTES EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL

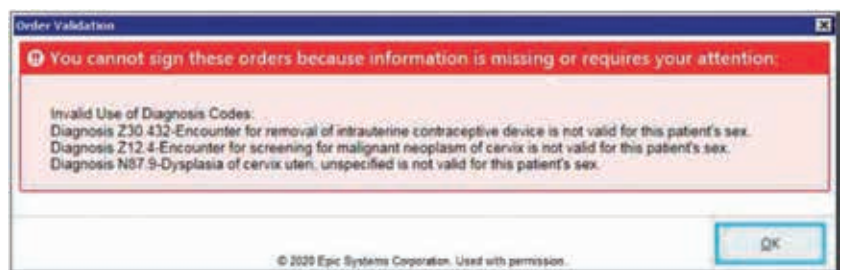
Si bien existe muy poca documentación formal, el poderoso testimonio de la comunidad resalta los daños que causa el lenguaje excluyente en cuanto a género (por ejemplo: la salud de “las mujeres”) y su representación.²⁰⁻²³ Esto puede ser especialmente cierto en los sectores de atención médica como los consultorios de Obstetricia y Ginecología, los centros de planificación familiar y otras clínicas de salud reproductiva y sexual. Por ejemplo: entrar a una clínica que ofrece “Servicios de salud para mujeres”, donde las paredes y las sillas son de color rosa, donde aparecen imágenes de mujeres solamente cisgénero en las salas de esperas y consultorios, donde los folletos informativos usan lenguaje referido sólo a las mujeres cisgénero, y donde el baño para los pacientes tiene un cartel que dice “Mujeres” puede resultar estigmatizante y aislante para una persona que no sea mujer.²⁴ De manera similar, las experiencias de mal uso del género por parte del personal de la clínica, como referirse a un hombre como “señorita” o “ella” o la experiencia

de que los atienda un médico o una médica que no tenga conocimientos sobre la atención médica reproductiva y de afirmación sexual para los pacientes de género no binario y transgénero²³ o quienes directamente se niegan a brindar atención médica a pacientes de género no binario y transgénero¹¹ puede traumatizar a los pacientes y disuadirlos de que busquen atención médica en el futuro. Las historias clínicas electrónicas (HCE) pueden complicar este problema al prevenir que incluso profesionales de la salud bien informados completen los datos del paciente con exactitud, simplemente porque los códigos específicos no concuerdan con el sexo o el género de una persona según se registra en la HCE.^{12,26} Por ejemplo: un médico o una médica clínicos pueden descubrir que la HCE no tiene una categoría para documentar un examen de próstata para una mujer transgénero o que no pueden completar las instrucciones para un hombre de experiencia transgénero a quien se le implanta un dispositivo intrauterino porque esto no es consistente con el sexo o el registro del paciente en la HCE (Gráfico 1). Otro desafío para algunos sistemas de HCE es la comunicación electrónica de valores de laboratorio a pacientes tan pronto como estén disponibles usando rangos “normales” de laboratorios basados en pacientes cisgénero, lo que significa que un paciente pudiera ver sus resultados catalogados como “anormales” aún cuando están basados en los valores normales para los medicamentos o las hormonas que toma el paciente o las cirugías que ha tenido. Surgen desafíos similares cuando algunos planes de seguro de salud se niegan a cubrir la atención médica reproductiva y sexual (por ejemplo: exámenes PAP, cuidados anticonceptivos, controles de enfermedades venéreas) o atención médica para el embarazo para alguien que se registró como hombre en la póliza de seguros, aún cuando la Ley de Asistencia Médica Accesible (*Affordable Care Act*, en los Estados Unidos de América) define que esta situación es ilegal según el Artículo 1557.²⁷

Estos factores, más allá de disuadir a los pacientes de buscar atención médica, pueden afectar negativamente la calidad de la atención médica recibida. Por ejemplo: en una historia clínica en la que a un hombre transgénero se lo registra como hombre, la HCE por lo general no indicará al médico clínico que se asegure de que el paciente haya realizado su examen PAP o recibido opciones para registrar su historia obstétrica. Un paciente de género no binario o transgénero puede pasar por alto una sección del formulario marcada “sólo para mujeres” y así omitir información

Gráfico 1 Captura de pantalla del sistema de historia clínica electrónica que impide quitar un dispositivo intrauterino y el examen cervical para un paciente debido a que su sexo registrado es masculino. Epic Systems Corporation. Usado con autorización.

Moseson. *Transgender and Gender Non-binary Inclusion. Obstet Gynecol* 2020.



clave sobre su historia reproductiva; o simplemente, un profesional de la salud puede pasar por alto las preguntas sobre la historia sexual del paciente porque no sabe qué lenguaje usar y teme ser ofensivo.²⁶

La investigación sugiere que los esfuerzos realizados para incorporar el tema de la salud de pacientes transgénero en la educación médica de estudiantes y graduados son incipientes. Dichos programas son escasos. Sólo 16% de los Comités de Enlace sobre Educación Médica y de las prácticas académicas certificadas informan un programa de capacitación abarcativo para la comunidad LGBTQ.^{28,29} Aún cuando se brinde esta capacitación, pudiera no ser de buena calidad.³⁰ Más específicamente, una encuesta de Obstetricia y Ginecología en los Estados Unidos de América informó que sólo un tercio (o menos) de estos profesionales de la salud se sienten cómodos atendiendo a pacientes transgénero. Cada una de estas realidades (y otras) actúa acumulativamente para disuadir a las personas de género no binario o transgénero de buscar atención médica para la salud reproductiva y sexual. Además, reducen la calidad del servicio médico que obtienen y se muestran renuentes a buscar atención médica en el futuro. Por lo tanto, reducen su acceso a la atención médica para la salud reproductiva y sexual como los embarazos deseados, las técnicas de reproducción asistidas y las preservación de la fertilidad, y podrían incrementar la prevalencia de enfermedades venéreas y de embarazos no deseados, falta de chequeos para el cáncer, etc.

LAS CONSECUENCIAS DEL LENGUAJE Y LAS IMÁGENES EXCLUYENTES EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL

La atención enfocada en las mujeres cisgénero en la investigación de la salud reproductiva y sexual ha producido datos que son irrelevantes o inexactos para aquellos que somos de género no binario o transgénero. Los datos limitados sobre las necesidades y experiencias de las personas de género no binario y transgénero relativas a la salud reproductiva y sexual están llenos de clasificaciones erróneas y tendenciosas debido a la falta de especificidad para definir los términos, los criterios de inclusión vagos, negarse a reconocer la importancia de la autoidentificación de género, las suposiciones heteronormativas sobre sexo y reproducción, el sesgo de selección en las áreas clínicas y de investigación y los requisitos prácticos o legales para la esterilización para la afirmación de género. Es usual fusionar el lenguaje, sin distinguir

entre “sexo” (por ejemplo: la clasificación de las personas como masculino, femenino, intersexo u otro sexo según la combinación de la anatomía genital, las hormonas y los cromosomas) y “género” (por ejemplo: el sentido personal de ser un hombre, una mujer, ninguno de los dos, ambos, u otro(s) género(s)), a pesar de los diferentes significados e implicaciones. Los criterios de elegibilidad incompletos llevan a tener muestras de estudio que excluyen sistemáticamente a grupos de la población objetivo: por ejemplo, los estudios sobre las experiencias de embarazo que reclutan solamente a mujeres y excluyen a las personas de género no binario o transgénero que están o estuvieron embarazadas. Relacionado con esto, existen muchos ejemplos de investigadores que clasifican erróneamente a las personas de formas que no reflejan su identidad de género (por ejemplo: incluyen equivocadamente a las mujeres transgénero en investigaciones sobre hombres que tienen sexo con hombres⁵) lo que socava la identidad de los participantes en esos estudios, además de las inferencias que se puedan derivar de los hallazgos correspondientes a los estudios en cuestión. Las suposiciones heteronormativas sobre la actividad sexual y el embarazo tratan de sostener muchos de los puntos ciegos en esos estudios, como la suposición de que solo las mujeres cisgénero que son heterosexuales o bisexuales pueden quedar embarazadas o querían quedar embarazadas cuando, de hecho, eso no abarca la diversidad de experiencias que ocurren. Además, la intersección actual e histórica entre la investigación y los intermediarios (por ejemplo: las investigaciones que conducen profesionales de la salud que también controlan el acceso al tratamiento de afirmación de género) como así también los requisitos de que las personas transgénero sean esterilizadas quirúrgicamente para que se reconozca legalmente su género,^{31,32} contribuyen a crear inexactitudes y orientaciones en la investigación sobre salud reproductiva y sexual al inducir un sesgo de selección que define tanto quién puede calificar como quién se presenta para recibir atención médica.

Si bien la invisibilidad de las experiencias de personas de género no binario y transgénero en la investigación de salud reproductiva y sexual es el resultado del diseño del estudio y de las prácticas de análisis que carecen de consideración para las experiencias de personas de género no binario o transgénero que eligen no participar en la investigación debido a una larga historia de discriminación y maltrato, el resultado es el mismo: el sesgo de selección y la invisibilidad sobre las necesidades de las personas de género no binario y transgénero. Como consecuencia de esto, la mayoría de las investigaciones sobre salud reproductiva y sexual no pueden utilizarse para informar mejoras en las prácticas clínicas o de salud pública para personas de género no binario o transgénero debido a que los datos sencillamente no se han recolectado. Otro ejemplo de esto es el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Conductuales, un sistema nacional de encuestas telefónicas referidas a la salud que existe en

los Estados Unidos de América. El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Conductuales pregunta sobre el “sexo” y también por la “identidad de género” pero no brinda una definición de “sexo” y hace preguntas sobre la salud pregestacional y la planificación familiar solo a quienes responden que su sexo es femenino. Sin embargo en 2017, por ejemplo, debido a la falta de claridad en las definiciones de “sexo” y “género”, nuestro análisis de los datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Conductuales indicaron que 77 hombres transgénero informaron que su sexo era masculino y que 139 mujeres transgénero informaron que su sexo era femenino.³³ Esto significa que, en este conjunto de datos, a 139 personas como mínimo que nunca podrían haber quedado embarazadas se les hizo preguntas sobre anticoncepción; y a 77 personas que pudieran o no tener la capacidad de quedar embarazadas no se les hizo estas preguntas. De manera similar, otro análisis mostró que hasta 29,6% de los que respondieron al Sistema de Vigilancia de Riesgos Conductuales se los clasificó equivocadamente por el sexo asignado al nacer en los datos de 2014 a 2016. Esta clasificación errónea y tendenciosa causa problemas con la calidad y la exactitud de los datos y errores inferenciales que investigadores y otras personas infieren a partir de esos datos. Además, la falta de inclusión de las personas de género no binario y transgénero en muchas de las investigaciones sobre salud reproductiva y sexual limita el avance de la medicina reproductiva. Por ejemplo, a partir del pequeño pero creciente cuerpo de investigación en el que se han incluido a las personas de género no binario y transgénero estamos aprendiendo sobre los efectos de la testosterona en la función ovárica, la pubertad, la salud ósea y el impulso sexual, como así también otros procesos biológicos y patológicos.³⁵⁻³⁹ Una inclusión más amplia en las investigaciones podría revelar nuevos entendimientos médicos para personas de todos los géneros.

SUGERENCIAS PARA LA INCLUSIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL

Sin importar el contexto, siempre hay formas simples y directas de cambiar nuestro lenguaje y el entorno de atención médica y de investigación para ser más inclusivos: cambios sutiles que pueden tener mucha importancia en las experiencias de las personas de género no binario y transexual. Sobre la base de una literatura incipiente y creciente acerca de las necesidades y preferencias de las poblaciones de género no binario y transgénero referente a la atención médica reproductiva y sexual,^{10,11,19} y las experiencias personales como investigadores, médicos clínicos y miembros de la comunidad de personas de género no binario y transgénero, presentamos este conjunto de sugerencias específicas para facilitar un cambio hacia la inclusión en nuestro campo. En particular, nos enfocaremos en dos casos: la atención médica clínica y la investigación.

Tabla 1 Recomendaciones para construir entornos clínicos inclusivos de todos los géneros

Contexto	Prácticas que marginan	Prácticas inclusivas
Instalaciones clínicas de salud reproductiva y sexual	“Mujeres” en títulos y letreros (por ejemplo: “Clínica de salud para mujeres”)	Describir el tipo de atención médica que se ofrece; por ejemplo: “Clínica de salud reproductiva y sexual” o “Clínica genital.”
	Baños clasificados por género (baños para hombres y para mujeres)	Los baños individuales deberían ser neutrales en cuanto a género (“Baño” o “Baño para todos los géneros”). Si no hay disponibles baños individuales, por lo menos uno de ellos debería indicar “Baño para todos los géneros”.
	Sala de espera para “hombres” o para “mujeres”.	Ofrecer salas de espera neutrales; ofrecer salas de espera privadas.
	Inflexibilidad en los horarios de consulta basada en las necesidades y preferencias de los pacientes.	Flexibilidad al ofrecer al paciente horarios de consulta al comienzo o al final de la jornada si el paciente se siente incómodo en la sala de espera debido a la incomodidad de otras personas acerca de la expresión de género de alguien.
	“Sala de amamantamiento” o “Sala de madres”	“Sala de madres y padres lactantes” o “Sala para alimentar a infantes”
Materiales para educar a los pacientes	Publicidad de servicios de salud reproductiva y sexual solo para personas cuyo sexo fue asignado al nacer	Considerar la publicidad de servicios de salud reproductiva y sexual para todos, sin importar el género (por ejemplo: análisis y atención médica de infecciones transmitidas sexualmente en la afirmación de sexo, chequeo médico de salud general; preservación de la fertilidad; apoyo para inducir la lactancia; atención posvaginoplastia, dolor pélvico).
	Se usan fotos de mujeres cisgénero (o de parejas heterosexuales cisgénero) para ilustrar la anticoncepción, el aborto o el embarazo.	Incluir fotos tanto de mujeres cisgénero como de personas de género no binario y transgénero; incluir a personas embarazadas de múltiples géneros cuando aplique; incluir a parejas de personas del mismo género.
Citas médicas	Usar sólo color rosa, flores y/o mariposas (para publicitar los servicios de salud reproductiva y sexual)	Usar diseños que eviten los marcadores típicos de la femineidad y la discriminación de géneros.
	Usar formularios de ingreso específicos para sexo y para género	Usar el mismo formulario de ingreso para todos los géneros y para todos los pacientes sin preguntas marcadas como “solo para mujeres” o “solo para hombres”. Considerar un formulario de ingreso para todos los géneros que pregunte a las personas qué órganos tienen y permitir a cada paciente que use sus propias palabras para hablar de su cuerpo para facilitar la interacción entre paciente y médico (un ejemplo de un formulario de ingreso simple y específico aparece en la Ref. 45). Cualquier formulario de ingreso debería recibir información de una sección diversa de los representantes del paciente.
	Solicitar solo el nombre legal y el sexo.	Con anticipación a una visita, solicitar a los pacientes sistemáticamente que indiquen su identidad de género y cómo quieren que se los llame. Anotar esta información con claridad en el legajo del paciente y asegurarse de que el personal de la clínica la use durante todo el transcurso de la visita a la clínica. En cuanto a la identidad de género, ofrecer la oportunidad de identificarse como hombre, mujer, no binario, queer, género no conformista o cualquier otro género no especificado. Sería ideal permitir a los pacientes describir por completo su identidad de género. Permitir a los pacientes que indiquen qué sexo registraron en su seguro de salud, el que corresponde al ámbito legal, el sexo asignado al nacer y los órganos que tienen en la actualidad, sin asumir que estos se alinearán. Verificar esta información en las visitas siguientes porque el nombre, la identidad de género, los pronombres usado y el sexo de tipo legal o administrativo pueden cambiar. Educar y capacitar al personal para que puedan entender la importancia de pedir esta información y de sentirse cómodos al hacerlo.
	Depositar en el paciente la carga de manifestar el pronombre con el que se identifica.	Crear una cultura en la cual el personal de la clínica se presente con los pronombres elegidos (“Hola, soy el Dr. X y prefiero el pronombre ella. ¿Cómo se siente hoy?”) e incluir los pronombres en las tarjetas de identificación del personal. Si no se solicitó en los formularios o antes de la visita, preguntar al paciente su nombre y el pronombre elegido. “¿Qué nombre prefiere que yo use? ¿Cuál es el pronombre que usted usa?”

(continúa)

Tabla 1 Recomendaciones para construir entornos clínicos inclusivos de todos los géneros (continúa)

Contexto	Prácticas que marginan	Prácticas inclusivas
	No usar información recolectada sobre los pronombres o la identidad o bien registrar esta información en lugares de difícil acceso.	Guarde la información sobre la identidad y los pronombres de los pacientes en un lugar visible y accesible a todo el personal que necesite indentificar al paciente o comunicarse con él durante cada visita y de visita a visita. Sería ideal que junto con el nombre del paciente se mostraran también los pronombres elegidos.
	Asimir que las partes del cuerpo o los órganos de una persona podrían estar basados en la identidad de género o en el sexo asignado al nacer.	Preguntar o evaluar en forma regular (por ejemplo, con formularios de ingreso) a todos los pacientes sobre las partes del cuerpo y los órganos que tienen sin importar su identidad de género y registrar esa información de manera accesible para otros médicos clínicos en el lapso de cada visita.
	Asumir el uso de términos clínicos para las partes del cuerpo.	Preguntar a todos los pacientes qué términos prefieren usar para describir sus partes del cuerpo y si hay términos con los que no se sienten cómodos, sin importar la identidad de género. Demostrar conciencia de cuándo el lenguaje pudiera ser o no ideal, por ejemplo: "Voy a usar términos anatómicos porque esa es la forma más clara en que puedo describir esto" o "Este panfleto indica que todas las embarazadas son mujeres, pero tiene información realmente importante sobre X."
	Suponer los deseos particulares de fertilidad o embarazo de los pacientes de género no binario o transgénero.	Introducir el tema del embarazo y la planificación familiar en forma neutral, sin suponer nada sobre los deseos de embarazo o de preservación de la fertilidad. Discutir todas las opciones relacionadas, incluyendo la anticoncepción, el embarazo, la crianza de los hijos, el aborto, la adopción, la vivienda compartida, la maternidad y paternidad compartidas, etc.
	Preguntar solo sobre el género "opuesto" (o lo que se supone que es opuesto) cuando se habla de la vida sexual.	Al hablar de la historia de vida sexual de los pacientes (incluidos los pacientes cisgénero) preguntar sobre todas las parejas sexuales y permitir a los pacientes que especifiquen el o los géneros y las partes corporales de sus parejas. Comprender que las parejas de las parejas pudieran no ser cisgénero y hacer preguntas adicionales si es necesario para clarificar la anatomía de las parejas y los comportamientos sexuales específicos.
	Requerir a los pacientes que se quiten la ropa durante gran parte de la consulta médica.	Realizar la consulta médica con el paciente vestido mientras sea posible y dar a los pacientes la oportunidad de evitar revisiones físicas invasivas hasta otra visita (a menos que sea absolutamente necesario).
	Capacitar solo a los profesionales que suministran atención médica directa acerca de las prácticas de afirmación de género.	Capacitar a proveedores complementarios y auxiliares (por ejemplo: farmacéuticos, radiólogos) y a todo el personal del establecimiento que tenga contacto con el paciente (por ejemplo: porteros, telefonistas, personal de cobranza y asesoramiento) para asegurarse de que en todo momento se dé la bienvenida a los pacientes.
	Usar términos de género para la atención médica de rutina (por ejemplo: "examen anual de la mujer sana").	Describir los exámenes y procedimientos de manera neutral en cuanto al género, como por ejemplo: "visita de atención preventiva", "examen pélvico", "servicios de anticoncepción", "exámenes para el cáncer cervical".

LA ATENCIÓN MÉDICA CLÍNICA

Es esencial que los profesionales de la salud y todo el personal comuniquen la información con claridad a la vez que prioricen las necesidades individuales de cada paciente y muestren flexibilidad. Para lograr este equilibrio, hemos identificado mejores prácticas para que la atención médica para la afirmación de género sea la norma para pacientes de todos los géneros (Tabla 1). Agrupamos estas recomendaciones de acuerdo con las características físicas de estas instituciones médicas (letreros, servicios provistos), materiales informativos para los pacientes y los formularios de ingreso y la interacción entre el personal y los pacientes. Nuestras recomendaciones se basan en la guía provista por médicos

clínicos que se especializan en la atención de pacientes de género no binario y transgénero^{11-13,18} y ampliamos nuestras recomendaciones para la atención clínica de pacientes de todos los géneros.

EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La especificidad y la precisión en el lenguaje son esenciales para conducir una investigación de alta calidad y para comunicar los resultados con claridad. Si bien algunos han argumentado que expandir el foco de atención más allá de las mujeres cisgénero en la investigación sobre salud reproductiva y sexual puede causar confusión,⁴¹ o generalizar las investigaciones a un grado que sea difícil de entender, no

Tabla 2 Recomendaciones para realizar investigaciones que incluyan a todos los géneros

Contexto	Prácticas que marginan	Prácticas inclusivas
Comprometer a la comunidad	<p>Los equipos de investigación tienen sólo investigadores cisgénero o falta de transparencia sobre la demografía y composición del equipo de investigación relacionado con el estudio de interés.</p> <p>Apoyarse solamente en la literatura publicada o en representantes oficiales de la comunidad transgénero (consultores, organizaciones no gubernamentales, grupos de defensa).</p>	<p>Esforzarse por colaborar con investigadores de género no binario y transgénero; si el equipo de investigación no incluye a la población de interés, indicarlo como una limitación.</p> <p>Colaborar estrechamente con una junta comunitaria de asesoramiento compuesta de individuos que representan a las comunidades más afectadas por la investigación. Esforzarse por incluir individuos de diferentes antecedentes, incluso aquellos poco representados dentro de la investigación y considerar experiencias de identidades diversas (por ejemplo: personas de género no binario y queer, personas transgénero con neurodiversidad o capacidades diferentes; personas transgénero de color).</p>
Estudiar la población y el reclutamiento.	<p>Restringir las encuestas sobre salud reproductiva y sexual a las mujeres cisgénero o a personas que se supone son mujeres cisgénero.</p>	<p>Especificar cuando la investigación es específicamente importante para las personas que pueden concebir o que tienen una anatomía reproductiva específica como tales, más bien que relacionada con el género. En los criterios de elegibilidad, ser intencional en las evaluaciones relacionadas con la identidad de género y de sexo asignado al nacer basado en la importancia de la pregunta de investigación.</p>
Medición de género, sexo y actividad sexual	<p>Dos opciones de género: hombre/masculino; mujer/femenino.</p> <p>Una pregunta para indicar sexo o género.</p> <p>Separar las opciones “hombre-mujer” y “mujer trans-hombre trans”</p> <p>Preguntar sobre la conducta sexual solo con una pareja de género supuestamente opuesto.</p> <p>Preguntar sobre la atracción sexual solo hacia una o ambas opciones de género binario (hombre o mujer).</p>	<p>Ofrecer (como mínimo) la oportunidad de identificarse como hombre, mujer, género no binario, género queer, género no conformista, otro género no especificado u optar por no identificarse con ningún género. Sería ideal permitir a las personas escribir sobre su identidad completa de género antes de preguntarles o de tener que seleccionar a partir de una lista de identidades de género. Incluir siempre una opción para la identidad propia (espacio en blanco donde un individuo pueda escribir una identidad que no esté incluida en las opciones).</p> <p>Preguntar por separado sobre la identidad de género actual, el sexo asignado al nacer o la intersexualidad.</p> <p>Especificar “mujer cisgénero u hombre cisgénero” (más bien que suponer que es cisgénero por defecto). Ofrecer una opción para “hombre o mujer” y en otra pregunta indicar si alguien es cisgénero o transgénero.</p> <p>Preguntar sobre el/los género/s de la/s pareja/s, con opciones para el género no binario. Si es importante, preguntar específicamente sobre la actividad sexual que puede causar el embarazo (por ejemplo: “¿Participa en actividad sexual donde el esperma se derrama dentro o cerca de la vagina?”) o transmitir enfermedades.</p> <p>Solicitar a los participantes que “seleccionen todas las opciones correspondientes” en una lista de géneros a los que puedan o no sentirse atraídos y asegurarse de incluir identidades de género no binario y también la opción de no sentirse atraído por personas de ningún género. No suponer que la atracción sexual se alinea con el comportamiento sexual o que se ajusta a la identidad sexual (por ejemplo; una mujer transgénero que se identifica principalmente como lesbiana tiene sexo con mujeres cisgénero o transgénero, pero tiene sexo con hombres cisgénero de forma ocasional).</p>

(continúa)

Tabla 2 Recomendaciones para realizar investigaciones que incluyan a todos los géneros (continúa)

Contexto	Prácticas que marginan	Prácticas inclusivas
Patrones de salto de preguntas	Usar preguntas de sexo o de género para determinar los patrones de salto relacionados con la anticoncepción y el embarazo.	Si se precisan patrones de salto en las preguntas, preguntar específicamente sobre la capacidad para la concepción, la anatomía reproductiva, el sexo asignado al nacer o todos (según sea relevante para la investigación) más bien que basarse en la identidad de género para hacer preguntas importantes sobre la anticoncepción y el embarazo.
Anatomía reproductiva y sexual	Usar solo la terminología médica o técnica aceptada para la anatomía sexual (por ejemplo: senos, vagina, útero)	Permitir a los participantes especificar el lenguaje que usan para su propia anatomía y sugerir su lenguaje preferido en el formulario de encuesta. Si esto no es posible, reconocer al menos las limitaciones y la incomodidad potencial que las personas pueden sentir con los términos médicos.
	Suponer que todas las características sexuales primarias y secundarias corresponden al género indicado (y a otras características)	Preguntar sobre la anatomía específica en un inventario de órganos y reconocer que los participantes pueden ser intersexuales o tener características sexuales, anatómicas y fisiológicas a través de los procesos de afirmación de género o de otras experiencias de vida.
	Suponer las características sexuales de las parejas basándose en el género	Preguntar tanto el género como el sexo asignado al nacer de las parejas de los pacientes si es necesario, antes de hacer suposiciones sobre las posibilidades de embarazo basándose en el género afirmado de la pareja del paciente.
Difusión de los hallazgos	Presentar dos opciones de sexo o de género solamente en la descripción de la población del estudio (por ejemplo, Tabla 1)	Según sea relevante para la pregunta de investigación, presentar la identidad de género actual como distinta del sexo asignado al nacer, con más opciones que hombre o mujer. Considerar la presentación de resultados por inventario de órganos u otras medidas importantes para el resultado sanitario de interés (por ejemplo: embarazo, enfermedades de transmisión sexual) más bien que la identidad de género.
	Difundir los resultados en las revistas científicas y en conferencias solamente	Desarrollar un plan de difusión para asegurarse de que los resultados sean compartidos con las comunidades para las que son más importantes, lo que incluye las redes sociales, los blogs, los videos, las hojas de datos, etc.
	Hablar de las investigaciones relacionadas al embarazo como si le interesaran solo a las mujeres	Cuando sea posible, usar lenguaje inclusivo de género (por ejemplo: "personas embarazadas", "individuos", "pacientes") a través de secciones introductorias y de análisis. Si se requiere un lenguaje más específico sobre género, especificarlo como tal y ser claro sobre cuándo y por qué el lenguaje inclusivo es apropiado.

estamos de acuerdo con ello. Cuando no se expresa claramente la población relevante del estudio en una pregunta de investigación dada en términos de identidad de género, sexo asignado al nacer, medio hormonal o los órganos actuales que pueden restringir (o ampliar) la muestra de población innecesariamente, esto lleva a la exclusión sistemática de ciertas poblaciones en la investigación y complica nuestra capacidad de comprender si los resultados de la investigación aplican y a quién. Además, las medidas más ampliamente validadas o utilizadas de las experiencias de salud reproductiva y sexual están cargadas de heteronormativa, presunciones cisnormativas sobre los tipos de sexo que tie-

nen las personas^{42,43}, el género, el sexo asignado al nacer y los órganos actuales de las parejas de las personas y de su capacidad para concebir. Estas suposiciones hacen que las preguntas sean tendenciosas y, por lo tanto, también lo serán los datos recolectados.

Proponemos recomendaciones sobre cómo los investigadores pueden considerar más apropiadamente y definir la población relevante de estudio para cierta pregunta de investigación (en términos de identidad de género y de sexo asignado al nacer); cómo desarrollar y tomar mediciones más precisas, relevantes e inclusivas; cómo informar y disseminar hallazgos más pensados y con mayores matices

en relación con el sexo y el género, y cómo incluir a individuos de género no binario y transgénero en cada etapa del proceso, incluyendo también al equipo de investigación (Tabla 2).

CONCLUSIONES

La atención médica clínica y la investigación están estrechamente relacionadas. Las preguntas que surgen en la atención médica clínica motivan mucha investigación y esta investigación, en consecuencia, informa cambios e innovaciones en la atención médica clínica. Si se excluye a las personas de alguno de estos espacios, se las excluye de ambos. En este trabajo nos hemos esforzado por destacar las barreras clave que impiden la inclusión de las personas de género no binario y transexual en la atención de la salud reproductiva y sexual y en la investigación, y también brindamos sugerencias para abordar esas barreras. No tenemos los medios para abarcar todas las barreras existentes y sabemos que se necesita profundizar más para comprender las barreras que enfrentan las comunidades más vulnerables y con recursos diferentes dentro del colectivo de género no binario y transgénero, incluyendo las barreras específicas a los jóvenes y adolescentes, el consentimiento y participación de los padres, revelar su elección sexual y de género a los padres, etc. También hay barreras específicas de las personas de color de género no binario y transgénero, las personas con discapacidades y las personas que no hablan inglés.

El lenguaje refleja y refuerza nuestras actitudes. Cuando evaluamos nuestro lenguaje examinamos más profundamente las suposiciones que enmarcan nuestro trabajo. Es necesario cambiar el lenguaje que usamos en el ambiente en el que trabajamos para que haya mayor calidad e inclusión, pero no es una solución que abarca todos los aspectos mencionados. Más bien, es el primero de muchos pasos cruciales que necesitamos para avanzar hacia una mayor inclusión, amabilidad y, finalmente, mayor calidad en la atención clínica y en la investigación para personas de todos los géneros. Esperamos que estos comentarios contribuyan a cambiar el paradigma de la atención clínica de salud reproductiva y sexual hacia esta visión de atención médica inclusiva y de alta calidad para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Light A, Obedin-Maliver J, Sevelius J, Kerns J. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics Gynecol* 2014;124:1120–7.
2. Beatie T. Labor of love: is society ready for a pregnant male? *Advocate*, March 14, 2008.
3. National Center for Transgender Equality. Understanding non-binary people: how to be respectful and supportive. Available at: <https://transequality.org/issues/resources/understanding-non-binary-people-how-to-be-respectful-and-supportive>. Retrieved November 1, 2019.
4. Light A, Obedin-Maliver J. Opening the ob/gyn door for sexual and gender minority patients. *Contemporary OB/GYN*, January 15, 2019.
5. Sevelius JM, Keatley J, Calma N, Arnold E. “I am not a man”: trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Glob Public Health* 2016;11: 1060-75.
6. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health* 2017;107:e1–8.
7. MacCarthy S, Reisner S, Nunn A, Perez-Brumer A, Operario D. The time is now: attention increases to transgender health in the United States but scientific knowledge gaps remain. *LGBT Health* 2015;2:287–91.
8. GLAAD. Accelerating acceptance 2017: a Harris poll survey of Americans’ acceptance of LGBTQ people. Los Angeles (CA): GLAAD; 2017.
9. Deutsch M. Overview of gender-affirming treatments and procedures. Available at: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/overview>. Retrieved November 18, 2019.
10. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:332.
11. Obedin-Maliver J. Time for OBGYNs to care for people of all genders. *J Women’s Health* 2015;24:109–11.
12. Hahn M, Sheran N, Weber S, Cohan D, Obedin-Maliver J. Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: a collaborative multidisciplinary team approach. *Obstet Gynecol* 2019;134:959–63.
13. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol* 2019;222:134-43.
14. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The report of the 2015 U.S. transgender survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
15. Kates J, Ranji U, Beamesderfer A, Salganicoff A, Dawson L. Health and access to care and coverage for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals in the U.S. Available at: <http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Health-and-Access-to-Care-and-Coverage-for-LGBT-Individuals-in-the-US>. Retrieved August 3, 2018.
16. Klein D, Berry-Bibee E, Keglovitz Baker K, Malcolm NM, Rollison JM, Frederiksen BN. Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: a systematic review. *Contraception* 2018;97:378–91.
17. Rodriguez A, Agardh A, Asamoah B. Self-reported discrimination in health-care settings based on recognizability as transgender: a cross-sectional study among transgender U.S. citizens. *Arch Sex Behav* 2017;47:973–85.
18. Stroumsa D, Wu JP. Welcoming transgender and nonbinary patients: expanding the language of “women’s health.” *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:585.e1–5.
19. Jones B, Williams N, Saso S, Thum MY, Quiroga I, Yazbek J, et al. Uterine transplantation in transgender women. *BJOG* 2019;126:152–6.
20. Finlay J. Seahorse. Available at: <https://seahorsefilm.com/>. Retrieved January 26, 2020.
21. Barker J A deal with the universe. Available at: <https://www.imdb.com/title/tt8014038/>. Retrieved January 26, 2020.
22. Huberdeau R. Transforming family. Available at: <https://www.imdb.com/title/tt11171320/>. Retrieved January 26, 2020.
23. Davis K. Southern comfort. Available at: <https://www.imdb.com/title/tt0276515/>. Retrieved January 26, 2020.
24. Reisner S, Perkovich B, Mimiaga M. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care STDS* 2010; 24:501–13.
25. Unger CA. Care of the transgender patient: a survey of gynecologists’ current knowledge and practice. *J Women’s Health* 2015;24:114-8.

26. Forsberg H. Practices, challenges and needs of healthcare providers doing contraceptive care for transmasculine and non-binary assigned female at birth patients. Pittsburgh (PA): American Public Health Association; 2019.
27. Department of Health and Human Services. Nondiscrimination in health programs and activities. 45 CFR Part 92; RIN 0945-AA02. Vol Section 1557 of the Affordable Care Act 2016.
28. Khalili J, Leung LB, Diamant AL. Finding the perfect doctor: identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *Am J Public Health* 2015;105:1114-9.
29. Dubin SN, Nolan IT, Streed CG Jr, Greene RE, Radix AE, Morrison SD. Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Adv Med Educ Pract* 2018;9:377-91.
30. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA* 2011;306:971-7.
31. Mendez J. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York (NY): United Nations General Assembly; 2013.
32. The Associated Press. Japan's Supreme Court upholds transgender sterilization requirement. Associated Press, January 25, 2019. Available at: <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/japan-s-supreme-court-upholds-transgender-sterilization-requirement-n962721>. Retrieved March 23, 2020.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral risk factor surveillance system: 2017 BRFSS survey data and documentation. Atlanta (GA): CDC; 2017.
34. Tordoff D, Andrasik M, Hajat A. Misclassification of sex assigned at birth in the behavioral risk factor surveillance system and transgender reproductive health: a quantitative bias analysis. *Epidemiology* 2019;30:669-78.
35. Grynberg M, Fanchin R, Dubost G, Colau JC, Brémont-Weil C, Frydman R, et al. Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reprod Biomed Online* 2010;20:553-8.
36. De Roo C, Lierman S, Tilleman K, Peynshaert K, Braeckmans K, Caanen M, et al. Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reprod Biomed Online* 2017;34:557-66.
37. Schagen SE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *J Sex Med* 2016;13:1125-32.
38. Chan KJ, Liang JJ, Jolly D, Weinand JD, Safer JD. Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocr Pract* 2018;24:565-72.
39. Wiepjes CM, de Jongh RT, de Blok CJ, Vlot MC, Lips P, Twisk JW, et al. Bone safety during the first ten years of gender-affirming hormonal treatment in transwomen and transmen. *Circ Res* 2019; 34:447-54.
40. Dadasovich R, Auerswald C, Minnis AM, Raymond HF, McFarland W, Wilson EC. Testosterone and sexual risk among transmen: a mixed methods exploratory study. *Vital Health Stat* 2017;19:256-66.
41. Pollitt K. Who has abortions? *The Nation*, March 13, 2015.
42. Alpert AB, Cichoski Kelly EM, Fox AD. What lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex patients say doctors should know and do: a qualitative study. *J Homosex* 2017;64: 1368-89.
43. Sevelius J. "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with nontransgender men. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009;20:398-410.
44. Pederson S. A new and inclusive intake form for diagnostic imaging departments. *J Med Imag Radiation Sci* 2018;49:371-5.

HISTORIAL DE REVISIÓN POR EXPERTOS

Recibido el 13 de diciembre de 2019. Recibido con revisiones el 27 de enero de 2020. Aceptado el 30 de enero de 2020. Las revisiones de los expertos y la correspondencia con el autor están disponibles en: <http://links.lww.com/AOG/B813>.