

# EL URÓLOGO Y LA PERSONA TRANSGÉNERO 33 AÑOS DESPUÉS

## THE UROLOGIST AND TRANSGENDER PEOPLE 33 YEARS AFTER

Autor: Mac Millan S., Guillermo (1), Co-autor: Mac Millan K., Christian (2), Colaborador: Yunge D., Perla (3)

### RESUMEN

**Introducción:** En 1988 publiqué en la Revista Chilena de Urología, el artículo "El Urólogo y el Transexualismo", que resumía la experiencia acumulada de 70 operaciones de personas trans con psiquis femenina. El presente documento revisa dicho trabajo, luego de 45 años desde la primera cirugía, y transcurridos 33 años de dicha publicación.

Para facilitar la comparación con el artículo original, nos focalizamos en trans femeninos, aunque se han realizado más de 40 cirugías a trans masculinos, y muchos de los puntos tratados aquí aplican a ambos casos.

**Material y Métodos:** Se revisan los principales temas tratados en el artículo de 1988, considerando los conocimientos actuales, las lecciones aprendidas y la experiencia clínica acumulada. El análisis incluye: el nombre que identifica la cirugía, la distinción sexo/género, la distinción transexual/homosexual, el rechazo de los genitales, prevalencia, etiología, diagnóstico, técnica quirúrgica, la legislación y las autoridades de salud, objeciones recurrentes y un breve análisis de la situación actual junto con los desafíos futuros.

**Resultados:** La revisión permite verificar que algunos puntos se mantienen inalterados a lo largo de los años, mientras que otros han requerido profundas modificaciones. Junto con ello, se hace necesario incorporar perspectivas que hoy son materia de debate y que se encuentran en desarrollo.

**Conclusiones:** La experiencia exitosa de 45 años con más de 700 pacientes trans, femeninos y masculinos, permite consolidar la genitoplastia como un acto médico legítimo y provechoso, y al paciente trans como un paciente urológico de pleno derecho.

**Palabras Clave:** Transexualidad, transexualismo, transgénero, cirugía de reasignación sexual (SRS), genitoplastia feminizante.

### ABSTRACT

**Introduction:** Back in 1988, the article "The Urologist and Transsexualism" was published by me in Revista Chilena de Urología, summarizing cumulative experience of 70 surgeries of trans people with female psyche (MTF, male to female).

The present document reviews that work, 45 years after the first surgery and 33 years after publication.

In order to facilitate comparison with the original article, we focused on trans female only, although more than 40 surgeries have been performed on trans male, and many of the topics discussed here apply to both cases..

**Material and Methods:** Main topics covered in the previous article are reviewed, considering current knowledge, lessons learned, and accumulated clinical experience. Analysis includes: name identifying the surgery, sex/gender distinction, transsexual/homosexual distinction, rejection of genitalia, prevalence, etiology, diagnosis, surgical technique, legislation and health authorities, repeated objections and a brief analysis of current situation along with future challenges.

**Results:** The review allows to verify that some points remain unchanged over the years, while others have required profound modifications. Along with this, it is necessary to incorporate perspectives that are currently subject of debate and under development.

**Conclusion:** The successful experience of 45 years with more than 700 trans patients, female and male, allows for the consolidation of genitoplasty as a legitimate and fruitful medical act, considering a trans patient as a full-fledged urological patient.

**Keywords:** Transsexuality, transsexualism, transgender, sex reassignment surgery (SRS), feminizing genitoplasty.

(1) Médico Cirujano, Universidad de Chile.

(2) Psicólogo, Universidad Diego Portales.

(3) Médico Cirujano, Universidad de Valparaíso.

Fecha de envío: 15/03/2021

Fecha de aceptación: 11/04/2021

Contacto:

[macmillangmo@gmail.com](mailto:macmillangmo@gmail.com)

## Introducción

La transexualidad es un desafío médico que compromete a profesionales de distintas especialidades incluyendo cirujanos, endocrinólogos, psiquiatras y psicólogos, entre otros.

La genitoplastia es la cirugía más compleja de las requeridas por una persona trans, y corresponde a una intervención reconstructiva en una persona que ya vive como mujer en distintos planos, lo que puede incluir su rol social, los caracteres sexuales secundarios, su estatus jurídico y documentos legales.

Lo anterior, configura la situación opuesta a lo que por décadas se ha llamado en forma equivocada "operaciones de cambio de sexo", ya que la intervención quirúrgica aborda una situación consumada, estable en el tiempo e imposible de eludir, que es la transición materialmente ejecutada por el paciente, hacia el género contrario.

Este trabajo considera la experiencia obtenida luego de 45 años desde la primera operación en 1976, y con más de 700 cirugías exitosas, buscando la correcta incorporación a la especialidad de un problema médico de un grupo pequeño pero todavía mal comprendido.

### La Denominación Del Procedimiento Quirúrgico

En el artículo de 1988, identifiqué la operación como "*cirugía de adaptación genital*".

Hoy nos parece un nombre muy general, aunque ampliamente preferible a la equivocada idea de "cambio de sexo", por cuanto desde un comienzo comprendimos que el sexo ya venía modificado y que la cirugía constituía una intervención que ajustaba la anatomía, específicamente la genital, al género experimentado por el paciente en forma irrenunciable.

En materias sensibles como ésta, los nombres no son triviales ya que no solo revelan una preferencia profesional por una u otra técnica sino que también, muestran la forma como el cirujano entiende su actividad.

La intervención ha recibido diferentes nombres: corrección quirúrgica del sexo (surgical sex change, 2), cirugía de afirmación de género (gender affirmation surgery, 3), cirugía de re-asignación sexual (SRS: sex reassignment surgery, 4), entre otras.

Cuando optamos por identificar la intervención como GENITOPLASTIA FEMINIZANTE queremos destacar que:

- La cirugía no ejecuta una transformación de la persona. No cambia el sexo, no modifica el género. Todo ello ya viene definido antes de la cirugía.
- La cirugía no confirma ni reafirma el género.
- Las personas trans que no quieren cirugía genital, no son menos hombres o menos mujeres por haber decidido finalizar su proceso de transición sin modificar sus genitales.
- El mismo argumento aplica para personas trans femeninas que optan por una cirugía genital que incluye sólo vulvoplastia sin neovagina, y para personas intersexuales que nacieron con genitales ambiguos.
- Es un error tipificar a una persona como hombre o como mujer, usando como único criterio la apariencia de los genitales externos o la combinación genética del par XX o XY.

### Sexo y Género

La distinción entre ambos conceptos se ha instalado recientemente, aunque su origen data de 1955, a partir de los trabajos del psicólogo norteamericano John Money (5).

El sexo apunta a variables biológicas y definen los genitales y las características sexuales secundarias.

El género describe variables psicológicas, sociológicas y culturales,

incluyendo la identidad de género experimentada por la persona.

En la época del artículo, la práctica médica no distinguía entre sexo y género, y por ello definíamos transexualismo como una "anomalía de la identidad sexual".

Hoy la definiríamos como una alteración de la identidad de género que, al ser incongruente con el sexo asignado al nacer, produce una disforia intensa y permanente, que el paciente busca resolver mediante hormonas y cirugía.

De acuerdo con ello, suscribimos la definición del DSM-V que destaca la fuerte identificación con el género contrario y la constante insatisfacción con su sexo anatómico.

### Transexual y Homosexual

Así como no existía la distinción sexo-género, y ambos términos se usaban como sinónimos, tampoco se distinguía con claridad entre la orientación sexual y la identidad de género.

En el artículo (1988), separamos en forma categórica al paciente transexual de la persona homosexual: las pacientes se definían como mujeres atraídas por hombres heterosexuales y, en consistencia con ello, buscaban la cirugía como una forma de alinear su anatomía con su orientación sexual. La situación ha cambiado mucho desde entonces.

Los años han mostrado que las personas trans buscan la cirugía para obtener una armonía personal con su cuerpo, y ello, con independencia de su orientación sexual. Es decir, existen pacientes trans con orientación hetero, homo y bisexual.

Así, algunas personas trans de psiquis femenina, me planteaban abiertamente su preferencia homosexual, y que buscaban modificar sus genitales masculinos en femeninos manteniendo actividad sexual con mujeres, y esto no les generaba conflicto alguno porque se consideraban lesbianas.

Lo anterior, planteó un desafío profesional importante y significó modificar la forma en que comprendía mi intervención en el proceso: ya no se trataba de liberar a una mujer que vivía encerrada en el cuerpo equivocado, ya no se trataba de liberar a una mujer que nació equivocadamente en el cuerpo de un hombre y que con la cirugía podía emerger a una vida sexual plena, formando pareja con un hombre heterosexual.

De hecho, este era el caso, en la gran mayoría de mis pacientes: formaban pareja, algunas se casaban y adoptaban hijos.

En el nuevo escenario, comprendí que la persona trans de psiquis femenina buscaba sentirse cómoda en un cuerpo cuyos genitales contradecían en forma intensa y permanente su convicción irrenunciable de ser una mujer, y que esta contradicción refería a su propio cuerpo y no guardaba relación alguna con su orientación sexual.

Se hizo evidente que la identidad de género y la orientación sexual iban por caminos separados.

Del mismo modo comprendí, que la intensa contradicción tampoco guardaba relación con la fuerza del deseo sexual: algunas personas trans de edad avanzada, otras célibes sin actividad sexual o definidas como asexuales, buscaban con persistencia la cirugía, mostrando nuevamente, que la motivación que conduce a la genitoplastia es el imperativo de armonizar su anatomía genital con su identidad de género y no la eventual satisfacción sexual o erótica.

La intensa búsqueda para armonizar genitales e identidad de género, en ausencia de vida sexual activa y sin interés por buscar compañero sexual, muestra que no es la mirada de una eventual pareja erótica lo que complica intensamente a la persona trans, sino su experiencia personal y su propia mirada frente a su cuerpo.

### El Rechazo De Los Genitales:

En la época del artículo (1988), el intenso rechazo a los genitales propios, era el síntoma inequívoco para identificar a una persona trans.

El conflicto podía ser tan intenso e insostenible, que algunos pacientes llegaban a la automutilación, procurando desprenderse de aquello que les producía tanto rechazo.

La situación actual es muy diversa y amerita un abordaje distinto.

Resulta más adecuado comprender el rechazo, lo que hoy se identifica como disforia, como una experiencia compleja, conformada por tres vertientes a lo menos: los genitales, los caracteres sexuales secundarios y el rol social de género.

Por ejemplo, un número creciente de personas trans, ha realizado su transición de masculino a femenino y viceversa, cambiando su sexo legal, su rol social y los caracteres sexuales secundarios mediante hormonas, sin requerir la cirugía.

Lo anterior implica por una parte, que al médico puede resultarle más complejo saber si trata con una persona trans y, por otra, que se ha abierto una oportunidad de abordaje interdisciplinario muy importante que permite apoyar a la persona trans buscando el enfoque que se ajuste mejor a su realidad concreta.

En consistencia con lo anterior, la implementación de policlínicos multidisciplinarios en los distintos hospitales que incluyan endocrinólogos, profesionales de psiquiatría y psicología, junto con cirujanos de distintas especialidades, implica una notable mejora en la atención de estos pacientes.

### Prevalencia:

Determinar el número de personas trans, y cuántos en dicho grupo requieren apoyo médico y/o quirúrgico, es complejo. A pesar de ello, comparto algunas reflexiones sobre el tema.

Estudios recientes hacen equivalente la disforia de género y la transexualidad. En términos generales, toda persona trans que solicita cirugía ha presentado una disforia de género intensa y prolongada por muchos años.

Pero lo contrario no es correcto: existen muchas personas con disforia de género, que no buscan cirugía o para quienes la operación está contraindicada. He recibido varios pacientes con diagnóstico de disforia de género, emitido por eminentes psiquiatras que NO aplicaban para la cirugía, si consideramos los estándares de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health).

La lógica indica que hay más personas con disforia de género que personas trans que desean cirugía. Las estadísticas debieran considerar este punto. De lo contrario, las cifras que estiman la población trans estarían muy sobrestimadas. Creo que sucede aquello, cuando señalan que el universo trans sería hasta de 1,3% de la población general (6).

Según este porcentaje, en Chile habrían más de 200 mil personas trans, lo que me parece poco probable y contradice mi experiencia clínica y los datos que provienen de otras fuentes, que señalan un porcentaje máximo de 0,3% (7).

Por otra parte, se indica con frecuencia que, la cifra estaría subestimada por el temor que tienen las personas trans a ser estigmatizadas o discriminadas. Al respecto, a partir de la vigencia de la Ley de Identidad de Género, puedo comentar que para mí queda claro que las personas trans que buscan modificar su sexo registral, es claramente mayor que las personas que se encuentran en lista de espera para cirugía. Destaco que quienes realizan el trámite en el Registro Civil son personas que ya viven de acuerdo con su sexo psíquico, que es el opuesto al sexo asignado al nacer, y que a la fecha ascienden a 2.201 personas (1.286 de masculino a femenino, y 915 de femenino a mascu-

lino, según cifras del Registro Civil, entre el 27 de diciembre de 2019 y el 16 de diciembre de 2020).

Finalmente, es claro que el tema de la prevalencia no puede resolverse en forma dogmática, sino sólo mediante cifras, datos, investigaciones y estudios longitudinales, entre otros.

### Etiología

En el artículo de 1988, señalé que la etiología era desconocida. Desde entonces, una evidencia creciente señala eventos prenatales que actúan en el cerebro, antes que el embrión tenga definido el aparato reproductor y los genitales, generando una discordancia entre zonas específicas del cerebro vinculadas con la identidad de género, y el sexo genital identificable en el recién nacido.

La literatura científica es abundante y este no es el lugar para tratar el tema con detalle.

Remito al lector al trabajo (8) "Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality", publicado en Nature en 1995, por el destacado endocrinólogo holandés, Louis J.G. Gooren, fundador de la clínica de género del Hospital de la Vrije Universiteit.

Junto con ello, señalo dos ejemplos clínicos, que se presentan en la actividad médica general para ilustrar el concepto:

- "MUJER XY": La insensibilidad androgénica completa, genera una persona XY, cuya presentación física y psíquica es la de una mujer.
- "HOMBRE XX": La hiperplasia suprarrenal no tratada o tardía, puede generar una persona genéticamente XX, que recibe testosterona en forma precoz y permanente, y cuya presentación física y psíquica es la de un hombre.

Tenemos pues, que la producción patológica de hormonas masculinas en el feto hembra o la insensibilidad a la acción de hormonas masculinas en el feto varón, pueden derivar en una identidad de género contraria al genotipo.

El año 2005, con motivo de un Congreso Internacional de Urología, pudimos compartir experiencias con el Dr. Philip G. Ransley, experto británico en urología pediátrica, con gran experiencia en niños con genitales indeterminados o ambiguos, quien confirmó ampliamente nuestras intuiciones iniciales:

- El cariotipo no determina el género de la persona,
- El cerebro es el principal órgano sexual,
- La identidad de género, o el sexo psicológico según la terminología de la época, parece inmodificable,
- Y en presencia de genitales ambiguos no sabemos con certeza precoz cual será el sexo psíquico de un paciente en edad adulta y, por ello, la cirugía genital sólo debiera aplicarse con posterioridad a la definición del sexo psíquico.

Todo lo anterior, nos permite entender la transexualidad, como una forma compleja de intersexualidad, vinculada con situaciones ocurridas en el primer trimestre de gestación (9).

### Diagnostico:

El año 2019, la Organización Mundial de la Salud planteó un cambio significativo en el tema trans, modificando los Manuales de Diagnóstico, al reemplazar el concepto de "Trastorno de Identidad de Género" (Gender Identity Disorder) por el de "Incongruencia de Género" (Gender Incongruence, 10).

A partir de ese momento, las personas trans no se consideran portadoras de una patología o enfermedad, sino personas que presentan una variabilidad de género.

Las consecuencias de lo anterior aplican en distintos ámbitos incluyendo la oportunidad de una persona para optar por la cirugía: ya no

se solicita un diagnóstico psiquiátrico sino la satisfacción de criterios de elegibilidad y que, de acuerdo a la WPATH (World Professional Transgender Health, 11), son:

- Disforia de género persistente y bien documentada.
- La disforia no es generada por otro trastorno: esquizofrenia, depresión, etc.
- Capacidad de tomar una decisión documentada con pleno conocimiento de causa y de otorgar consentimiento a una cirugía de consecuencias irreversibles, incluyendo la infertilidad.
- Mayoría de edad, de acuerdo a la legislación de cada país.
- 12 meses continuos de terapia hormonal en el género contrario al asignado al nacer (cross-sex hormone therapy).
- 12 meses continuos viviendo en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.

### La Técnica Quirúrgica:

Hemos consolidado una técnica muy elaborada, con mejoras sucesivas a lo largo de 35 años. En un tiempo quirúrgico, con 5 horas de pabellón, incluye penectomía, orquitectomía bilateral, resección de uretra distal, clivaje perineal entre vejiga y recto, construcción de neovagina cutánea a expensas de piel peneana y piel escroto-perineal a modo de injerto libre pediculado, meatoplastia con muñón de uretra bulbar, y plastia de labios a expensas de colgajos escrotales.

Las principales mejoras incluyen la construcción de un neo-clitoris y labios menores aplicando una técnica modificada similar al colgajo de Chonburi, entre otras.

Consideramos de gran utilidad explicar los detalles de la evolución de la técnica quirúrgica, y establecer una comparación con el abordaje de otros cirujanos, cuestión que sin embargo desborda el propósito del presente artículo.

### Legislación y Autoridades Administrativas

Es importante describir el entorno en que se han realizado las operaciones.

La genitoplastia siempre generó intensa controversia y sólo fue posible en el contexto de un vacío legal y administrativo que no respaldaba ni regulaba, pero tampoco prohibía, su implementación.

Ello significa que no se consideraba una práctica ilegal, como ocurría en esos años en Argentina, pero tampoco se validaba expresamente como procedimiento encaminado a resolver problemas de salud pública.

A ello se suman los prejuicios, la falta de información, y la ausencia de respaldo de parte de las autoridades de salud, factores que en conjunto, generaron un entorno claramente hostil.

La consecuencia práctica de lo indicado fue que, durante décadas, la operación se ejecutó en el límite de la clandestinidad, con un gran esfuerzo de mi parte y del equipo de profesionales que me apoyaba.

A pesar de las dificultades, nos mantuvimos operando un promedio de 10 personas por año, con un total de 400 personas sólo en el Van Buren.

En orden cronológico podría destacar lo siguiente, para que se comprenda bien la situación:

- En 1976 se efectuó la primera cirugía en el Hospital Van Buren.
- Como la operación generaba tanta resistencia, cada vez que había un cambio de director en el hospital, debía preguntar a las nuevas autoridades si podía operar. Generalmente decían que sí, pero evitaban comprometerse con una respuesta formal y a la primera dificultad debíamos detenernos.

- En este contexto nos mantuvimos durante mucho tiempo, operando mientras fuera posible.
- En los años ochenta, por indicación escrita, los directivos locales impidieron expresamente operar a estos pacientes en el sistema público de salud.
- Durante los períodos de prohibición, el equipo médico accedió a trasladarse y operar en el lugar de residencia del paciente: Santiago, Iquique y Concepción, entre otros.
- La razón para continuar con cirugías, era la sostenida demanda de los propios pacientes, que permanentemente superaba nuestra capacidad de atenderlas en pabellón, generando una lista de espera creciente hasta el día de hoy.
- En 1992 un recién asumido director del hospital me aconsejó buscar apoyo formal planteando el tema al Comité de Ética del Hospital, lo que hice en mi rol de médico jefe del Servicio de Urología.
- Dos años después, en 1994, el Comité determinó que "*no hay normativas legales ni a favor ni en contra*", que no había ningún documento oficial de la Iglesia Católica sobre el tema, y se reconocía que la operación le producía "*paz y equilibrio a los pacientes*". No obstante lo anterior, se indicó expresamente que "*debería prohibirse la difusión pública, de las cirugías para evitar problemas que pudieran afectar el prestigio del Hospital*".

A partir del año 2010, y en el contexto de una intensa actividad de agrupaciones trans, los organismos de Salud Pública emitieron varios documentos que no modificaban sustancialmente los recursos disponibles para las cirugías, pero constituyeron una mejora importante al brindar reconocimiento formal a pacientes que durante décadas estuvieron excluidos del Sistema de Salud.

- En junio de 2010, la Subsecretaría de Salud, a través de DIPRECE, genera una "Vía Clínica", buscando facilitar el acceso y atención de personas con discordancia entre sexo físico e identidad de género, y reconoce al Hospital Van Buren como único centro quirúrgico para la genitoplastia.
- En 2011, la Subsecretaría de Salud emite la circular N° 34 y en junio de 2012 la circular 21. En estos documentos se reconoce por primera vez la existencia de personas trans, se aceptan sus necesidades en materia de salud, y se instruye al personal del sistema público a tratarlos de acuerdo con su nombre social, en forma personal y en los registros.
- En julio de 2012 se promulga la Ley de No Discriminación, citando explícitamente la condición de identidad de género.
- El mismo año, la Dirección del Hospital Van Buren, reconoce y respalda la cirugía de personas trans, y acepta pacientes derivados de otras regiones del país.
- El 2013, con auspicio del Ministerio de Salud, realicé un curso de entrenamiento para cirujanos urólogos en la ejecución de la genitoplastia feminizante, incluyendo la comprensión integral del problema y manejo quirúrgico de las pacientes trans de psiquis femenina.
- Dos años después, realicé un curso similar para genitoplastia masculinizante.
- En enero del 2018, la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales, mediante el Ordinario 362, y luego de muchas insistencias de mi parte, estableció que los requerimientos médicos de las personas trans, deben ser asumidos por las especialidades correspondientes, "*de acuerdo a sus posibilidades resolutorias*". Junto con ello, declara su respaldo "*a los*



*equipos que han iniciado actividades de atención tanto médica como quirúrgica*" en la atención de personas trans, cautelando principios de respeto y no discriminación.

- En diciembre de 2018 se promulga la Ley de Identidad de Género, número 21.120, que reconoce el derecho de las personas trans, a ajustar su identidad jurídica con su identidad de género, sin exigir requisitos quirúrgicos ni psiquiátricos.

### **Antiético, Inmoral y Contra-Natura**

Cada vez que han tratado de bloquear la cirugía, apelan a estos argumentos: las operaciones serían antiéticas, inmorales y contra-natura.

Respecto del primer punto, reitero la resolución favorable del Comité de Ética del Hospital Van Buren, emitida en 1994, que validó la cirugía como acto médico lícito.

Sobre el segundo punto, creo que lo realmente inmoral es oponerse a que alguien viva mejor solo porque lo que le pasa "no lo entiendo o me molesta".

Y sobre el tercer punto, debo decir que toda la medicina es contra-natura. Todo lo que hacemos, la quimioterapia, la radioterapia, la diálisis renal, las drogas, el trasplante de órganos en todas sus formas, con todo eso, tratamos de torcerle la mano a la naturaleza. La medicina busca cambiar el curso natural de las patologías para beneficio de los pacientes.

Por lo tanto, frente a estas tres supuestas objeciones mantengo inalterable la posición señalada en el trabajo de 1988: ejerzo el acto quirúrgico con el propósito de aliviar a una persona portadora de un trastorno que afecta en forma gravísima toda su vida, presente y futura.

Nadie está obligado a llevar una existencia alienada y penosa para satisfacer gustos o posiciones ajenas, salvo que amenace o cause perjuicios a terceros o a la comunidad.

Por ello considero absolutamente justificada la cirugía en todos los pacientes que he atendido como urólogo.

Junto con ello, estoy convencido que, si debemos evaluar el procedimiento quirúrgico por los resultados obtenidos, podemos decir con seguridad que nuestros pacientes después de la cirugía mejoran categóricamente su calidad de vida y su bienestar general.

La mayor parte obtiene una notoria rehabilitación social y psicológica que facilita muchísimo su incorporación a sus familias, sus comunidades, los establecimientos de educación y lugares de trabajo.

Antes de eso, muchas personas trans sentían que estaban condenadas a una vida de marginalidad y perpetuo aislamiento.

En mi extensa vida profesional, he realizado innumerables cirugías de alta complejidad, hemos resuelto muchos problemas quirúrgicos serios, incluyendo cáncer, cirugía reconstructiva y trasplantes. He sido profesor de la especialidad, Jefe de Servicio en el Van Buren y Presidente de la Sociedad Chilena de Urología. La actividad con los pacientes trans nunca superó el 10 % de mis tareas quirúrgicas.

Pero ha sido por lejos, la más satisfactoria de todas: una cirugía que cambia una vida como en ningún otro paciente. Y no solo la vida de los pacientes sino también de sus familias.

Y este argumento me parece fundamental: que un acto quirúrgico de 5 horas, que se realiza sin el apoyo de grandes tecnologías, pueda cambiar en forma tan radical la vida de una persona, me gratifica enormemente. Pacientes que operé hace 30 años, me visitan hoy en mi consulta y siguen muy satisfechas.

Nada ha sido más gratificante que mejorar la vida de personas que sienten que han nacido en un cuerpo que no les corresponde.

### **Situación Actual y Desafíos Futuros**

Luego de mi retiro del Hospital Van Buren, durante el 2019, tras 54 años de servicio ininterrumpido, la situación se ha vuelto incierta.

Existen cirujanos competentes que fueron entrenados bajo mi supervisión y que se desempeñan en diversos centros hospitalarios. Pero, sin un apoyo institucional centralizado ya que los servicios actúan en forma inorgánica y sin financiamiento.

No hay capacidad real de oferta y resolución, y las listas de espera se acrecientan.

Hay dificultades para levantar y centralizar las estadísticas básicas del funcionamiento, siendo altamente probable un sub-registro en número y tiempos de espera.

Por lo anterior, considero necesario:

- Incorporar los procedimientos quirúrgicos de personas Trans al sistema de códigos Fonasa. De particular relevancia es la genitoplastia feminizante que afecta no solo a personas trans sino a mujeres biológicas que nacen sin vagina o que la pierden (síndrome de Rokitansky, daño por radioterapia, etc.).
- Desarrollar otros centros de derivación en la red de asistencia pública del norte y sur del país.
- Dotarlos de equipos multidisciplinarios bien capacitados en el tema.
- Entrenar nuevos cirujanos para brindar una cobertura completa a la comunidad trans que solicite cirugía genital.
- Garantizar acceso a pabellones quirúrgicos a los equipos de cirujanos con un cupo anual garantizado.
- Incorporar estos centros en una política nacional de salud orientada a la persona trans, con modelos de gestión y protocolos certificados.
- Asignar un presupuesto de operaciones que defina recursos y actividades que permitan mantener un sistema de atención que no dependa del liderazgo de personas tremendamente motivadas, pero que no cuentan con recursos suficientes para atender la demanda.

### **Conclusiones**

El presente trabajo cumple dos propósitos: por una parte, compartir el aprendizaje de 40 años de experiencia en genitoplastias y, junto con ello, mostrar que las personas trans que solicitan cirugía genital, deben ser consideradas como pacientes urológicos de pleno derecho, como cualquier paciente que requiere cirugía reconstructiva, logrando una mayor comprensión de la transexualidad por parte de la profesión médica en general, y en particular de los colegas urólogos, para brindar una ayuda oportuna a estos pacientes con los mejores resultados.

## Bibliografía

1. Mac Millan S., Guillermo.  
El Urólogo y el Transexualismo.  
Revista Chilena de Urología, Vol. 51, 1988
2. Laub, D., Fisk, N.  
A Rehabilitation Program for Gender Dysphoria Syndrome by Surgical Sex Change.  
Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 53, 1974.
3. Salim, A., Poh, M.  
Gender Affirming Penile Inversion Vaginoplasty.  
Clinics in Plastic Surgery, Vol. 45, 2018.
4. Dhejne, C., Lichtenstein, P., Bowman, M., Johansson, A., Langström, N., Landén, M., Scott, J.  
Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery\_Cohort Study in Sweden.  
PLoS ONE, Vol. 6, 2011.
5. Money, J., Hampson, J.G., & Hampson, J. L. (1955a).  
An Examination of Some Basic Sexual Concepts: The Evidence of Human Hermaphroditism.  
Johns Hopkins Hospital Bulletin, 97, 301-319.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955b).  
Hermaphroditism: Recommendations Concerning Assignment of Sex, Change of Sex, and Psychologic Management.  
Johns Hopkins Hospital Bulletin, 97, 284-300.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957).  
Imprinting and the establishment of gender role.  
Archives of Neurology & Psychiatry, 77, 333-336.
6. Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., et al.  
Transgender People: Health at the Margins of Society.  
The Lancet, 2016.
7. Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S., Landén, M.  
An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, Incidence, and Regrets.  
Archives of Sexual Behavior, Vol. 43, 2014.
- WPATH. World Professional Association for Transgender Health.  
Normas de Atención para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género.  
7ma versión, 2012, páginas 7 y 8.  
[www.path.org](http://www.path.org)
- Gates, Gary J.  
How Many People are Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender?  
UCLA, School of Law, Williams Institute, 2011  
<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/how-many-people-lgbt/>
8. Gooren, L., Zhou, J., Hofman, M., Swaab, D.  
A Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality.  
Nature, Vol. 378, 1995.
9. Liao, L., Audi, L., Magritte, E., Meyer-Bahlburg, H., Quigley, C.  
Determinant Factors of Gender Identity: a Commentary.  
Journal of Pediatric Urology, Vol. 8, 2012.
10. Slagstad, Ketil.  
The Political Nature of Sex. Transgender in the History of Medicine.  
The New England Journal of Medicine, Feb. 2021.  
DOI: 10.1056/NEJMms2029814
11. WPATH. World Professional Association for Transgender Health  
Normas de Atención para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género.  
7ma versión, 2012.  
[www.path.org](http://www.path.org)