



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE SALUD Y SERVICIOS DISPONIBLES PARA LA POBLACIÓN TRANS DE GUATEMALA

AIDSTAR-One
APOYO Y RECURSOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN SIDA

MAYO 2013

Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE. UU (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (AIDSTAR-One), Sector I, Orden de Trabajo I.

DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE SALUD Y SERVICIOS DISPONIBLES PARA LA POBLACIÓN TRANS¹ DE GUATEMALA

¹ El término “trans” recoge aquí el conjunto variado de vocablos utilizados para referirse a las personas objeto de este estudio. Véanse las secciones sobre el Marco Conceptual y la Metodología para una explicación más detallada.

Proyecto de Recursos de Asistencia Técnica y Apoyo para SIDA

Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE. UU (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (AIDSTAR-One), Sector 1, Orden del Trabajo 1.

Cita Recomendada

Tallada, Joan, Aysa Saleh-Ramírez, y José Toro. 2013. *Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para La Población Trans de Guatemala*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Agradecimientos

Varias personas contribuyeron al desarrollo e implementación del diagnóstico. Giovanni Meléndez y Lindsay Stewart de USAID brindaron apoyo y orientación al equipo investigador. El proyecto AIDSTAR-One en particular reconoce las contribuciones del equipo de recolección de datos, Carlos Romero, Fatime Medina, Stacy Velasquez, Scarlet Velasquez, y Mariana Iurcovich. También reconocemos la apertura y el apoyo de la Organización Reinas de la Noche- OTRAN, el Programa Nacional de VIH/SIDA, y la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), especialmente los técnicos que participaron en la validación de los instrumentos. Finalmente, damos gracias a las y los participantes del diagnóstico por compartir sus experiencias con nosotros. Esperamos que este informe sirva de herramienta para el fortalecimiento de los servicios de salud.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Teléfono: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Correo electrónico: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

CONTENIDO

Lista de Abreviaturas	v
Resumen Ejecutivo	vii
Antecedentes	1
Marco Conceptual	5
Objetivos del Diagnóstico	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Metodología	11
Socios y Zonas Geográficas.....	11
Recolección de Datos.....	11
Entrevistas Estructuradas.....	11
Grupos Focales.....	12
Entrevistas Semi-estructuradas con Profesionales de la Salud.....	12
Validación de los Instrumentos	13
Reclutamiento de Participantes	13
Protección de los Participantes del Diagnóstico.....	13
Equipo del Diagnóstico.....	14
Limitaciones de la Metodología	14
Hallazgos: Personas Trans	15
Características socio-demográficas de las participantes	15
Identidad de Género, Uso de Hormonas y Orientación Sexual	19
Conductas Sexuales	23
Conocimiento, Prueba y Diagnóstico sobre VIH/SIDA e ITS.....	25
Aspectos Psicosociales	28
Acceso a los Servicios de Salud.....	32
Hallazgos: Proveedores de Salud	37
Descripción Socio-demográfica y Laboral	37
Percepción de Discriminación de la Comunidad Trans por Parte de los Proveedores de Salud	37
La Población Trans y los Servicios de Salud.....	38
Recomendaciones.....	43
Conclusiones.....	47
Referencias	49

Gráfica

Gráfica 1. Mapa político de Guatemala.....	15
Gráfica 2. Edad informada por las participantes (n=218).....	16
Gráfica 3. Nivel educativo de las participantes (n=217).....	16
Gráfica 4. Situación de empleo de las participantes (n=221).....	17
Gráfica 5. Ingreso mensual aproximado reportado (en quetzales, n=214).....	18
Gráfica 6. Situación de vivienda informada por las participantes (n=221).....	18
Gráfica 7. Identificación de género reportada (n=221).....	19
Gráfica 8. Orientación sexual reportada (n=220).....	22
Gráfica 9. Uso de drogas y sexo bajo su influencia (n=219).....	24
Gráfica 10. Si una persona se hace la prueba de VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene sida (n=221).....	26
Gráfica 11. La cantidad de virus en las personas con VIH influye en la transmisión del VIH a otras personas (n=221).....	26
Gráfica 12. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH (n=191).....	27
Gráfica 13. Calidad de vida (n=220).....	28
Gráfica 14. Nivel de estrés minoritario (n=220).....	31
Gráfica 15. Frecuencia de eventos de victimización en términos absolutos (n=221).....	31
Gráfica 16. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud? (n=220).....	33
Gráfica 17. Aspectos que tienen mucha influencia sobre la decisión de visitar un centro de salud (>50%).....	35
Gráfica 18. Necesidades de salud de las personas trans según los proveedores de servicios (n=25).....	38
Gráfica 19. Obstáculos que tienen los proveedores de servicios para atender esta población (n=25).....	39
Gráfica 20. Obstáculos que deben afrontar las mujeres transpara acceder a los servicios de salud y los servicios sociales según los proveedores de servicios (n=25).....	39
Gráfica 21. Obstáculos para que proveedores de servicios de salud asistan a capacitaciones sobre estas comunidades (n=25).....	41

Tabla

Tabla 1. Índice de prevalencia en poblaciones clave.....	1
Tabla 2. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido.....	23
Tabla 3. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo oro-anal, oral y anal en los últimos 30 días.....	23
Tabla 4. Veces que le hicieron o hizo a sus clientes sexo oral y anal en los últimos 30 días.....	24
Tabla 5. Infecciones de transmisión sexual.....	27
Tabla 6. Porcentaje de respuestas a percepciones emocionales y calidad de vida (n=220).....	29
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas.....	30
Tabla 8. Establecimientos en donde recibieron servicios de salud (n=204).....	33
Tabla 9. Titulación académica de los proveedores de salud.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

amFAR	The Foundation for AIDS Research
APROFAM	Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala
FIPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
HSH	hombres que tienen relaciones con hombres
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar (por sus siglas en inglés)
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida
OTRANS	Organización Trans Reinas de la Noche
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PNS	Programa Nacional del SIDA
PVVIH	personas que viven con VIH
REDMUTRANS	Red Multicultural de Mujeres Trans de Guatemala
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

En América Central, el VIH se caracteriza por ser una epidemia concentrada que afecta desproporcionadamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, una categoría epidemiológica en la que habitual y erróneamente se incluye a la población trans. Por esta razón, los datos específicos sobre este grupo son muy escasos, pese a los indicios de una vulnerabilidad superior frente al virus que causa el SIDA y a otras ITS. Una excepción es el estudio llevado a cabo en Guatemala en 2010, el cual reveló un 15% de seroprevalencia al VIH en una pequeña muestra de 47 trabajadoras sexuales trans del país, y que un 32% del total de 69 entrevistadas no acuden a un centro de salud sea por miedo, desconocimiento o maltrato recibido en el pasado. Otros análisis sobre la población trans en la región latinoamericana han constatado que el rechazo nace del desconocimiento, el prejuicio, las creencias erróneas y las actitudes discriminantes sobre su realidad.

Para conocer mejor a la población trans de Guatemala y sus necesidades de salud, así como los factores que les impiden acceder a una adecuada atención, se llevó a cabo un estudio que combina recolección de datos de dos grupos de informantes clave: las propias mujeres trans y proveedores de salud. Los datos sobre mujeres trans se recogieron a partir de una encuesta a 221 personas y los respectivos grupos focales en 3 zonas geográficas distintas. Las opiniones de los profesionales de salud se obtuvieron gracias a 25 entrevistas semi-estructuradas.

El análisis arroja que nos encontramos ante una población relativamente joven (promedio de 29 años), que se identifica primordialmente como del género femenino y heterosexual, estando a disgusto con la documentación legal que la identifica como varón. Sus percepciones sobre la transformación corporal son heterogéneas, aunque es habitual el uso de hormonas u otras sustancias a lo largo de su vida adulta. Este grupo ha abandonado el sistema educativo tempranamente y tiene serias dificultades para integrarse en el mercado laboral. Es frecuente que se dediquen al trabajo sexual, aunque también lo es, según las informantes, el uso del condón con sus clientes. Por el contrario, la protección durante la actividad sexual cae casi un 25% con las parejas no comerciales, que son percibidas a través del filtro del ideal de amor romántico. Ello a pesar de que las encuestadas mostraron un muy alto conocimiento sobre las prácticas de riesgo y la prevención del VIH/SIDA.

Las trans participantes en este estudio relatan frecuentes casos de violencia a lo largo de su vida y en los últimos 3 meses, además de estigmatización y discriminación, también en los centros de salud: negación de la asistencia, postergación en el orden de espera, humillación pública, aislamiento, y acoso e intento de abuso sexual, entre otros. No obstante la prevalencia de agresiones y de pensamientos suicidas, las trans expresan una buena capacidad de resiliencia, y manifiestan tener una calidad de vida aceptable en términos generales.

El conjunto de los profesionales de la salud entrevistados, en muy buena parte mujeres, con estudios universitarios y una posición laboral intermedia, muestra una actitud favorable a la población trans. Reconocen el desconocimiento y la discriminación que existe hacia este grupo, tanto entre la sociedad como en los centros de salud, aunque aseguran que ellos personalmente se esfuerzan por generar confianza y tratarlas por igual. Declaran estar muy abiertos a recibir capacitación sobre el tema, siempre que sea en el apoyo adecuado, lo que puede ayudarles a entender mejor a las usuarias y redundar en un servicio de mayor calidad.

ANTECEDENTES

De acuerdo con los limitados datos de vigilancia de VIH disponibles, la epidemia del VIH/sida en América Central se concentra en las grandes áreas urbanas, con altos índices de prevalencia en algunas zonas de la costa caribeña. La epidemia del VIH/SIDA parece estar creciendo, y en algunos países concretos la prevalencia está entre las más elevadas de América Latina. Belice es el único país de la región en el que el índice de prevalencia de VIH estimada es superior al 1% (2,3%), según ONUSIDA. La prevalencia del VIH entre adultos en otros países de la región oscila entre un 0,2% y el 0,9%. Aproximadamente unas 163.000 personas viven con VIH en América Central, que en su mayoría se ubican en El Salvador, Honduras, y Guatemala (USAID 2011).

Si bien la prevalencia del VIH en la población general es relativamente baja, los índices son mucho mayores en determinadas poblaciones. La Tabla 1 muestra el índice de prevalencia en varias poblaciones clave de países centroamericanos.

Tabla 1. Índice de prevalencia en poblaciones clave

País	Índice de prevalencia del % (Edad 15-49) ^[1]	HSH	Trabajadoras sexuales	Mujeres transgénero ^[2]	Personas privadas de libertad
Belice	2,5%	10% ^[3]	n/a		4% ^[3]
Costa Rica	0,3%	11% ^[4]	0,2% ^[4]		
El Salvador	0,8%	7,9% ^[5]	4,1% ^[6]	25,8% ^[6]	
Guatemala	0,8%	18,3% ^[7]	1,1% ^[6]	14,9% ^[8]	12,9% ^[5]
Honduras	0,8%	13,1% ^[9]	2,3% ^[6]		6,8% ^[6]
Nicaragua	0,2%	7,5% ^[3]	3,2% ^[3]		
Panamá	0,9%	10,6% ^[10]	2% ^[7]		

^[1] UNAIDS - HIV and AIDS Estimates. (2009). Retrieved from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/latinamerica/>

^[2] Muchos de estos estudios son pequeños, y no cuentan con muestras representativas de la población.

^[3] Hembling, J. (2011). Analysis of the Situation and Response to HIV in Belize. *Advances, Challenges and Opportunities*. USAID.

^[4] UNAIDS – Costa Rica: Country Situation (2009).

^[5] Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C (2007) Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000–2006: A Systematic Review. *PLoS Med* 4(12): e339. doi:10.1371/journal.pmed.0040339

^[6] Hernández, F., Guardado M., & Paz-Bailey G. (2010). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC), subpoblación transgénero, transexual y travesti - El Salvador. Publicación UVG/Tephinet Inc., No. 12.

^[7] La epidemia del VIH/sida en Guatemala – Avances, desafíos y prioridades. (August 2011). USAID/PASCA.

^[8] Mazariegos, L. (2010). Estudio exploratorio 2010 sobre conocimientos, actitudes, percepciones, prácticas sexuales y prevalencia ante el VIH de la comunidad trans trabajadora sexual de Ciudad de Guatemala. Organización Trans Reinas de la Noche.

^[9] HIV and Human Rights in Latin America and the Caribbean: A Briefing to the European Union. (2010). International HIV/AIDS Alliance.

Extraído de <http://www.aidsalliance.org/includes/document/PolicyBriefLACHumanRights.pdf>

^[10] World Bank Global HIV/AIDS Discussion Paper (2006). Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America - Panama: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/INT/HIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CA/AIDS/PanamaFINAL.pdf>

El tamaño de los grupos clave, el índice de prevalencia del VIH y la interacción con la población en general son los factores principales que determinan la propagación del VIH en los países de la región (García-Calleja 2009). Las infecciones por VIH están concentradas en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y sus redes sexuales, con aproximadamente un 5% de incidencia anual. No obstante, en ciertas áreas urbanas de la región, la prevalencia del VIH entre los HSH es del 10% (ONUSIDA 2010).

Los modelos de recopilación de datos epidemiológicos han incluido tradicionalmente a las personas transgénero en la amplia categoría de HSH (Foundation for AIDS Research [amfAR] 2008; International HIV/AIDS Alliance 2010), por lo que existen muy pocos datos publicados referidos a esta población en particular.

Una excepción a este panorama es el estudio llevado a cabo por la ONG OTRANS en 2010 en Guatemala a partir de una pequeña muestra de mujeres trans trabajadoras sexuales² (Zapeta 2010). Este análisis consistió en una encuesta socio-conductual y de toma de muestras para la realización de prueba de anticuerpos del VIH en una muestra no probabilística de personas que se autodefinían mayoritariamente como transgénero (sic), travesti o femenino³, a las que se accedió en la propia sede la ONG o en lugares donde se ejerce trabajo sexual en el área metropolitana de la Ciudad de Guatemala.

Respondieron a la encuesta un total de 69 personas, de las que 47 accedieron a la toma de muestra para la prueba de anticuerpos del VIH. Más del 61% de las participantes tenía entre 184 y 25 años, el 87% tenían al menos estudios primarios completos y cerca del 80% eran guatemaltecas, seguidas de hondureñas (10%), salvadoreñas (5,8%), nicaragüenses (4,4%) y una mejicana. Prácticamente el 87% afirmó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, y casi el 83% no haber utilizado condón en esa primera ocasión. Estos datos indican un desfase entre las necesidades en términos de educación y salud sexual y las restricciones en el país para cubrir dichas necesidades entre menores de edad.

Más del 90% de las encuestadas aseguró que tenía acceso a condones y lubricantes. Pese a ello, el uso reportado del condón es fluctuante por tipo de pareja y práctica, aunque no en exceso. Por ejemplo, la falta de preservativo cuando la pareja es regular y en posición insertiva anal es del 16%, frente al casi 13% si la pareja sexual es ocasional y está en la misma posición. Aunque la diferencia es poco significativa, las encuestadas usan más el preservativo con las parejas ocasionales que con las regulares. En total, alrededor del 25% de las encuestadas no emplea el condón de forma habitual. El perfil definido de la pareja ocasional es mayoritariamente la de un hombre casado en todas las categorías percibidas (hetero, bi u homosexual), lo que muestra un posible puente epidemiológico entre las trans y el resto de mujeres.

El estudio guatemalteco también abordó el nivel de consumo de alcohol y drogas y su relación con las prácticas sexuales inseguras. La mitad de las participantes tomaba alcohol y casi el 30% usaba drogas al menos una vez a la semana. La sustancia más consumida después del alcohol es la cocaína (el 38% del total que informa uso de drogas) seguida del crack (29%). El 80% de las encuestadas ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y en el 23,5% de los casos no han utilizado condón de manera regular, mientras que casi el 62% lo ha hecho bajo el influjo de las drogas, de las que un 20,5% no ha empleado condón regularmente.

² Se catalogaba como trabajadora sexual a quien había vendido sexo por lo menos una vez en los últimos tres meses.

³ Un participante del total de 69 se definió como masculino.

⁴ Por razones legales, el estudio excluía a mujeres menores de 18 años.

Las mujeres trans participantes en este estudio de 2010 mostraron un elevado conocimiento correcto sobre el VIH y sus formas de transmisión, y sin embargo lo cual persistían actitudes estigmatizantes y discriminatorias: más del 50% declaró que no aceptaría tener a una pareja que viva con VIH. Más del 90% se ha realizado la prueba del VIH al menos una vez, aunque con frecuencia variable. En todas las categorías, la principal razón por la que consideran que es difícil tomar la decisión de hacerse la prueba es el temor a un posible resultado positivo.

Del conjunto de 69 participantes, 47 se hicieron voluntariamente la prueba del VIH durante el estudio. De estas 47, siete (casi 15%) dieron positivo, de las que 2 desconocían su estado serológico. Las otras 5 refirieron tener conocimiento de dicha circunstancia y contar con seguimiento médico. Sin embargo, al ser preguntadas el total de encuestadas sobre si pensaban que existían servicios de salud adaptados a las trans con VIH, el 70% dijo que no. Casi el 32% de las entrevistadas no acude al centro de salud, sea por miedo, desconocimiento o maltrato recibido, en ese orden de importancia.

Sin embargo, el informe no recoge experiencias concretas de rechazo y discriminación ni entra en el detalle de las barreras de acceso al sistema de salud. Tampoco aborda la percepción sobre esta comunidad entre los profesionales de la salud que deben atenderles. Finalmente, cabe recordar que esta encuesta se centró en mujeres trans que ejercen el comercio sexual, por lo que no es posible proyectar sus resultados al conjunto de la comunidad trans, ni siquiera salvando las limitaciones del tamaño y método de selección de la muestra.

En cambio, un análisis también de 2010 basado en la metodología de los diagnósticos comunitarios participativos llevado a cabo en los departamentos de Petén e Izabal (norte del país) entre varias poblaciones clave vulnerables frente al VIH (Luna 2010), encontró que la principal barrera que enfrentan las personas transgénero para acceder a servicios de salud es la falta de conocimiento por parte del propio personal de salud sobre cuáles son las necesidades específicas de esta población. De acuerdo con este estudio, el tabú que persiste en torno a las personas transgénero en la mayoría de los sectores de la población permea entre los servicios de salud. Dicho tabú conlleva el desconocimiento, por lo que muchos profesionales simplemente no saben cómo llevar a cabo procedimientos médicos relacionados con esta población. Además, la poca aceptación social hace que el cubrir las necesidades de las personas transgénero no se considere una prioridad. El documento recomienda apoyar a los servicios de salud en la provisión de servicios que cubran las necesidades de atención de esta población para contribuir a disminuir las barreras sociales que la marginan, cuyo rol en la prevención del VIH y otras ITS es clave.

La información internacional disponible señala en efecto que las actitudes discriminatorias dentro de los establecimientos de salud y de las comunidades también limitan el acceso de HSH en general y mujeres transgénero en particular a los servicios de prevención, atención médica y apoyo. Los factores sociales, culturales y políticos son el eje conductor de la transmisión del VIH dentro de las comunidades de HSH de la región. Muchos HSH y personas trans son objeto de homofobia y transfobia, de persecuciones y de discriminación por su orientación sexual y su comportamiento. Estas experiencias desaniman a estas comunidades a buscar servicios de prevención, tratamiento y otra asistencia esencial para su salud aunque estén disponibles. Incluso cuando tales servicios están disponibles, a menudo son inadecuados e insuficientes para satisfacer las necesidades específicas de estas poblaciones. El poco respeto por los derechos humanos, la discriminación estructural, las leyes restrictivas, la estigmatización y otros factores aumentan la vulnerabilidad de los HSH y las personas transgénero frente al VIH y otros problemas de salud (amFAR 2008; ONUSIDA 2009b).

AIDSTAR-One desea profundizar en el conocimiento de la población trans en la región centroamericana. Para ello, llevó a cabo diagnósticos en cuatro países (Guatemala, Nicaragua,

Panamá y El Salvador) que combina elementos de descripción sociodemográfica con la exploración de los factores que aumentan la vulnerabilidad de las comunidades transgénero locales, las necesidades de atención médica, los servicios de prevención, asistencia y apoyo disponibles y las barreras que impiden el acceso a ellos, incluyendo las ideas pre-concebidas y las percepciones del personal sanitario. Dicho diagnóstico se basa en encuestas cuantitativas y en grupos de discusión con la población transgénero y en entrevistas semi-estructuradas con proveedores de salud.

A continuación se ofrecen los resultados del diagnóstico de Guatemala a partir de un trabajo de campo llevado a cabo entre Febrero y Agosto de 2012.

MARCO CONCEPTUAL

“El cuerpo es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana”
(Lamas, 2002 p.56).

Comúnmente las personas percibimos la existencia de dos sexos biológicamente determinados. Desde el punto de vista prevalente en la ciencia moderna, quienes presentan cromosomas XX, ovarios que secretan células que dan lugar a óvulos, una buena proporción de hormonas consideradas femeninas y otras características secundarias (menos vello o menor tamaño corporales), se consideran biológicamente mujeres. En cambio, quienes presentan el par de cromosomas XY, testículos que producen células espermáticas, genitales masculinos, una mayor proporción de hormonas clasificadas como masculinas y otros rasgos secundarios (mayor volumen corporal, tendencia a mayor vello corporal) se tienen por hombres (Mikkola 2011).

Esta visión de los sexos y la biología es relativamente reciente. Antes, desde la antigua Grecia hasta prácticamente finales del siglo XVIII, la ciencia abogaba por la existencia de un único sexo por el que hombres y mujeres eran parte de la misma categoría: se pensaba que los genitales femeninos eran los mismos que los masculinos, sólo que ubicados internamente. Incluso los términos médicos para referirse a ovarios y testículos eran los mismos, y la diferencia sólo podía colegirse por el contexto. No fue hasta finales de la centuria del 1700 que los estudiosos empezaron a conjeturar que las anatomías masculina y femenina eran tan diferentes que no podían catalogarse como el mismo sexo con variantes, sino que eran en realidad dos sexos completamente distintos, dando lugar al modelo del dimorfismo sexual (Laqueur 1994).

En paralelo, el modelo cartesiano clásico⁵ planteó la separación entre mente y cuerpo, dejando el cuerpo a las ciencias biológicas y la mente a la merced primero de magos, clarividentes y filósofos, y más tarde de psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras. Según este paradigma el cuerpo responde a las fuerzas de lo natural siguiendo pautas fijas y pre-establecidas, guiado por el complicado mundo de la fisiología y la anatomía, mientras que la mente sigue su propio camino. Dicho en lenguaje actual, los rasgos básicos del cuerpo, incluida la asignación a uno de los dos sexos, estarían predeterminados por la naturaleza, según esta visión, no siendo el mismo caso de la mente, sobre la que el entorno tendría una influencia crucial.

Sin embargo, estudios más avanzados han cuestionado la existencia de dos sexos biológicamente estancos. Algunos expertos calculan que en torno al 1,7% de la población mundial no encaja con claridad en ninguna de las dos clasificaciones sexuales biológicas establecidas, y poseen características que combinan rasgos de ambas. Casos como el de la atleta española María Jose Martínez Patiño indican que la naturaleza es más compleja de lo que se piensa. Patiño cuenta con genitales femeninos y siempre se ha sentido mujer, pero un examen rutinario descubrió que sus cromosomas eran, en contra de lo esperado, XY, por lo que fue descalificada para competir. Apeló a la justicia, quien reconoció que tener cromosomas considerados masculinos no era razón suficiente para ser considerada hombre, y pudo retomar su carrera deportiva. Este ejemplo nos muestra que

⁵ El modelo cartesiano deriva del filósofo francés René Descartes (1596-1650), cuya teoría dualista de la separación de sustancias entre cuerpo y alma (que hoy llamamos mente) tendría una fuerte influencia en el pensamiento de siglos posteriores.

aquello que entendemos por sexo biológico está transido de juicios de valor condicionados por factores sociales (Mikkola 2011).

Ver el cuerpo sólo como un ente biológico implica que se le percibe como un fenómeno ajeno a la construcción cultural de la realidad, lo cual limita nuestra comprensión (Weiss & Haber, 1999). Por el contrario, otros enfoques defienden que la corporalización, la forma en que definimos los cuerpos, es un fenómeno determinado por la cultura social (Butler, 2002).

De esta manera, la visión de un cuerpo natural que da origen a sensaciones y emociones da paso a una mirada novedosa sobre la influencia de la cultura y sociedad en lo que denominamos el cuerpo natural, sea o no clasificable en dos categorías sexuales. El sujeto no se incorpora, es decir, no se hace cuerpo, hasta que procesa los modelos sociales y sus correspondientes expectativas de lo corpóreo. El cuerpo entonces viene a ser la representación social de los dictámenes aprendidos y procesados, que trascienden lo biológico y encarnan procesos culturales que varían de acuerdo a la experiencia del sujeto.

Por lo tanto, según esta perspectiva, el cuerpo no es dado y no sólo representa el potencial biológico que le provee el sustrato genético, sino que se transforma, mediante las relaciones sociales, en el cuerpo que se tiene y en el cuerpo que se desea tener. En este proceso el sujeto es mucho más que recipiente pasivo de la corporalidad puesto que mediante su acción y participación social forma y transforma la corporalidad recibida en el cuerpo esperado. El cuerpo tiene entonces significado social y personal y no es sólo un objeto biológico (Varas Díaz & Toro-Alfonso, 2004).

Uno de los referentes principales para la corporalización cultural sería, siguiendo este hilo argumental, el género. El género es el fenómeno social que dicta norma y que utiliza la sociedad como referente principal para la formación del cuerpo. Desde el nacimiento, la sociedad establece los parámetros de la construcción del cuerpo sexuado a través de las categorías de género: éste es masculino, éste es femenino. Sexo y género vienen a ser entonces sinónimos que forman la base de la aculturación del cuerpo. A partir de aquí las personas construyen su identidad de género de acuerdo a los discursos sociales de lo que es apropiado para cada uno de ellos (Wallach-Scott 1999).

Si el cuerpo es cultura, es también por ende una representación de lo diverso y diferente. Esto significa que no todos los cuerpos son iguales, no traen consigo la misma historia ni tienen el mismo valor: nada hace más evidente esto que la percepción social que tenemos de los cuerpos enfermos, por ejemplo (Varas Díaz & Toro-Alfonso 2004).

Entonces si los cuerpos no son todos iguales y las culturas son diferentes, cada cultura moldea, construye, forma y deforma los cuerpos que tiene a su cargo. Esa interacción entre cuerpo y cultura trae como resultado los cuerpos que observamos en cada proceso social. Mediante este proceso los cuerpos se alejan del ámbito de lo físico para situarse en el de la representación social (Guimon 1999, Lamas 2002).

La transexualidad nos presenta la complejidad de los cuerpos en su dimensión de género. Su supuesta transgresión no es otra cosa que la manifestación de la diversidad de lo corpóreo y de cómo cada persona significa y resignifica su cuerpo en interacción con su entorno.

Así como el cuerpo no es género y el género no necesariamente responde al cuerpo, cada persona dibuja su cuerpo desde su propia subjetividad. Dicha subjetividad puede querer adaptar el cuerpo para que responda al modelo conocido por el que lo determinante es ser hombre o ser mujer según las expectativas sociales (Escabí & Toro-Alfonso 2006) o bien puede plantear soluciones ambiguas, flexibles o intersexuales, donde la separación entre lo masculino y lo femenino socialmente construido se difumina, transgrede o reinventa (Cabral 2003).

Teniendo en cuenta estas reflexiones, y atendiendo a la pluralidad de las experiencias subjetivas y a la libre determinación de la personalidad, en este estudio se incluye a personas que se autodenominan con un amplio rango denominativo de la realidad trans: personas legalmente varones y que se identifican a sí mismas como transgénero, transexual, travesti o transformista, intersexual, femenino o mujer, sin que haya voluntad de encasillamiento alguno.

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las necesidades de las poblaciones transgénero en cuanto a la salud y otros servicios psicosociales en cuatro países de América Central.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras que impiden el acceso de las poblaciones transgénero a los servicios (de primer y segundo nivel) de prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Describir el contexto psicológico de riesgo de infecciones por ITS/VIH y la violencia social entre las poblaciones transgénero de cuatro países de América Central.
- Identificar y describir el resultado del impacto del estigma social sobre el comportamiento sexual de las poblaciones transgénero de la región.
- Desarrollar un marco para programas de prevención del VIH para las poblaciones transgénero de la región.

METODOLOGÍA

SOCIOS Y ZONAS GEOGRÁFICAS

El diagnóstico se llevó a cabo en colaboración con el Programa Nacional de Prevención del SIDA (PNS), la Organización Trans Reinas de la Noche (OTRANS), la Red Multicultural de Mujeres Trans de Guatemala (REDMUTRANS), y la Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), la filial local de la IPPF.

Se incluyeron seis zonas geográficas en el trabajo de campo: Ciudad de Guatemala, Quetzaltenango, Mazatenango, Coatepeque, Tecún Uman, e Izabal.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Dada la dificultad de definir el universo de sujetos por la maleabilidad del concepto mismo de trans y por ende la práctica imposibilidad de establecer un muestreo representativo, se optó por una metodología de diagnóstico mixta y adaptada a la realidad múltiple de las propias personas trans en Guatemala. Los datos se recolectaron a través de: 1) entrevistas cuantitativas con mujeres trans; 2) grupos focales con mujeres trans seleccionadas de entre las que participaron en las entrevistas cuantitativas; y 3) entrevistas cualitativas con proveedores de la salud.

Los resultados de este estudio sobre mujeres trans se presentaron en un taller celebrado en la Ciudad de Guatemala en 11 de diciembre de 2012. En dicho taller participaron 30 actores de los sectores públicos y privados, además de una amplia variedad de representantes de la sociedad civil, incluyendo grupos de mujeres trans. Las propuestas de mejora que surgieron del mencionado encuentro se han utilizado como insumo para la elaboración de la sección “Recomendaciones”.

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

Se realizaron entrevistas estructuradas (cuantitativas) a 221 mujeres trans. El cuestionario fue desarrollado por personal del proyecto AIDSTAR-One en colaboración con el Dr. José Toro, profesor de psicología de la Universidad de Puerto Rico, quien cuenta con una amplia experiencia en investigaciones con poblaciones trans. A posteriori, el instrumento fue socializado con los socios mencionados anteriormente (PNS, OTRANS, APROFAM). El cuestionario fue administrado por los miembros del equipo del diagnóstico (véase más abajo). El formulario, para el que se requería un tiempo aproximado de 45 minutos por participante, consistía en 169 ítems con respuestas cerradas organizados en 11 secciones, y exploraba los siguientes temas:

- Información demográfica
- Acceso a los servicios de salud
- Conocimiento sobre VIH/SIDA
- Recursos disponibles
- Conductas sexuales
- Uso de drogas y alcohol

- Aspectos psico-sociales
- Calidad de vida
- Escala de estrés
- Escala de victimización
- Hormonas y cirugía

Después de contactar a las posibles participantes y de confirmar su interés en participar, las entrevistas fueron coordinadas tomando en cuenta las necesidades de confidencialidad y privacidad de las participantes. Las entrevistas se realizaron en lugares previamente identificados (salones alquilados) que permitieron a las participantes responder libremente las preguntas.

GRUPOS FOCALES

Se llevaron a cabo tres grupos focales, uno en cada una de las zonas geográficas, conformados por 6-10 mujeres trans seleccionadas de entre quienes participaron en las entrevistas estructuradas. Algunos de los temas tratados en las entrevistas estructuradas se exploraron en mayor detalle en los grupos focales a fin de obtener una perspectiva más amplia y una mayor comprensión de los comportamientos y las causas que los motivan.

Las sesiones de los grupos focales se registraron con una grabadora y la duración de cada sesión fue de dos horas aproximadamente. La guía desarrollada profundizó en los siguientes temas:

- Identidad
- Orientación Sexual
- Hormonización
- Prácticas sexuales
- Vínculos con la comunidad de diversidad sexual
- Derechos sociales y civiles
- Auto-estima

El equipo de recolección de datos seleccionó a las participantes según la disponibilidad e interés en participar en los grupos focales. Las sesiones de los grupos focales se programaron teniendo en cuenta las necesidades de confidencialidad y privacidad de las participantes. Estos grupos focales se llevaron a cabo en un salón alquilado.

ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS CON PROFESIONALES DE LA SALUD

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con 25 proveedores de salud del sector privado. Los proveedores de salud incluyeron médicos, enfermeros, consejeros y personal auxiliar. Debido a que la investigación se llevó a cabo durante un periodo político transitorio, no fue posible entrevistar a personal de salud del sector público, lo que se debe tener en cuenta a la hora de interpretar los correspondientes resultados.

La guía desarrollada para estas entrevistas exploraron temas relacionados con:

- Necesidades y prioridades de salud de poblaciones trans
- Experiencia atendiendo a comunidades trans
- Estigma y discriminación
- Barreras de acceso a los servicios para las poblaciones trans
- Desarrollo de capacidades para mejorar los servicios de salud
- Normas de género (se utilizó un cuestionario administrado individualmente para evaluar las actitudes)

Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo en un horario determinado a fin de evitar interrupciones en los servicios clínicos y el flujo de pacientes (mayormente antes o después del horario de atención clínica).

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Antes de comenzar la recolección de datos, los equipos de recolección de datos validaron el cuestionario, las guías para la entrevista semi-estructurada y los grupos focales, a fin de evaluar el lenguaje y la claridad conceptual de las preguntas. Las modificaciones necesarias se realizaron bajo la supervisión del proyecto AIDSTAR-One.

RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Para el propósito de este diagnóstico, las personas trans masculino-femenino se definieron como cualquier adulto mayor de 18 años legalmente considerado varón que se auto-identificara como transexual, transgénero, travesti o transformista.

A fin de obtener una muestra heterogénea y garantizar la participación de los segmentos de la población más difíciles de alcanzar (trabajadores sexuales, personas que viven en áreas marginales), se identificaron a los líderes de las organizaciones de mujeres trans para obtener su apoyo con la captación y la logística. También formaron parte integral del equipo de recolección de datos representantes de estas organizaciones, realizando entrevistas y co-facilitando los grupos focales. Fue imprescindible incluir a las organizaciones transgénero en la capacitación de participantes, puesto que la estigmatización y la discriminación presente en toda la región hacen difícil ingresar en las comunidades trans y conseguir información sobre sus necesidades y experiencias.

Los proveedores de salud privados se seleccionaron en consulta con los directores de las organizaciones que prestan estos servicios.

PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DEL DIAGNÓSTICO

La participación en el diagnóstico era voluntaria. Todos los participantes del diagnóstico recibieron una hoja informativa que explicaba: 1) el propósito del estudio; 2) en qué consistía la participación; 3) los riesgos y beneficios de la participación; 4) la forma en que se mantendría la confidencialidad del participante; 5) el derecho a rehusar la participación; 6) el derecho a rechazar responder a cualquier pregunta durante las entrevistas y grupos focales; y 7) el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento. El instrumento se diseñó de acuerdo con el nivel educativo de la población

objetivo. Tomando en consideración la naturaleza de la población y los niveles de estigma y discriminación de los que son objeto, lo que genera una fuerte desconfianza hacia las instituciones, sólo se requirió consentimiento verbal. El Comité de Bioética del Ministerio de Salud de Guatemala examinó y aprobó el protocolo para este diagnóstico y autorizó la utilización de la Hoja Informativa.

EQUIPO DEL DIAGNÓSTICO

El equipo estuvo conformado por seis miembros, entre ellos, personal de AIDSTAR-One y cuatro consultores nacionales, incluyendo tres mujeres trans.

LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA

La metodología utilizada presenta varias limitaciones. La primera, ya señalada, estriba en la dificultad de transcribir los hallazgos de la encuesta cuantitativa realizada a las 221 personas trans a un universo no delimitado de individuos. La segunda tiene que ver con los instrumentos elegidos: las informantes de la encuesta pueden presentar sesgo en las respuestas si éstas se formulan a partir de lo que la informante cree que el encuestador espera oír, mientras que las participantes en el grupo de discusión podrían expresarse influidas por sus pares presentes en la sesión. En las siguientes páginas se abordan algunos casos de falta de concordancia entre los resultados de la encuesta y las aportaciones del grupo de discusión. No es posible establecer si dicha divergencia obedece a la influencia de las diferentes dinámicas (encuesta individual frente a discusión en grupo) o bien a que el grupo de discusión no es suficientemente representativo de la muestra de encuestadas.

Por su parte, la representatividad de la muestra del personal sanitario está limitada por dos factores. Uno ya mencionado fue la imposibilidad de acceder a profesionales del sector público durante el periodo de realización del trabajo de campo. El otro se refiere al hecho de que el reclutamiento se basaba en la voluntariedad y disponibilidad del entrevistado, lo que podría ofrecer un sesgo favorable a la aceptación de las necesidades de salud de las personas trans en porcentaje superior al realmente existente en el universo de profesionales del sistema nacional de salud guatemalteco.

HALLAZGOS: PERSONAS TRANS

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

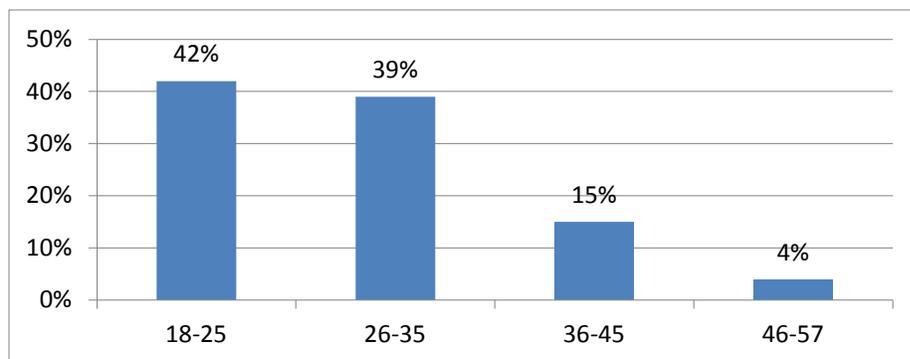
La encuesta cuantitativa fue contestada por un total de 221 personas de las que 197 (89%) eran de nacionalidad guatemalteca. Las 24 encuestadas restantes procedían de la región mesoamericana: 9 hondureñas, 6 salvadoreñas, 6 nicaragüenses, 2 mejicanas y una costarricense.

La población de la muestra procede en su mayoría del departamento de la capital (57%), y el resto se reparte ampliamente entre Quezaltenango (11%), Suchitepéquez (11%) y San Marcos (9,5%) en el oeste, en la frontera con México, y en menor proporción en Izabal (9,5%) y Chiquimula (una única participante), al este, en la frontera con Honduras (véase Gráfica 1).

Gráfica 1. Mapa político de Guatemala

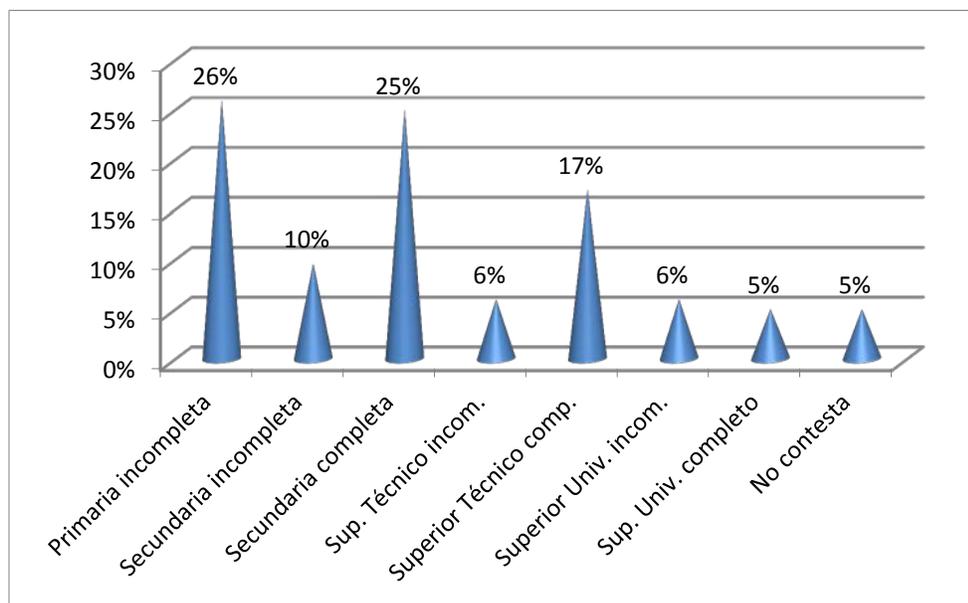


Gráfica 2. Edad informada por las participantes (n=218)



La gráfica 3 muestra por su parte los niveles educativos de las participantes: una cuarta parte abandona la escuela antes de finalizar los estudios primarios, y otra cuarta parte no prosigue estudios tras alcanzar el nivel secundario. Si a ello sumamos el 10% de las que dejan la educación secundaria, tenemos que el 60% no alcanza niveles superiores. Por otro lado, 21 de 221 (el 10%) encuestadas declaran estar estudiando en el momento de la entrevista, repartiéndose casi uniformemente por todos los tramos de edad.

Gráfica 3. Nivel educativo de las participantes (n=217)



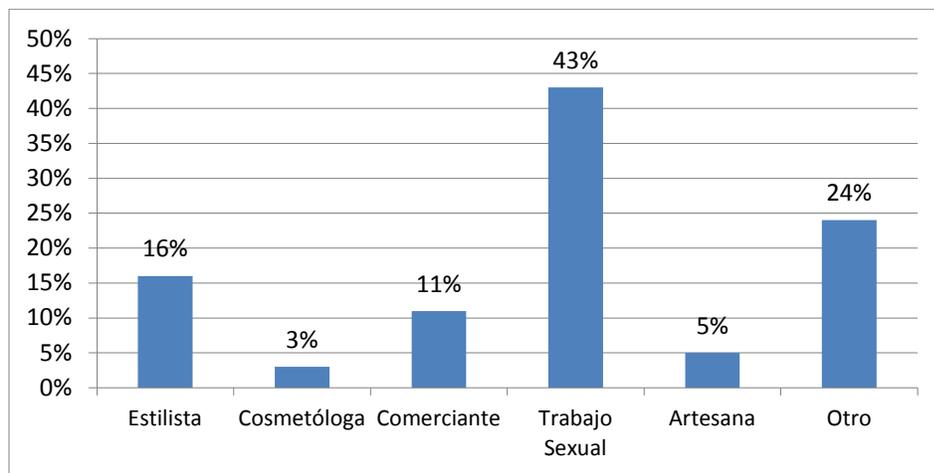
En los grupos focales las participantes narran experiencias y ofrecen explicaciones que ilustran por qué las tasas de escolaridad son tan bajas entre la población trans:

“En el colegio sí iba vestido de hombrecito, pero me daba cosa y unos patojos me dicen bueco tanto que me molestó. Vine yo, agarré un palo y lo golpeé y me sacaron del colegio y pasé tres días castigada y le dije a la señora: ‘tome su banca que yo me voy’. La cosa es que no me dejaron salir porque me agarraron de la oreja y mandaron llamar a mi mamá y le dijeron que me iban a expulsar, entonces no tuve estudios... es la verdad. Llegué a la secundaria nada más, el primer año, y no pude seguir porque colegio [en el] que me metía mi mamá, colegio [en el] que tenía problema.”

“En las escuelas no nos dan educación porque vamos vestidas de mujer. Me van a dar educación pero si yo llego con mi gorra y mi pantalón como hombre que soy. Entonces ahí es donde empiezan a discriminar y se nos cierran todas las puertas.”

La situación laboral reportada por las personas trans entrevistadas señala⁶ que la mayoría, más del 40%, se dedica al trabajo sexual, un 16% es estilista, un 11% comerciante, un 5% artesana y un 3% cosmetóloga. El restante 24% declara otra ocupación, un agregado que incluye actividades como maestras, meseras y empleadas de ONG, entre otras (véase Gráfica 4).

Gráfica 4. Situación de empleo de las participantes (n=221)



De entre las que declaraban el trabajo sexual como actividad única o principal⁷, el 40% sólo contaba con estudios primarios (completos⁸ o no), un porcentaje superior al de quienes declaran la categoría “otro” como trabajo (32%), al de las estilistas (30%) o al de las comerciantes (32%). El bajo nivel educativo se sumaría así a otros factores relacionados con el estigma y la discriminación o la pobreza que limitarían las oportunidades laborales de las mujeres trans encuestadas.

Respecto a su situación económica, las participantes declaran una media de ingresos de 1.883 quetzales (235 USD⁹) en un rango que va de 200 a 8.000, con una mediana de 1.500. Ninguna encuestada reportó no tener ingresos, y casi el 70% dispone de menos de 2000 quetzales mensuales. La Gráfica 5 muestra la distribución de los ingresos reportados por las participantes en quetzales.

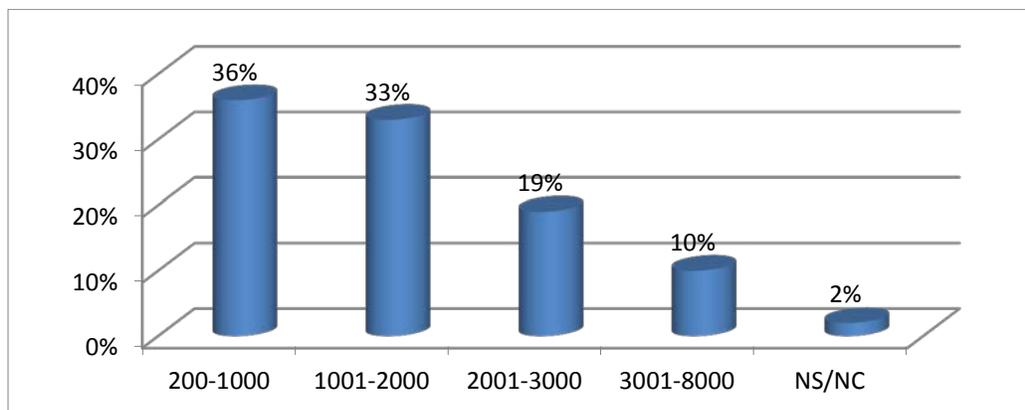
⁶ La suma de los porcentajes supera el 100% debido a que unas pocas participantes reportaron más de una ocupación.

⁷ Diez encuestadas (4,5%) afirman realizar trabajo sexual como complemento a otra ocupación, principalmente estilista (seis casos).

⁸ Se interpreta que los estudios secundarios incompletos están precedidos por una primaria completa.

⁹ 1 USD = 8 quetzales

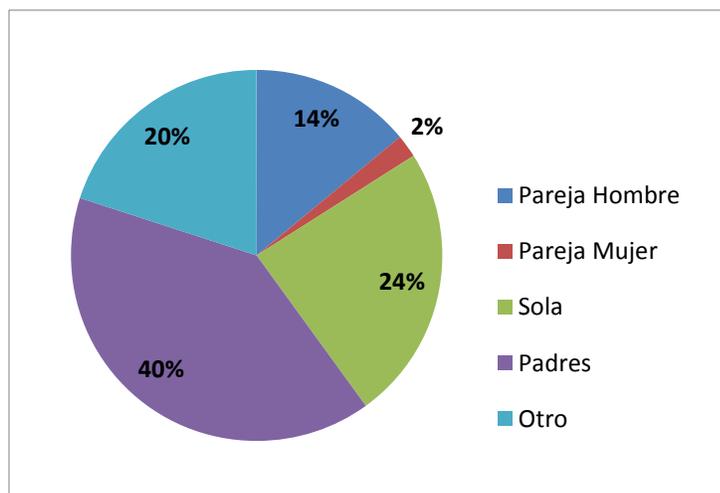
Gráfica 5. Ingreso mensual aproximado reportado (en quetzales, n=214)



Teniendo en cuenta que la legislación guatemalteca¹⁰ establece el salario mínimo en el sector privado no agrícola en 68 quetzales (1.360 quetzales por 20 días laborales mensuales), hasta el 41% de las entrevistadas se situarían por debajo de dicho umbral.

Por otra parte, el 34% de las participantes informa que tiene pareja fija y el 14% que vive con dicha pareja. Sin embargo, la mayoría declara vivir con sus padres (40%), seguido de sola (20%) y de otra situación de vivienda (20%), una circunstancia que suele referirse a convivencia con un familiar distinto a los padres o bien con una amiga. Cuatro participantes (2%) afirmaron que viven con su pareja mujer. La Gráfica 6 describe la situación de vivienda informada por las participantes.

Gráfica 6. Situación de vivienda informada por las participantes (n=221)

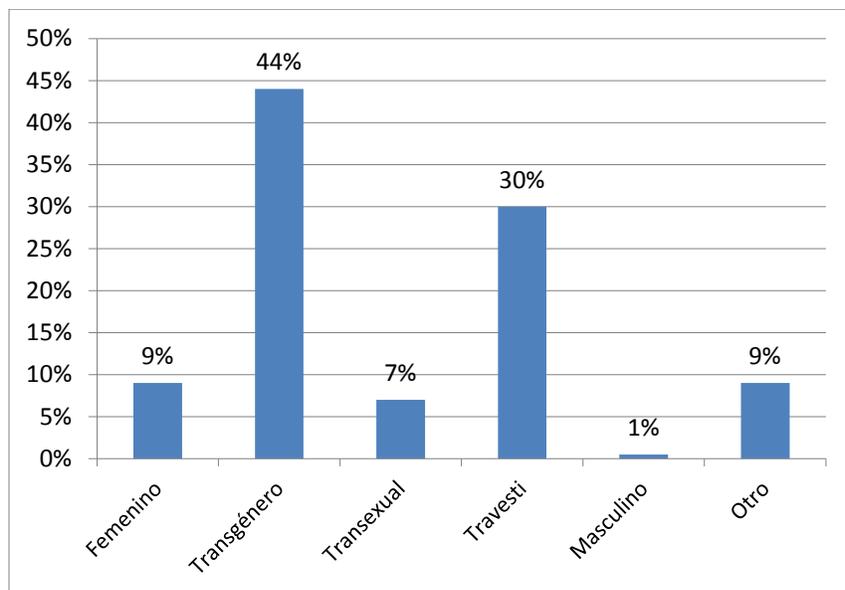


¹⁰ Véase http://200.12.63.122/gt/mostrar_acuerdo.asp?id=18133

IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE HORMONAS Y ORIENTACIÓN SEXUAL

A la pregunta sobre cómo se identificaban respecto al género, las 221 participantes en la encuesta contestaron en su mayoría que transgénero (44%), seguido de travesti (30%), género femenino (9%) y transexual (7%). Sólo un entrevistado (<1%) declaró identificarse con el género masculino. De entre quienes contestaron otro (18%), la mitad refirió sentirse mujer o mujer trans, y el resto gay/bisexual o mixta (señaló más de una posibilidad).

Gráfica 7. Identificación de género reportada (n=221)



En los grupos focales de personas trans las participantes indicaron en su conjunto que se identifican como mujeres o mujeres trans, sin que en la mayoría de casos se hiciera distinción entre una y otra expresión. La discrepancia entre la encuesta y el grupo puede deberse tanto a que las integrantes de éste último no sean representativas del universo de la muestra de entrevistadas, como a las diferencias en las dinámicas que se establecen en la implementación de cada una de las herramientas. También cabe la posibilidad de que la idea de mujer o mujer trans subyazga en varias categorías: femenino, transgénero, transexual, travesti y mujer trans (dentro de “otros”), que en su conjunto suman prácticamente el 95% de las respuestas de la encuesta.

La edad de reconocimiento de la identidad trans entre las participantes en el grupo focal varía desde la infancia hasta la adolescencia y primera juventud. Estos dos casos ilustran bien ambas franjas de edad:

“...Pues yo de la edad de 9 años me empecé a vestir de mujer, como te digo, mi mamá me aceptaba como yo era porque a mi papá nunca lo conocí... Entonces mi mamá me aceptó tal y como era desde los 9 años, me vestía de mujer. ”

“...Entre 15 y 16, yo empecé desde los 15... Salí de mi casa y empecé a trabajar. Gracias a Dios tuve un trabajo donde me aceptaron tal y como era y ahí fue donde construí mi identidad, me dejé crecer el cabello, ya me vestía más femenina. Como ya no vivía con mi familia y vivía sola ya prácticamente, los fines de

semana me vestía de mujer y así fue donde empecé adquiriendo mi identidad, [y] hace como cinco años que me empecé a maquillar.”

En los grupos también se abordaron las serias dificultades que se encuentran en su vida diaria para hacer prevalecer su identidad femenina, hasta el punto de renunciar en ocasiones a que se acepte la representación social de lo que sienten que son. A este respecto, señalan, a veces no les queda otro remedio que identificarse con el nombre masculino legal que consta en el documento personal de identificación (DPI)¹¹:

“... Si vas a una empresa o una maquila no te aceptan con tu nombre de mujer, tienes que dar el nombre que está en tu documento de identidad.”

“Si vas a poner alguna denuncia, uno se siente mal porque yo soy una mujer obviamente. Uno sabe que biológicamente sabe lo que es pero [aunque] uno se considera como una mujer trans, tiene que ser tu nombre real o no hay nada.”

En este sentido, la discordancia entre el nombre legal y el que se considera propio tiene consecuencias negativas en la interacción con el conjunto de la sociedad y las instituciones que deben prestar servicios a toda la ciudadanía, desde la discriminación al abuso:

“Así como es, la policía no respeta la identidad de uno y ellos se aprovechan porque son ley y supuestamente ellos lo tienen que proteger a uno y no lo hacen, se sobrepasan. Y no solo ellos, los medios de comunicación, las organizaciones, personas en los hospitales, trabajadores de gobierno, en los transportes, todo lo que es instituciones. A veces uno se monta a algún transporte con la pena que alguien lo va a viborear, con la pena de que alguien va a decir algo por lo que uno es, no solo la policía. “

La mayoría (57%) de las participantes declara que nunca ha utilizado hormonas, frente al 43% que sí lo hizo en algún momento de su vida. De entre éstas, el 41% se administró hormonas entre 1 y 5 años, el 29% menos de un año, y el 24% entre 5 y 10 años. Sólo tres encuestadas aseguraron haber usado hormonas más de 10 años. En la actualidad, toman hormonas 33 mujeres, casi el 15% del total de entrevistadas. De entre quienes explicaron por qué dejaron de emplear hormonas, una abrumadora mayoría de más del 80% lo hizo debido a los efectos secundarios, y sólo el restante casi 20% por su costo.

Generalmente fue una amiga (75%) quien le asesoró para el proceso de utilización de las hormonas, mientras que sólo un 8% informó haber recibido orientación de un médico y el 17% se inició en el tratamiento por sí sola. El 90% de las que utilizaron o utilizan hormonas lo hacen por vía inyectada, y un porcentaje similar (87%) señaló que consigue las hormonas sin receta en una farmacia local.

De entre quienes utilizan hormonas actualmente, el 27% lo hacen de forma inyectada. Las que reportan que utilizaron hormonas inyectadas en el pasado consiguieron las agujas en la farmacia, ya que vienen con las hormonas. Una sola participante declara haber compartido las agujas para inyectar hormonas, y que previamente utilizó alcohol para limpiarla.

Un 14% informa que alguna vez se ha inyectado alguna sustancia relacionada con la corporización femenina, que casi siempre se trata de aceite mineral. Aseguran haber experimentado toda una gama de efectos secundarios asociados con la inyección de aceite, como fiebre, dolor corporal,

¹¹ El legalmente vigente en el país.

inflamación, endurecimientos y deformaciones por corrimiento de la sustancia. En algún caso, se complicó con dolencias pre-existentes (diabetes) o bien causaron infecciones.

Al ser interrogadas sobre el uso de hormonas, las integrantes de los grupos focales señalan que el lugar que ocupan en la auto-identificación corporal y subjetiva varía de persona a persona:

“Las hormonas lo que hacen es que te quitan algunas cosas como el pelo, te hace el cuerpo más femenino, hace los senos, y cuando uno se quita las hormonas dice ¡uy! Ya no tengo nada ¡ay! Parezco hombre. Ya con las hormonas nos miramos más bonitas, hay que ponernos porque no podemos quitar las hormonas. A veces cuatro a la semana nos ponemos, y si tenemos más dinero hasta más, hasta ocho si es posible, para que el cuerpo se mire más femenino y poder nos ver en el espejo y decir: cómo me queda la faldita, cómo me queda la tanguita. ¡Los hombres! ¡Cómo van a venir los hombres!”

“Yo sin hormonas me considero una mujer, con hormonas o sin hormonas siempre voy a ser una mujer. Nunca me vas a hacer cambiar, porque las hormonas lo que hacen es una adicción para nosotras.”

Los efectos secundarios y los cambios no deseados en la fisonomía influyen considerablemente en la decisión de abandonar el tratamiento hormonal:

“Creo que me gustaba más mi cuerpo antes de hormonizarme, aunque sí me gusta cómo es mi cuerpo... pero me gustaba más el que tenía antes. Lo que pasa es que uno cambia. Hay tiempo en que tener el cuerpo así bonito y hay tiempo que si no seguís hormonizando se pone raro, como [que] es un desbalance hormonal. Entonces tu cuerpo cambia, se deforma, porque no tenemos quién nos indique cuánto nos pongamos de hormonas”

“A veces nos deforma nuestra apariencia personal: mire, cuando yo me he inyectado, me ha molestado los nervios. Cuando yo me inyectaba antes me salían unas manchitas negras, por eso ya no lo volví a hacer, porque casi no dormía de los nervios, me molestaban. Entonces, mejor [dejar] de hacerlo.”

“Sí, primero, subí mucho de peso porque me engordé demasiado y ahora ya estoy bajando de peso. Te cambia el sistema nervioso, el carácter. Hay momentos en que estás contenta, en otros triste y en otro explosiva.”

La automedicación es lo más habitual, con sus riesgos asociados:

“Nos hemos automedicado porque hay compañeras que dicen: ‘¡Ay! Mira, esta hormona te va a caer bien, ponete esta de ahí’. Miras a otra y te dice: ‘mejor ponete esta’. Entonces uno en el camino se inyecta de lo que encuentra en el camino.”

“Cuando me estuve hormonizando tomaba pastillas, casi me tomaba un cartón de pastillas a diario [y] me ponía dos inyecciones: me ponía el lunes, el martes, me tomaba el cartón de pastillas el miércoles, me ponía dos inyecciones y el jueves me tomaba otro cartón de pastillas, el viernes otras dos inyecciones, el sábado el cartón de pastillas, el domingo otras dos inyecciones y me ponía de la que me iban diciendo.”

De hecho, en las escasas ocasiones en que se cuenta con asesoramiento médico parece mejorar sensiblemente la salud de la mujer trans que se hormona:

“Porque yo me estaba hormonizando y por más de diez años tuve un problema de tiroides, y por ejemplo [fui] al médico y le comenté mi identidad y me aconsejó ponerme hormonas en Tapachula y sí hay cambio.”

La misma ambivalencia que respecto a las hormonas se detecta en las intervenciones sobre la cirugía de reasignación genital. Este diálogo de las participantes en el grupo de Puerto Barrios refleja acertadamente la diversidad de opiniones:

“Es bonito porque la mayoría de las mujeres trans anhelamos tener vagina, yo pienso que ha de ser bonito, la verdad hay que inyectarse hormonas para sentirse una chica trans.”

“Yo pienso que no, porque no es necesario operarse para sentirse una chica trans.”

“Bueno yo pienso que sí, te tenés que inyectarte porque no te va a salir nada, o por así, por ejemplo los pechos.”

“Bueno no comparto la idea de operarte o inyectarte, porque si alguien te va a aceptar, te va a querer en las condiciones que te encontró, porque no de la noche para la mañana te va a pedir que te pongas pechos, no ¿verdad? Te conoció así, así te va a aceptar. Siento que no es necesario.”

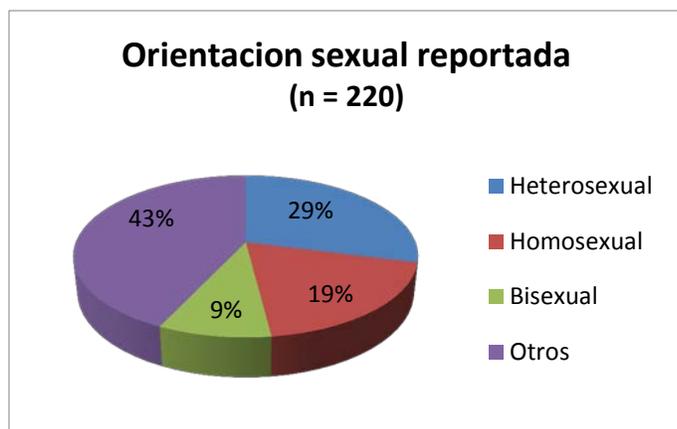
Aunque deseada en la mayoría de casos, la hormonización no siempre se contempla como imprescindible:

Aunque no todas las que desearían hacerlo piensan que es un proceso sencillo:

“Bueno, allí sí que es una decisión que tiene que pensarse muy bien, tiene que tratarse con psicólogos. No es cuestión de meses, es más tiempo, como un año para tratar a la persona, al igual la persona que va realizarse eso, tiene que estar muy consciente de eso.”

A la pregunta sobre la orientación sexual, la respuesta más común fue “Otros” (43%; véase Gráfica 8). Interrogadas sobre a cuál otro se referían, las participantes declaraban en su inmensa mayoría “Mujer” o “Sólo con hombres”, lo que evidencia una dificultad de interpretación de la pregunta, sea por confundir identidad con orientación sexual, sea por desconocer el significado exacto del término heterosexual. Tomando la opción plausible de considerar a las respondedoras de “Otro” como exclusiva o primordialmente heterosexuales, tendríamos que esta última categoría alcanzaría el 72% (43+29), lo que sería coherente con la interpretación de que casi todas las entrevistadas se consideran mujeres trans (utilizando varios términos para ello, véase más arriba la discusión de la Gráfica 7), y por tanto se refieren a las relaciones sexuales con hombres como heterosexuales. Este análisis no es sin embargo unánime, ya que quienes se consideran homo o bisexuales alcanza una cifra nada desdeñable del 28%.

Gráfica 8. Orientación sexual reportada (n=220)



CONDUCTAS SEXUALES

Las trans que participaron en la encuesta informaron de que en los últimos 6 meses habían tenido un promedio de 7 parejas¹² sexuales hombres, frente a 2 parejas masculinas en los últimos 30 días (Tabla 2).

Tabla 2. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido

Tiempo	Rango	Promedio
6 meses (n=221)	0-60	7
30 días (n=155)	0-30	2

Las encuestadas declaran que con sus parejas lo más frecuente es que sean receptoras de sexo anal o bien practiquen el sexo oral (véase Tabla 3).

Tabla 3. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo oro-anal, oral y anal en los últimos 30 días

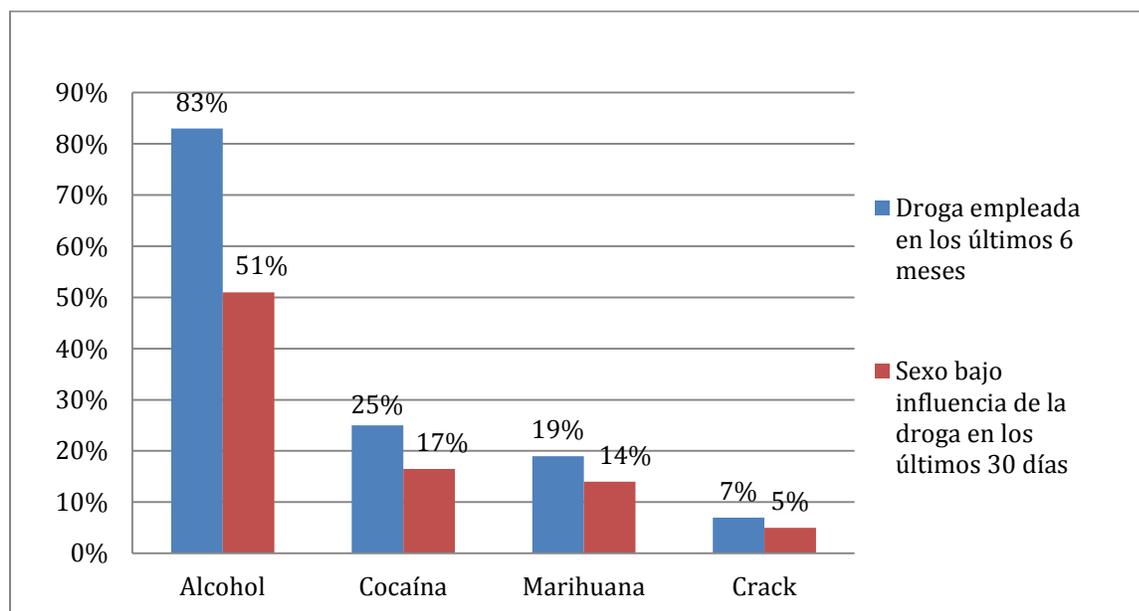
	Le hicieron			Hizo		
	Rango	Promedio	N	Rango	Promedio	N
Oro-anal	0-30	4	99	0-30	4	97
Oral	0-25	2	100	0-50	11	102
Anal	0-90	11	101	0-10	2	95

El 66% de las trans que respondieron a la pregunta (n = 94, menos de la mitad) reportaron que utilizaban siempre condón en sus relaciones anales con sus parejas, un porcentaje que case al 49% cuando son ellas las que practican sexo oral. Aunque los lubricantes a base de agua son los más empleados por más del 93% de las entrevistadas, también el 37% menciona el uso de saliva, lo que pone el condón en riesgo de rotura. Un número muy pequeño reportó uso de crema para manos o corporal y de vaselina.

El consumo de alcohol es muy frecuente en esta población (supera el 83% tomando el semestre anterior a la encuesta como referencia), siendo además la sustancia más asociada a la actividad sexual. Le sigue la cocaína, consumida por el 25% de las encuestadas por lo menos una vez en los últimos 6 meses, en las que más de la mitad de las ocasiones estuvo relacionada con la actividad sexual. El 19% declara haber consumido marihuana y el 7% crack en el mismo periodo, con frecuencia asociados con el sexo (véase Gráfica 9). Menos del 4% afirma haber tomado éxtasis, anfetaminas u otras sustancias inhaladas, y no llega al 1% quien dice inyectarse heroína.

¹² Parejas estables u ocasionales sin intermediación comercial.

Gráfica 9. Uso de drogas y sexo bajo su influencia (n=219)



Un 77% de las participantes afirmó haber ejercido el trabajo sexual alguna vez en su vida, frente a un 70% que lo ha ejercido en los últimos seis meses. El promedio de clientes en los últimos 30 días fue de 19, con un rango que va de los 15 a los 150.

Al igual que con las parejas no comerciales, las prácticas más frecuentes con los clientes son el sexo anal en que la mujer trans está en posición receptiva y la realización de sexo oral por parte de esta. La posición anal insertiva o la recepción de sexo oral por parte de la trabajadora no es habitual, aunque tampoco desdeñable (véase Tabla 3). En cualquier caso, las entrevistadas afirmaron que emplean condón con sus clientes en entorno al 91% de las relaciones anales (ambas posiciones), una cifra que se reduce al 75% y el 60% en el sexo oral activo y pasivo, respectivamente.

Tabla 4. Veces que le hicieron o hizo a sus clientes sexo oral y anal en los últimos 30 días

	Le hicieron			Hizo		
	Rango	Promedio	N	Rango	Promedio	N
Oral	0-200	9	131	0-150	16	133
Anal	0-100	15	133	0-80	5	131

El uso continuado del preservativo se incrementa algo más de la cuarta parte al comparar los clientes con las parejas sexuales no comerciales. En los grupos focales se expresaron diferentes enfoques al respecto:

“Bueno yo creo que con el tiempo después de conocer a tu pareja, a veces uno ya no exige el condón porque ya lo conoces, esa es mi forma de pensar, mientras que con el cliente siempre se le va a exigir.”

“La verdad no [lo uso si estoy enamorada], yo pienso que tal vez no. A mí me pasó que por mucho tiempo pues no usaba, la prueba de amor, como dicen.”

“Yo en mi punto de vista no lo tomo así, porque siento que una pareja es una pareja, pero puede no ser estable. Pienso que tal vez está hoy con uno, mañana tal vez ya no va a estar y tal vez yo no sé lo que está haciendo a escondidas de mí. No me siento segura.”

Así, una parte de las mujeres trans tienen una percepción más idealizada de la relación de pareja, en la que elementos como la confianza mutua y el ideal de amor romántico se asocian a prácticas de riesgo, mientras que en el caso de los clientes sexuales se impone el pragmatismo y el uso del condón, aunque esto también pueda estar condicionado por las características de la transacción:

“A veces el cliente te dice: mira te pago mil y no usamos condón; y uno tiene necesidad, estás sufriendo de hambre, que tu familia te pide dinero, no tenés. Entonces tenés que irte y hacerlo.”

Las divergencias de trato entre pareja y cliente también pueden observarse respecto a la posición insertiva / receptiva que ocupa cada miembro de la relación: que un cliente pida ser penetrado se acepta como parte de la negociación¹³, pero para la mayoría de mujeres trans resultaría disruptivo que lo hiciera la pareja:

“Cuando comencé con el trabajo sexual a veces me ha tocado ser activa y es cosa que no me gusta, porque nunca me ha gustado hacer eso, pero últimamente ha habido clientes que les gusta que los penetre, todo eso, y entonces le toca hacerlo a uno aunque uno no quiera.”

“Pregunta: ¿Qué pasa si la pareja pide ser penetrado?”

Respuesta: Conmigo no funciona así, desde que me lo dice no es cuestión de que ya me bloqueé y ya no es la misma emoción de estar con esa misma persona. Ya solo puede ser de una atracción física pero sexual ya no hay. Pierdes el apetito si te pide eso, ya se perdió todo.”

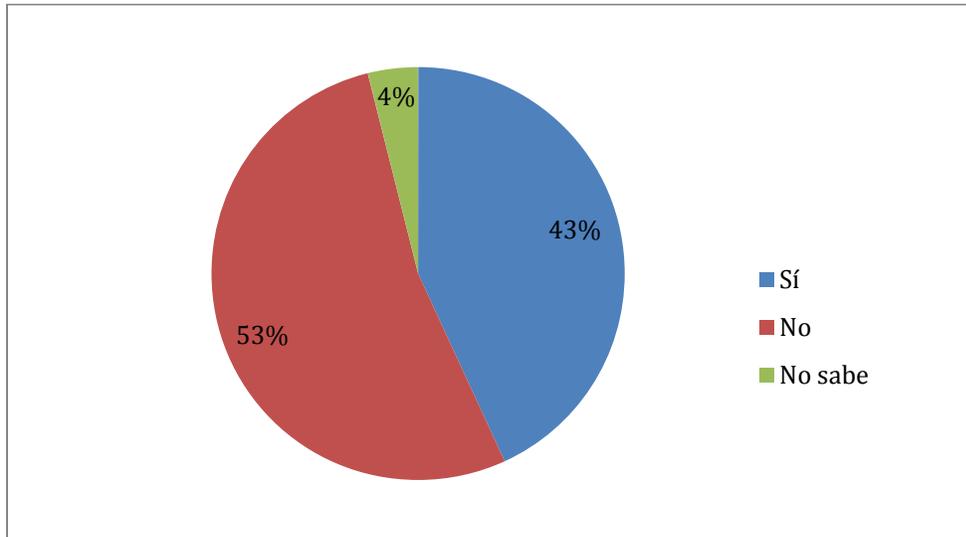
CONOCIMIENTO, PRUEBA Y DIAGNÓSTICO SOBRE VIH/SIDA E ITS

Las participantes en el diagnóstico contestaron correctamente a las preguntas sobre transmisión y prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sobre SIDA en aproximadamente el 90% de los casos. Se han identificado algunas excepciones llamativas. Una se refiere al 20% de encuestadas que creen que la picadura de un mosquito o besar a una persona que vive con VIH puede transmitir el virus, lo que evidencia la persistencia de información errónea. La otra es la que deriva de la pregunta de si se reduce el riesgo al mantener relaciones con una persona fiel y no infectada, en que el 33% dijo que no. La experiencia de las mujeres trans sobre hasta qué punto creer la fidelidad declarada de la pareja (véase más arriba) puede haber influido sobre dicho porcentaje.

Las mujeres trans entrevistadas también expresaron dudas sobre otros aspectos relevantes. A la pregunta “Si una persona se hace la prueba del VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA”, algo más de la mitad contestó que no, mientras que un 44% que sí (véase Gráfica 10):

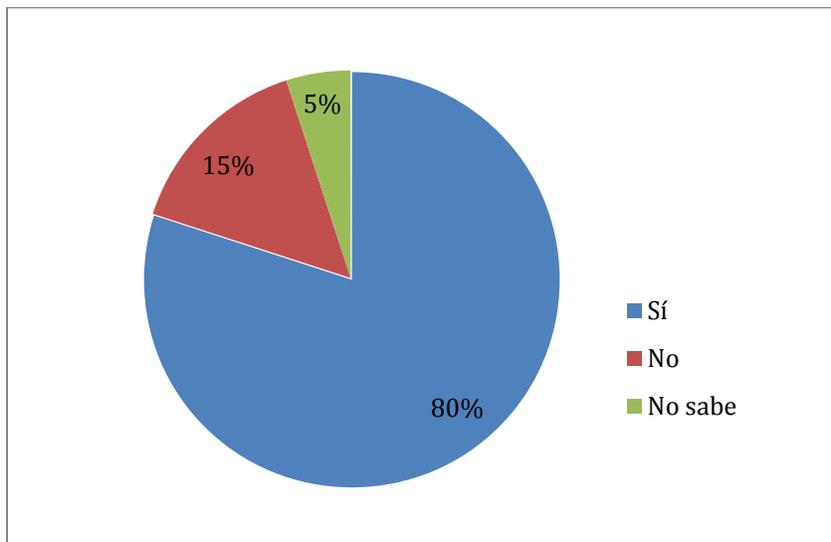
¹³ La mayoría de veces, pocas, en que se rechaza esta petición del cliente tiene que ver con la dificultad de mantener la erección, que las trans asocian con el uso de hormonas. En muy pocos casos el rechazo nace del deseo explícito de la trans, y se acepta que eso podría variar si no se contara con suficientes clientes activos.

Gráfica 10. Si una persona se hace la prueba de VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene sida (n=221)



Ante la afirmación “La cantidad de virus en las personas con VIH influye en la transmisión del VIH a otras personas”, el 80% aseguró que sí, alrededor del 15% no, y el resto no supo qué decir (véase Gráfica 11).

Gráfica 11. La cantidad de virus en las personas con VIH influye en la transmisión del VIH a otras personas (n=221)



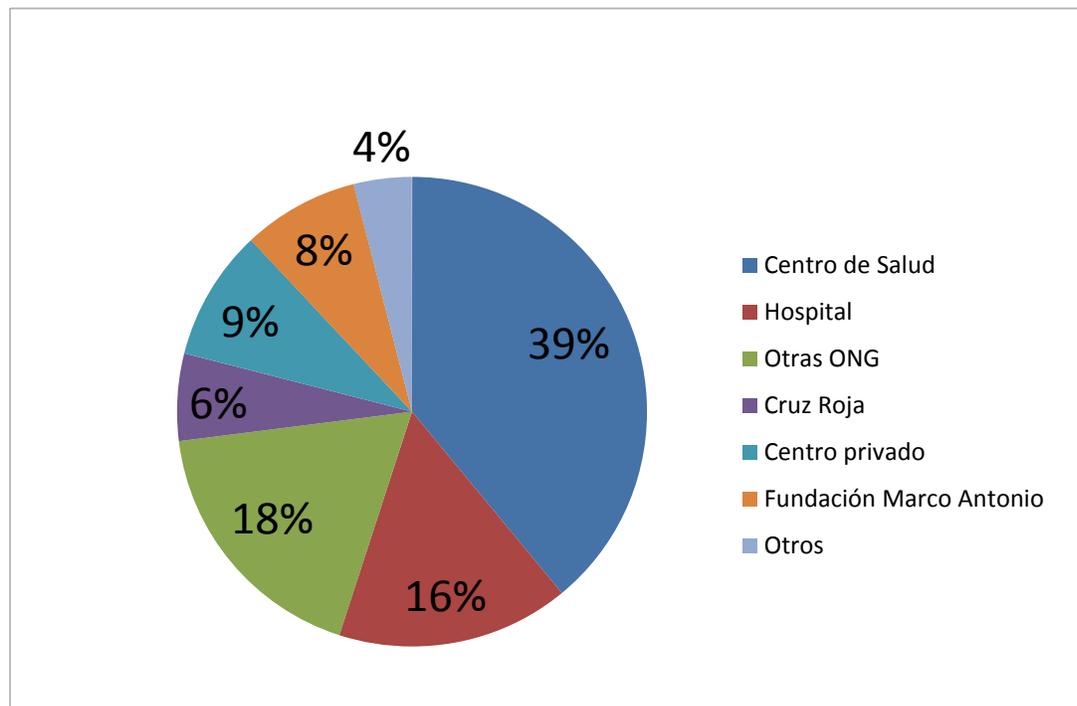
Es interesante señalar que frente a un 83% que afirma lo contrario, un 17% de las participantes asegura no conocer a nadie que viva con el VIH. De la misma manera, un 77% sabe dónde acudir para recibir atención en salud especializada en VIH, frente al 23% que dice desconocerlo.

La inmensa mayoría (93%) afirma haberse realizado la prueba de VIH, y de éstas un porcentaje alto (87%) lo ha hecho en los últimos 12 meses. Sólo 11 personas contestaron a la pregunta sobre por qué no se habían hecho nunca la prueba: 3 no querían saber si estaban infectadas, mientras el resto

dio explicaciones variadas: miedo al resultado, no saber dónde acudir, falta de decisión, utilizar siempre condón, o estar segura del estado serológico positivo o negativo.

La Gráfica 12 representa los centros y servicios a los que acudió la población de trans encuestada para realizarse la prueba del VIH. Los datos indican que la mitad se apoyan en las estructuras de salud públicas, cuyos servicios son complementados por la oferta de organizaciones no gubernamentales y clínicas privadas.

Gráfica 12. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH (n=191)



Respecto a las infecciones de transmisión sexual, la Tabla 5 representa la frecuencia de diagnóstico en número de casos y porcentaje, siendo la sífilis la más frecuente (12 casos sobre 220). Si nos atenemos a las respuestas dadas, todos los casos fueron atendidos y recibieron tratamiento.

Tabla 5. Infecciones de transmisión sexual

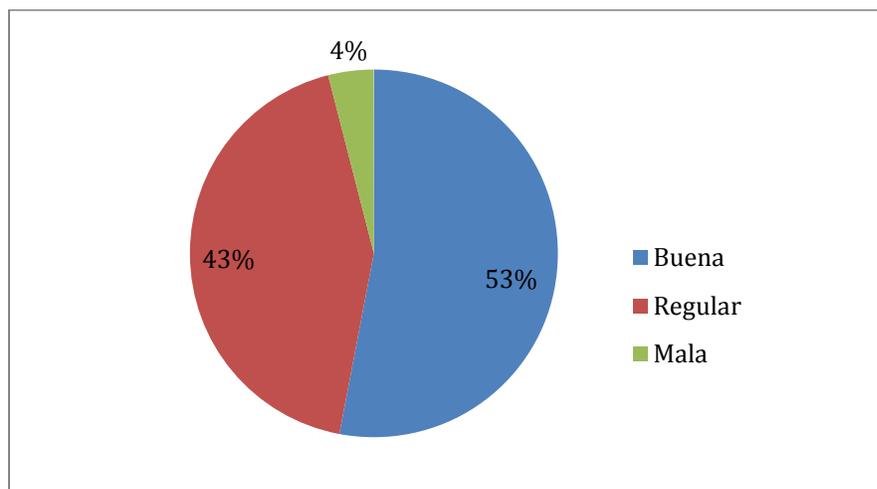
ITS	Frecuencia	Porcentaje
Chlamydia	0	0%
Verrugas	4	2%
Gonorrea	6	3%
Hepatitis B	8	4%
Hepatitis C	2	1%
Herpes	7	4%
Sífilis	12	5,5%
Tricomoniasis	0	0,5%

El 38% de las participantes se ha hecho la prueba de la tuberculosis y la mayoría (90,3%) dio resultado negativo. Del casi 10% que resultó positivo, todas recibieron tratamiento.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Según se infiere por las respuestas, la mayoría de las participantes (53%) obtuvo puntuaciones con una buena calidad de vida, seguida por 43% que obtuvo puntuaciones con una calidad de vida regular y un 4% como mala (véase Gráfica 13).

Gráfica 13. Calidad de vida (n=220)



Preguntadas por el grado de satisfacción en aspectos concretos de las relaciones personales y la autoestima, las participantes declaran que se encuentran muy a gusto consigo mismas en un 76% de los casos, porcentajes parecidos a la buena valoración de la relación con los amigos (70%) y con la vida sexual (76%).

Por el contrario, la satisfacción en las relaciones familiares es menor (57%). Un promedio del 50% de las participantes relata discusiones o problemas motivados por el hecho de ser trans con padres, hermanos u otros miembros de la familia, compañeros de estudio o amigos. Un 40% relata haber tenido problemas con profesores, y más de la mitad haber perdido un amigo a causa de su condición de trans. El 65% asegura haber tenido problemas con la policía por esa misma razón.

En ocasiones, la tensión dentro de la familia es tal que ha supuesto el abandono del hogar:

“Pero conforme vas adquiriendo tu identidad y después te acostumbras a la sociedad y a ser feliz en la sociedad, para muchas de nosotras el haber sentido como mujeres trans ha tenido que ser dejar a la familia atrás porque por ejemplo, el papá o la mamá dicen ‘si usted va a ser así, fuera de mi casa, no quiero gente así como usted en mi casa’. Entonces muchas de nosotras hemos construido nuestra identidad fuera de casa porque en la casa no se puede.”

Aunque no siempre es así:

“Ya de grande yo ya elegí liberarme, y travestirme y vestirme de mujer y ya más nunca vestirme de hombre. No se metieron en mi vida, aún [hoy] en día toda mi familia me respeta como soy y mis hermanos no me faltan al respeto y todo bien gracias a Dios con mi familia.”

Tampoco es infrecuente que tras un periodo de incomprensión o incomunicación, las relaciones se hagan menos tensas:

“La familia empieza a aceptar cuando ha pasado un tiempo, entonces empiezan a aceptarse, pero en la mayoría de casos es muy difícil. Por lo menos en mi caso, ya toda mi familia me acepta y me quieren pero pasé un proceso casi de 3 años [durante el que] no supe absolutamente nada de ellos.”

“En mi caso al principio les cuesta pero sí fue un tiempo más corto, como unas semanas. Así como no sabía qué iba a pasar, pero poco a poco se fueron acostumbrando. Mi mamá más me defiende por mi forma de ser.”

Dicha evolución en las relaciones puede ser el resultado de una transacción por la que los prejuicios y el rechazo tienden a atenuarse o desaparecer en paralelo a las aportaciones económicas que hacen las mujeres trans a la propia familia:

“La mayoría de nosotras mantenemos a nuestra familia, la familia de nosotras depende de nosotras, nosotras pagamos agua, pagamos luz, dinero para los estudios de mis hermanos. Nosotras tenemos que ejercer trabajo sexual para darle a la familia”

En cuanto a su quehacer diario, las respuestas ofrecieron altos porcentajes en la auto-valoración de la salud (75%), y de las habilidades para completar actividades cotidianas y de la capacidad de trabajo (65% en ambos casos). Las cifras son similares al valorar algunos aspectos del auto-cuidado, como el tiempo que se dedica a dormir para descansar, respecto al que un 63% reconoce satisfacción suficiente, pero no otros, como la necesidad de medicación diaria para poder funcionar, que se reconoce como alta en un 38%, y alcanza al 68% al sumar esta categoría con quienes admiten una necesidad mediana. Por otro lado, los porcentajes de satisfacción relacionados con las condiciones de vida inmateriales (acceso a la información, oportunidad de recrearse) o materiales (vivienda, comida, transporte, acceso a servicios), incluyendo la disponibilidad de dinero para cubrir sus necesidades básicas, se sitúan, con alguna excepción, por debajo del 50%.

Las respuestas de las participantes a las siguientes cuestiones ofrecen información más detallada sobre el gradiente de emociones vitales (véase Tabla 6):

Tabla 6. Porcentaje de respuestas a percepciones emocionales y calidad de vida (n=220)

	Siempre	A veces	Nunca
Su apetito ha bajado, no ha tenido deseos de comer	26%	52%	19%
Ha tenido problemas concentrándose en lo que hace	43%	27%	25%
Se ha sentido deprimida	35%	38%	25%
Siente que todo lo que hace requiere mucho esfuerzo	30%	30%	37%
Se ha sentido sola o aislada	60%	40%	6%
Ha tenido dificultades para dormir bien	52%	50%	8%
Se ha sentido alegre	63%	28%	6%
La gente ha sido amable con usted	36%	44%	20%
Siente que ha disfrutado de la vida	26%	52%	19%
Ha tenido momentos en los que no podía parar de llorar	43%	27%	25%

Un 43% de las encuestadas afirman pertenecer a alguna iglesia. La mayoría alega el rechazo de las confesiones a la realidad trans como motivo para alejarse de la religión organizada, pese a considerarse creyente:

“[No voy] porque me dicen que por qué voy a entrar y que yo tengo más pecado y por eso no voy.”

“No me aceptan por ser transexual, pero sí creo en Dios.”

En relación con la salud mental, el 61% de las participantes están muy de acuerdo en que su vida tiene sentido, un porcentaje similar al que expresa contar con suficiente energía personal para afrontarla. Y ello pese a que un 38% de participantes informa haber tenido intentos suicidas a partir de los catorce años, y un 16% los reporta respecto a los últimos seis meses (véase Tabla 7). En total, las participantes que informan de intentos de suicidio declaran un rango que va de 1 a 12 intentos.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas

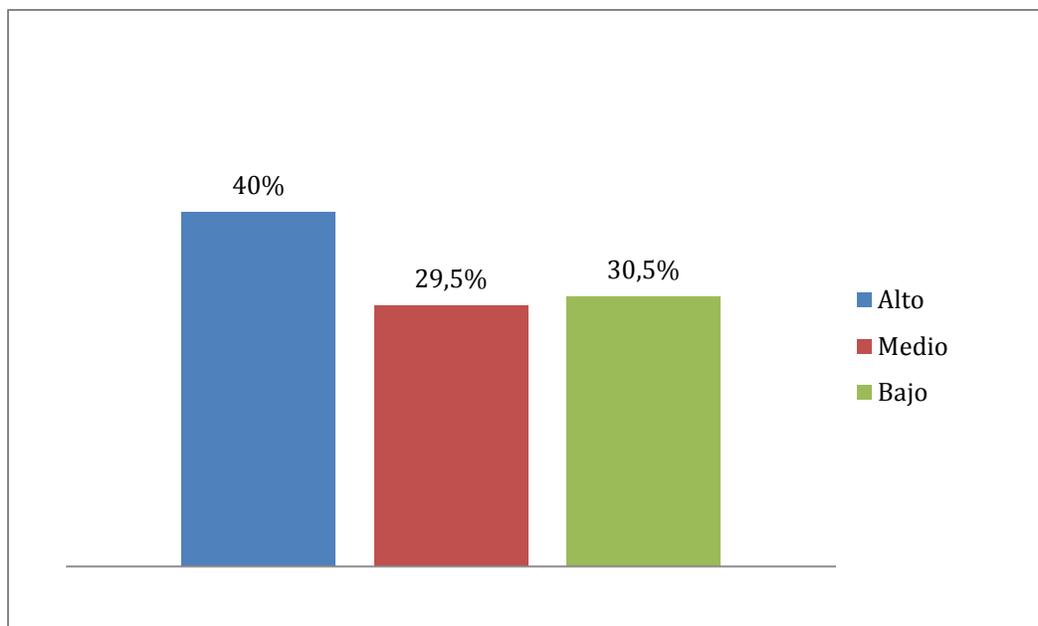
	A partir de los catorce años		En los pasados seis meses	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	84	38%	35	16%
No	137	62%	182	84%
N	221	100%	217	100%

La inmensa mayoría (95%) de las participantes se sienten parte y están contentas de pertenecer a la comunidad trans, además de mostrarse de acuerdo en que tienen algo positivo que ofrecer a esa misma comunidad. Pese a ello, un 45% reporta que alguna vez se ha sentido discriminada dentro de la propia comunidad trans. En uno de los grupos focales, el posible conflicto entre mujeres trans parecía centrado en diferencias respecto al espacio propio dentro del contexto del trabajo sexual:

“Aquí en Puerto Barrios son bien unidas, las compañeras trans, la verdad que sí. He tenido la experiencia de compartir en otros lugares, pues, y sí hay diferencia, no es como en la ciudad u otros departamentos, que se pelean entre ellas, se pelean por las cuadras de trabajo. Aquí no, somos bien unidas, no andamos peleando, sólo que nos fijamos que mi hombre no se vaya con aquella.”

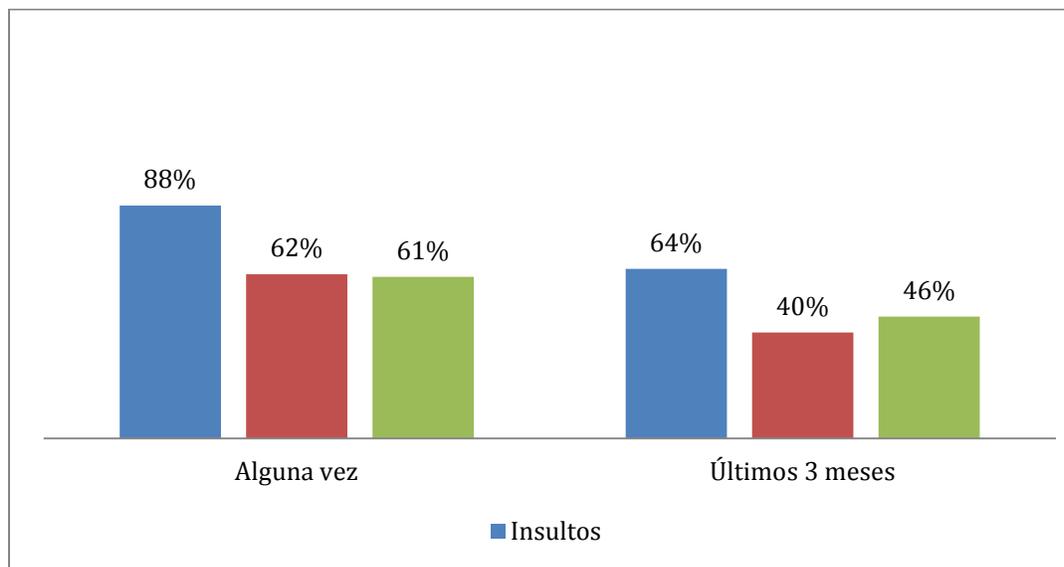
Un 40% de las participantes expresa un alto nivel de estrés asociado a pertenecer a una minoría, que alcanza casi el 70% si a éste se le suma el nivel medio (véase Gráfica 14).

Gráfica 14. Nivel de estrés minoritario (n=220)



Los niveles de victimización por ser trans son significativamente altos, con experiencias acumuladas durante toda su vida y frecuentes en los últimos tres meses. En términos relativos, durante el trimestre previo a la encuesta, un 64% informa de insultos, un 40% de abuso físico y un 46% que le han negado o despedido de su empleo por razón de su identidad sexual (Véase Gráfica 15).

Gráfica 15. Frecuencia de eventos de victimización en términos absolutos (n=221)



Preguntadas por su sentimiento de seguridad, el 4% afirmó sentirse nada segura, el 8% poco, el 35% más o menos, y el 53% mucho. Una gran mayoría de entrevistadas relata situaciones en las que han sido víctimas de violencia extrema alguna vez en su vida. El caso más frecuente es el del abuso sexual, tanto fuera como dentro del círculo familiar, incluyendo en éste a las parejas y exparejas. En

ocasiones el abuso sexual se produjo en edades tempranas, pero es más habitual que haya sido a partir de la adolescencia, en circunstancias en las que se encuentran desprotegidas, con especial incidencia en el ejercicio del trabajo sexual o bien al encontrarse sola y desprotegida. Después de las vejaciones sexuales, los golpes y palizas son lo más frecuente, seguido de la violencia verbal y los intentos de homicidio. Los siguientes relatos son una muestra de experiencias violentas:

“Un primo me violó a los siete años.”

“Mi pareja me dijo que me vistiera para salir a trabajar y yo no quise y me golpeó fuerte.”

“Hace siete meses tres hombres me abusaron sexualmente, torturaron con un cuchillo, golpearon, y me dejaron desnudo en un lugar remoto.”

“El año pasado, un cliente me pegó en la cabeza con una pistola y me amenazó que me iba a matar. La policía vio lo que estaba pasando y no hizo nada.”

“Fui detenida por la policía, me golpearon, me cortaron el cabello y me dejaron inconsciente y fui a parar al hospital.”

“En el pueblo donde vivo recibo muchos insultos verbales, no aceptan mi identidad.”

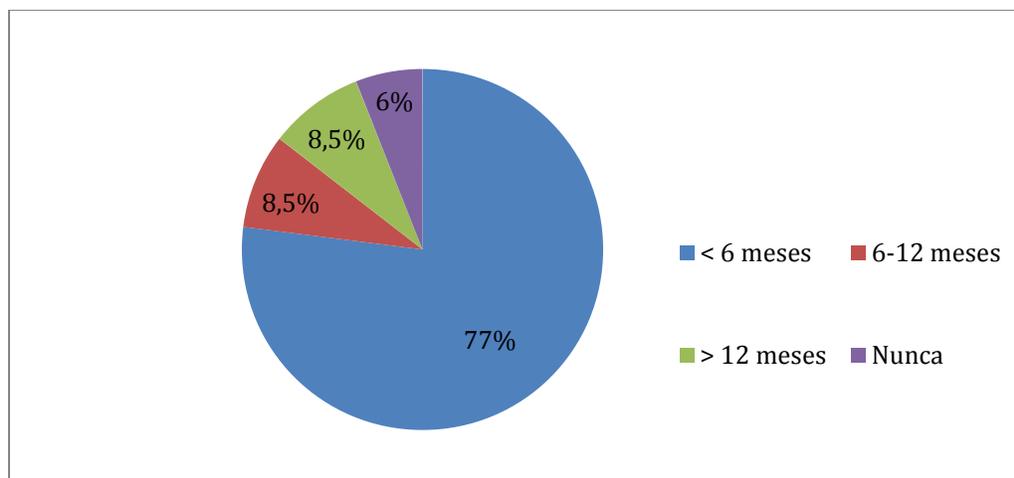
“En la calle una noche pasó un carro y dispararon tres balazos.”

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tres cuartas partes de las personas participantes en la encuesta (77%) declaran haber solicitado y accedido a los servicios de salud durante los últimos 6 meses, porcentaje que llega al 84,5% si se abarcan los últimos 12 meses (véase Gráfica 16). Entre las razones de uso abundan las relacionadas con el VIH y otras ITS (hacerse la prueba del VIH o seguimiento de la infección, tratarse otras ITS, recoger condones), aunque también las dolencias y síntomas menores (dolor de garganta, gripe, fiebre). En menor medida se citan la cura de heridas (algunas por violencia) y la visita al dentista. Significativamente, 54 (casi el 25%) de las personas entrevistadas adujeron que la razón por la que acudieron a un centro médico fue realizarse la prueba del VIH. También llama la atención que una cuarta parte cite la expresión “Chequeo médico” o “Chequeo general”, que tal vez se refiera al seguimiento de la infección por VIH o el tratamiento ITS, aunque no puede cerciorarse. En cualquier caso, la alta frecuencia de uso contrasta con la reportada por los escasos estudios previos disponibles, una inconsistencia que merecería una mayor investigación en estudios posteriores.

El 84% de las personas que accedieron a servicios de salud informa sentir satisfacción con la atención recibida, frente a un 14% que no y un 2% con experiencia ambivalentes.

Gráfica 16. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud? (n=220)



El tipo de lugar accedido fue de carácter gubernamental en el 82% de los casos, y no gubernamental en el restante 18% (véase Tabla 8).

Tabla 8. Establecimientos en donde recibieron servicios de salud (n=204)

Establecimientos del Ministerio de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Centros de Salud	117	70%
Hospitales	39	23%
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	8	5%
Otros organismos públicos	4	2%
Total	168	100%
Establecimientos No Gubernamentales	Frecuencia	Porcentaje
Clínicas privadas	26	56,5%
Fundación Marco Antonio	8	17,4%
Otra ONG		
Cruz Roja	2	5,6%
Asociación de Salud Integral (ASI)	2	5,6%
Fundación Barcelona	1	2,8%
APROFAM	1	2,8%
Total	46	100%

Un 40% de las personas participantes respondió que la distancia hasta el centro de servicios de salud influye mucho en su decisión de asistir al servicio, en contraste con el 60% que afirma que le influiría un poco (28%) o nada (32%). Más de la mitad (60%) indicó que el nivel de inseguridad por la delincuencia y la violencia social era una razón importante para asistir o no al servicio de salud, mientras que el horario del servicio es importante para casi la mitad (47%) frente a la otra mitad (53%) que señaló que es poco o nada importante. De nuevo cerca de la mitad (47%) indicó que el costo de los servicios y de los medicamentos sería muy importante, frente a una quinta parte que

declaró que lo sería pero poco y casi un tercio que dijo que no sería importante. El 57% declaró que el tiempo de espera hasta recibir atención es muy importante en comparación con un 43% que señaló que lo era poco o nada, repartidos a partes casi iguales.

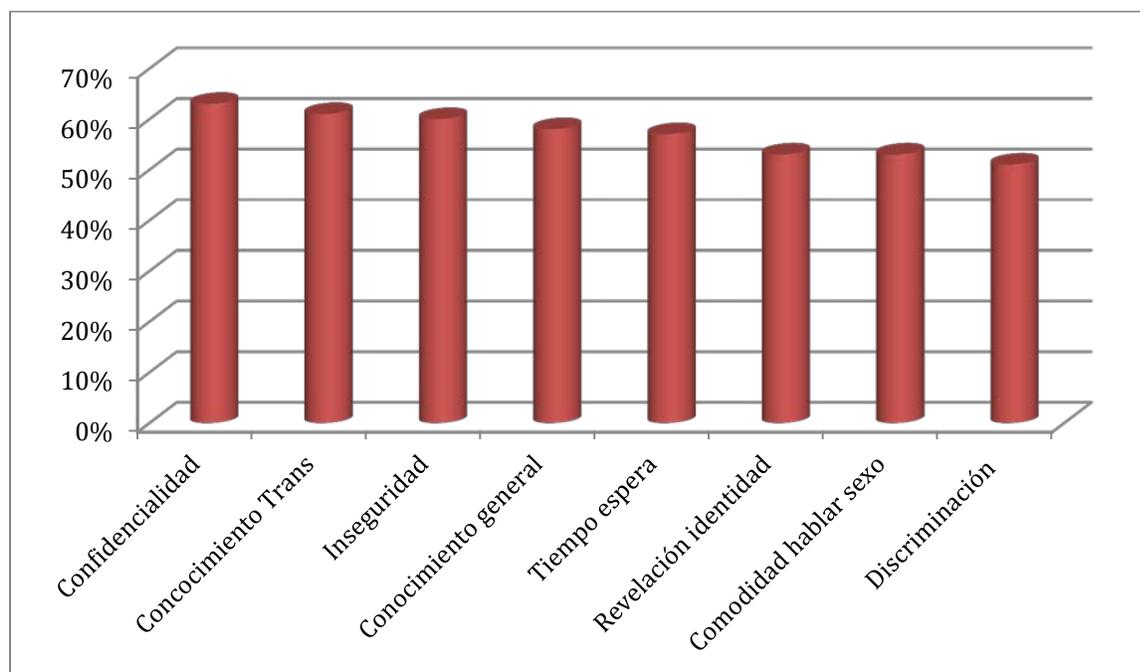
Más de la mitad aseguró que tener que revelar su identidad sexual influiría mucho en su decisión de acudir a un centro de salud, mientras para que una quinta parte lo sería un poco y para el resto (el 30%) no tendría ninguna influencia. Para el 62,5% la protección de la confidencialidad es muy importante, y determinaría el uso de un servicio de salud, aunque sólo lo sería parcialmente para casi un 19% y no tendría relevancia para otro 18,5%. Un 53% considera muy relevante que se pueda hablar con comodidad sobre salud y sexualidad con los servicios médicos y el 21% lo valora en menor medida, y para algo más de la cuarta parte (26%) esa posibilidad no es determinante para acceder a un centro de salud.

La mayoría (61%) reportó que era bien importante el nivel de conocimiento del personal sanitario sobre cómo proveer servicios a las poblaciones trans, y también más de la mitad (58%) declaró que la experiencia general de ese mismo personal tendría mucha influencia en su decisión de acudir al centro médico. Los porcentajes son diferentes cuando se trata de la disponibilidad de información sobre cómo usar los servicios: para el 49% es muy determinante, frente al casi 23% y el 28% que lo encuentra respectivamente poco o nada determinante.

El 51% aseveró que las actitudes de discriminación por parte del personal de salud influirían mucho sobre su decisión de acudir o no al centro, mientras que a un 14% le influiría un poco y al 35% nada. En este mismo sentido, el acoso sexual sería un serio condicionante para el 26% de las encuestadas, lo sería relativamente para un 10% y de ningún modo para el 64%, mientras que el abuso directo tendría un gran peso en la decisión del 22%, y poco o nada para el resto.

En resumen, observamos que los aspectos que más valoran las participantes en el estudio a la hora de acceder a un centro de salud es la confidencialidad, seguido por el hecho de que los profesionales tengan conocimientos específicos sobre la atención a personas trans, que no se den circunstancias de inseguridad por violencia social, un buen conocimiento general de los profesionales, un tiempo de espera breve, que no se obligue a revelar la identidad, y que no haya incomodidad al hablar de sexualidad ni discriminación (Gráfica 17).

Gráfica 17. Aspectos que tienen mucha influencia sobre la decisión de visitar un centro de salud (>50%)



Las encuestadas ofrecen un amplio repertorio de experiencias que ilustran sus dificultades para interactuar normalmente con las instituciones de salud. Las declaraciones incluyen negativa a la prestación de servicio, mala praxis, discriminación en el tiempo de espera, negativa al uso del nombre preferido, humillaciones y agresiones. Significativamente, no reportan apenas casos de acoso o abuso sexual en los centros de salud:

“Una vez fui a la clínica de la Zona 3 y me diagnosticaron algo que aún no tenía.”

“Una vez me realicé el examen de profilaxis anal y me rasgaron el ano (el doctor).”

“Me realicé la prueba y no me dieron los resultados.”

“Con una compañera fuimos a hacernos la prueba y cuando se dieron cuenta que íbamos a realizarnos la prueba dijeron que ya estábamos infectadas.”

“Cierran las puertas de los baños a la hora que llegamos las mujeres trans.”

“Me operaron de la vesícula en el Hospital Roosevelt y el equipo de salud me abrió la bata para verme y reírse por ser mujer trans.”

“Fui a una clínica para asuntos del riñón y me dijeron que allí no atendían trans.”

“Fui a emergencia del Hospital San Juan de Dios y no me atendieron por ser trans. Tuve que ir a una clínica privada.”

“Hospital general, emergencias, me habían golpeado en la cara. En el hospital me regañaron por estar vestida de mujer y me hicieron esperar.”

“Me discriminan porque no me tratan como mujer sino como hombre.”

“Cuando dan número para consulta pasan a otras personas y lo dejan de último a uno por ser trans.”

“Hace 2 meses fui al Roosevelt y me quitaron el pelo y me insultaron mucho los médicos.”

“Un enfermero me acosó durante un periodo de hospitalización.”

HALLAZGOS: PROVEEDORES DE SALUD

DESCRIPCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y LABORAL

Los veinticinco profesionales sanitarios que accedieron a ser entrevistados tenían un promedio de 37 años, con un rango entre los 21 y los 56 años. Diecinueve, que corresponde al 76%, se identificaron como mujeres, y los otros seis (el 24%) como varones. Todos ellos declararon ser guatemaltecos.

Más de la mitad de los participantes tenían estudios superiores completos (Licenciado o Doctorado). Entre el resto, predominaban las carreras medias (técnicos y diplomados):

Tabla 9. Titulación académica de los proveedores de salud

Titulación académica	Frecuencia	Porcentaje
Licenciado	11	44%
Doctorado	4	16%
Maestría	1	4%
Otros estudios superiores	6	24%
Otro		
Auxiliar de enfermería	1	4%
Técnico de laboratorio	2	8%
Total	25	100%

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE LA COMUNIDAD TRANS POR PARTE DE LOS PROVEEDORES DE SALUD

Todos los informantes coincidieron en afirmar que en Guatemala existe rechazo social hacia la población trans. Una inmensa mayoría lo atribuyó a la cultura machista y tradicionalista (91%), frente a una minoría que hizo hincapié en la influencia de las religiones presentes en el país. Los varones son los más señalados como actores discriminatorios, aunque también se menciona que ambos sexos sin distinción y de nuevo, las personas religiosas.

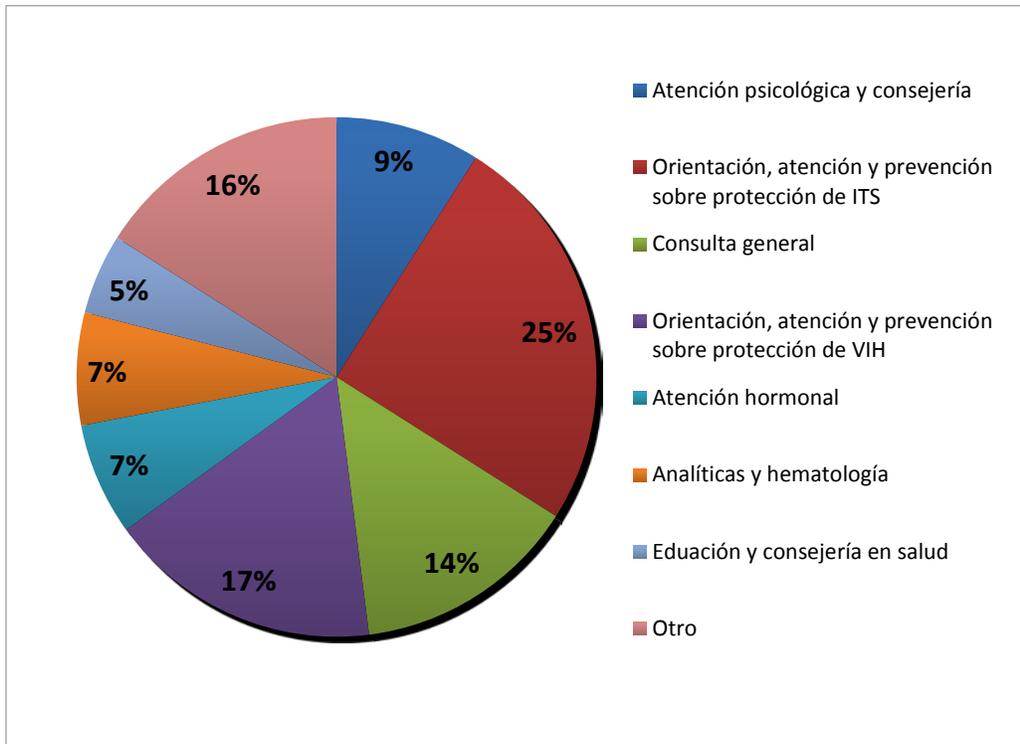
Un 75% declara no haber sido testigo directo de ningún caso de discriminación a mujeres trans en el ámbito sanitario, frente a un 25% que sí. Algunos relatan situaciones específicas de humillación y denegación de auxilio, especialmente en el servicio de urgencias, además de órdenes expresas de los superiores para postergar el orden de atención de las trans.

En un test sobre nivel de prejuicio hacia la población trans (Toro-Alfonso 2008)) que contestaron los entrevistados, el 56% mostró un nivel bajo, frente al 44% para el que fue moderado.

LA POBLACIÓN TRANS Y LOS SERVICIOS DE SALUD

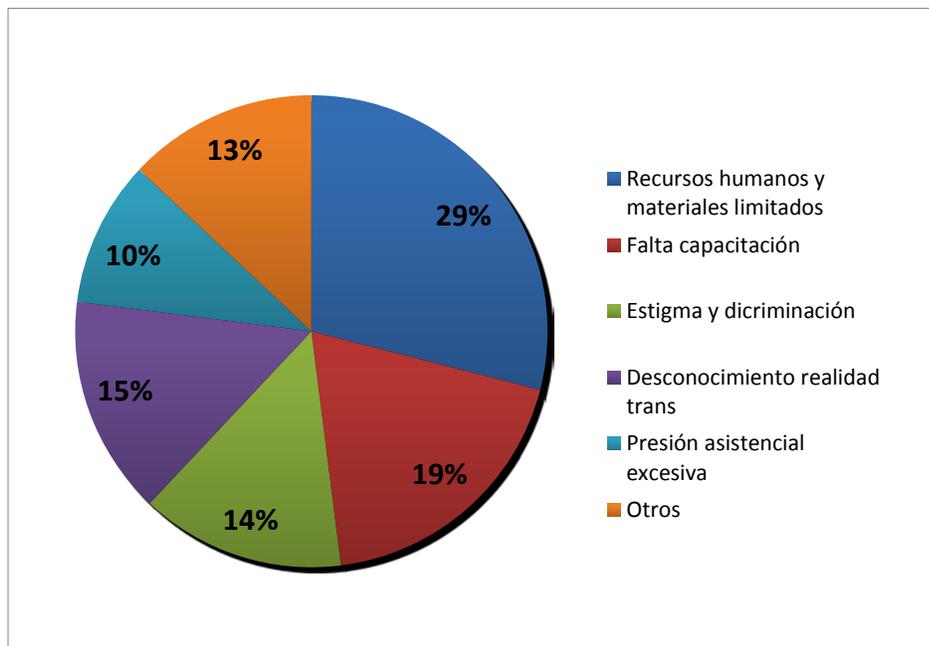
Según los entrevistados, entre las necesidades de salud de las personas trans pesan con fuerza las relacionadas con la salud pública: abordaje de las ITS y del VIH, atención psicológica y educación para la salud en general. También a destacar el porcentaje de profesionales que remarcan que las trans necesitan consulta general, igual que el resto de la población (véase Gráfica 20).

Gráfica 18. Necesidades de salud de las personas trans según los proveedores de servicios (n=25)



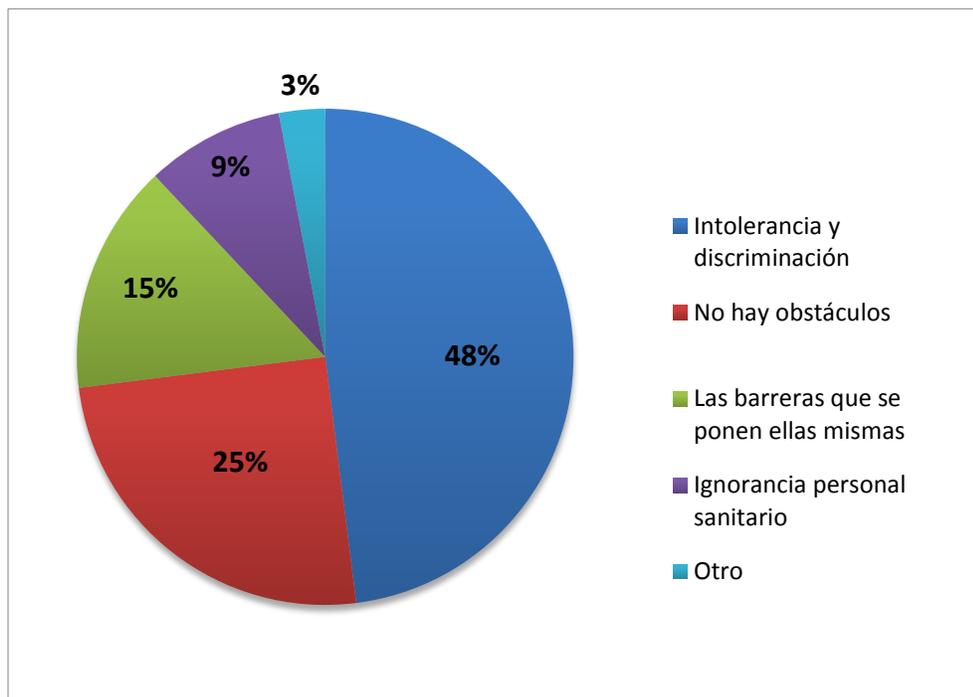
Se solicitó a los participantes en las entrevistas que citaran los obstáculos que a su entender deben afrontar los proveedores de servicios de salud para atender a la población trans. Un 29% alegó falta suficiente de recursos materiales y humanos y casi una quinta parte falta de capacitación. Un 15% señaló el desconocimiento sobre la realidad trans y el 14% mencionó el estigma y la discriminación imperante entre los propios profesionales (véase Gráfica 19).

Gráfica 19. Obstáculos que tienen los proveedores de servicios para atender esta población (n=25)



Interrogados sobre cuáles eran a su entender los obstáculos que debía afrontar la población trans para acceder a los servicios de salud y los servicios sociales, prácticamente la mitad alegaron que la intolerancia y la discriminación que impera en los centros, aunque un 25% negó que tales obstáculos existieran. El desconocimiento de la realidad trans y la auto-exclusión de éstas también juegan un papel para una minoría (véase Gráfica 20).

Gráfica 20. Obstáculos que deben afrontar las mujeres trans para acceder a los servicios de salud y los servicios sociales según los proveedores de servicios (n=25)



ACCIONES DE MEJORA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Preguntados sobre las condiciones que podrían facilitar el acceso de la población trans a los servicios de salud apropiados para ellas, estos fueron los elementos más destacados:

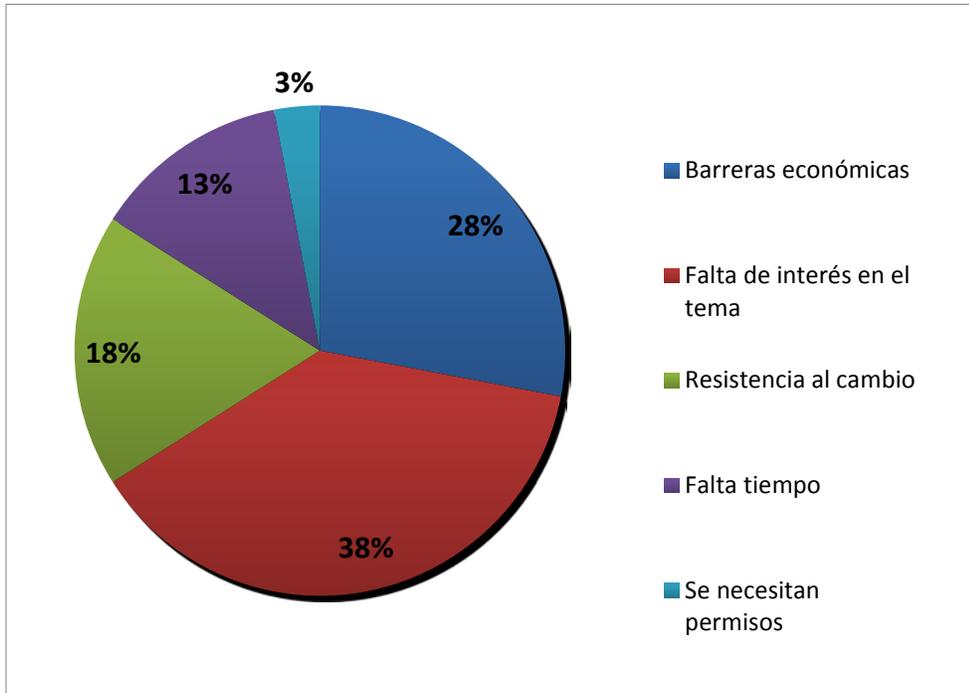
- La capacitación del personal, incluyendo la provisión de la información adecuada, y la adaptación de los servicios (horarios o de áreas específicas, por ejemplo) de forma que satisfagan las necesidades de salud de las trans.
- Asegurar un tratamiento para las trans de la misma calidad que para el resto de la población.
- Promover el conocimiento y la confianza mutuas entre personal de salud y comunidad trans, incluso a través de eventos de socialización.
- El empoderamiento de la propia comunidad trans para que haga valer su derecho a la salud.

Sólo 7 de los 25 respondedores dijeron conocer algún texto legislativo o político que establezca los derechos de las personas trans para proveer servicios de salud, y en casi todos los casos se referían a la cobertura que les ofrece el que la Constitución del país recoja el derecho a la salud para todos. La persona restante se refirió a la ley 27/2000 sobre el VIH/SIDA. Preguntados por las acciones que harían efectivas estas regulaciones y las políticas que las sustentan, las respuestas se movían entre abogar por educar a la población en el respeto, mejorar la legislación vigente o generar nuevas leyes específicas para la población trans. Sólo una minoría abogó por utilizar la denuncia y el cabildeo como instrumentos de cambio.

Preguntados sobre si creen que en su servicio estarían interesados en recibir capacitación sobre atención a personas trans, el 94% respondió afirmativamente, mientras que una persona cree que no y otra se remitió a sus superiores.

Requeridos sobre cuáles creen que son los obstáculos que dificultan que los proveedores de salud asistan a sesiones de capacitación, un 38% respondió que falta interés y sensibilidad hacia el tema, un 28% declaró que el costo de la actividad y la necesidad de viáticos (barreras económicas) y otro 18% la resistencia al cambio. El resto de razones eran la escasez de tiempo y la necesidad de obtener permisos de los superiores (véase Gráfica 21).

Gráfica 21. Obstáculos para que proveedores de servicios de salud asistan a capacitaciones sobre estas comunidades (n=25)



Finalmente, al referir cuál creían que debía ser el contenido de dicha capacitación, los profesionales respondieron señalando el conocimiento general de la realidad trans y la formación sobre cómo tratar a esta población como lo principal (un 51%, tomado conjuntamente), seguido de aspectos biomédicos propios de las personas trans (18%), formación para superar el estigma y la discriminación (10%), manejo de hormonas y aceites inyectables (9%), formación en apoyo psicológico (6%) y otros (6%).

RECOMENDACIONES

- **Poner en marchas programas de sensibilización social e institucional para la aceptación de la realidad trans:** el nivel de estigma y discriminación hacia las mujeres trans de Guatemala es muy alto en todos los espacios, ya sean familiares, sociales o institucionales. Son necesarias actividades que aporten información, desmantelen mitos y revoquen prejuicios sobre las mujeres trans. Debe prestarse especial atención a los prestadores de servicios básicos y funcionarios públicos, quienes tienen la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir la ley y el respeto a los DD HH. En este sentido, Guatemala debe plantearse la adopción de una Ley de Identidad de Género que permita a las mujeres trans utilizar legalmente el nombre que sienten propio.
- **Crear programas preventivos del VIH específicos para la población trans y sus parejas:** pese a su altísimo conocimiento sobre el VIH, las entrevistadas muestran un porcentaje más bajo de uso del preservativo con las parejas no comerciales que con los clientes. En un contexto social muy hostil, la pareja aparece como un vínculo estable muy valorado y prioritario, además de idealizado. Se requieren programas de prevención específicos para esta comunidad, que además involucren a su red de relaciones, especialmente sus parejas. El enfoque para los varones que se relacionen con mujeres trans también debe ser específico, centrado en la promoción de modelos alternativos de masculinidad en los que la protección de la salud no choque con sus ideas sobre la identidad de varón.
- **Adaptar los programas preventivos del VIH al contexto real del sexo comercial y sus condiciones de transacción:** si bien las trabajadoras sexuales trans tienden a utilizar más el condón con los clientes que con las parejas, el nivel de protección forma parte del proceso de negociación del acto sexual, por lo que para algunas un mayor pago o la perspectiva de perder el ingreso pueden llevarles a aceptar una práctica de riesgo. Los programas de prevención deben por tanto dirigirse también a los clientes, sensibilizándoles de una manera no estigmatizante para evitar que rehúyan los mensajes y nieguen el riesgo de transmisión.
- **Implementar políticas educativas para la retención de la población trans en el sistema educativo:** el abandono precoz de la escuela, debido al acoso, la agresión, la desprotección, el estigma y la discriminación, tiene muy serias consecuencias para estas personas y para el conjunto de la sociedad. La exclusión escolar es un factor de riesgo de exclusión social y de vulnerabilidad ante problemas de salud como la salud mental, el VIH y otras ITS. Los poderes públicos deben garantizar el acceso de las personas trans al sistema educativo y velar por su protección y retención. Para ello, debe incluirse en el currículo educativo sesiones sobre aceptación de la diversidad y valores de tolerancia e integración.
- **Garantizar más oportunidades profesionales para la población trans:** la combinación de bajos niveles educativos y de rechazo en el ámbito laboral restringe enormemente las oportunidades profesionales del conjunto de mujeres trans y sus opciones de salir de la pobreza y mitigar la vulnerabilidad. Es necesario que los agentes sociales (sindicatos y empresarios) y gubernamentales se impliquen firmemente para erradicar el estigma y la discriminación laborales. Por su parte, las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual experimentan un doble estigma y discriminación (por trans y por trabajadoras sexuales) al que hay que poner freno. Se necesitan programas que aseguren el acceso a un amplio abanico de posibilidades laborales para esta

población, además de promover el respeto y la no discriminación cualquiera que sea el trabajo que ejerzan.

- **Hacer efectiva la obligación de respeto y protección de los derechos de la población trans por parte de las fuerzas de seguridad pública y de los funcionarios judiciales:** el fundamento de la acción del estado a través de las fuerzas de seguridad, los jueces y otros servidores públicos debe basarse en el cumplimiento de la ley tanto entre sus miembros como que éstos la hagan cumplir al conjunto de la ciudadanía, para quienes los derechos de las mujeres trans no pueden ser una excepción. Son también necesarios mecanismos de vigilancia que eviten abusos y en su caso sean denunciados para que reciban la sanción correspondiente, evitando la impunidad. Para ello, debe prestarse capacitación a policías, jueces y el resto de funcionarios concernidos sobre los derechos de la comunidad trans, bajo los principios de igualdad ante la ley, el derecho a la tutela judicial efectiva y la interdicción de la arbitrariedad de los poderes del Estado.
- **Poner en marcha el Plan Nacional contra la Violencia contra las Minorías Sexuales:** las personas trans de Guatemala sufren un nivel desproporcionado de violencia sexual, psicológica y física. Es necesario que el Estado lidere una respuesta nacional y haga cómplices a todos los sectores sociales guatemaltecos en contra de esta lacra. Un Plan Nacional que recoja datos sobre victimización y sus causas, aplique políticas basadas en la evidencia y cuente con un buen sistema de evaluación y un presupuesto adecuado, sería un instrumento fundamental para reducir los altos índices de violencia contra las trans y otras minorías sexuales.
- **Crear estructuras de coordinación entre los diferentes sectores implicados:** la mejora de la salud de las mujeres trans no es posible sin una mejora en sus condiciones sociales y de vida. Representantes de la policía, instancias gubernamentales, organismos de derechos humanos, sector privado, comunidad educativa, profesionales de la salud, ONG y grupos de mujeres trans deben trabajar de forma coordinada para abordar las causas del estigma, la discriminación y la violencia contra las mujeres trans y consensuar y poner en práctica medidas para combatirlas.
- **Capacitar a las mujeres trans en la defensa de sus derechos:** pese a ser conscientes de experimentar múltiples y reiteradas violaciones de derechos básicos, las mujeres trans apenas las denuncian, sea por ignorancia, sea por fatalismo (creer que no va a servir de nada). Se requieren programas que por un lado implanten mecanismos efectivos de apoyo legal y por el otro formen a las mujeres trans en cuáles son sus derechos y a dónde acudir en caso de agresión.
- **Sancionar las conductas discriminatorias:** si bien las medidas prioritarias y más efectivas en contra de la discriminación pasan por la concientización y la educación sociales, ello no es obstáculo para promulgar o reforzar la legislación anti-discriminatoria y su cumplimiento real. La contemplación del derecho a la salud en la Constitución del país debe ir pareja a instrumentos legales para hacer efectivo dicho derecho, a través de normas cuyo incumplimiento lleve aparejada la consiguiente penalización. Las penas para quienes denieguen auxilio o discriminen pueden orientarse hacia trabajos para la propia comunidad trans y la obligación de asistir a sesiones de sensibilización y capacitación sobre la diversidad sexual.
- **Aumentar la oferta formativa para el personal de salud en cuestiones relacionadas con la población trans:** este estudio muestra un muy alto grado de demanda de capacitación en aspectos que ayuden a los profesionales de la salud a comprender y tratar adecuadamente a la población trans. La oferta formativa tiene que ampliarse para que abarque al mayor número posible de profesionales, a los que además debe facilitárseles la asistencia mediante la autorización del superior jerárquico y la asignación horaria correspondiente, además de sufragar los gastos en los que pudieran incurrir. También debe proporcionarse formación de los

estudiantes de profesiones sanitarias incluyendo materias específicas en los currículos de los cursos de grado.

- **Inclusión del abordaje de los aspectos de salud específicos de la población trans en la cartera de servicios pública:** el sistema nacional de salud de Guatemala debería incluir en su cartera de servicios el abordaje integral de las necesidades de la población trans, en especial de los procesos de hormonización y el uso de sustancias para el cambio corporal, sin olvidar los servicios de salud mental. No hacerlo lleva a las trans a la auto-medicación y al aumento del estrés vital, con los graves riesgos para su salud que ello supone. A medio plazo, una política de abordaje integral acarrea la reducción de costos al hacer menos necesaria la atención de los efectos adversos derivados de la auto-medicación. También mejora la relación entre las trans y el sistema de salud, lo que permite a éste incidir con más efectividad en las políticas de prevención y control del VIH y otras ITS.
- **Creación de la figura de la mediadora trans en los centros de salud:** el establecimiento de una figura mediadora en los centros de salud podría ser clave para la mejora de los cuidados hacia las personas trans. La mediación puede ser un elemento de sensibilización para el resto de los usuarios del sistema, facilitando la integración y mitigando las actitudes estigmatizantes y discriminatorias, además de proteger a las trans con su presencia frente a potenciales abusos y acosos por parte de los trabajadores de los centros de salud o de otros usuarios.

CONCLUSIONES

En Guatemala, la comunidad trans presenta un alto riesgo de vulnerabilidad frente al VIH, el resto de ITS y otras amenazas para la salud. Dicha vulnerabilidad se enraíza en el prejuicio, el estigma y la discriminación en todos los ámbitos (familiar, social e institucional) que cimentan el rechazo y la exclusión social, lo que las coloca en una situación de alto riesgo vital. La violencia institucional y social les hace abandonar los estudios de manera precoz y les limitan extraordinariamente las oportunidades laborales. El trabajo sexual se convierte en ocasiones en la única fuente de ingresos, no siempre por elección propia, lo que junto con una mayor proporción de prevalencia del VIH lleva a la superposición de estigmas (por trans, por trabajadora sexual y por VIH+) en una espiral de marginación que se retroalimenta continuamente.

El rechazo familiar y vecinal, el estigma y la discriminación sociales y religiosa, y la falta de protección por parte de las fuerzas de seguridad son el caldo de cultivo de la extrema vulnerabilidad de las personas trans de Guatemala, quienes con frecuencia experimentan graves agresiones verbales, físicas y sexuales. Una gran parte de las trans ha sido violada en algún momento de su vida, bien en su infancia, bien a lo largo de su adolescencia y juventud, y sufren el hostigamiento de sus vecinos, funcionarios públicos y fuerzas de seguridad. Pese a su buena capacidad de resiliencia inicial, las repetidas agresiones hacen mella en su bienestar: las secuelas psicológicas son palpables en buena parte de esta población, por ejemplo en los índices de intento de suicidio, lo que mina paulatinamente sus posibilidades de vida en condiciones de dignidad.

El sistema nacional de salud guatemalteco cuenta con barreras significativas que no permiten atender adecuadamente las necesidades de esta población, y ello a pesar de que la Constitución del país garantiza la salud para todos y de que las trans son usuarias muy frecuentes de los servicios sanitarios. La transfobia y la homofobia institucionales, la violencia verbal y las discriminaciones son moneda frecuente en los centros de salud, como lo reconocen los propios profesionales de la salud. Al ser interrogados sobre su relación con las personas trans, estos profesionales oscilan entre su deber ético de atender a todo paciente con independencia de sus circunstancias personales y el desconocimiento o las ideas preconcebidas sobre las minorías sexuales en general y las mujeres trans en particular.

El acceso restringido de las trans al sistema nacional de salud, además de incumplir el principio de igualdad en el disfrute de un derecho fundamental, puede tener serias consecuencias de salud pública, tanto para la propia comunidad como para el resto de la sociedad. El alto porcentaje de parejas sexuales comerciales y no comerciales, quienes a su vez mantienen relaciones con otros miembros de la sociedad, y la variabilidad en la consistencia del uso del condón son factores que espolean la expansión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las restricciones en los centros de salud afectan especialmente a la necesidad de abordar los procesos de re-corporización (uso de hormonas y aceites), lo que conduce a prácticas de auto-medicación no supervisadas por profesionales con conocimiento especializado, con los consiguientes riesgos y posibles efectos adversos que deberán ser atendidos por servicios sanitarios no preparados para ello. La falta de un circuito de atención en salud normalizado puede llevar a retrasar el acceso, lo que puede agravar las condiciones de la persona y encarecer el costo para el sistema.

Resulta perentorio tomar medidas para el efectivo cumplimiento de un acceso equitativo de las trans al sistema nacional de salud de Guatemala. Los proveedores de salud entrevistados se muestran muy

abiertos a recibir capacitación para la mejora y adaptación del servicio, lo que de ponerse en práctica con los incentivos adecuados redundaría en un mejor conocimiento de la realidad trans, un aumento de las actitudes de respeto e integración de la diversidad sexual, una atención sanitaria de más calidad, y un mayor beneficio para estas usuarias y el conjunto de la sociedad.

REFERENCIAS

- amFAR. 2008. *MSM, HIV and the Road to Universal Access—How Far Have We Come?* Disponible en: www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf
- Benlloch (Coord.). *Psicología y género* (págs. 218-237). Madrid: España: Pearson.
- Boylan, J. F. 2003. *She's not here: A life in two genders*. New York, NY: Boradway Books.
- Butler, J. 1990. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.
- Butler, J. 2002. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo."*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cabral, M. 2003. *Ciudadanía (trans)sexual*. Tesis de Licenciatura. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Cameron, L. 1996. *Alchemy of the body: Transsexual portraits*. San Francisco, CA: Cleis Press, Inc.
- Camillo, P. 2004. *¡Ay Yanet, así no se puede!* En M. García, & M. De Campos (Comp.), *Antología de la literatura gay en la República Dominicana* (págs. 71-80). Santo Domingo, R.D.: Editora Manatí.
- CEPAL. 2011. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/45607/P45607.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>
- Connell, R. W. 1999. *Making gendered people: Bodies, identities, sexualities*. En M.M. Ferree, J. Lorber, & B.B. Hess (Eds.), *Revisioning gender* (págs. 449-472). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Davis, K. 2002. 'A dubious equality': Men, women and cosmetic surgery. *Body & Society*, 8, 49-65.
- Escabi-Montalvo, A. & Toro-Alfonso, J. (2006). *Cuando los Cuerpos Engañan: Un acercamiento crítico a la categoría de la Intersexualidad*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 6 (3), 753-772.
- Foucault, M. 1980. *The history of sexuality, Volume one: An introduction*. New York, NY: Vintage Books.
- Garaizabal, C. 1998. La transgresión del género: Transexualidades, un reto apasionante. En J.A.
- García-Calleja, J., C. del Río, and Y. Souteyrand. 2009. *HIV Infection in the Americas: Improving Strategic Information to Improve Response*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 51: S1–S3.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo: Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Halberstam, J. 2003. *The Brandon Teena Archive*. En R. Corber & S. Valocchi (Eds.), *Queer studies: An interdisciplinary reader* (págs. 159-169). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Hogle, L. 2005. *Enhancement technologies and the body*. *Annual Review of Anthropology*, 34, 695-716.
- International HIV/AIDS Alliance. 2010. *The Hidden HIV Epidemic: Transgender Women in Latin America and Asia*. Disponible en: www.msngf.org/files/msngf/Latin%20America/ART_EN_010808_HID.pdf.
- Lamas, M. 2002. *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México, DF: Taurus.
- Laqueur, T. 1995. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- Lozada, A. 1996. *La patografía*. México, D.F., México: Editorial Planeta Mexicana, S.A.
- Luna Cadena, A. 2010. *Diagnóstico comunitario participativo para la identificación de factores estructurales y sociales que aumentan el riesgo de contraer el VIH en poblaciones de hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales en Petén e Izabal, Guatemala*. AIDSTAR-Two, Guatemala. Disponible en: <http://www.pasca.org/node/37>

- Marecek, J., Crawford, M., & Popp, D. 2004. *On the construction of gender, sex, and sexualities*. En A.H. Eagly, A.E. Beall, & R.J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (págs. 192-216). New York, NY: Guilford Press.
- Medina, J.C. & Toro-Alfonso, J. 2005. *Metrosexualidad: Una propuesta heterosexista*. San Juan, Puerto Rico Presentado en la Quincuagésima Segunda Convención Anual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico del 3 al 5 de noviembre.
- Mikkola, Mari. 2011. *Feminist Perspectives on Sex and Gender*. En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Disponible en: <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-gender/#Con>
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2011). *Salarios mínimos para actividades agrícolas, no agrícolas y de la actividad exportadora y de maquila*. Acuerdo Gubernativo 520-2011: República de Guatemala. Disponible en: http://200.12.63.122/gt/mostrar_acuerdo.asp?id=18133
- Money, J. 2002. *Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Negrin, LI. 2002. Cosmetic surgery and the eclipse of identity. *Body & Society*, 8, 21-42.
- Nieto (Comp.) *Transexualidades, transgenerismo y cultura* (págs. 39-62). Madrid, España: Talasa.
- ONUSIDA. 2009b. *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men Who Have Sex with Men and Transgender People*. Disponible en: www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf.
- ONUSIDA. 2010. *Global Report Fact Sheet: Central and South America*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA Disponible en: www.unaids.org/documents/20101123_FS_csa_em_en.pdf
- ONUSIDA, OMS. 2007. *2007 AIDS Epidemic Update*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA
- ONUSIDA, OMS. 2009. *2009 AIDS Epidemic Update*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
- Parker, R. 1996. *Bisexuality and HIV/AIDS in Brazil*. En P. Eggleton (Ed.), *Bisexualities and AIDS: International perspectives*. (pp. 148-150). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Parker, R. 1999. *Beneath the Equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York, NY: Routledge.
- Parker, R. 2001a. Evolution in HIV/AIDS prevention, intervention and strategies. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 155-166.
- Parker, R. 2001b. Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research. *AIDS and Sexuality*, 30, 163-179.
- Pastor, R. 2004. *Cuerpo y género: Representación e imagen corporal*. En E. Barberá & I.M.
- Puig, M. 1976. *El beso de la mujer araña*. Barcelona, España: Editorial Seix Barral.
- Rodríguez-Madera, S., & Toro-Alfonso, J. 2002. Ser o no ser: La transgresión del género como objeto de estudio de la psicología. *Avances en Psicología Clínica*, 20, 63-78.
- Sánchez, L.R. 2000. *Cejas sacadas, piernas afeitadas y tips*. Revista Dominical, *El Nuevo Día*. San Juan, Puerto Rico.
- Santos-Febres, M. 2000. *Sirena Selena vestida de pena*. Barcelona, España: Mondadori.
- Schifter, J. 1999. *De ranas a princesas: Travestismo en Latino América*. Ediciones San José, Costa Rica: ILPES.
- Toro-Alfonso, J. (2007). Juntos pero no revueltos; Cuerpo y género. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 146-156.
- Toro-Alfonso, J. 2008. *Masculinidades subordinadas: Investigaciones para la transformación del género*. San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Toro-Alfonso, J. 2009. *Masculinidades gay: Una contradicción aparente*. En J. Toro-Alfonso (Ed.), *Lo masculino en evidencia: Investigaciones sobre la masculinidad* (pp. 233-256). San Juan, P. R.: Publicaciones Puertorriqueñas.
- USAID. 2010. *HIV/AIDS Health Profile: Nicaragua*. Disponible en: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/nicaragua_profile.pdf.

- USAID. 2011. *HIV/AIDS Health Profile: Central America*. Disponible en: www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/car_profile.pdf (accessed April 2011).
- Vallejos, I. (s.f.). *El otro anormal. Cuadernillo No. 27. La diferencia y el otro*. Publicación de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional Entre Ríos, Argentina.
- Varas Díaz, N., & Toro-Alfonso, J. 2004. Varas Díaz, N., & Toro-Alfonso, J. (2005). *La moralidad, el riesgo, el cuerpo y la razón como supuestos teóricos de la empresa de la salud en Puerto Rico: ¿Existen las personas saludables?*
- Weeks, J. (1995). *History, desire and identities*. En Parker, R.G., & Gagnon, J.H. *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*.(págs. 33-50) New York, NY: Routledge.
- Weiss, G., & Haber, H.F. 1999. *Perspectives on embodiment: The intersections of nature and culture*. New York, NY: Routledge.
- Whittle, S. 1996. *Gender fucking of fucking gender? Current cultural contributions to theories of gender blending*. En R. Ekins & D. King (Eds.), *Blending genders: Social aspects of cross-dressing and sex-changing* (págs. 196-214). New York, NY: Routledge.
- Zapeta, L. (2010). *Estudio exploratorio 2010 sobre conocimientos, actitudes, percepciones, prácticas sexuales y prevalencia ante el VIH de la comunidad trans trabajadora sexual de Ciudad de Guatemala*. Guatemala: Organización Trans Reinas de la Noche. Disponible en: <http://www.pasca.org/node/37>

For more information, please visit aidstar-one.com.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Correo electrónico: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com