



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA



# DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE SALUD Y SERVICIOS DISPONIBLES PARA MUJERES TRANS DE EL SALVADOR

**AIDSTAR-One**  
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

**MARZO 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 MUJERES TRANS DE EL SALVADOR**

### **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, Heather Bergmann, Jose Toro. 2013. *Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para Mujeres Trans de El Salvador*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

### **Agradecimientos**

Agradecemos al equipo de recolección de datos, Erika Hernández con la Asociación Salvadoreña para el Impulso del Desarrollo Humano (ASPIDH), Leslie Ramírez con el Colectivo Alejandria, y Modesto Mendizábal. También agradecemos a Yamileth Gallardo y Monica Hernández de ASPIDH por su apoyo. Gracias a la Dra. Ana Isabela Nieto del Programa Nacional de Salud de El Salvador y Giovanni Meléndez del Programa Regional para América Central de la Agencia de los Estados Unidos para El Desarrollo Internacional (USAID) por su liderazgo, y a Lindsay Stewart y Kristin Bork de USAID/Washington. Agradecemos también a Jennifer Pearson y Heidi Dheming por su ayuda con la base de datos. Muchas gracias a las y los participantes por compartir sus experiencias con nosotros.

### **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](mailto:info@aidstar-one.com)

Internet: [aidstar-one.com](http://aidstar-one.com)

# CONTENIDO

<b>Lista de abreviaturas.....</b>	<b>v</b>
<b>Resumen Ejecutivo.....</b>	<b>vii</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>ix</b>
<b>Marco Conceptual.....</b>	<b>1</b>
<b>Objetivos del Diagnóstico.....</b>	<b>5</b>
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
<b>Metodología.....</b>	<b>7</b>
Socios y zonas geográficas.....	7
Recolección de datos.....	7
Entrevistas estructuradas.....	7
Grupos focales.....	8
Entrevistas semi-estructuradas con profesionales de la salud.....	8
Validación de los instrumentos.....	9
Reclutamiento de participantes.....	9
Protección de los participantes del diagnóstico.....	10
Equipo del diagnóstico.....	10
Limitaciones de la metodología.....	10
<b>Hallazgos: Personas Trans.....</b>	<b>11</b>
Características socio-demográficas de las participantes.....	11
Identidad de género, uso de hormonas y orientación sexual.....	14
Conductas sexuales.....	18
Conocimiento, prueba y diagnóstico sobre VIH/SIDA e ITS.....	20
Aspectos psicosociales.....	23
Acceso a los servicios de salud.....	27
<b>Hallazgos: Proveedores De Salud.....</b>	<b>33</b>
Descripción socio-demográfica y laboral.....	33
Percepción de la comunidad trans por parte de los proveedores de salud.....	34
La población trans y los servicios de salud.....	37
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>41</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>45</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>47</b>

## Gráfica

1. Edad informada por las participantes .....	11
2. Nivel educativo de las participantes .....	12
3. Situación de empleo de las participantes .....	13
4. Ingreso mensual aproximado reportado (en dólares).....	13
5. Situación de vivienda informada por las participantes .....	14
6. Identificación de género reportada.....	14
7. Orientación sexual reportada .....	17
8. Sexo bajo influencia de drogas .....	19
9. Si una persona se hace la prueba del VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA (en porcentaje).....	21
10. La cantidad de virus en las personas con VIH influye en la transmisión del VIH a otras personas (en porcentaje).....	21
11. Razones por no hacer la prueba de VIH .....	22
12. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH.....	22
13. Calidad de vida.....	24
14. Estrés Minoritario .....	26
15. Frecuencia de eventos de victimización en términos absolutos.....	27
16. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud? .....	28
17. Aspectos que tienen mucha influencia sobre la decisión de visitar un centro de salud (> 50%)	30
18. Identidad sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje) .....	35
19. Orientación sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje) .....	36
20. Necesidades de salud de las personas trans según los proveedores de servicios (en porcentaje) .....	37
21. Obstáculos que tienen los proveedores de servicios para atender esta población (en porcentaje).....	38
22. Obstáculos para acceder a los servicios de salud y los servicios sociales según los proveedores de servicios (en porcentaje) .....	39
23. Obstáculos para que proveedores de servicios de salud asistan a capacitaciones sobre estas comunidades.....	40

## Tabla

A: Índice de prevalencia en poblaciones clave .....	ix
1. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido.....	18
2. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo oro-anal, oral y anal.....	18
3. Veces que le hicieron o hizo a sus clientes sexo oral y anal en los últimos 30 días.....	19
4. Infecciones de transmisión sexual .....	23
5. Porcentaje de respuestas a percepciones emocionales y calidad de vida.....	24
6. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas .....	26
7. Establecimientos en donde recibieron servicios de salud .....	29
8. Titulación académica .....	33
9. Ocupación.....	34

# LISTA DE ABREVIATURAS

ADS	Asociación Demográfica Salvadoreña
CLIMESA	Clínicas Médicas
DUI	Documento Único de Identificación
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables
FIPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
HSH	Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar (por sus siglas en inglés)
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PASMO	Asociación Panamericana de Mercado Social
PNS	Plan Nacional del SIDA
PVVIH	Personas que Viven con VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de 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 El Salvador en 2010 (como parte de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables), el cual reveló un 25 por ciento de seroprevalencia al VIH en una muestra de 96 mujeres trans del país, que la mayor vulnerabilidad frente al VIH se da en un contexto de violencia y exclusión social e institucional hacia las mujeres trans. 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 El Salvador y sus necesidades de salud, así como los factores que les impiden acceder a una adecuada atención, se ha llevado a cabo un estudio que combina recolección de datos de dos grupos de informantes clave: las propias mujeres trans y proveedores de salud de los sectores públicos y privados. Los datos sobre mujeres trans se recogieron a partir de una encuesta a 205 personas y dos grupos focales con 30 de ellas reunidas en dos sesiones. Las opiniones de los profesionales de salud se obtuvieron gracias a 35 entrevistas semi-estructuradas.

El análisis arroja que nos encontramos ante una población joven (promedio de 26 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 abunda el uso de hormonas u otras sustancias a lo largo de su vida adulta. Este grupo ha abandonado precozmente el sistema educativo y tiene serias dificultades para integrarse en el mercado laboral. Por ende, 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 a la mitad 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 recientemente, además de estigmatización y discriminación, también en los centros de salud: negación de la asistencia, postergación en el orden de espera, humillación pública, aislamiento, 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, muestran una actitud ambivalente frente a la población trans. Una parte defiende y dice practicar la atención en salud a las trans igual que debe otorgarse a toda persona. Otra reconoce su desconocimiento o confusión, expresa prejuicio o

directamente rechazo hacia la población trans y minusvalora o desprecia sus necesidades de salud. Con todo, declaran estar muy abiertos a recibir capacitación sobre el tema, 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 del 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 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 del VIH estimada es superior al 1 por ciento (2.3 por ciento), según ONUSIDA. La prevalencia del VIH entre adultos en otros países de la región oscila entre un 0.2 por ciento y el 0.9 por ciento. 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 A muestra el índice de prevalencia en varias poblaciones clave de países centroamericanos.

**Tabla A: Índice de prevalencia en poblaciones clave**

País	Índice de prevalencia del % (Edad 15-49) <sup>[1]</sup>	HSH	Trabajadoras sexuales	Mujeres transgénero <sup>[2]</sup>	Personas privadas de libertad
Belice	2.5%	10% <sup>[3]</sup>	n/a		4% <sup>[3]</sup>
Costa Rica	0.3%	11% <sup>[4]</sup>	0.2% <sup>[4]</sup>		
El Salvador	0.8%	7.9% <sup>[5]</sup>	4.1% <sup>[6]</sup>	25.8% <sup>[6]</sup>	
Guatemala	0.8%	18.3% <sup>[7]</sup>	1.1% <sup>[6]</sup>	14.9% <sup>[8]</sup>	12.9% <sup>[5]</sup>
Honduras	0.8%	13.1% <sup>[9]</sup>	2.3% <sup>[6]</sup>		6.8% <sup>[6]</sup>
Nicaragua	0.2%	7.5% <sup>[3]</sup>	3.2% <sup>[3]</sup>		
Panamá	0.9%	10.6% <sup>[10]</sup>	2% <sup>[7]</sup>		

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/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAAIDSPanamaFINAL.pdf>

El tamaño de los grupos clave, el nivel 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 por ciento de incidencia anual. No obstante, en ciertas áreas urbanas de la región, la prevalencia del VIH entre los HSH es del 10 por ciento (ONUSIDA 2010).

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

Una excepción a esta norma de agregación de las trans en la categoría HSH es el análisis llevado a cabo en 2010 en El Salvador entre la población trans que participó en la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) (Hernández 2010). Este informe contiene los datos de 96 participantes que se identificaron a sí mismas como transgénero, transexual o travesti en las ciudades de San Salvador y San Miguel, las dos más importantes del país. Además de información sobre el perfil sociodemográfico y las pautas de conducta sexual y de riesgo, se obtuvieron datos de prevalencia de VIH y otras ITS a partir de la recogida de muestras biológicas y su posterior testeo.

La prevalencia de VIH en esta muestra de casi 100 mujeres trans salvadoreñas fue del 25.8 por ciento. El 71.7 por ciento dio serología positiva para el virus del herpes simplex tipo 2, mientras que el 20.7 por ciento la dio para sífilis, siendo el porcentaje específico de sífilis activa del 6.5 por ciento. En orina, se detectó tricomoniasis en un 1,2 por ciento, *Mycoplasma genitalium* en un 2.4 por ciento, *Neisseria gonorrhoeae* en un 1.2 por ciento, y *Chlamydia trachomatis* en un 1.2 por ciento. Las ITS anales que se detectaron fueron *Neisseria gonorrhoeae* con un 4.3 por ciento y *Chlamydia trachomatis* con un 5.9 por ciento.

Entre el resto de hallazgos del mencionado análisis cabe destacar que un porcentaje elevado declaró haber experimentado sexo forzado alguna vez en la vida (57 por ciento) y, de entre ellas, un 36 por ciento informó que lo había padecido en el último año. Por su parte, el 39 por ciento dijo haber tenido al menos una pareja estable masculina en los últimos 12 meses, y de entre este número, el 45 por ciento afirmó un uso continuado del condón con esa misma pareja en los últimos 12 meses. En contraste, el 75 por ciento de las participantes manifestó haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses. De entre éstas, un 65 por ciento declaró un uso continuado del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos 12 meses.

Por otro lado, el 60 por ciento de las participantes aseguró haber vendido sexo en los últimos 12 meses. De éstas, cerca del 85 por ciento reportó un uso continuado del condón con clientes en ese mismo periodo. En cambio, el 2 por ciento afirmó haber comprado sexo a lo largo del último año. Todas las encuestadas que compraron sexo en los últimos 12 meses negaron el uso del condón en dicha relación. Además, un 23 por ciento consumió algún tipo de drogas ilegales en los últimos 30 días.

Este estudio de 2010 también recogió otros datos de interés, como consumo de alcohol, migración y nivel de conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH, pero no lo hizo en cambio sobre otras cuestiones relevantes, como barreras de acceso al sistema de salud (excepto acceso a condones) y reporte de experiencias de estigma y discriminación. Tampoco abordó la percepción sobre esta comunidad entre los profesionales de la salud que deben atenderles.

La información internacional disponible señala por el contrario que la estigmatización y la discriminación hacia los HSH en general y las personas transgénero en particular hacen que estos oculten sus preferencias sexuales y tengan comportamientos de alto riesgo. Las actitudes discriminatorias dentro de los establecimientos de salud y de las comunidades también limitan el acceso 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 objetos 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 El Salvador a partir de un trabajo de campo llevado a cabo entre octubre de 2011 y abril 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 clásico 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 por ciento 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 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 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, la Red de Organizaciones de Mujeres Trans de El Salvador y la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), la filial local de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés). Se incluyeron cinco zonas geográficas en el trabajo de campo: San Salvador, La Unión, La Libertad, San Miguel, y Sonsonate.

## 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 El Salvador. 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 de los sectores públicos y privados.

Los resultados de este estudio sobre mujeres trans se presentaron, junto con los de otra investigación referida a HSH también salvadoreños, en un taller celebrado en San Salvador el 6 de diciembre de 2012. En dicho taller participaron 70 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 205 mujeres trans. El cuestionario fue desarrollado por personal del proyecto AIDSTAR-One en colaboración con el Dr. Jose 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, Red de Mujeres Trans, ADS) y otros socios clave. 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 la posible participante y de confirmar su interés en participar, las entrevistas fueron coordinadas teniendo en cuenta las necesidades de confidencialidad y privacidad de las participantes. Las entrevistas se realizaron en lugares previamente identificados (salones alquilados) que permitieron a los participantes responder libremente las preguntas.

## **GRUPOS FOCALES**

Se llevaron a cabo dos grupos focales conformados por 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 35 proveedores de salud de los sectores públicos y privados. Los proveedores de salud incluyeron médicos, enfermeros, consejeros y personal auxiliar.

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). A fin de garantizar que el personal de salud del sector público se encontrara disponible durante la recolección de datos, las autoridades del Ministerio de Salud se comunicaron de antemano con los directores de los establecimientos para informales sobre el diagnóstico y confirmar las fechas de las visitas. ADS también confirmó las fechas de las visitas al personal participante de los servicios privados.

## **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 del sector público se identificaron en consulta con el Programa Nacional de Prevención del SIDA/Ministerio de Salud, y los proveedores privados se seleccionaron en consulta con ADS.

## **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 el responder 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 El Salvador 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, tres consultores nacionales, incluyendo dos mujeres trans, y un representante de la Red de Mujeres Trans, cuyo cometido era convocar y confirmar a las participantes.

## **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 205 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.

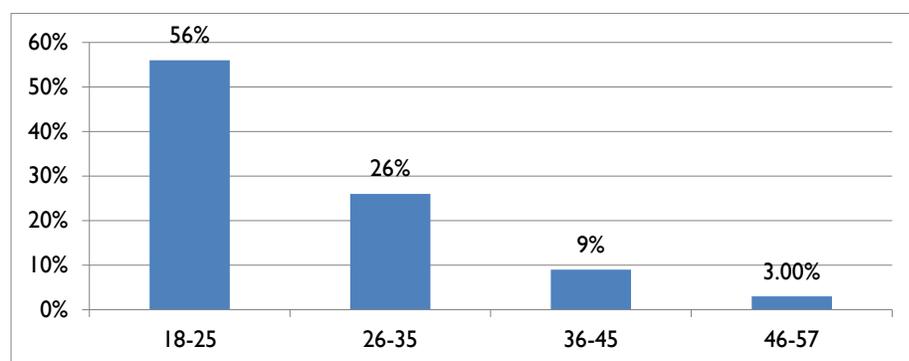
Por su parte, la representatividad de la muestra del personal sanitario está limitada por el hecho de que el reclutamiento se basaba en la voluntariedad y disponibilidad del entrevistado, lo que podría ofrecer un sesgo favorable a la aceptación de las necesidades de salud de las personas trans en porcentaje superior al realmente existente en el universo de profesionales del sistema nacional de salud salvadoreño.

# HALLAZGOS: PERSONAS TRANS

## CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

La encuesta cuantitativa fue contestada por un total de 205 personas que eran en un 98 por ciento de nacionalidad salvadoreña. Los lugares de residencia eran mayormente los departamentos de San Salvador (49 por ciento) y San Miguel (13 por ciento); el resto (38 por ciento) corresponde a los departamentos de La Unión, La Libertad y Sonsonate. El rango de edad fue de 18 a 57 años con un promedio de 26. Se trata pues de una población joven, en la que más de la mitad del total declara ser menor de 25 años (véase Gráfica 1).

**Gráfica 1.<sup>1</sup> Edad informada por las participantes**

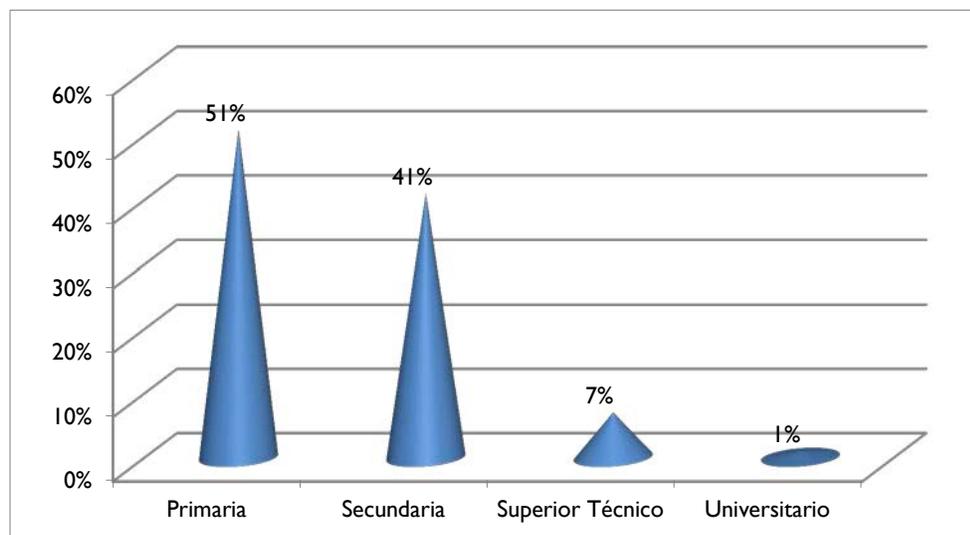


La gráfica 2 muestra por su parte los niveles educativos<sup>2</sup> de las participantes en donde se destaca que un 51 por ciento de las participantes alcanzó el grado de primaria, un 41 por ciento el secundario y sólo un 7 por ciento completó niveles superiores universitarios o de postgrado.

<sup>1</sup> Todas las gráficas en esta sección se refieren a las 205 participantes en la encuesta cuantitativa.

<sup>2</sup> Según último grado de estudios aprobado.

**Gráfica 2. Nivel educativo de las participantes**

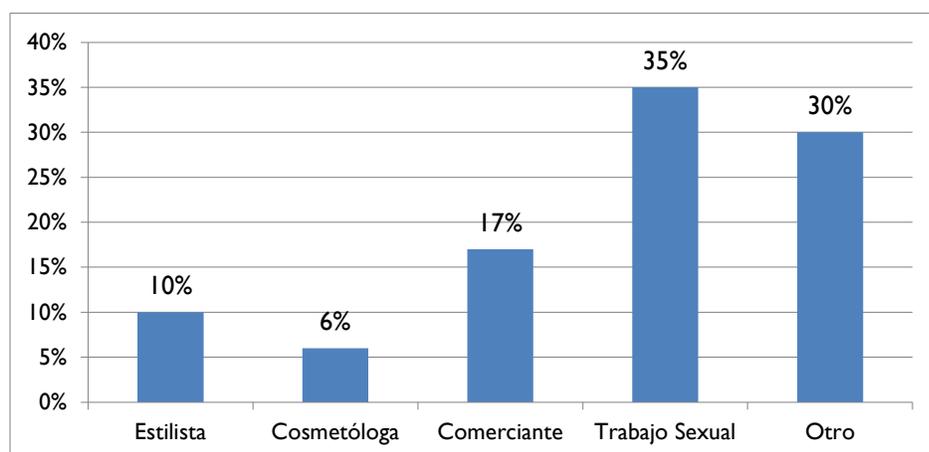


En el grupo focal las participantes discutieron las posibles razones por las que las tasas de escolaridad son tan bajas entre la población trans. Los comentarios coinciden en que los centros educativos destilan estigmatización y discriminación institucional (las normas no les permiten una apariencia acorde a sus sentimientos), jerárquica (los profesores emplean violencia o se inhiben en su deber de protección frente a la violencia de otros), y horizontal (otros alumnos utilizan impunemente la violencia física, psíquica o sexual). Las experiencias negativas vividas o el propio miedo a vivirlas alzan una barrera que va creciendo en altura conforme la edad y la transición vital de las personas trans avanza. Una participante lo resume de la siguiente manera:

*“...como todas tenemos una parte femenina... comportamiento natural que traemos, entonces cuando estamos quizás estudiando no todas quizás vamos a aguantar el hecho de que seamos la burla del grado, hasta que te acusen tus compañeros. Quieran abusar de ti... en alguna forma, en algún abuso te pegan, te discriminan, te insultan: eso es porque quizás muchas no terminan. Aquí en la capital donde supuestamente somos más civilizados, donde la población es muchísimo más heterosexual y machista, más cerrada tal vez, por miedo la gente, porque hasta inclusive hasta los profesores, no solo nuestros compañeros sino las personas profesionales, se prestan a eso. Quizás por eso las mismas chicas no salen ni terminan sus estudios.”*

En cuanto a la situación laboral de las personas trans entrevistadas, ésta se divide a grandes rasgos en de la siguiente manera: un primer tercio (35 por ciento) declara dedicarse al trabajo sexual, un segundo a empleos como comerciante (17 por ciento), estilista (10 por ciento) y cosmetóloga (7 por ciento), y el último representa una amalgama variada en la que caben posiciones tal que educadora en una ONG, empleada en una fábrica, activista, instructora de danza, modista, organizadora de eventos y manualidades, entre otros (véase Gráfica 3).

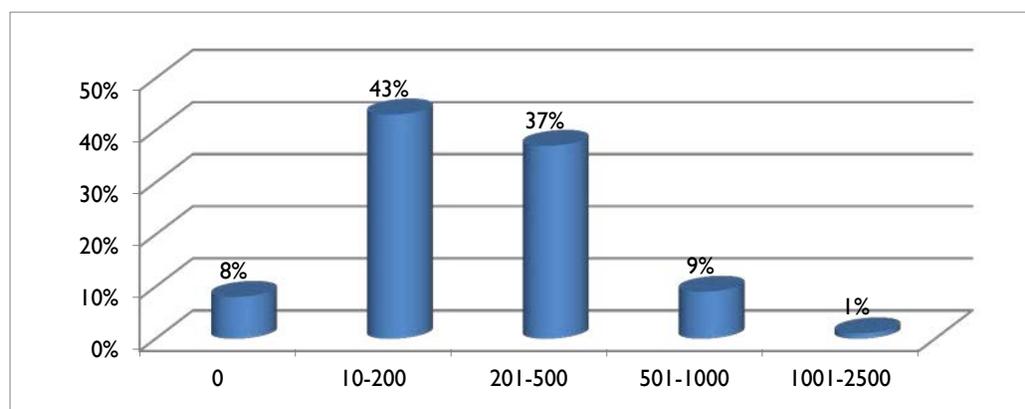
**Gráfica 3. Situación de empleo de las participantes**



Conviene señalar que la declaración de un empleo diferente al de trabajo sexual no excluye la posibilidad de actividad sexual comercial concomitante más o menos regular, como veremos más adelante. De entre las trabajadoras sexuales, el 62 por ciento sólo tenía estudios primarios, frente al 55 por ciento de las que declaraban ejercer de comerciantes o cosmetólogas y el 25 por ciento de las estilistas. 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.

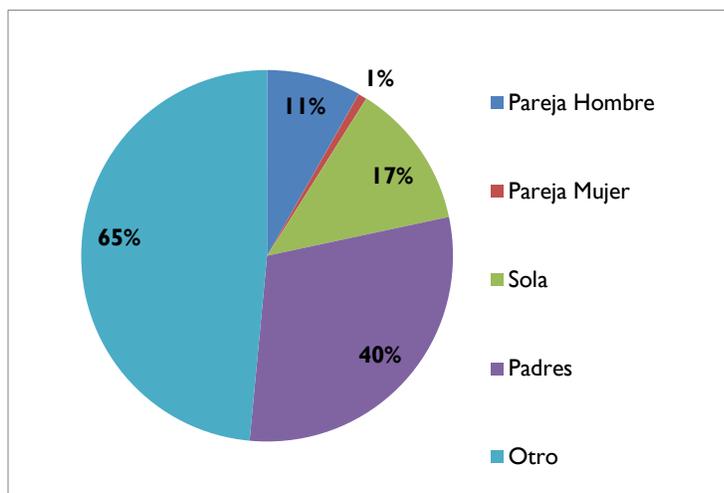
Respecto a su situación económica, las participantes declaran un ingreso promedio de 269 dólares mensuales en un rango que va desde cero hasta 2,500. La Gráfica 4 muestra la distribución de los ingresos reportados por las participantes en dólares.

**Gráfica 4. Ingreso mensual aproximado reportado (en dólares)**



Por otra parte, el 35 por ciento de las participantes informa que tiene pareja fija y el 11 por ciento de entre ellas afirma que viven con su pareja. En cambio, el 40 por ciento de las participantes declara que viven con sus padres, aunque la mayoría (65 por ciento) elige responder “otra situación de vivienda”, información que no fue explorada en más detalle. La Gráfica 5 describe la situación de vivienda informada por las participantes.

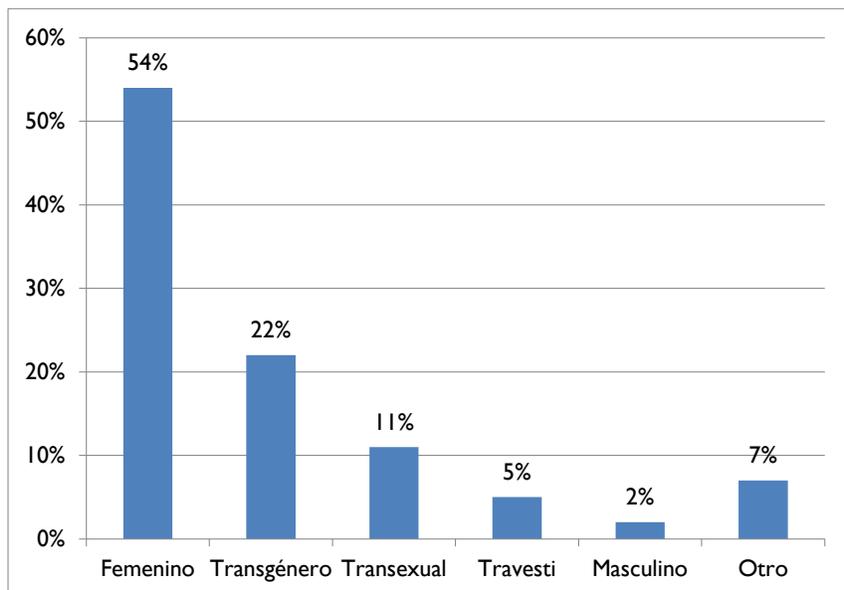
**Gráfica 5. Situación de vivienda informada por las participantes**



## IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE HORMONAS Y ORIENTACIÓN SEXUAL

A la pregunta sobre cómo se identificaban respecto al género, las 205 participantes en la encuesta contestaron en su mayoría (54 por ciento) que del género femenino, seguido de transgénero (22 por ciento), transexual (11 por ciento) y travesti (2 por ciento). El 2 por ciento declaró identificarse con el género masculino mientras que un 7 por ciento se acogió a la cláusula “Otro.”

**Gráfica 6. Identificación de género reportada**



En el grupo focal de personas trans todas las participantes reportaron a coro que se identifican como mujeres. 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 la primera, como a las diferencias en las dinámicas que se establecen en la implementación de cada una de las herramientas.

La mayoría de las integrantes de los grupos focales recuerdan haberse identificado como mujeres desde muy temprana edad. Esta declaración resume el sentir de dicha mayoría:

*“...en mi caso yo creo que desde que tengo uso de razón yo nunca me he sentido hombre y yo nunca he usado ropa interior de hombre. Es fue más que todo el problema con mi familia y mi aceptación, pero desde que tengo uso de razón no me he sentido hombre, siempre me he sentido mujer. Yo nunca me he sentido hombre.”*

Sin embargo también se revelaron procesos más recientes de identificación como mujeres y los desafíos que enfrentan:

*“En mi caso pues es un poco diferente porque tengo 9 meses de trans. Yo me he identificado con lo que era, pero en mi casa con mi familia como que es un poco mas complicado. Por eso tengo un problema aborita con mi familia, que no saben. No voy a mi casa por el proceso que tengo, entonces estoy como asimilando cómo acercarme a ellos, cómo contarle a ellos, [ya que] será un poco más difícil para ellos.”*

En el grupo 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 DUI<sup>3</sup>:

*“...en algunas ocasiones [te tienes] que identificar con el nombre de tu documento porque en algunos establecimientos no puedes decir “soy fulana de tal”... sino [que] te tienes que identificar por compromiso, tienes que mostrar e identificarte con el nombre del DUI.”*

La fuerza del sentimiento de identidad femenina es sin embargo poderosa, hasta el punto de que otra participante describe actitudes de resistencia frente a la imposición legal de un nombre no deseado:

*“Yo en mi caso personal difiero un poco porque yo en lo personal no me identifico con el nombre que está registrado en el documento. Entonces, en ese sentido, por ejemplo, y creo que muchas compañeras no me van a dejar mentir... muchas veces, incluso, no tenemos el DUI e incluso ni siquiera lo renovamos... porque precisamente no nos sentimos identificadas con el documento de identidad porque no tenemos una ley del nombre. Entonces, en ese sentido, la pregunta, si me la pone, ¿que si nos identificamos con el nombre del documento? La respuesta para mí es no.”*

Algunas de las situaciones típicas en las que aparecen conflictos entre la identidad legal y la sentida que derivan a su vez en estigma y discriminación son precisamente las relacionadas con el uso obligado de los documentos legales, como el DUI y el pasaporte:

*“Yo pasé una experiencia de discriminación hace poco. Yo fui a Guatemala, y cuando yo presenté mi DUI cuando yo ya venía de regreso para El Salvador, el chico que está ahí se me quedó viendo y llamó a su otro compañero como algo burlándose y le dice: “él tiene como un reporte”. ... Y le dice: “verificalo”, y lo único que hizo como que les mostró el DUI a todos los compañeros. Y después todos se me quedaban viendo y se pusieron a reír y ya me entregó el DUI y ya se fueron, fue algo incómodo.”*

---

<sup>3</sup> Documento Único de Identificación, el legalmente vigente en el país.

La mayoría (61 por ciento) de las participantes informa haber usado hormonas en algún momento de su vida. Generalmente fue una amiga (68 por ciento) quien le asesoró para el proceso de utilización de las hormonas, mientras que sólo un 8 por ciento informó haber recibido orientación de un médico. El 76 por ciento de las que utilizan hormonas las ingieren de forma oral, y la mayoría señaló que consigue las hormonas sin receta en una farmacia local.

Ninguna de las participantes afirma utilizar hormonas inyectadas en la actualidad. Las que reportan que utilizaron hormonas inyectadas en el pasado accedieron a ellas a través de un médico y consiguieron las agujas en la farmacia que vienen con las hormonas. Ninguna participante declara compartir agujas para utilizar hormonas.

Respecto a otras sustancias relacionadas con la corporización femenina, un 12 por ciento informa que alguna vez se ha inyectado aceite mineral, aceite de avión o colágeno en los senos. Aseguran haber experimentado toda una gama de efectos secundarios asociados con la inyección de aceite, como calentura, fiebre, cansancio, dolor corporal, sudoración e inflamación.

Las integrantes de los grupos focales también señalan que han usado hormonas por mucho tiempo aunque hay algunas que ya no lo hacen por haber padecido o por temor a padecer efectos secundarios:

*“[he usado hormonas]...como por ocho años; otra llevo como seis años; otra como dos años; otra no tomo porque siempre es que he sido así algo gordita, y uno me expulsó por eso. Cuando salí de transición lo primero que hice es dejarme crecer el cabello... Ya cuando me hice la transición yo sola me lancé a la calle. Cuando ya llegué a la calle todas me veían gordita, todas me decían “hormonízate”; otras decían: “no porque te vas a engordar” y me quedó ese trauma, y yo no me inyecté, y nunca [más] consumí hormonas...”*

*“Dicen que al final si pues eso, tiene sus pros y sus contras, sus efectos secundarios, como dice la compañera, entonces he entrado como en un temor a seguirlo haciendo, hasta que no tenga la suficiente información, orientación...”*

También se han dado casos de efectos adversos relacionados con una administración por encima de las dosis recomendadas:

*“Yo pase una experiencia igual cuando empecé a hormonizarme. Después de que me dieron la primera consulta me empecé a exceder de hormonas, tomaba pastillas y me inyectaba... Inmediatamente entonces sí se me empezaron a inflamar las chiches, se me empezó a inflamar uno de los pechos demasiado, demasiado, demasiado, que llegó un momento que me tomaba veintiún pastillas anticonceptivas y las dos hormonas. Entonces en ese momento sí me sentí mal porque me dolían los dos pechos, como que se me iban a reventar, como que me estaban metiendo cuchillos por dentro, me estaban abriendo la piel, y me fui a pasar consulta y me dijeron que me desinflamara con hielo y que ya no me excediera porque me estaba intoxicando de tantas hormonas. Pero sí eso es horrible, feo...”*

Ahora bien, no todas las voces de los grupos tienen la misma percepción sobre las hormonas y su relación con la identidad personal:

*“El punto es que no necesariamente tenemos que tomar hormonas para ser trans.”*

En los grupos focales también se trató el tema de la cirugía de reasignación genital. Aunque indican que no conocen a mucha gente que se haya realizado una intervención y que esos contados casos

suelen venir del exterior, perciben la cirugía como una aspiración a la que una buena parte de ellas desearían llegar. Expresan sin embargo serias reservas por la incertidumbre respecto a las consecuencias, más allá de constatar las dificultades de acceso por su alto costo:

*“Yo pienso que es como un punto que todas quisiéramos alcanzar aunque como decíamos al principio... tener vagina no te hace ni más ni menos mujer. Eso es simplemente como que ya deseos que muchas tenemos.”*

*“Hay mitos, hay unas que han quedado bien y otras que han quedado mal...es que depende del doctor con el que te la vas hacer, hay doctores y hay encuestas dentro de las mismas chicas que se la han hecho de otros países, hay un doctor italiano a nivel mundial...muchas chicas que se han operado y no han tenido efectos secundarios y han dejado sensibilidad dentro de la vagina...”*

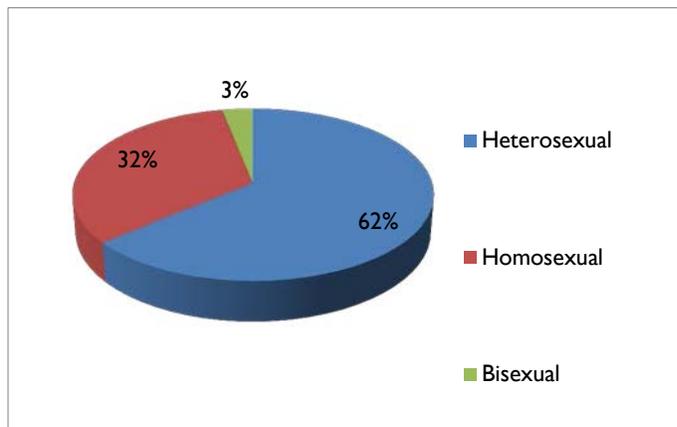
*“Eso cuesta unos quince mil dólares, porque [para] la operación tienes que estar un mes o tres semanas allá”*

*“Pues en mi caso yo si tuviera la oportunidad de podérmela realizar, yo me la haría...”*

*“En mi caso yo no la haría, no necesito nada, sigo siendo mujer sin tener una vagina.”*

A la pregunta sobre la orientación sexual, las encuestadas respondieron que eran heterosexuales en un 62 por ciento, homosexuales en un 32 por ciento y bisexuales en un 3 por ciento (véase Gráfica 7). Estos datos son coherentes con los aportados en la Gráfica 6, donde la mayoría de las entrevistadas se define como del sexo femenino, y por tanto refiere las relaciones con otros hombres como heterosexuales.

**Gráfica 7. Orientación sexual reportada**



## CONDUCTAS SEXUALES

Las trans que participaron en la encuesta informaron de que en los últimos 6 meses habían tenido un promedio de 7 parejas<sup>4</sup> sexuales hombres, frente 2 parejas en los últimos 30 días (Tabla 1).

**Tabla 1. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido**

Tiempo	Rango	Promedio
6 meses	0-70	7
30 días	0-20	2
	N=204	N=198

Las encuestadas declaran que con sus parejas lo más frecuentes es que sean receptoras de sexo anal (véase Tabla 2).

**Tabla 2. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo oro-anal, oral y anal en los últimos 30 días**

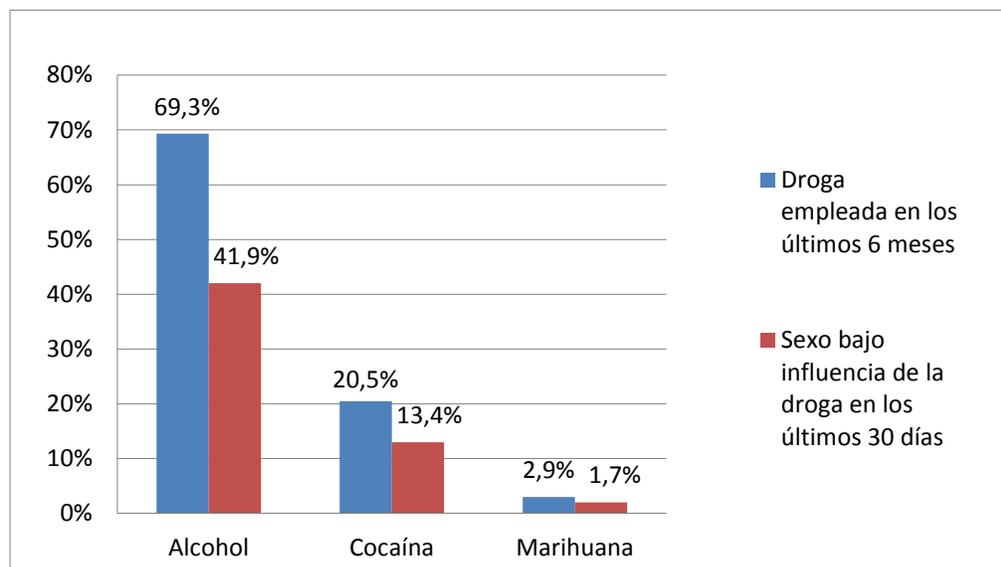
	Le hicieron			Hizo		
	Rango	Promedio	N	Rango	Promedio	N
Oro-anal	0-60	3	151	0-30	1	150
Oral	0-90	7	152	0-20	1	152
Anal	0-60	8	152	0-8	0	151

Aproximadamente la mitad de las trans encuestadas reportaron que utilizaban siempre condón en sus relaciones anales con sus parejas: 108 de 147 respuestas sobre un total de 205 encuestadas. Aunque los lubricantes a base de agua con los más empleados por más del 80 por ciento de las entrevistadas, también el 60 por ciento se menciona el uso de saliva, pese a los riesgos asociados. Un número muy pequeño reportó uso de crema para manos o corporal y vaselina.

El consumo de alcohol es muy frecuente en esta población (casi el 70 por ciento), siendo además la sustancia más asociada a la actividad sexual. Le sigue la cocaína, consumida por hasta un 20 por ciento de las encuestadas por lo menos una vez en los últimos 6 meses, en las que algo más de la mitad de las ocasiones estuvo relacionada con la actividad sexual (véase Gráfica 8).

<sup>4</sup> Parejas estables u ocasionales sin intermediación comercial.

**Gráfica 8. Sexo bajo influencia de drogas**



Un 77 por ciento de las participantes afirmó haber ejercido el trabajo sexual alguna vez en su vida, frente a un 69.4 por ciento que lo ha ejercido en los últimos seis meses. El promedio de clientes en los últimos 30 días fue de 27, con un rango de 0-200.

Pese a que la tendencia en un contexto de sexo comercial es también de posición sexual receptiva, al igual que con las parejas, los números no son tan acusados como con éstas, y no es infrecuente que el cliente sea el que adopte dicha posición (véase Tabla 3). En cualquier caso, las entrevistadas afirmaron que emplean condón con sus clientes en el 94.8 por ciento de los casos.

**Tabla 3. 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	0-100	10,32	102	0-200	27	103
Anal	0-300	29	103	0-100	7	102

Las trans reconocen el nivel de riesgo que tienen que sus parejas en comparación con los clientes sexuales, ya que la frecuencia de empleo del preservativo cae a la mitad con dichas parejas comparadas con los clientes. En las discusiones en el grupo focal, las participantes hicieron comentarios sobre este particular:

*“a pesar que estamos tal vez más conscientes de que estamos en riesgo, hay muchas que saben que sus parejas, su hombre, su marido, también están con mujeres biológicas. Entonces muchas veces estamos conscientes y como los amamos no importa con quien lo comparto... como tenés años eso te hace inmune... pero sí estamos en riesgo en realidad del amor definitivamente.”*

*“[a mi pareja]...le digo “pero mira: protejámonos”. Incluso una vez, una pasada que tuvimos, le puse condón y todo a la hora que me iba a penetrar me dijo “no, yo no voy hacer esto con condón con vos porque,*

*porque no”, me dijo, “fíjate que es bien yuca<sup>5</sup> ...no, me dijo, “porque si no, no me querrás, no que si yo me cuido cuando, estoy fuera porque te quiero a vos o sea que vos no te has cuidado entonces”, ... entonces te quitas el condón.”*

Hay por tanto 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. Esta dicotomía también puede observarse respecto a la posición insertiva / receptiva que ocupa cada miembro de la relación: es aceptable que un cliente pida ser penetrado, pero resultaría disruptivo que lo hiciera la pareja, o bien que la mujer trans intentara que lo aceptase:

*“[si me pide que lo penetre]... Allí se terminó el amor, porque como que termina la relación.”*

*“No, [yo] me siento mujer... yo lo dejo, si me pareja me lo pidiera, mira penétrame, tampoco terminaría la relación, pero yo le dijera que no, no me cabe en la cabeza, aunque dudo que me lo pida.”*

*“...cuando tenía relaciones le tocaba el trasero: “párate” me decía “no me estés tocando allí,” porque me decía “eso no se le toca a un hombre.”*

## **CONOCIMIENTO, PRUEBA Y DIAGNÓSTICO SOBRE VIH/SIDA E ITS**

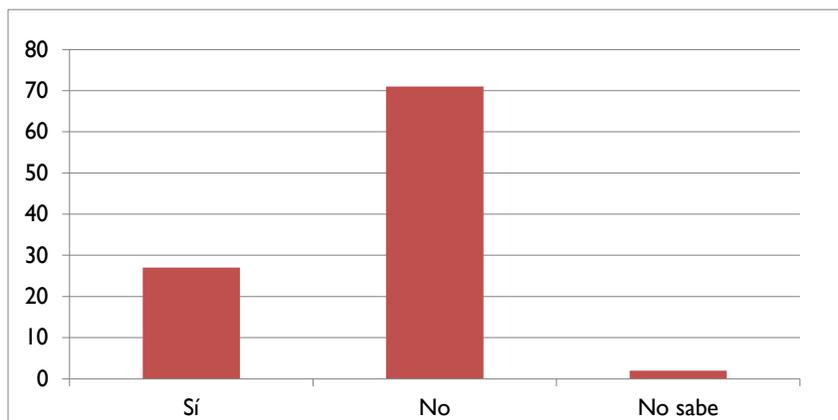
Las participantes en el diagnóstico tienen un alto conocimiento sobre los asuntos generales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sobre SIDA: el 99 por ciento de las personas participantes contestaron correctamente la mayoría de las preguntas sobre conocimiento de VIH/SIDA.

Se observan sin embargo algunas dudas entre una minoría de las personas participantes con respecto a un par de cuestiones. A la pregunta “Si una persona se hace la prueba del VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA”, una gran mayoría cercana al 70 por ciento contestó que no, mientras que una minoría ligeramente por debajo del 30 por ciento respondió que sí, y apenas un porcentaje mínimo no supo qué contestar (véase Gráfica 9):

---

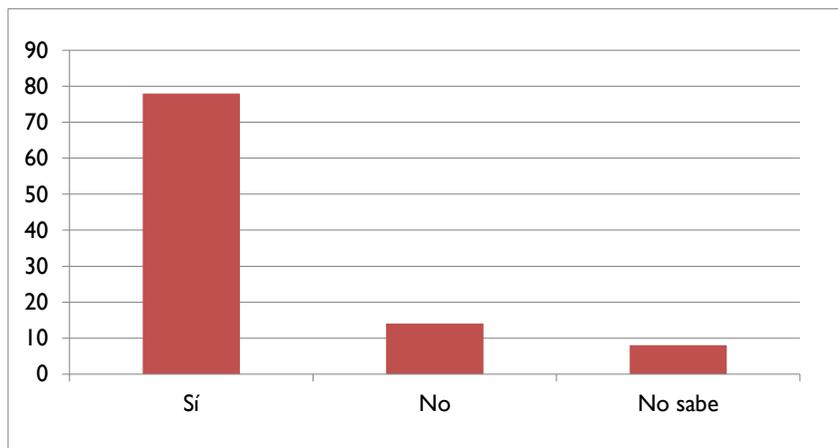
<sup>5</sup> Difícil

**Gráfica 9. Si una persona se hace la prueba del VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA (en porcentaje)**



Ante la afirmación “La cantidad de virus en las personas con VIH influye en la transmisión del VIH a otras personas,” cerca del 80 por ciento aseguró que sí, alrededor del 14 por ciento no, y el resto no supo qué decir (véase Gráfica 10).

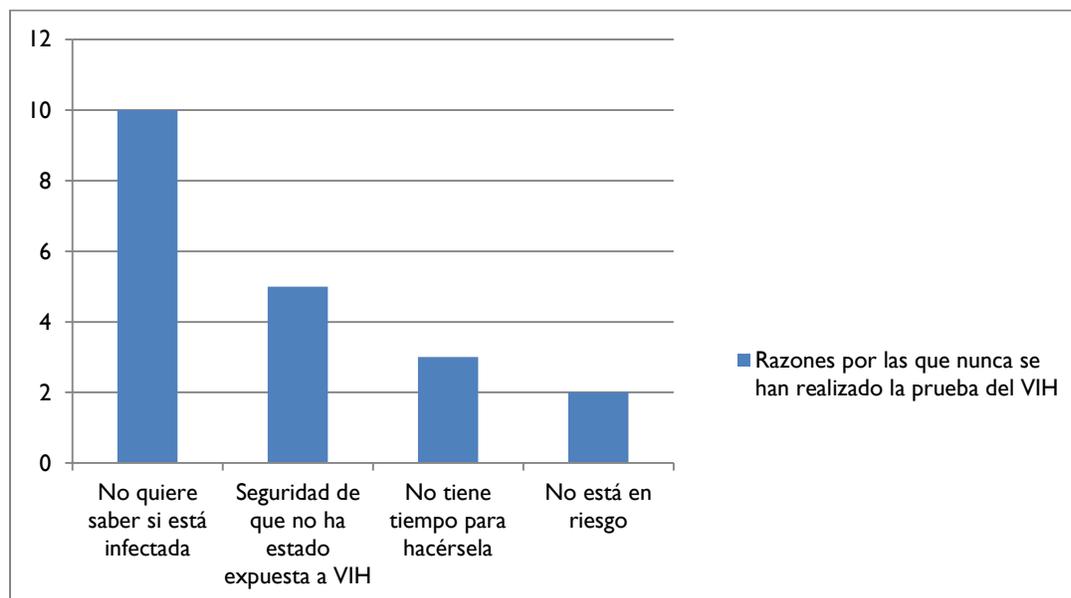
**Gráfica 10. La cantidad de virus en las personas con VIH influye en la transmisión del VIH a otras personas (en porcentaje)**



Es interesante señalar que frente a un 84 por ciento que afirma lo contrario, un 16 por ciento de las participantes asegura no conocer a nadie que viva con el VIH. De la misma manera, un 80 por ciento sabe dónde acudir para recibir atención en salud especializada en VIH, frente al 20 por ciento que dice desconocerlo.

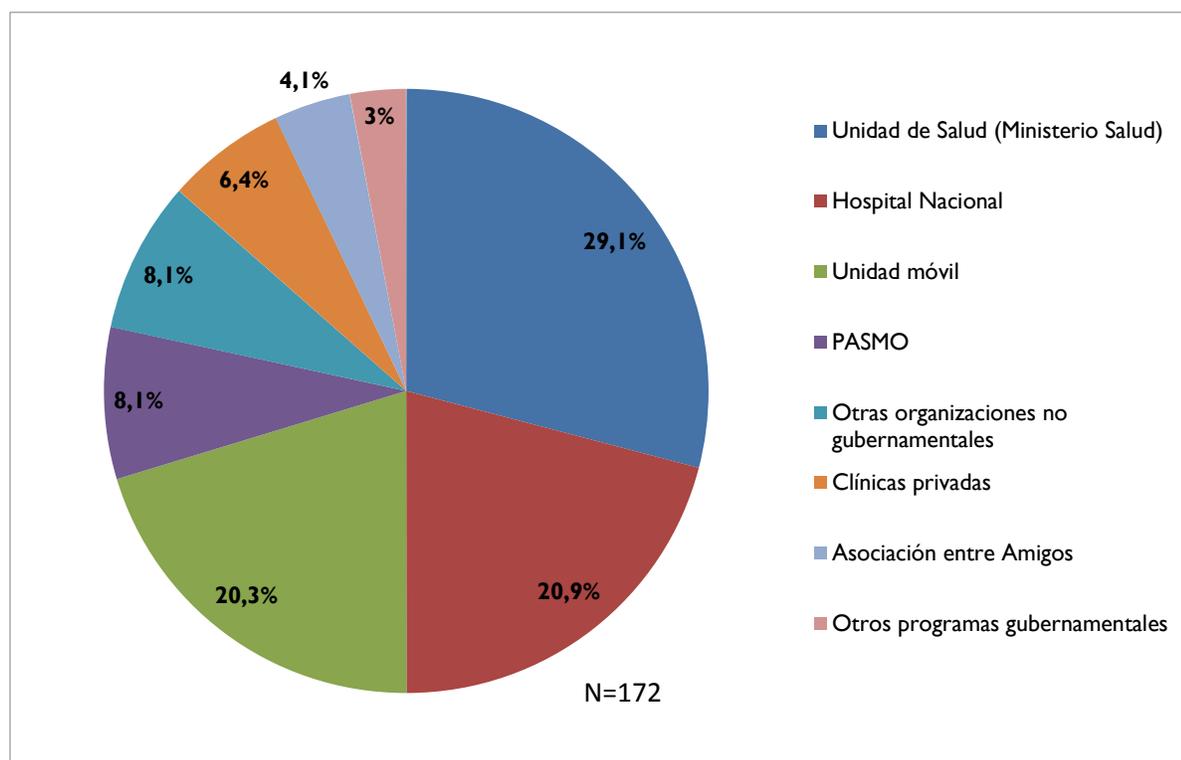
La mayoría afirma haberse realizado la prueba de VIH (90 por ciento). Todas las personas que se han realizado la prueba informan que han ido a recoger los resultados. De las que no se han realizado la prueba, la mayoría indica que la razón por la que no se la han realizado es porque no quiere saber si está infectada, seguida por la declaración de que tienen seguridad de que no han sido expuestas (Véase Gráfica 11).

**Gráfica 11. Razones por no hacer la prueba de VIH**



La Gráfica 12 representa los centros y servicios a los que acudieron la población de trans para realizarse la prueba del VIH. Los datos indican un importante peso de las estructuras públicas institucionales, cuyos servicios son complementados por la oferta de organizaciones no gubernamentales y clínicas privadas.

**Gráfica 12. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH**



Respecto a las infecciones de transmisión sexual, sólo el 4 por ciento de las personas participantes informaron haber sido diagnosticadas con alguna ITS. Estos datos contrastan con los reportados por la encuesta ECVC en 2010, donde cerca del 23 por ciento de las entrevistadas afirmaron tener o haber tenido alguna vez síntomas de ITS (Hernández 2010). Tanto la disímil formulación de la pregunta (diagnóstico a partir de muestras biológicas frente a auto-reporte de síntomas) como el diferente método de recolección de datos (encuesta en persona frente a auto-entrevista de audio con ayuda de computadora) podría dar cuenta de esta divergencia.

En la siguiente Tabla 4 se presentan los porcentajes de encuestadas que informaron de alguna infección de transmisión sexual. Si nos atenemos a las respuestas dadas, todos los casos fueron atendidos y recibieron tratamiento.

**Tabla 4. Infecciones de transmisión sexual**

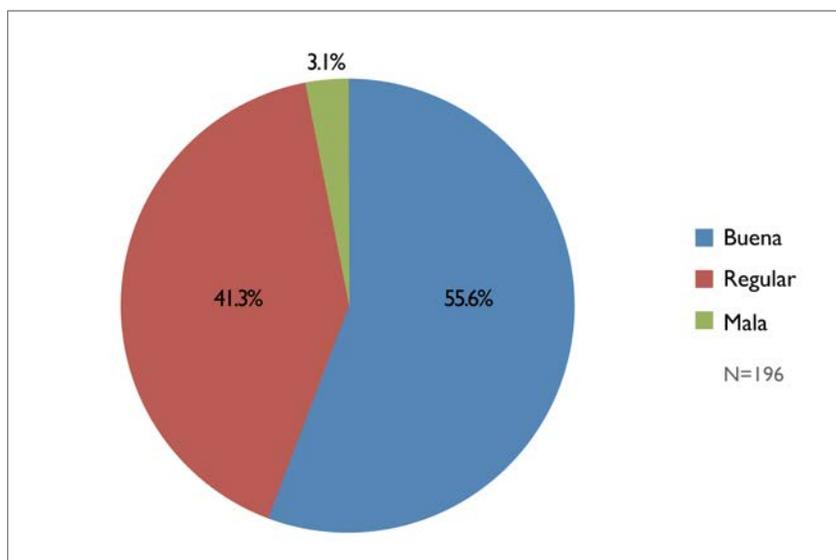
<b>ITS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>No contestó</b>
Chlamydia	0	0	4
Verrugas	6	3%	2
Gonorrea	0	0	2
Hepatitis B	3	1.5%	2
Hepatitis C	1	0.5%	2
Herpes	8	4%	2
Sífilis	8	4%	2
Tricomoniasis	1	0.5%	3

Dos terceras partes (68.6 por ciento) de las personas participantes se han hecho la prueba de tuberculosis y la mayoría (90.3 por ciento) dio resultado negativo. Del 10 por ciento que resultó positivo, todas recibieron tratamiento.

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES**

Según se infiere por las respuestas, la mayoría de las participantes (55.6 por ciento) obtuvo puntuaciones con una buena calidad de vida, seguida por 41 por ciento que obtuvo puntuaciones con una calidad de vida regular y un 3.1 por ciento como mala (véase Gráfica 13).

**Gráfica 13. Calidad de vida**



Preguntadas por el grado de satisfacción en aspectos concretos de las relaciones personales y la auto-estima, las participantes declaran que se encuentran muy a gusto consigo mismas en un 79 por ciento de los casos, siendo parecida la proporción que reporta buena satisfacción con las relaciones familiares (55 por ciento) y con los amigos (58.5 por ciento). La percepción sobre la vida sexual alcanza un 66 por ciento de gran satisfacción. En cuanto a su quehacer diario, las respuestas ofrecieron altos porcentajes en la auto-valoración de la salud (63 por ciento), de las habilidades para completar actividades cotidianas (69 por ciento) y de la capacidad de trabajo (63 por ciento). En cambio, estas cifras descienden al valorar el auto-cuidado, como el tiempo que se dedica a dormir para descansar, respecto al que sólo un 48 por ciento reconoce satisfacción suficiente. En la misma línea, las que declaran necesitar medicación diaria para funcionar son aproximadamente la mitad. Por su parte, 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, raramente sobrepasan el 50 por ciento.

Las respuestas de las participantes a las siguientes cuestiones ofrecen información más detallada sobre el gradiente de emociones vitales (véase Tabla 5):

**Tabla 5. Porcentaje de respuestas a percepciones emocionales y calidad de vida**

	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Se ha sentido deprimida	8.3%	62.9%	28.8%
Siente que todo lo que hace requiere mucho esfuerzo	19%	43.4%	37.6%
Se ha sentido sola o aislada	10.2%	51.2%	38.5%
Ha tenido dificultades para dormir bien	14%	45%	40%
Se ha sentido alegre	55%	44%	1%
La gente ha sido amable con usted	49%	50%	1.5%

	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Siente que ha disfrutado de la vida	68%	29%	3%
Ha tenido momentos en los que no podía parar de llorar	6%	60%	34%

Las relaciones familiares presentan una amplia casuística. Un promedio del 40 por ciento de las participantes relata discusiones o problemas motivados por el hecho de ser trans con padres, hermanos u otros miembros de la familia, profesores, compañeros de estudio, o amigos. La mitad asegura haber tenido problemas con la policía por su misma condición. En ocasiones, la tensión dentro de la familia es tal que ha supuesto el abandono del hogar, o bien la incomunicación permanente bajo el mismo techo. Frecuentemente, la madre u otras figuras femeninas son más comprensivas que los padres y otros varones, aunque no siempre. Con todo, más de la mitad explican que la relación con su familia es de respeto mutuo, buena o incluso muy buena, de apoyo pleno.

Los siguientes testimonios de las encuestadas ilustran la diversidad de estas situaciones:

*“Me llevo bien con mi mamá y mi hermano pero [con] mi papá, mis tíos, mis abuelos, la familia de mi papá, nada. Me rechazan por lo que soy.”*

*“Es difícil vivir una doble vida. Hay algunos que saben lo que soy pero con otros sigo como un chico [está a punto de llorar]. Todo bien con mis padres y mis hermanos, pero tengo otros familiares que no sabe lo que soy. Hable con unos tíos para contarles porque iba a participar en un evento... con las tías y primas, ellas me aceptan, pero con otros, sigo siendo un varón.”*

*“No me llevo bien con ellos y me echaron de la casa. Mientras no cambiara su personalidad no podía poner un pie en la casa. En este momento no tengo contacto con ellos.”*

*“Mantengo excelente relación con papá, mamá, y dos hermanos hombres. Han aceptado mi decisión y nunca me han maltratado o reprochado.”*

Sólo un 34 por ciento 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 estas instituciones, pese a considerarse creyente:

*“[No voy] porque a veces uno va a la iglesia y la gente dicen cosas de uno y no se siente cómodo. Y a veces el pastor le critica a uno.”*

En relación con la salud mental, el 72 por ciento 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 por ciento de participantes informa haber tenido pensamientos e intentos suicidas a partir de los catorce años, y un 9 por ciento reporta intentos suicidas en los últimos seis meses. En total, las participantes informan de intentos de suicidio en un rango que va desde 1 a 20 intentos (véase Tabla 6).

**Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas**

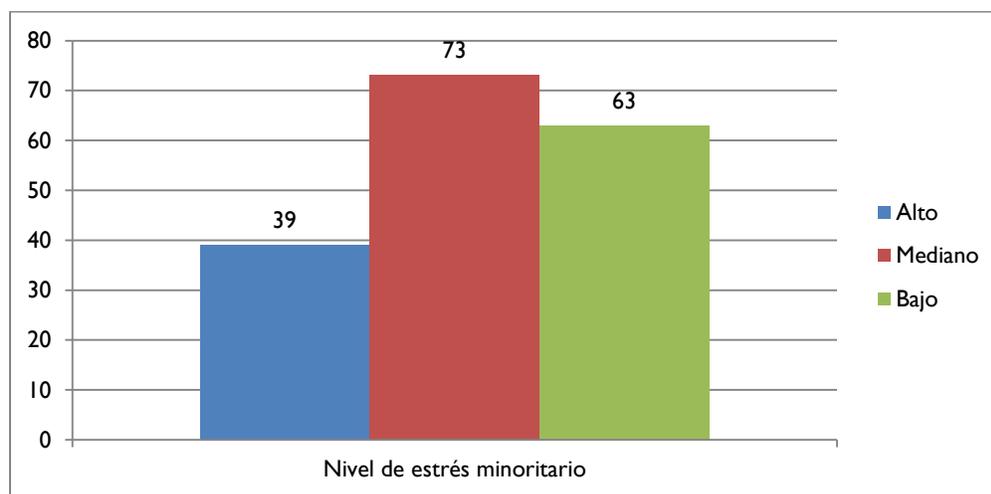
	A partir de los catorce años		En los pasados seis meses	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	78	38%	17	9%
No	127	62%	187	91%
n	205	100%	204	100%

La inmensa mayoría (>95 por ciento) 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 44 por ciento reporta que alguna vez se ha sentido discriminada dentro de la propia comunidad trans. Este comentario surgido de un grupo focal ilustra dichos sentimientos:

*“...yo siento que entenderse entre las mujeres, porque digamos y eso es lo menos, entre nosotras por el mismo carácter que tenemos la mayoría de nosotras, somos de carácter fuerte, o sea no todas somos de temperamento fuerte, nadie nos dejamos, entonces obviamente va a prevalecer mas la rivalidad entre la trans”*

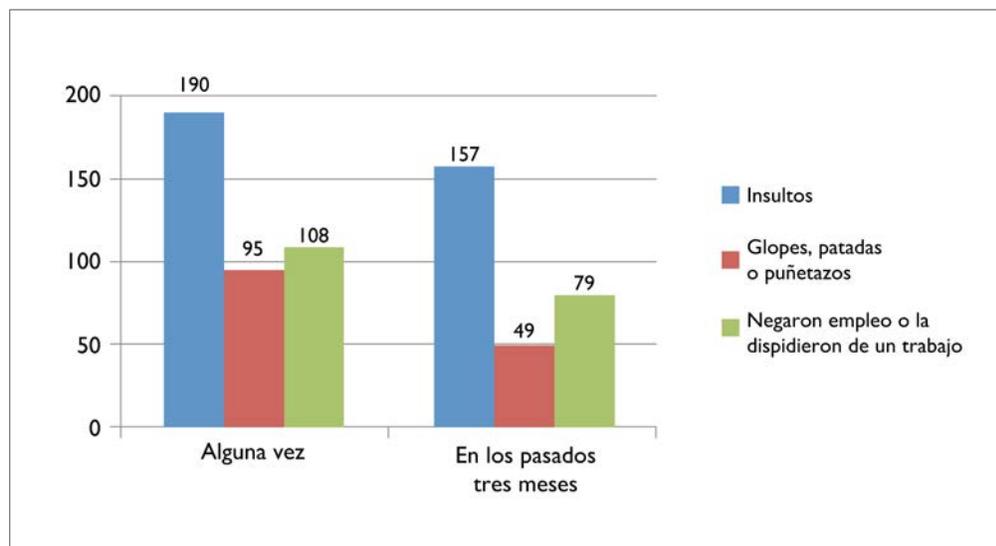
La mayoría de las participantes reporta un nivel de estrés asociado a pertenecer a una minoría que oscila entre niveles mediano a alto (véase Gráfica 14).

**Gráfica 14. Estrés Minoritario**



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 77 por ciento informa de insultos, un 24 por ciento de abuso físico y un 39 por ciento 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**



Preguntadas por su sentimiento de seguridad en la ciudad, el 11 por ciento afirmó sentirse nada segura, el 23 por ciento poco, el 34 por ciento más o menos, y el 33 por ciento 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 de la violación, 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, en el contexto de movimientos migratorios o simplemente al caminar sola por el espacio público. Después de las vejaciones sexuales, la violencia verbal por parte de familiares, vecinos o conocidos es lo más común, seguido de la violencia física, incluyendo el uso de armas blancas y de fuego. Los siguientes relatos son una muestra de experiencias violentas:

*“Lo mas común, que gente le llama maricón, que nadie le va a aceptar así, que nadie le va a querer para nada.”*

*“Todos los días paso por un comercial y los vendedores me dicen cosas ofensivas, constantemente.”*

*“A sus 15 fui a traer leña y 2 sujetos conocidos me rompieron la ropa y me violaron, me dejaron desnuda en la calle y luego me amenazaron que si decía algo me iban a matar.”*

*“Un cliente me llevó y me trató de matar y en esa ocasión perdí un dedo de mi mano derecha.”*

*“Cuando me encontraba en mi puesto de trabajo llegaron unos mareros y me llevaron y me violaron.”*

*“Una vez intenté irme para México y me violaron siete hombres en la frontera de México y Guatemala.”*

## **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

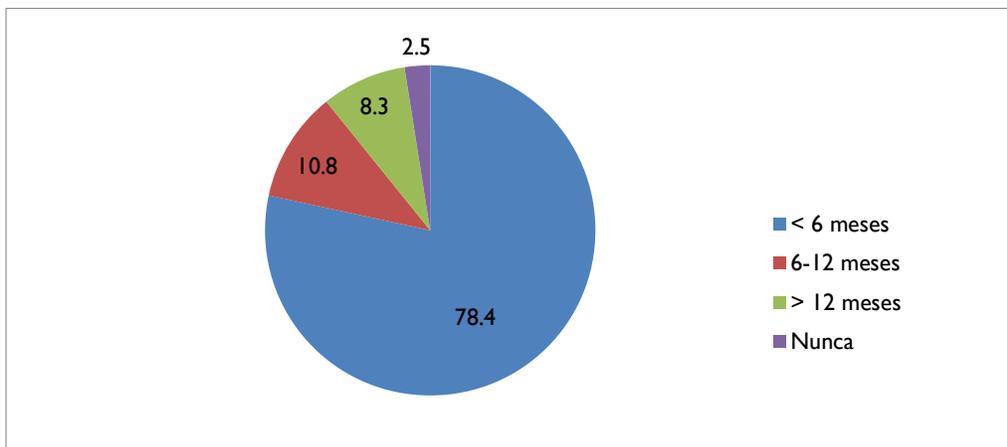
La gran mayoría de las personas participantes en la encuesta (88 por ciento) declara haber solicitado y accedido a los servicios de salud durante los últimos 12 meses. Entre las razones de uso, muy variadas, abundan las relacionadas con el VIH y otras ITS (hacerse la prueba del VIH o seguimiento

de la infección, tratarse otras ITS, recoger condones), aunque también los síntomas menores (dolores de cabeza y de garganta, del aparato digestivo, fiebre). Esta alta frecuencia de uso contrasta con la reportada por los escasos estudios previos disponibles, una inconsistencia que merecería una mayor investigación en estudios posteriores.

Si el periodo se limita a los últimos 6 meses, la proporción alcanza a más de las dos terceras partes (78.4 por ciento) (véase Gráfica 17). Significativamente, 35 (una quinta parte) de las personas entrevistadas adujeron que la razón por la que acudieron a un centro médico fue realizarse la prueba del VIH. Siete hicieron referencia directa al seguimiento rutinario por vivir con VIH, seis mencionaron heridas, cinco el tratamiento de ITS y el resto alegaron síntomas menores.

El 78 por ciento de las personas que accedieron a servicios de salud informa sentir satisfacción con la atención recibida, frente a un 20 por ciento que no.

**Gráfica 16. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud?**



El tipo de lugar accedido fue de carácter gubernamental en el 89 por ciento de los casos, y no gubernamental en el restante 11 por ciento (véase Tabla 7).

**Tabla 7. Establecimientos en donde recibieron servicios de salud**

<b>Establecimientos Gubernamentales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Unidades de Salud	112	62.9%
Hospital Nacional	51	28.6%
Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)	8	4.5%
Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS)	4	2.2%
Otro		
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial Ciudad Mujer	1	0.6%
Centro Penal	1	0.6%
	1	0.6%
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100%</b>
<b>Establecimientos No Gubernamentales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Clínicas privadas	11	50%
ProFamilia	4	18.2%
Hospital	3	13.6%
Otro		
Asociación Entre Amigos	1	4.5%
Climesa	1	4.5%
PASMO	1	4.5%
Médicos del Mundo	1	4.5%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Casi una quinta parte de las personas participantes (19.8 por ciento) respondió que la distancia hasta el centro de servicios de salud influye mucho en su decisión de asistir al servicio, en contraste con la mitad (50 por ciento) que afirma lo opuesto. Cerca de la mitad 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 una cuarta parte (27.9 por ciento) frente a casi la mitad (43.7 por ciento) que señaló lo contrario. De nuevo la mitad indicó que el costo de los servicios y de los medicamentos no sería nada importante, frente a una cuarta parte que declaró que lo sería pero poco y otra cuarta final que dijo que sí sería bien importante. El 54 por ciento declaró que el tiempo de espera hasta recibir atención es bien importante en comparación con un 19 por ciento que señaló que no lo era para nada.

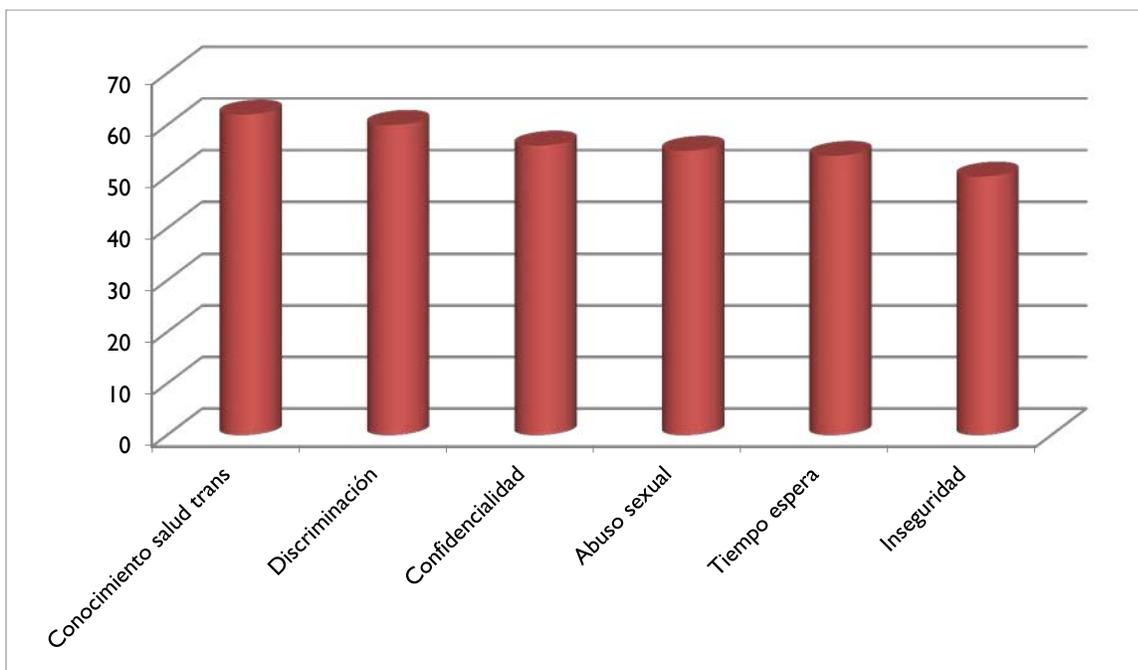
Un tercio aseguró que tener que revelar su identidad sexual influiría mucho en su decisión de acudir a un centro de salud, mientras para que una quinta parte un poco y para el resto (más del 40 por ciento) no tendría ninguna influencia. Para el 56 por ciento la protección de la confidencialidad es muy importante, y determinaría el uso de un servicio de salud, aunque sólo lo sería parcialmente para casi un 21 por ciento y no tendría relevancia para otro 18.5 por ciento. Otro 21 por ciento considera muy relevante que se pueda hablar con comodidad sobre salud y sexualidad con los servicios médicos y el 26 por ciento lo valora en menor medida, pero para prácticamente la mitad (47 por ciento) esa posibilidad no es determinante para acceder a un centro de salud.

La mayoría (62 por ciento) reportó que era bien importante el nivel de conocimiento del personal sanitario sobre cómo proveer servicios a las poblaciones trans, y poco menos de la mitad (44 por ciento) declaró que la experiencia general de ese mismo personal tendría mucha influencia en su decisión de acudir al centro médico. Los porcentajes cambian cuando se trata de la disponibilidad de información sobre cómo usar los servicios: para el 31 por ciento es muy determinante, frente al casi 40 por ciento y el 25 por ciento que lo encuentra respectivamente poco o nada determinante.

El 60 por ciento 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 16.5 por ciento le influiría un poco y al 18 por ciento nada. En este mismo sentido, el acoso sexual sería un serio condicionante para el 38.5 por ciento de las encuestadas, lo sería relativamente para un 21 por ciento y de ningún modo para el 35.5 por ciento, mientras que el abuso directo tendría un gran peso en la decisión del 55 por ciento, 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 que los profesionales tenga conocimientos específicos sobre la atención a personas trans, seguido muy de cerca por la ausencia de actitudes de discriminación y de abuso sexual, la preservación de la confidencialidad y la intimidad, una buena gestión del tiempo y que no se den circunstancias de inseguridad por violencia social (Gráfica 17).

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



El grupo de discusión ofreció múltiples ejemplos de experiencias vividas en los centros de atención en salud que coinciden con esta valoración. Si bien en términos generales se expresó satisfacción con los servicios recibidos, las participantes reportan sobre espacios y circunstancias en las que han tenido dificultades y se han sentido excluidas y discriminadas, aunque también identifican otros lugares en donde sienten que se proveen servicios de calidad y respetuosos. Entre los sucesos negativos reportados se incluyen la negativa a prestar servicio, la derivación innecesaria a otro centro

de salud, la agresión verbal, la humillación y los comentarios ofensivos, el acoso e intento de abuso sexual, la discriminación en el orden de espera para ser atendida, entre otros:

*“Cuando fui al Hospital Rosales fui a una operación de apéndice y me obligaron a cortarme el cabello y todos los días me acosaban diciéndome que era hombre.”*

*“En una ocasión llegue herida al Hospital Zacamil y el jefe médico les dijo a los otros médicos que no me atendieran que era homosexual, me refirieron al Hospital Rosales.”*

*“En la unidad de salud se niegan a ayudarme con mi proceso de hormonización.”*

*“Algunas personas maltratan a las mujeres trans en el hospital. Les hacen esperar más que a las demás personas y hacen gestos entre ellos.”*

*“Me he sentido discriminada por los otros pacientes, que por ser transgénero hacen comentarios y me dicen ofensas.”*

*“Asistí a una unidad de salud en donde todo el personal era masculino y me discriminaron mucho; se reían, no le daban mucha importancia.”*

*“En el hospital nacional la Unión una enfermera me preguntó mi nombre y en voz alta me dijo, “deme su nombre de hombre o de mujer”, haciendo una burla frente a la gente.”*

*“En la unidad de salud de Santiago Nonualco un personal de limpieza me llamaba para que fuera a un lugar solo de la unidad de salud y con gestos se tocaba sus partes y me llamaba.”*

*“Fui a consulta con un doctor en el Hospital Rosales, él me dijo que me iba a dar un masaje y que cerrara los ojos, cuando lo hice sentí algo en la boca y era el pene del doctor.”*

*“Me pasaron con un psicólogo en un Hospital Nacional y él quería abusar sexualmente de mí.”*

*“En una ocasión me acosó un doctor y me preguntó en donde ofrecía los servicios sexuales. Eso me incomodó mucho.”*

*“En la Unidad de Servicio Milagro de la Paz el médico me faltó el respeto porque iba mal de la garganta y me dijo que era por hacer mucho sexo oral y que me había comido un buen pene y si quería que me comiera el de él.”*

*“Cuando me ultrajaron fui a un centro de salud y en vez de darme consejería me hablaron de la biblia y de hacerme la prueba de VIH.”*

*“Una enfermera en la Unidad de Salud de Santa Lucía me dijo delante de toda la gente en el consultorio, que me arrepintiera porque Dios me iba a castigar.”*



# HALLAZGOS: PROVEEDORES DE SALUD

## DESCRIPCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y LABORAL

Los treinta y cinco profesionales sanitarios que accedieron a ser entrevistados tenían un promedio de 40 años, con un rango entre los 23 y los 58 años. Veinte y ocho, que corresponde al 80 por ciento, se identificaron como mujeres, y los otros siete (el 20 por ciento) como varones. Todos ellos declararon ser salvadoreños.

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 8. Titulación académica**

<b>Titulación académica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Licenciado	12	34.3%
Doctorado	10	28.6%
Carrera técnica (2-3 años)	6	17.1%
Otro		
Auxiliar de enfermería	1	2.85%
Bachiller	1	2.85%
Enfermera graduada (5 años)	1	2.85%
Tecnólogo de nivel superior no universitario	1	2.85%
Diplomado	3	8.6%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

La ocupación más frecuente, cerca de la mitad, era la de enfermero, seguida de la de médico, representada por más de la cuarta parte. Entre el resto sobresalen los consejeros y los auxiliares:

**Tabla 9. Ocupación**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero/a	14	40.0%
Médico	10	28.6%
Consejero/a	3	8.6%
Auxiliar	3	8.6%
Otro		
Lcda. en laboratorio clínico	1	2.87%
Promotor de salud	1	2.87%
Trabajador Social	1	2.87%
Psicólogo	2	5.7%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

El 41.2 por ciento de los entrevistados procedía de la Zona Central del país, en la que se ubica la capital, San Salvador, mientras que el 23.5 por ciento provenían de la Zona Oriental, a la que pertenece San Miguel; los porcentajes no se alejan en exceso de los reportados por las trans encuestadas: 49 y 13 por ciento respectivamente, y resulta coherente con el mayor peso poblacional de estas área. El resto de proveedores de salud estaba ubicado en la Zona Paracentral (20.6 por ciento) y la Zona Occidental (14.7 por ciento).

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

En las entrevistas a los participantes se les preguntó tanto por su idea del concepto de “transexual” como de “transgénero”. Aunque las contestaciones referidas al término transgénero tendían a hacer ligeramente más hincapié en referirse a haber culminado o no procesos de transformación corporal por cirugía, en realidad los entrevistados tendían a emplear ambos vocablos de manera cuasi indistinta. En su conjunto, las respuestas literales son heterogéneas, pero podrían perfilarse al menos las siguientes ideas preconcebidas:

- Un error de la naturaleza: las personas trans son mujeres en cuerpos de hombres, que en ocasiones han cambiado su sexo mediante intervención quirúrgica.

*“Es una persona que su sexo es de hombre, pero se siente del otro sexo.”*

*“Trans o transexual es una persona que nació con un sexo, que no está a gusto con lo que Dios le dio.”*

*“...aquel hombre atrapado en el cuerpo de una mujer y viceversa, que ha cambiado su sexo por operaciones.”*

- El resultado de un proceso de maduración incorrecto: son personas que han experimentado traumas o malas influencias que han derivado en desórdenes de la personalidad.

*“... ha tenido una infancia no grata, se van por la vida sin rumbo, esto los lleva a cambiar su personalidad.”*

*“... tendencias que van agarrando.”*

- La expresión de una carácter subversivo: son personas que con su apariencia externa transgreden el orden natural de los sexos:

*“...es una persona definida en género pero que quiere ser muy exhibicionista.”*

*“... se define de otro sexo, es un hombre que quiere que lo traten como a una mujer o viceversa.”*

- Una variante más de la homosexualidad:

*“... y trans son personas que le gusta alguien de su mismo sexo.”*

*“... son homosexuales que se transforman en mujeres.”*

Llama la atención cómo un grupo pequeño pero no insignificante de profesionales se resistía a cualquiera categorización excluyente, insistiendo en el carácter igualitario de su discurso:

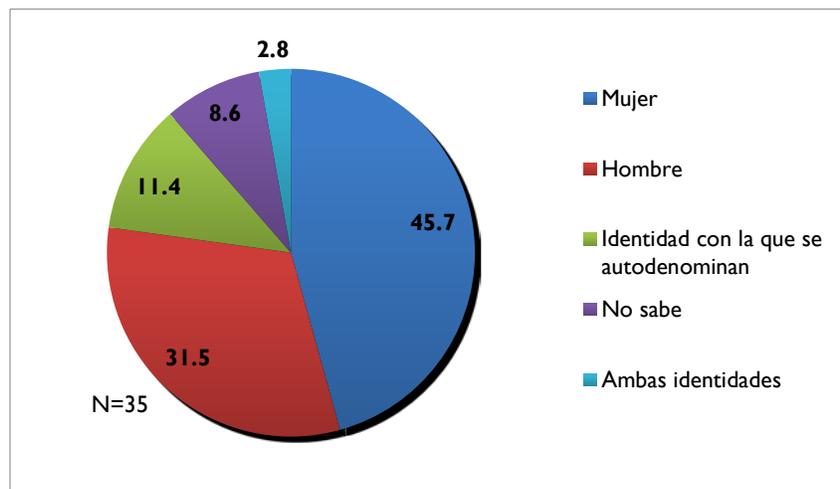
*“... es algo normal, es una persona común y corriente.”*

*“... una persona como cualquier otra.”*

*“...es otro ser humano igual que nosotros.”*

Preguntados sobre cómo denominaría a las personas trans de entre cuatro alternativas (mujer, hombre, ambas, o lo que las usuarias decidían), la mayoría, casi la mitad, eligió el término mujer, seguido de hombre, y a más distancia estaban quienes estuvieran a lo que la usuaria determinara. Estos datos indican que pese a la variabilidad conceptual sobre los términos transexual y transgénero, una proporción mayoritaria de los entrevistados elegían denominar a las trans con el nombre que ellas sienten como propio (Gráfica 18).

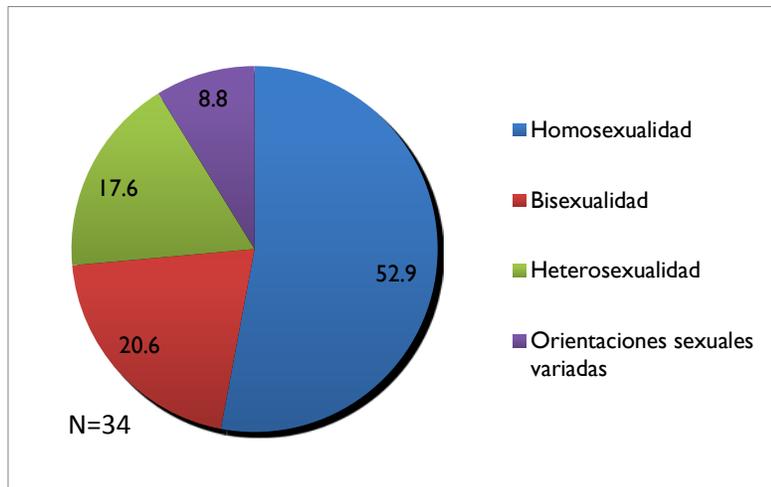
**Gráfica 18. Identidad sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje)**



La paradoja regresa sin embargo cuando se trata de definir la orientación sexual de las trans: si bien un 57.1 por ciento las denominaría como mujer (sumando la atribución directa del interlocutor más la elegida por la propia interesada de la Gráfica 17), todavía más de la mitad las consideraría homosexuales, y casi tres cuartas partes como homosexuales o bisexuales (véase Gráfica 19). Eso

significa que hay una parte de los entrevistados que se referirían a las trans como mujeres pero al mismo tiempo considera que son homosexuales o bien bisexuales.

**Gráfica 19. Orientación sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje)**



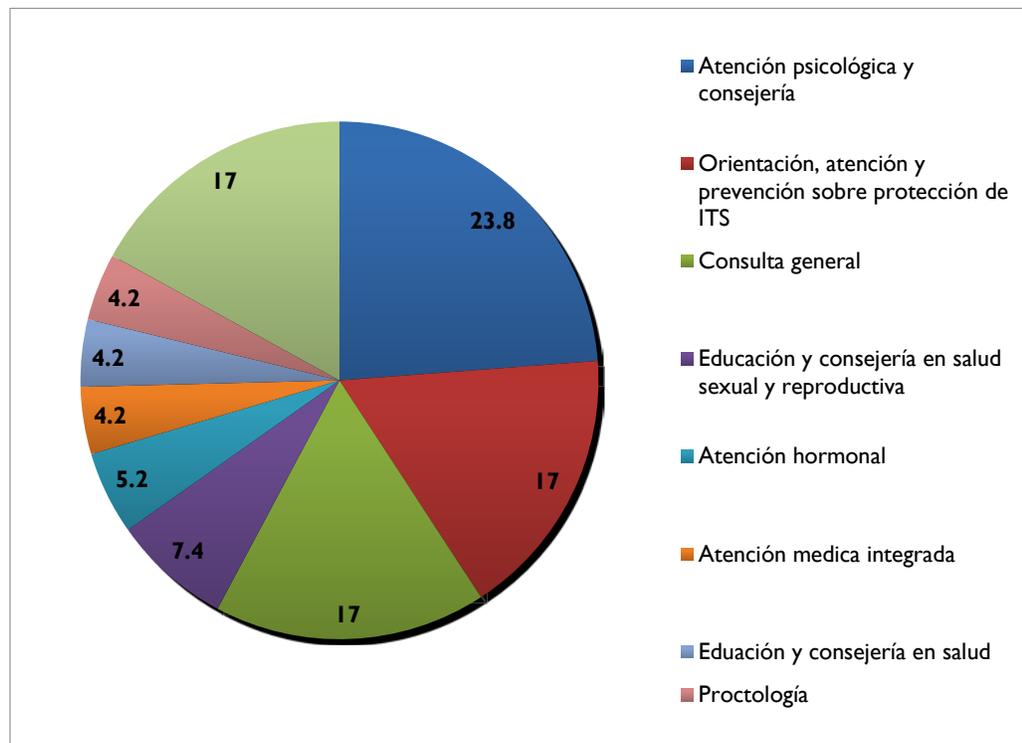
Todos los informantes coincidieron en afirmar que en El Salvador existe rechazo social hacia la población trans. Una inmensa mayoría lo atribuyó a la cultura machista y tradicionalista (81.2 por ciento), frente a una minoría que hizo hincapié en la influencia de las religiones presentes en el país. Precisamente las personas religiosas junto con la sociedad en general, sin distinciones, son los dos grupos más señalados como responsables de las actitudes de rechazo.

En un test sobre nivel de prejuicio hacia la población trans (Toro-Alfonso 2011; véase también Apéndice 3) que contestaron 31 de los entrevistados, el 90.3 por ciento mostró un nivel bajo, frente al 9.7 por ciento para el que fue moderado. Estos datos contrastan con las actitudes de rechazo que los propios entrevistados dicen haber presenciado en los centros de salud (véase a continuación), que coinciden además con lo reportado por las propias trans. La divergencia puede estar relacionada con una diferente expresión de conducta dependiendo de las circunstancias: más favorable a las trans en el contexto de la entrevista y menos en la práctica clínica cotidiana.

# 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: consejería y atención psicológica, abordaje de las ITS, y educación para la salud en general, y de la salud sexual en particular (véase Gráfica 20).

**Gráfica 20. Necesidades de salud de las personas trans según los proveedores de servicios (en porcentaje)**



Llama la atención que sólo el 5.2 por ciento haya citado de manera espontánea la atención hormonal, ya que cuando se les inquirió expresamente su parecer sobre si estaban de acuerdo en que se debe facilitar el acceso a hormonas, el 63 por ciento respondió que sí, el 34 por ciento que no, y un 3 por ciento no sabe.

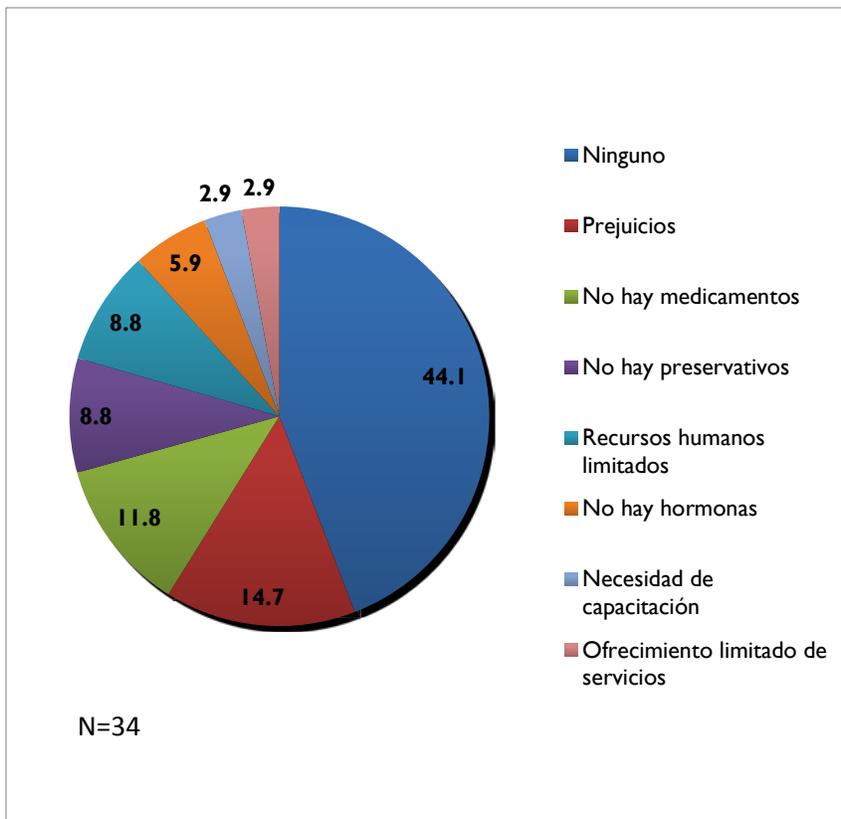
Entre las razones favorables a facilitar la hormonización destaca muy por encima del resto el deseo de respetar la autodeterminación y las ansias de bienestar de la persona, seguido de la importancia de evitar la automedicación y los efectos adversos que puedan derivarse de ésta. Los argumentos en contra son más variados, e incluyen la defensa del binomio biológico hombre-mujer, las creencias religiosas, la negativa a considerar la hormonización una necesidad de salud, el miedo a ser discriminado como profesional si accede a ello, y el desconocimiento del manejo clínico del tratamiento hormonal.

En este último sentido, y preguntados a tal efecto, el 57 por ciento de los informantes admite desconocer los efectos secundarios asociados con el uso de hormonas, frente al 43 por ciento que

afirma conocer dicho campo. Entre los efectos adversos mencionados por las personas que dicen conocerlos se encuentran los habituales asociados con los estrógenos y la progesterona.

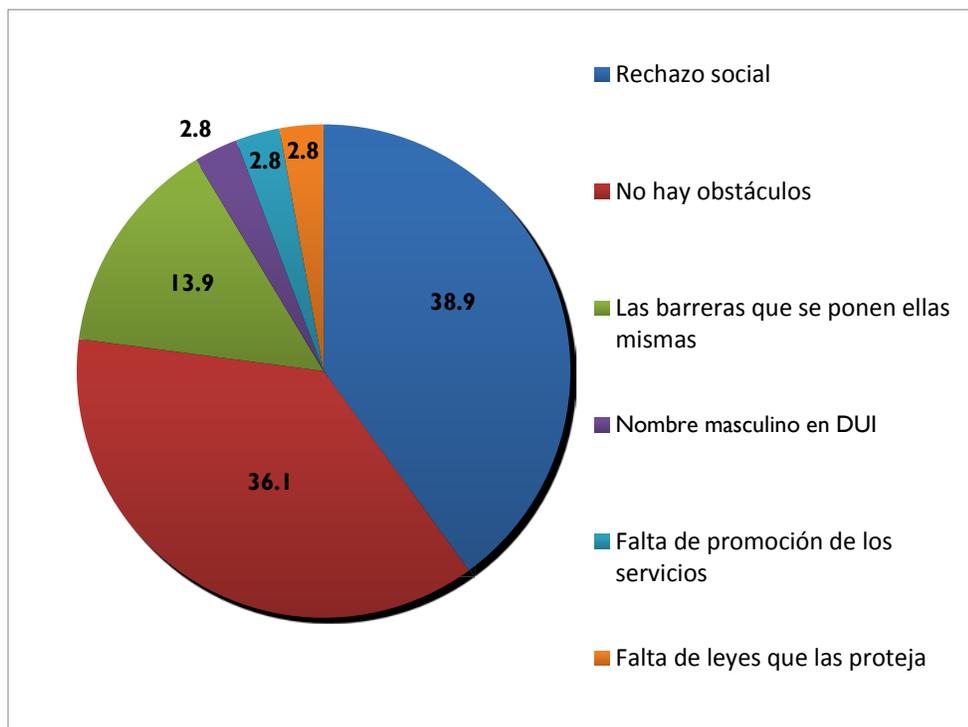
Se solicitó a los participantes en las entrevistas que citaran los obstáculos que a su entender deben afrontar los proveedores de servicios de salud para atender a la población trans. Cerca de la mitad, un 44.1 por ciento, declaró que los profesionales no tienen ninguna barrera. Del resto, un 14.7 por ciento alegó los prejuicios existentes y el 11.8 por ciento la falta de medicación. Sólo un 2.9 por ciento citó la no capacitación como obstáculo para la atención a personas trans (véase Gráfica 21).

**Gráfica 21. Obstáculos que tienen los proveedores de servicios para atender esta población (en porcentaje)**



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, un 36.1 por ciento negó que tales barreras existieran. Del restante 63.9 por ciento, una mayoría lo achacó al rechazo social en general, seguido de la autoexclusión y de factores estructurales (véase Gráfica 22).

**Gráfica 22. Obstáculos para acceder a los servicios de salud y los servicios sociales según los proveedores de servicios (en porcentaje)**



Al requerírseles que aportaran ejemplos de experiencias vividas en las que una persona trans fue excluida, discriminada o se la trató con prejuicios, los entrevistados mencionaron situaciones de negación de asistencia médica, insistencia en referirse a las trans como hombres, aislamiento en la sala de espera, el rechazo a la presencia de la pareja como acompañante, uso de lenguaje verbal y corporal estigmatizante, y doble o triple estigmatización asociadas al trabajo sexual y al VIH.

## **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, una minoría (7 de 32) aseveró que tales condiciones ya estaban dadas. Los otros 25 pusieron el acento en tres elementos:

- La capacitación del personal y la adaptación de los servicios de forma que satisfagan las necesidades de salud de las trans.
- El acercamiento institucional, y si fuera necesario incluso físico, a la realidad de la comunidad trans.
- La acción política de sensibilización social e institucional, reforzando la implementación efectiva del principio de igualdad en el acceso a los servicios de salud.

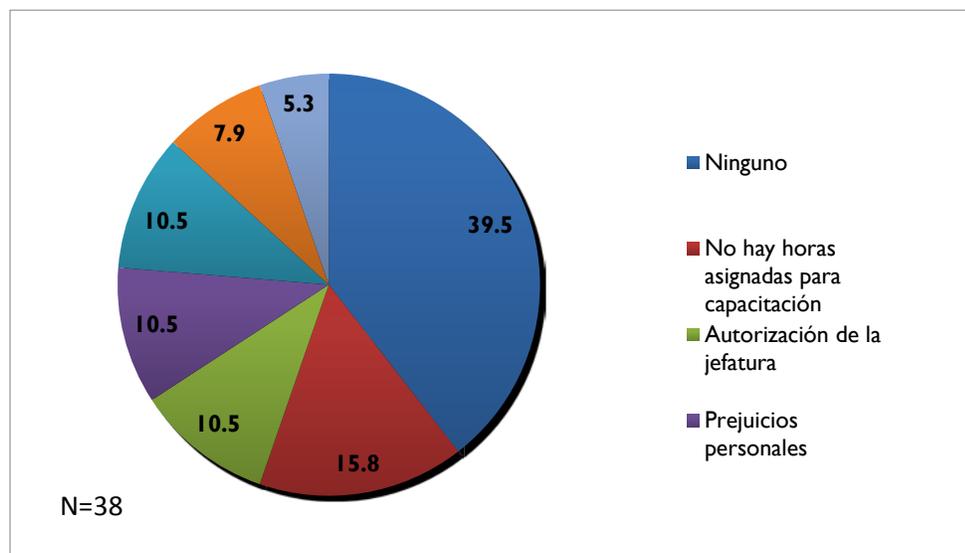
En cuanto al conocimiento que deberían tener los proveedores de salud sobre las comunidades trans para prestar servicios efectivos y de calidad, los informantes se centraron sobre todo en la ampliación del conocimiento en sus vertientes biomédicas, legales, éticas y psicológicas, sin descartar

la utilidad de la comunicación directa con las propias interesadas y el cambio de actitud por parte del personal sanitario.

Sólo 9 de 23 personas que respondieron dijeron conocer algún texto legislativo o político que establezca los derechos de las personas trans para proveer servicios de salud. Resulta llamativo que sólo 4 de los entrevistados citen expresamente el Decreto 56 mayo de 2010 sobre no discriminación por identidad de género y orientación sexual<sup>6</sup>, pese a la repercusión mediática que generó su aprobación<sup>7</sup>. Otras cuatro personas se refieren a la Ley del VIH, y cinco al principio de igualdad recogido en el Código de Salud y los Derechos Humanos. Preguntados por las acciones que harían efectivas estas regulaciones y las políticas que las sustentan, los 15 informantes que aportaron respuestas situaron en primer lugar que las leyes sean realmente conocidas por los profesionales y en segundo que éstos muestren voluntad de cumplirlas. Sólo una minoría (2 individuos) abogó por utilizar la denuncia de las infracciones como mecanismo de cambio.

La mitad de los entrevistados (48.5 por ciento) afirmó haber recibido capacitación sobre atención a personas trans, aunque la inmensa mayoría (97 por ciento) cree que en su conjunto el personal sanitario estaría interesado en recibirla. Requeridos sobre cuáles creen que son los obstáculos que dificultan que los proveedores de salud asistan a sesiones de capacitación, casi un 40 por ciento declaró que no existe ninguna barrera que lo impida. Entre quienes afirmaron lo contrario, una mayoría se decantaba por motivos estructurales (falta de horas asignadas a capacitación, exceso de trabajo y necesidad de autorización de la superioridad). Los prejuicios personales sólo fueron citados por un 10 por ciento de los informantes (véase Gráfica 23).

**Gráfica 23. Obstáculos para que proveedores de servicios de salud asistan a capacitaciones sobre estas comunidades**



<sup>6</sup> El artículo 2 del decreto ejecutivo 56 prohíbe a la administración pública “incurrir en algún acto o práctica, o fomentar, propiciar, defender o apoyar cualquier acto o práctica que de manera directa o indirecta constituya una forma de discriminación por razón de la identidad de género y la orientación sexual” (véase Diario Oficial 2010).

<sup>7</sup> Véase: <http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/social/117276-gobierno-prohibe-la-marginacion-sexual.html>

# RECOMENDACIONES

- **Llevar a cabo, apoyar y difundir los resultados de las investigaciones sobre las mujeres trans:** estudios como el que aquí se describe son útiles para que los profesionales de la salud y el conjunto de los actores salvadoreños empiecen a comprender la realidad trans y los múltiples obstáculos que enfrentan para vivir una vida plena y saludable, y cómo ellos pueden contribuir a removerlos o a que sean superados. Por ello, los hallazgos deben difundirse tanto directamente a los actores implicados como al conjunto de la sociedad: para conseguir esto último es clave involucrar a comunicadores sociales. Además, es necesario realizar y difundir más estudios que amplíen y profundicen los conocimientos sobre este grupo poblacional.
- **Adaptar los programas preventivos del VIH a la realidad de la población trans y sus parejas:** pese a su altísimo conocimiento sobre el VIH, las declaraciones de las entrevistadas muestran un más bajo porcentaje de uso del preservativo con sus parejas no comerciales que con las que sí lo son. En un contexto social muy hostil, la pareja aparece como un vínculo estable muy valorado, cuyo mantenimiento es un objetivo prioritario, por encima de otros. Por ello, reforzar los mensajes preventivos habituales hacia las trans no es suficiente: hay que involucrar a sus parejas. Se deben considerar actividades que sean atractivas para estos hombres y que les ofrezcan modelos alternativos de masculinidad en los que la protección de la salud no choque con sus ideas sobre la identidad de varón.
- **Acordar con las autoridades educativas soluciones a los altos índices de abandono escolar entre la población trans:** el acoso, la agresión, la desprotección, el estigma y la discriminación hacia las trans en el medio escolar no sólo es éticamente inaceptable, sino que también tiene graves consecuencias para estas personas y para el conjunto de la sociedad. La exclusión escolar es un factor de vulnerabilidad y riesgo ante problemas de salud como 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. La inclusión en el currículo de todas las etapas educativas de sesiones sobre aceptación de la diversidad y valores de tolerancia e integración es una de las vías a explorar que puede dar frutos
- **Acordar con los representantes empresariales y sindicales acciones para eliminar el estigma y discriminación hacia las trans en el mundo laboral:** los obstáculos para acceder a empleos y la expulsión del mercado laboral regularizado sitúa a la población trans en riesgo de empobrecimiento y mayor vulnerabilidad. El mundo del trabajo debe comprometerse a garantizar la igualdad de oportunidades y evitar la discriminación.
- **Sensibilizar a los líderes políticos salvadoreños para que apoyen públicamente el respeto a la diversidad sexual y la identidad de género:** los líderes políticos de alto nivel, tanto en el poder ejecutivo con el legislativo, además de contar con el poder de tomar medidas para la protección de poblaciones vulnerables, como las mujeres trans, también pueden mostrar apoyo público al respeto por la identidad de género de manera que sirva de modelo de actitud para el resto de la población. Los actores implicados tendrían que llevar a cabo acciones de incidencia política que sensibilicen y eduquen a los líderes, de modo que éstos a su vez ejerzan su responsabilidad frente al conjunto de la sociedad.

- **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. 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.
- **Educar a las fuerzas de seguridad sobre su obligación de respeto y protección de los derechos de la población trans:** la población trans tiene los mismos derechos humanos que el resto de los ciudadanos. El fundamento de la acción del estado a través de las fuerzas de seguridad debe basarse en el cumplimiento de la ley tanto entre sus miembros como que éstos la hagan cumplir al conjunto de la ciudadanía. Otros países latinoamericanos han llevado a cabo programas de capacitación de la policía sobre población trans cuyas lecciones aprendidas pueden servir de inspiración en el caso de El Salvador.
- **Poner en marcha un Plan Nacional contra la Violencia contra las Minorías Sexuales:** las personas trans de El Salvador sufren un nivel desproporcionado de violencia, sobre todo sexual. Es necesario un compromiso de alto nivel por parte del Estado, que lidere una respuesta nacional y haga cómplices a todos los sectores sociales salvadoreños 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 monitoreo y evaluación y un presupuesto adecuado, sería una herramienta clave para reducir los altos índices de violencia contra las trans y otras minorías sexuales.
- **Considerar la sanción de las conductas discriminatorias:** aceptando que las medidas prioritarias y más efectivas en contra de la discriminación pasan por la concientización y la educación sociales, ello no es óbice para reforzar el cumplimiento de la legislación. El Decreto Ejecutivo 56 prohíbe la discriminación por razón de orientación o identidad sexual, pero no incluye ninguna sanción para quien se salte la normativa, por lo que pierde eficacia como instrumento disuasorio y reparador de daños. El Decreto Ejecutivo 56 debe ser reformado para incluir la sanción por incumplimiento, y el sistema judicial debe hacer todo lo posible para la identificación y procesamiento de los agresores, acabando con los altos niveles de impunidad. Las penas para los infractores pueden orientarse hacia trabajos para la propia comunidad trans y obligación a asistir a sesiones de sensibilización y capacitación. Además, debe actualizarse el Acuerdo Ministerial 202 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social destinado a evitar la discriminación por orientación sexual en los centros de salud para que incluya también la discriminación por identidad de género.
- **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, y a los estudiantes de carreras sanitarias como parte de su currículo académico. Específicamente, la oferta formativa debe incluir el abordaje médico del uso de hormonas.

- **Inclusión en la cartera básica de servicios del abordaje de los aspectos de salud específicos de la población trans:** el SNS de El Salvador debe plantearse la oportunidad de incluir en su cartera de servicios, especialmente a través de las guías operativas del sector salud, 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, incluyendo sistemas de seguimiento, recolección y análisis de datos clínicos. No hacerlo lleva a las trans a la auto-medicación, 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.
- **Considerar la 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. La mediación también puede ser útil para facilitar el acceso y abordaje integral de las trans adolescentes, cuyas necesidades de salud están invisibilizadas.
- **Establecer un sistema integral de monitoreo y evaluación para dar seguimiento y determinar el impacto de las presentes recomendaciones de inclusión social y sanitaria de las mujeres trans:** para que las medidas aquí recomendadas se pongan en práctica y surtan efecto es necesario crear mecanismos comprensivos de monitoreo y evaluación, incluyendo formas de vigilancia social por parte de grupos de mujeres trans, defensores de derechos humanos y promotores de salud. Asimismo, es imprescindible determinar mediante análisis independientes el impacto real que las políticas, programas y medidas vayan a tener, de forma que puedan reforzarse, modificarse o sustituirse según los resultados obtenidos.



# CONCLUSIONES

En El Salvador, la comunidad trans presenta un alto riesgo de vulnerabilidad frente al VIH y otras amenazas para la salud. Dicha vulnerabilidad se enraíza en el prejuicio, el estigma y la discriminación que cimentan el rechazo y la exclusión social, lo que las coloca en una situación de alto riesgo. 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, 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 de difícil resolución.

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 El Salvador, 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. 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, lo que mina paulatinamente sus posibilidades de vida en condiciones de dignidad.

El sistema nacional de salud salvadoreño erige barreras poderosas que no permiten atender adecuadamente las necesidades de esta población, y ello a pesar de la legislación nacional que así lo prescribe y de que las trans son usuarias muy frecuentes de los servicios sanitarios. La transfobia y la homofobia institucionales, la violencia verbal y el acoso sexual son moneda frecuente en los centros de salud, como lo atestiguan las numerosas experiencias reportadas por las trans y lo confirman 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, las creencias erróneas, el miedo o el simple prejuicio.

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 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 afectan especialmente a 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.

Urge tomar medidas para el efectivo cumplimiento de un acceso equitativo de las trans al sistema nacional de salud de El Salvador. Los proveedores de salud se muestran abiertos a recibir capacitación para la mejora y adaptación del servicio, lo que de ponerse en práctica redundaría en un mayor 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](http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf)
- 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.
- Diario Oficial. 2010. *Decreto No. 56: Disposiciones para evitar toda forma de discriminación en la Administración Pública, por razones de identidad de género y/o de orientación sexual*. República de El Salvador de la América Central. San Salvador, El Salvador: 12 de mayo de 2010.
- Escabí-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.
- Hernández, F.M., Guardado M. E., y Paz-Bailey G. *Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerable (ECVC), subpoblación transgénero, transsexual y travesti*. UVG / Tephinet Inc. Diciembre 2012. Disponible en: <http://www.pasca.org/node/37>
- 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](http://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. *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.
- 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. 200. *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>
- Money, J. 2002. *Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Negrin, Ll. 2002. Cosmetic surgery and the eclipse of identity. *Body & Society*, 8, 21-42.
- Nieto (Comp.) *Transsexualidades, 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](http://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](http://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. 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.
- Parker, R. 1999. *Beneath the Equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York, NY: Routledge.
- 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.
- Pastor, R. (2004). *Cuerpo y género: Representación e imagen corporal*. En E. Barberá & I.M. Benlloch (Coord.). *Psicología y género* (págs. 218-237). Madrid: España: Pearson.
- 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](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/nicaragua_profile.pdf)
- USAID. 2011. *HIV/AIDS Health Profile: Central America*. Available at [www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/aids/Countries/lac/car\\_profile.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/car_profile.pdf) (accedido 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. Accedido el 4 de enero de 2005 en <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/fondo/num27/arturofirpo27.htm>
- 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?* Accedido el 25 de marzo de 2005 en <http://www.catarsisdequiron.org>
- 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.

For more information, please visit [aidstar-one.com](http://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](mailto:info@aidstar-one.com)

Internet: [aidstar-one.com](http://aidstar-one.com)