



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



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

AIDSTAR-One
APOYO Y RECURSOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN SIDA

MAYO 2013

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

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

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

Proyecto de Recursos de Asistencia Técnica y Apoyo para SIDA

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

Cita Recomendada

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

Agradecimientos

Varias personas contribuyeron al desarrollo e implementación del diagnóstico. Giovanni Meléndez y Lindsay Stewart de USAID brindaron apoyo y orientación al equipo investigador. El proyecto AIDSTAR-One en particular reconoce las contribuciones del equipo de recolección de datos, Dayra García, Roxana Sousa, Bárbara Delgado, Mishell Castillo, y Thibaut Davy. También reconocemos la apertura y el apoyo del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, la Asociación Nuevos Horizontes, la Asociación Panameña de Personas Trans (APPT), la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFa), y ONUSIDA, especialmente los técnicos que participaron en la validación de los instrumentos. Finalmente, damos gracias a las y los participantes del diagnóstico por compartir sus experiencias con nosotros. Esperamos que este informe sirva de herramienta para el fortalecimiento de los servicios de salud.

AIDSTAR-One

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

CONTENIDO

Lista de Abreviaturas	vii
Resumen Ejecutivo	ix
Antecedentes	1
Marco Conceptual	3
Objetivos del Diagnóstico	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Metodología	9
Socios y zonas geográficas	9
Recolección de datos	9
Entrevistas estructuradas	9
Grupos focales	10
Entrevistas semi-estructuradas con profesionales de la salud	10
Validación de los instrumentos	11
Reclutamiento de participantes	11
Protección de los participantes del diagnóstico	12
Equipo del diagnóstico	12
Limitaciones de la metodología	12
Hallazgos: Personas Trans	13
Características socio-demográficas de las participantes	13
Identidad de género, uso de hormonas y orientación sexual	17
Conductas sexuales	20
Conocimiento, prueba y diagnóstico sobre VIH/SIDA e ITS	22
Aspectos psicosociales	25
Acceso a los servicios de salud	29
Hallazgos: Proveedores de Salud	33
Descripción socio-demográfica y laboral	33
Percepción de la comunidad trans por parte de los proveedores de salud	33
La población trans y los servicios de salud	36
Recomendaciones	39
Conclusiones	43
Referencias	45

Gráfica

Gráfica 1. Edad informada por las participantes (en porcentajes; n=232)	13
Gráfica 2. Nivel educativo de las participantes (en porcentajes; n=232)	14
Gráfica 3. Ingreso mensual aproximado reportado (en dólares; n=224)	16
Gráfica 4. Situación de vivienda informada por las participantes (n=234)	16
Gráfica 5. Identificación de género reportada (n=234)	17
Gráfica 6. Orientación sexual reportada (n=233)	19
Gráfica 7. Consumo de alcohol, cocaína, y marihuana en los últimos 6 meses y con actividad sexual (n=237)	21
Gráfica 8. Si una persona se hace la prueba de VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA (n=234)	23
Gráfica 9. Razones por las que nunca se han realizado la prueba de VIH (n=31)	23
Gráfica 10. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH	24
Gráfica 11. Calidad de vida (n=234)	25
Gráfica 12. Relación con la comunidad trans (n=217)	27
Gráfica 13. Frecuencia de eventos de victimización en términos relativos (n=234)	28
Gráfica 14. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud? (n=234)	29
Gráfica 15. Aspectos que tienen una gran influencia sobre la decisión de visitar un centro de salud	31
Gráfica 16. Identidad sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje)	34
Gráfica 17. Orientación sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje)	35
Gráfica 18. Necesidades de salud de las personas trans según los proveedores de servicios (en porcentaje)	36
Gráfica 19. Obstáculos que tienen los proveedores de servicios para atender esta población (en porcentaje)	36
Gráfica 20. Obstáculos para acceder a los servicios de salud y los servicios sociales según los proveedores de servicios (en porcentaje)	37
Gráfica 21. Obstáculos para que proveedores de servicios de salud asistan a capacitaciones sobre estas comunidades (en porcentaje)	38

Tabla

Tabla 1. Índice de prevalencia en poblaciones clave	1
Tabla 2. Situación laboral	14
Tabla 3. Nivel educativo por tipo de trabajo (n=44)	15
Tabla 4. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido	20
Tabla 5. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo oro-anal, oral y anal en los últimos 30 días	20
Tabla 6. Veces que le hicieron o hizo a sus clientes sexo oral y anal en los últimos 30 días	21
Tabla 7. Infecciones de transmisión sexual	24

Tabla 8. Porcentaje de respuestas a percepciones emocionales y calidad de vida (n=234)	25
Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas.....	26
Tabla 10. Establecimientos en donde recibieron servicios de salud (n=232)	29
Tabla 11. Titulación académica de los proveedores de salud.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

AHMNP	Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá
AmFAR	The Foundation for AIDS Research
APLAFA	la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia
APPT	la Asociación Panameña de Personas Trans
CSS	Caja del Seguro Social
DDHH	derechos humanos
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables
FIPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
HSH	hombres que tienen relaciones con hombres
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar (por sus siglas en inglés)
ITS	infecciones de transmisión sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PNS	Programa Nacional del SIDA
PROBIDSIDA	Fundación Pro Bienestar y Dignidad de las personas afectadas por el VIH/sida
PVVIH	personas que viven con VIH
PROFAMILIA	Asociación de la protección a la familia
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

En América Central, el VIH se caracteriza por ser una epidemia concentrada que afecta desproporcionadamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, una categoría epidemiológica en la que habitual y erróneamente se incluye a la población trans. Por esta razón, los datos específicos sobre este último grupo son muy escasos, y ello pese a los indicios de una vulnerabilidad superior frente al virus que causa el SIDA y otras ITS.

Los pocos estudios de prevalencia del VIH llevados a cabo en Panamá no son demasiado recientes ni tampoco suelen identificar específicamente a las personas trans. Un análisis del Banco Mundial de 2006 utilizaba la categoría de hombres que practican sexo con hombres, en la que presumiblemente se incluían personas trans, para señalar un nivel de prevalencia de más del 10% frente a una prevalencia de la población general del 0,9%. Dos países de la región que sí han realizado investigaciones en la población trans muestran prevalencias de prácticamente el 15% para el caso de Guatemala y de casi el 26% para el de El Salvador.

Para conocer mejor a la población trans de Panamá 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 234 personas y tres grupos focales con 36 de ellas reunidas en tres sesiones. Las opiniones de los profesionales de salud se obtuvieron gracias a 19 entrevistas semi-estructuradas.

El análisis arroja que nos encontramos ante una población relativamente joven (promedio de 29 años) que se identifica primordialmente como del género femenino o con las diversas categorías trans. Pese a ello y a que sus parejas son casi siempre varones, la orientación sexual reportada por la gran mayoría es la de homosexual, existiendo así una incongruencia entre los términos que emplean para describirse a sí mismas. Sus experiencias sobre la transformación corporal son heterogéneas, aunque abunda el uso de hormonas u otras sustancias a lo largo de su vida adulta. Este grupo presenta niveles educativos no excesivamente bajos, aunque manifiesta no haber completado todos los estudios que hubieran deseado. Sin embargo, ocupa posiciones laborales inferiores a las que les corresponderían por su formación, lo que también se refleja en ingresos por debajo de los considerados mínimos por la legislación local. Aunque la dedicación al trabajo sexual a tiempo completo es menor del 20%, es frecuente que recurran a él como una manera de complementar sus salarios procedentes de sus otras ocupaciones.

El uso regular del condón con los clientes es muy alto, del 90%, frente al 65% con sus parejas no comerciales, ya que éstas tienden a ser percibidas a través del filtro del ideal de amor romántico. No obstante, 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, incluyendo el abuso sexual. También han experimentado estigmatización y discriminación, incluso 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, la frecuencia de pensamientos suicidas es baja entre las mujeres trans, quienes expresan

una buena capacidad de desarrollarse en la vida cotidiana y manifiestan tener una calidad de vida entre aceptable y buena.

Por su lado, el conjunto de los profesionales de la salud entrevistados, en buena parte mujeres, con estudios universitarios y una posición laboral intermedia, muestra en general una actitud positiva frente a la población trans. Pese a que la confusión sobre la identidad de género y las necesidades de la población trans es común, los profesionales defienden el derecho de estas usuarias a ser atendidas con respeto en los centros de salud, lo que reconocen, en parte, que no siempre es el caso. Ese derecho a la salud podría incluir el tratamiento hormonal para un sector ligeramente mayoritario, pero no para el resto de las y los trabajadores de salud. Ello no obsta para que afirmen estar dispuestos a recibir capacitación sobre el tema para ayudarles a entender mejor a estas clientas y prestarles mejor servicio.

ANTECEDENTES

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

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

Tabla 1. Índice de prevalencia en poblaciones clave

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

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

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

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

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

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

^[6] Hernández, F., Guardado M., & Paz-Bailey G. (2010). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC), subpoblación transgénero, transexual y travesti - El Salvador. Publicación UVG/Tepinet 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 índice de prevalencia del VIH y la interacción con la población en general son los factores principales que determinan la propagación del VIH en los países de la región (García-Calleja 2009). Las infecciones por VIH están concentradas en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y sus redes sexuales, con aproximadamente un 5% de incidencia anual. No obstante, en ciertas áreas urbanas de la región, la prevalencia del VIH entre los HSH es del 10% (ONUSIDA 2010).

Los modelos de recopilación de datos epidemiológicos han incluido tradicionalmente a las personas transgénero en la amplia categoría de HSH (Foundation for AIDS Research [amfAR] 2008; International HIV/AIDS Alliance 2010), por lo que existen muy pocos datos publicados referidos a esta población en particular. En Panamá, un análisis del Banco Mundial de 2006 utilizaba la categoría de hombres que practican sexo con hombres, en la que presumiblemente se incluían personas trans, para señalar un nivel de prevalencia de más del 10%, frente a una prevalencia general del 0,9%. Dos países de la región que sí han realizado investigaciones en esta población muestran prevalencias de prácticamente el 15% para el caso de Guatemala y de casi el 26% para el de El Salvador (véase Tabla 1).

Por otro lado, la información internacional disponible señala 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, esto es, 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 Panamá a partir de un trabajo de campo llevado a cabo entre julio y diciembre 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 clásico² planteó la separación entre mente y cuerpo, dejando el cuerpo a las ciencias biológicas y la mente a la merced primero de magos, clarividentes y filósofos, y más tarde de psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras. Según este paradigma el cuerpo responde a las fuerzas de lo natural siguiendo pautas fijas y pre-establecidas, guiado por el complicado mundo de la fisiología y la anatomía, mientras que la mente sigue su propio camino. Dicho en lenguaje actual, los rasgos básicos del cuerpo, incluida la asignación a uno de los dos sexos, estarían predeterminados por la naturaleza, según esta visión, no siendo el mismo caso de la mente, sobre la que el entorno tendría una influencia crucial.

Sin embargo, estudios más avanzados han cuestionado la existencia de dos sexos biológicamente estancos. Algunos expertos calculan que en torno al 1,7% de la población mundial no encaja con claridad en ninguna de las dos clasificaciones sexuales biológicas establecidas, y poseen características que combinan rasgos de ambas. Casos como el de la atleta española María Jose Martínez Patiño indican que la naturaleza es más compleja de lo que se piensa. Patiño cuenta con genitales femeninos y siempre se ha sentido mujer, pero un examen rutinario descubrió que sus cromosomas eran, en contra de lo esperado, XY, por lo que fue descalificada para competir. Apeló a la justicia, quien reconoció que tener cromosomas considerados masculinos no era razón suficiente para ser considerada hombre, y pudo retomar su carrera deportiva. Este ejemplo nos muestra que aquello que entendemos por sexo biológico está transido de juicios de valor condicionados por factores sociales (Mikkola 2011).

² El modelo cartesiano deriva del filósofo francés René Descartes (1596-1650), cuya teoría dualista de la separación de sustancias entre cuerpo y alma (que hoy llamamos mente) tendría una fuerte influencia en el pensamiento de siglos posteriores.

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 ITS/VIH/SIDA, la Asociación Nuevos Horizontes, la Asociación Panameña de Personas Trans (APPT), la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA, filial local de la Federación Internacional de Planificación Familiar), y ONUSIDA. Se incluyeron siete zonas geográficas en el trabajo de campo: Bocas del Toro, Chiriquí, Ciudad Panamá, Colon, Herrera, Los Santos y Veraguas.

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 Panamá. 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 en un taller celebrado en Panamá el 20 de febrero de 2013. En dicho taller participaron 39 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 234 mujeres trans. El cuestionario fue desarrollado por personal del proyecto AIDSTAR-One en colaboración con el Dr. José Toro, profesor de psicología de la Universidad de Puerto Rico, quien cuenta con una amplia experiencia en investigaciones con poblaciones trans. A posteriori, el instrumento fue socializado con los socios mencionados anteriormente (Programa Nacional, APPT, APLAFA, ONUSIDA) y otros actores claves. El cuestionario fue administrado por los miembros del equipo del diagnóstico (véase más abajo). El formulario, para el que se requería un tiempo aproximado de 45 minutos por participante, consistía en 169 ítems con respuestas cerradas organizados en 11 secciones, y exploraba los siguientes temas:

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

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

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

GRUPOS FOCALES

Se llevaron a cabo tres grupos focales 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 19 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. APLAFA 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 APLAFA.

PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DEL DIAGNÓSTICO

La participación en el diagnóstico era voluntaria. Todos los participantes del diagnóstico recibieron una hoja informativa que explicaba: 1) el propósito del estudio; 2) en qué consistía la participación; 3) los riesgos y beneficios de la participación; 4) la forma en que se mantendría la confidencialidad del participante; 5) el derecho a rehusar la participación; 6) el derecho a rechazar responder a cualquier pregunta durante las entrevistas y grupos focales; y 7) el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento. El instrumento se diseñó de acuerdo con el nivel educativo de la población objetivo. Tomando en consideración la naturaleza de la población y los niveles de estigma y discriminación de los que son objeto, lo que genera una fuerte desconfianza hacia las instituciones, sólo se requirió consentimiento verbal. El Comité de Bioética del Instituto Gorgas en Panamá examinó y aprobó el protocolo para este diagnóstico y autorizó la utilización de la Hoja Informativa.

EQUIPO DEL DIAGNÓSTICO

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

LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA

La metodología utilizada presenta varias limitaciones. La primera, ya señalada, estriba en la dificultad de transcribir los hallazgos de la encuesta cuantitativa realizada a las 234 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 de los grupos 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 los grupos de discusión no son suficientemente representativos de la muestra de encuestadas.

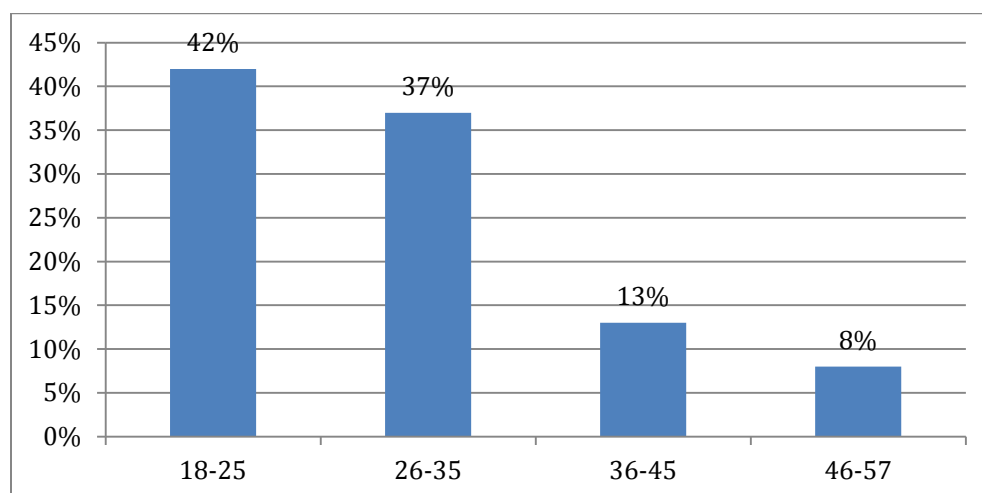
Por su parte, la representatividad de la muestra del personal sanitario está limitada por el hecho de que el reclutamiento se basaba en la voluntariedad y disponibilidad del entrevistado, lo que podría ofrecer un sesgo favorable a la aceptación de las necesidades de salud de las personas trans en porcentaje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

HALLAZGOS: PERSONAS TRANS

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

La encuesta cuantitativa fue contestada por un total de 234 personas que eran en un 99,6% de nacionalidad panameña. Los lugares de residencia eran sobre todo las provincias de Panamá (34,6%), Chiriquí (15,8%) y Los Santos (12,8%); el resto (36,8%) corresponde a las provincias de Colón, Herrera, y, en menor medida, Bocas del Toro, Veraguas y Coclé. El rango de edad fue de 18 a 57 años con un promedio de 29. Se trata pues de una población relativamente joven, en la que más de la mitad del total declara ser menor de 35 años (véase Gráfica 1).

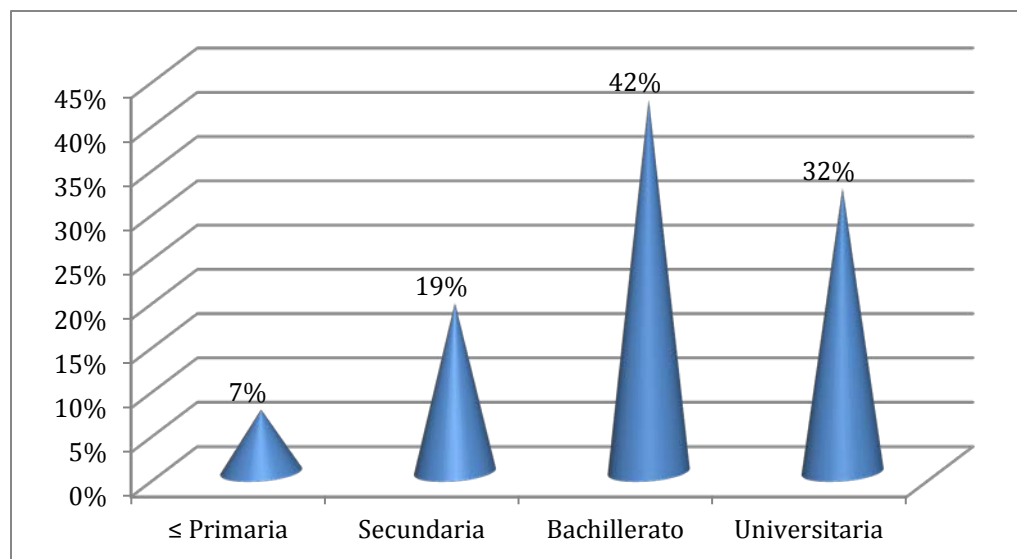
Gráfica 1³. Edad informada por las participantes (en porcentajes; n=232)



La gráfica 2 muestra por su parte los niveles educativos de las participantes en donde se destaca que un 42% cursó estudios de bachillerato y un 32% de carácter universitario, mientras que el 19% alcanzó la secundaria y el 7% no fue más allá de la primaria.

³ Todas las gráficas en esta sección se refieren a las participantes en la encuesta cuantitativa.

Gráfica 2. Nivel educativo de las participantes (en porcentajes; n=232)



En el grupo focal las participantes discutieron las posibles razones por las que las tasas de escolaridad no son excesivamente bajas entre la población trans pese al estigma y la discriminación sociales. Los comentarios apuntan a la práctica de una doble vida que permite adoptar una apariencia de identidad masculina en los espacios formales y en cambio mostrar la preferida identidad femenina en los espacios informales:

“Yo de noche soy mujer, pero de día tengo que ser hombre por la universidad.”

“[El nombre masculino] lo uso para ir a matricularme a la universidad y no ser discriminado. Traté de ir lo más varonil que pude para no tan ser discriminado.”

En cuanto a la situación laboral de las personas trans entrevistadas, ésta se divide a grandes rasgos de la siguiente manera: un primer tercio (31,6%) declara ser estilista y casi una quinta parte (18,8%) dedicarse al trabajo sexual, mientras que cerca de otro quinto (18%) son comerciantes, artesanas o cosmetólogas, por ese orden. A destacar que un elevado 45,3% cita “otro” como ocupación laboral y que casi el 10% está desocupado (véase Tabla 2).

Tabla 2. Situación laboral

Trabajos	n	%
Estilista	71	31,6
Cosmetóloga	9	3,9
Comerciante	21	9,0
Trabajo sexual	44	18,8
Artesana	12	5,1
No tiene trabajo	23	9,8
Otro: decoradoras, docentes, promotoras de salud	106	45,3
Total	360*	100

* Un número significativo de participantes declaró más de una actividad

La declaración de un empleo diferente al de trabajo sexual no excluye la posibilidad de actividad sexual comercial concomitante más o menos regular. En el grupo focal varias participantes señalaron que no renunciarían a dicha actividad incluso al disponer de un empleo alternativo, ya que les supone una fuente complementaria de ingresos a la que no desean renunciar:

“P: Si tuvieran otro trabajo, ¿seguirían ejerciendo el trabajo sexual?”

R: ¿Por qué no? Es un extra. Si tienes un cheque de 250 por quincena y de repente el cheque no te alcanza, para comida, internet, apartamento, colegio, para pasaje, tú sales a la calle o caminas y un hombre te llama y son 50, 20, 15, 100 que te vas a ganar en 15, 20 minutos. De algo te sirven para rellenar la casilla que está vacía.”

En el mismo sentido, el cruce de datos entre nivel educativo y situación laboral no encuentra una asociación significativa entre bajo nivel educativo y trabajo sexual (véase Tabla 3):

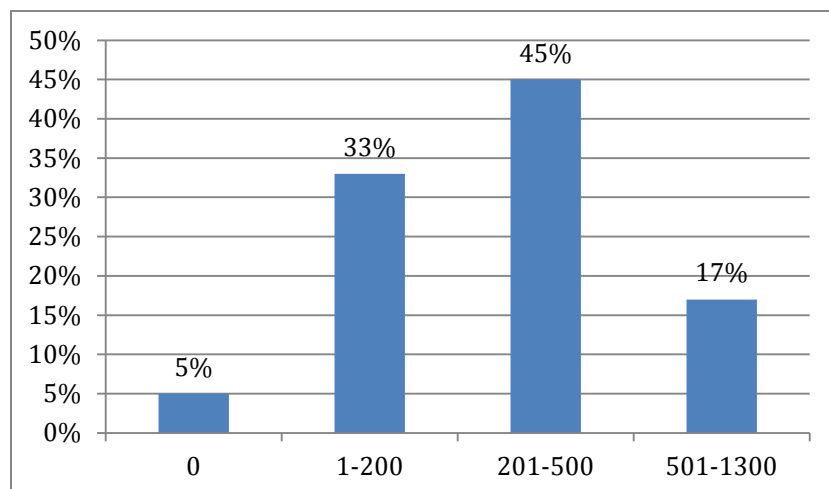
Tabla 3. Nivel educativo por tipo de trabajo (n=44)

Educación/Trabajos	Trabajo Sexual	Estilista	No tiene trabajo
<=Primaria	9,0	6,8	4,4
Secundaria	20,5	18,9	26,1
Bachillerato	45,5	44,6	47,8
Universitaria	25,0	29,7	21,7

Respecto a su situación económica, las participantes declaran un ingreso promedio de 345 dólares estadounidenses⁴ mensuales en un rango que va desde cero hasta 1.300. La Gráfica 3 muestra la distribución de los ingresos reportados por las participantes en dólares.

⁴ Los dólares estadounidenses se utilizan en Panamá más frecuentemente que la balboa, la divisa oficial.

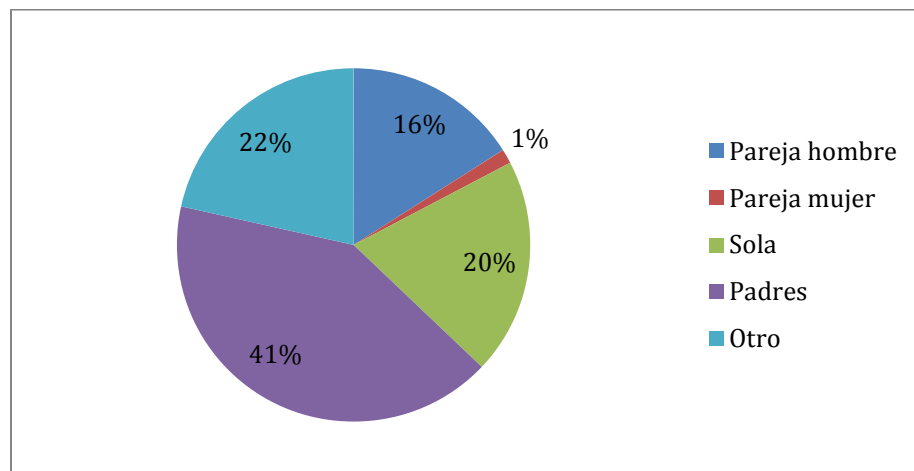
Gráfica 3. Ingreso mensual aproximado reportado (en dólares; n=224)



Teniendo en cuenta que la legislación panameña⁵ establece el salario mínimo de 2012 entre los 432 y los 490 dólares, según actividad económica, ocupación y tamaño de la empresa, el ingreso promedio de las entrevistadas se sitúa claramente por debajo de los estándares considerados básicos por las propias autoridades del país.

Por otra parte, el 35,8% de las participantes informa que tiene pareja fija y el 17% de entre ellas afirma que viven con dicha pareja. En cambio, el 41% de las participantes declara que viven con sus padres, el 20% sola y un 22% elige responder “otra situación de vivienda”, información que no fue explorada en más detalle (véase Gráfica 4).

Gráfica 4. Situación de vivienda informada por las participantes (n=234)

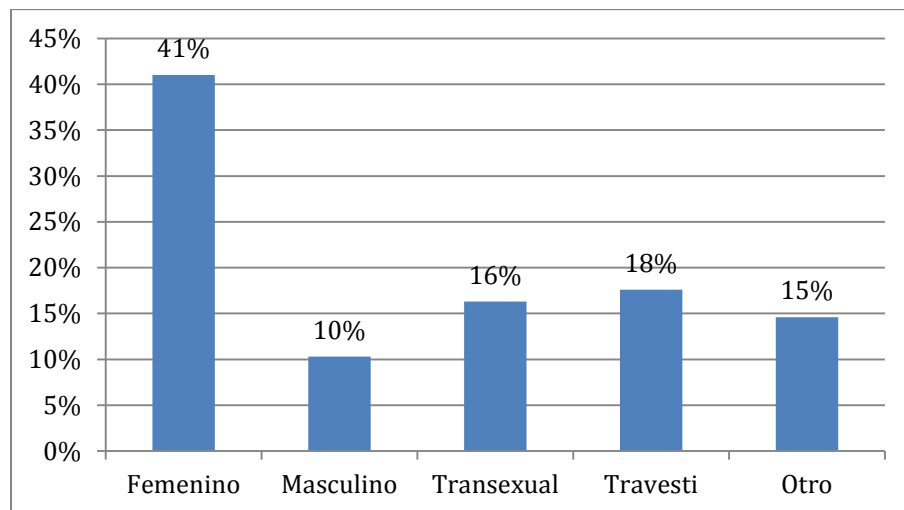


⁵ Véase Decreto Ejecutivo 240 de 28 de diciembre de 2011.

IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE HORMONAS Y ORIENTACIÓN SEXUAL

A la pregunta sobre cómo se identificaban respecto al género, las participantes en la encuesta contestaron en un 41% que del género femenino, seguido de travesti (18%), transexual (16%) y otro (15%). El 10% declaró identificarse con el género masculino:

Gráfica 5. Identificación de género reportada (n=234)



En los grupos focales las participantes expresaron su relación ambivalente con las categorizaciones de género según el contexto en el que se desenvuelvan:

“Yo utilizo mi nombre de Lía Victoria porque cuando me visto soy totalmente una mujer, y es el nombre que me identifica como mujer. Lo uso con mis amistades en ciertas ocasiones, y en las discotecas, todo el mundo me conoce como Lía Victoria. Mi familia no me conoce como Lía Victoria, mi familia me conoce como Víctor, [el otro nombre] yo lo utilizo cuando me siento y me visto como mujer.”

“Me siento cómoda con mis amistades con mi nombre artístico, [y] con mi familia con mi nombre natural, porque con ellos me identifico familiarmente. Con mis amistades ya es algo diferente. Me siento cómodamente ante la sociedad con mi nombre artístico”.

Las integrantes de los grupos focales recuerdan haberse identificado como mujeres desde muy temprana edad, aunque el proceso de asunción y de modificación de la apariencia externa haya sido progresivo, y habitualmente a partir de la adolescencia:

“Yo por mi parte empecé desde muy pequeña (...). Creo que no sé si fue más el entorno con mi hermana que yo me fuera afeminando un poco más. Siempre eran juegos de niñas, todo lo que era muñecas, [y] nos vestíamos con la ropa de mi mamá. La primera vez que me vestí de mujer fue cuando llegué aquí a Chiriquí, que viví casi por un año. Trabajé mucho tiempo aquí en Chiriquí de noche, con mis compañeras (...). Y creo que fueron a mis 19 años [que] fue cuando tomé la decisión de vestirme totalmente como mujer y ser una mujer [las] 24 horas”.

No obstante, el uso del nombre oficial y la identidad social masculina es aceptado como una forma de evitar el conflicto social:

“En lo personal yo digo [que uso el masculino o el femenino dependiendo] del momento, porque hay momentos en que podemos usar ‘ellas’ por ejemplo, en mi casa, en un parque, pero tal vez en un sitio de trabajo no creo que podemos utilizar ‘ellas’”.

“Yo uso mi nombre artístico (...) y me siento bien con mi persona. Al contrario cuando debo utilizar mi nombre verdadero [es] cuando estoy con mi familia”.

En torno a un 40% de las participantes informa haber usado hormonas en algún momento de su vida y de entre éstas el 41,3% lo hace actualmente. Generalmente fue una amiga (68,9%) quien le asesoró para el proceso de utilización de las hormonas, mientras que algo más de una quinta parte (21,1%) informó haber recibido orientación de un médico. El 21% de las que utilizan hormonas las ingieren sólo de forma oral, el 29% sólo inyectable y el 41% emplean ambos métodos. Ninguna participante declara compartir o haber compartido agujas para utilizar hormonas.

Respecto a otras sustancias relacionadas con la corporización femenina, apenas 2 entrevistadas (<1%) informa que alguna vez se ha inyectado aceite mineral, aceite de avión o colágeno en los senos.

Las experiencias con el uso de hormonas, según lo contado en los grupos focales, han sido muy variadas, incluyendo episodios de efectos adversos y sobredosis, aunque tienden a considerar que obtuvieron el resultado esperado:

“Desde los 14 años, entre en el proceso de hormonización, sin un doctor, porque la mayoría no nos atiende. Mi amiga me dijo que ella tomaba nomagest, y “nomagest me sacó las tetas” y a mí también me las tiene que sacar. Entonces yo me iba, y una me decía “nomagest, pa la nalga, no sé qué” y yo me iba y tomaba todo eso, [Tanto] que caí en un hospital, pasé 5 semanas en el hospital, me hicieron dos lavados estomacales urgentemente porque tenía exceso de hormonas”

“Bueno yo no sé si es porque he tomado tantas hormonas, a mí el libido se me bajó.

“Yo me tomaba los estrógenos y yo me levantaba así, con que ganas de tener relaciones, yo siempre he tenido relaciones con [el] que fue mi primer chico, y porque vivía al lado de mi casa. Yo agarraba la puerta y tacute, tacute, ya tenía las piernas abiertas. Porque me subían las hormonas horriblemente.”

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

“Desde el hecho que tú te sientas femenina, y tu cuerpo pase un proceso de transformación de maquillaje, blower, plancha, vestuario, escarchas, brillos y esplendor, creo que no es necesario tener una hormonización. Pues existen tantos trucos para sacar pechos, para tener un poco más de pompis, y no siento que una hormonización sea lo esencial para que te sientas una chica trans.”

En los grupos focales también se abordó la opinión sobre la cirugía. Algunas participantes se han hecho inyectar sustancias y casi todas conocen a alguien que también lo ha hecho, lo que parece contradecirse con el bajísimo porcentaje de respuestas afirmativas en la encuesta. En cualquier caso, los resultados son dispares, y se citan tanto experiencias satisfactorias como otras en las que las intervenciones desembocaron en problemas de salud

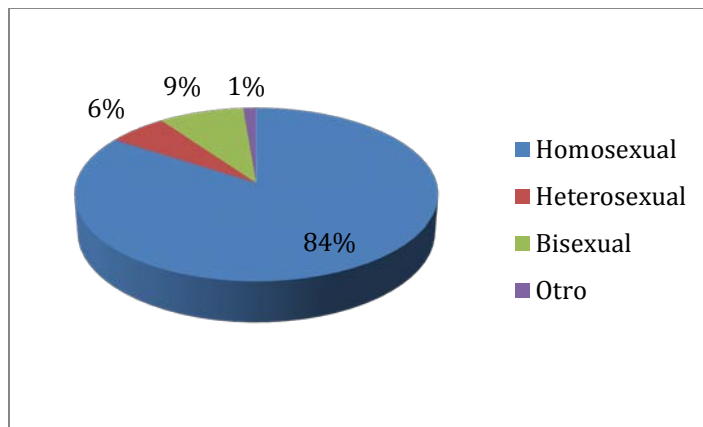
“Hace 5 años fue que me pusieron aceite, hasta el sol de hoy no sé qué me puso el doctor, si de avión o de carro o de qué, pero no he tenido consecuencias.

Yo tenía una amiga aquí en Chiriquí, que se llama Pamela, ahora está en Panamá. Ella se inyectó aceite de avión y los senos le crecieron enormes y bellos. Al tiempo, creo que fue un poco más de los 6 meses, los senos se le comenzaron a poner negros y por los poros comenzaron a salir gotitas como negras de aceite de avión, y tuvo que ser hospitalizadas y sacar todo el aceite que podían”.

Finalmente, sobre la cirugía de reasignación genital, las participantes en el grupo focal tuvieron opiniones encontradas, algunas dispuestas a experimentarla si tuvieran la oportunidad, otras radicalmente contrarias.

A la pregunta sobre la orientación sexual, las encuestadas respondieron que eran homosexuales en un 84%, heterosexuales en un 6% y bisexuales en un 9% (véase Gráfica 6).

Gráfica 6. Orientación sexual reportada (n=233)



Estos datos son llamativos a la luz de los aportados en la Gráfica 5, donde un 41% se declara de identidad femenina y sólo un 10% como masculino: si se consideran mujeres y prefieren relaciones sexo-afectivas primordialmente con hombres, las trans deberían catalogar dichas relaciones como heterosexuales. Esta aparente contradicción también aparece en el grupo focal: al preguntárseles por su orientación, las 9 participantes del grupo de Chiriquí, por ejemplo, contestan unánimemente que homosexual. Paradójicamente, estas mismas, que buscan que su pareja sexo-afectiva sea masculina, aunque puedan darse excepciones, defienden su identidad femenina como la que utilizarían habitualmente en todo contexto si no se arriesgaran al rechazo y la violencia. Existe pues una discrepancia entre la etiqueta lingüística auto-asignada para definir la propia orientación sexual y el deseo hacia personas del género opuesto al realmente sentido.

CONDUCTAS SEXUALES

Las trans que participaron en la encuesta informaron de que en los últimos 6 meses habían tenido un promedio de 2 parejas⁶ sexuales hombres, frente 1 pareja en los últimos 30 días (Tabla 4).

Tabla 4. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido

Tiempo	Rango	Promedio
6 meses	0-55	2
30 días	0-10	1
	N=234	N=234

Las encuestadas declaran que con sus parejas lo más frecuentes es que sean receptoras de sexo anal (véase Tabla 5).

Tabla 5. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo oro-anal, oral y anal en los últimos 30 días

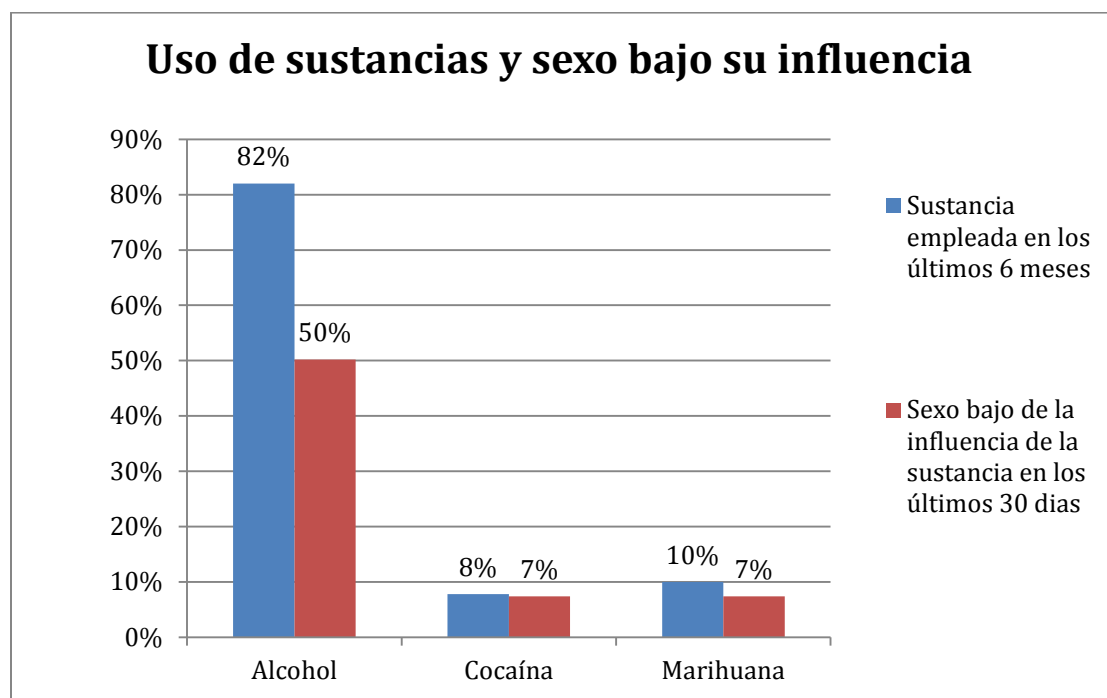
	Le hicieron			Hizo		
	Rango	Promedio	N	Rango	Promedio	N
Oro-anal	0-322	6,3	168	0-86	3,0	166
Oral	0-70	3,0	268	0-700	12,0	169
Anal	0-80	14,7	152	0-70	1,8	148

Prácticamente el 65% de las trans encuestadas reportaron que utilizaban siempre condón en sus relaciones anales con sus parejas, la práctica más frecuente. En el caso del sexo oral, dicho porcentaje se situaba en torno al 40%. Aunque los lubricantes a base de agua son los más empleados por más del 85% de las entrevistadas, también el 37% menciona el uso de saliva y un número más pequeño reportó uso de crema para manos (19,7%) o corporal y vaselina (15%), pese a los riesgos asociados a la ruptura del condón que presentan estas sustancias.

El consumo de alcohol es muy frecuente en esta población (82%), siendo además la sustancia más asociada a la actividad sexual. Le siguen a gran distancia la marihuana y la cocaína, consumida por un 10% y un 8% de las encuestadas, respectivamente, por lo menos una vez en los últimos 6 meses, y habitualmente en relación con la actividad sexual (véase Gráfica 7).

⁶ Parejas estables u ocasionales sin intermediación comercial.

Gráfica 7. Consumo de alcohol, cocaína, y marihuana en los últimos 6 meses y con actividad sexual (n=237⁷)



Un 50% de las participantes afirmó haber ejercido el trabajo sexual alguna vez en su vida, frente a un 27,8% que lo ha ejercido en los últimos seis meses. El promedio de clientes en los últimos 30 días fue de 19,6 con un rango de 0-203.

Pese a que la tendencia en un contexto de sexo comercial es también de posición sexual receptiva, al igual que con las parejas no comerciales, los números no son tan acusados como con éstas, y no es infrecuente que el cliente sea el que adopte dicha posición (véase Tabla 5). En cualquier caso, las entrevistadas afirmaron que emplean condón con sus clientes en torno al 90% de los casos.

Tabla 6. 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	0-170	7,9	56	0-152	14,1	59
Anal	0-203	15,6	58	0-300	7,4	57

Las trans reconocen el diferente nivel de riesgo que tienen que sus parejas en comparación con los clientes sexuales, ya que la frecuencia de empleo del preservativo cae en 15 puntos porcentuales con dichas parejas al ser comparadas con los clientes.

En las discusiones en los grupos focales, las participantes ofrecieron apreciaciones sobre el porqué de dicha divergencia:

⁷ Promedio de respondedoras a las preguntas sobre uso de sustancias.

“Porque con los clientes sabes y siempre tienes que tener presente que con el cliente siempre te debes de cuidar y utilizar el condón. Pero con tu pareja, si de verdad le tienes la confianza y sabes que tu pareja es fiel y te mantienes simplemente con ella, puedes que de vez en cuando no te protejas”.

Otras intervinientes sin embargo reconocen que la fidelidad manifestada por la pareja puede no ser real, por lo que se corre el riesgo de contraer enfermedades. Aunque matizada por la diversidad de experiencias, existe una tendencia a percibir la relación de pareja de forma idealizada, 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: para las participantes del grupo es esperable que un cliente pida ser penetrado, aunque no siempre se acepta el servicio, pero para una parte mayoritaria resultaría chocante que lo hiciera la pareja:

“Ya al momento que suceda eso [la petición de ser penetrado], todo se va a ir al suelo. Las ilusiones se van al suelo.

Porque yo me siento mujer, [lo que quiero] es un hombre. El que va hacer el papel de hombre es él, no yo. Por eso no me sentiría bien si me pide que lo penetre.”

No así para otras.

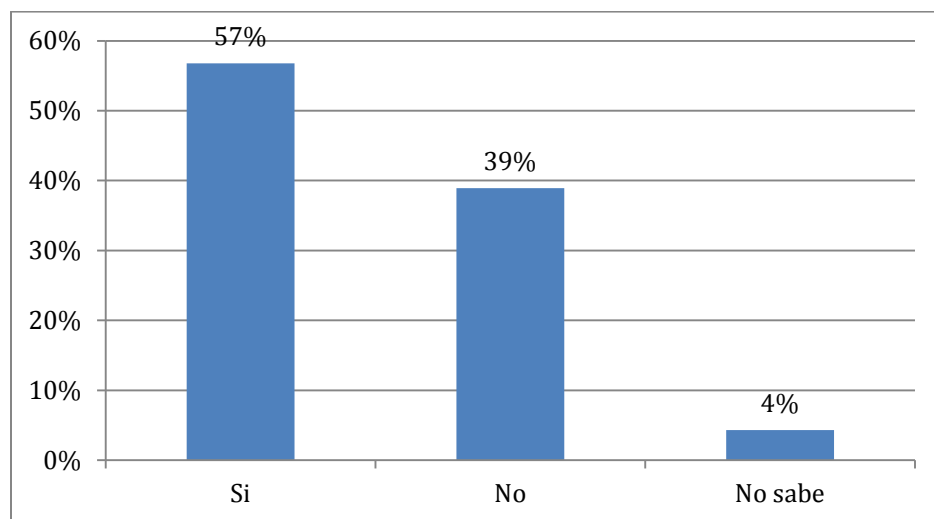
“Yo pienso que si es mi pareja, y él me dice que lo penetre, para que vaya a la calle, a buscar otra persona, mejor lo hago yo con él. Para que vaya a la calle para que otro lo haga, mejor que lo haga conmigo. Y no me siento menos femenina”.

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 98,6% de las personas participantes contestaron correctamente a la mayoría de las preguntas sobre conocimiento de VIH/SIDA.

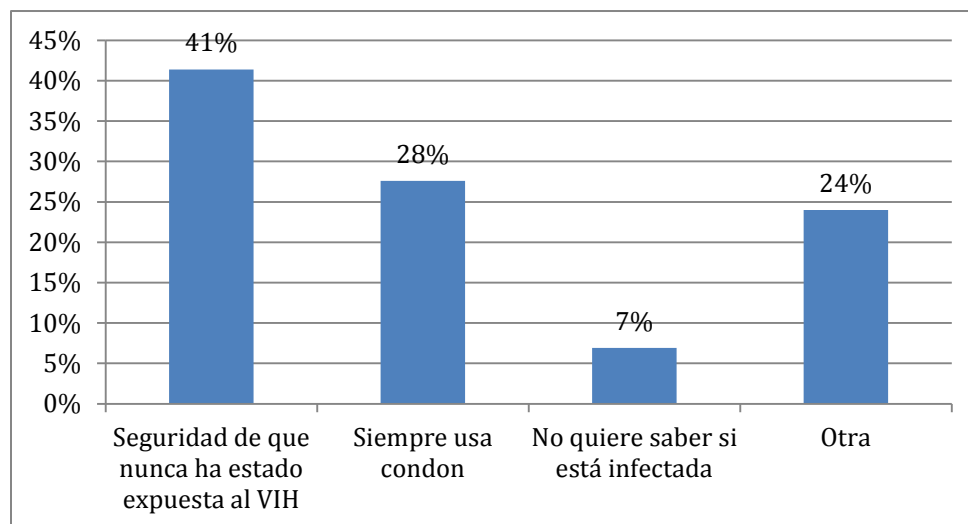
Se observan sin embargo percepciones erróneas sobre alguna cuestión concreta. A la pregunta “Si una persona se hace la prueba del VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA”, una mayoría del 57%% contestó que sí, mientras que una minoría ligeramente por debajo del 40% respondió que no, y apenas un pequeño porcentaje del 4% no supo qué contestar (véase Gráfica 8):

Gráfica 8. Si una persona se hace la prueba de VIH y el resultado es positivo, esa persona tiene SIDA (n=234)



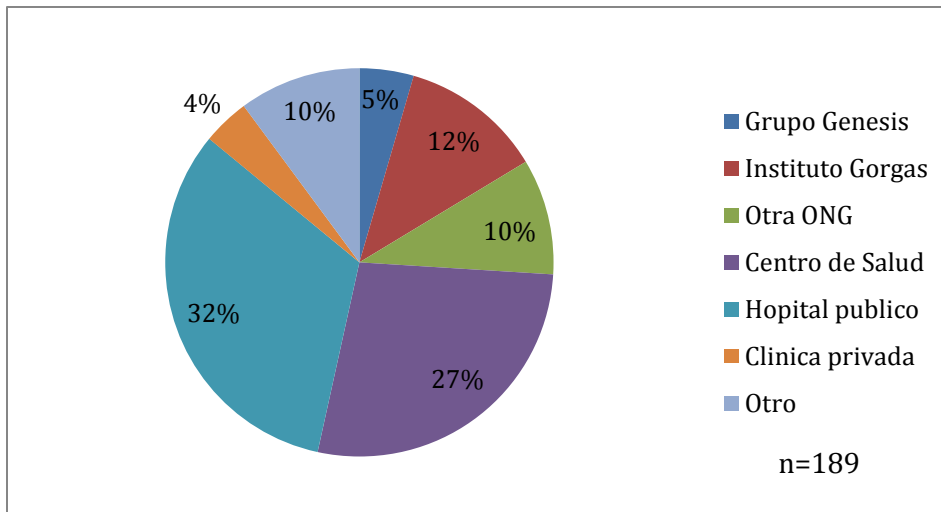
Es interesante señalar que un 79% afirma conocer a alguien que vive con VIH, el mismo porcentaje de quienes declaran saber dónde acudir para recibir atención en salud especializada en VIH. La inmensa mayoría (96,1%) sabe dónde se puede hacer la prueba de VIH, y una alta proporción (86,8%) se la ha hecho al menos una vez. Casi todas las personas que se han realizado la prueba han vuelto a recoger los resultados. De entre las pocas personas que no se han realizado la prueba, la mayoría indica que la razón es que tienen la seguridad de que nunca han estado expuestas al virus, seguida de la afirmación de que siempre utilizan condón y sólo en menor medida no quieren saber si están infectadas (véase Gráfica 9).

Gráfica 9. Razones por las que nunca se han realizado la prueba de VIH (n=31)



La Gráfica 10 muestra los centros y servicios a los que acudió 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, en menor medida, clínicas privadas.

Gráfica 10. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH



En la siguiente Tabla 7 se presentan los porcentajes de encuestadas que informaron de alguna infección de transmisión sexual: la más frecuente es la sífilis, seguida del herpes y de la gonorrea.

Tabla 7. Infecciones de transmisión sexual

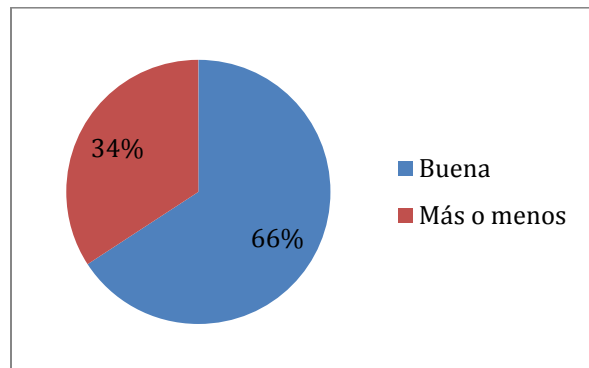
ITS	Frecuencia	Porcentaje
Chlamydia	0	0
Verrugas	1	0,4
Gonorrea	5	2,1
Hepatitis B	3	1,3
Hepatitis C	1	0,4
Herpes	9	3,9
Sífilis	17	7,3
Tricomoniasis	0	0

Dos terceras partes (68,6%) de las personas participantes se han hecho la prueba de tuberculosis y la mayoría (90,3%) dio resultado negativo. Del casi 10% que resultó positivo, todas recibieron tratamiento.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Dos tercios de las participantes (66%) obtuvieron puntuaciones de una buena calidad de vida, frente al tercio restante (34%) que obtuvo puntuaciones con una calidad de vida regular. Ninguna participante arrojó en su conjunto puntuaciones de mala calidad de vida (véase Gráfica 11).

Gráfica 11. Calidad de vida (n=234)



Preguntadas por el grado de satisfacción en aspectos concretos de las relaciones personales y la autoestima, las participantes declaran que se encuentran muy a gusto consigo mismas en un 88,4% de los casos, siendo cercana la proporción que reporta buena satisfacción con las relaciones familiares (78,2%) y con los amigos (75,4%). La percepción sobre la vida sexual alcanza un 70,8% de gran satisfacción. En cuanto a su quehacer diario, las respuestas ofrecieron muy altos porcentajes en la auto-valoración de la salud (81,1%), de las habilidades para completar actividades cotidianas (82,5%) y de la capacidad de trabajo (79,3%). 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 58,1% reconoce satisfacción suficiente.

Por su parte, los porcentajes de satisfacción relacionados con las condiciones de vida materiales oscila entre el 46,8% respecto el transporte, el 51,3% en relación al acceso a servicios de salud y seguridad social y el 69,8% en cuanto a las condiciones de vivienda.

Las respuestas de las participantes a las siguientes cuestiones ofrecen información más detallada sobre el gradiente de emociones vitales (véase Tabla 8):

Tabla 8. Porcentaje de respuestas a percepciones emocionales y calidad de vida (n=234)

	Siempre	A veces	Nunca
Su apetito ha bajado, no ha tenido deseos de comer	0,9	18,1	81,0
Ha tenido problemas concentrándose en lo que hace	3,5	29,4	67,1
Se ha sentido deprimida	11,7	44,8	43,5
Siente que todo lo que hace requiere mucho esfuerzo	32,3	21,0	46,7
Piensa que alcanzará sus metas en su vida	80,5	12,6	6,9
Se ha sentido nerviosa	21,7	43,0	35,2
Ha tenido dificultades para dormir bien	12,6	36,3	51,1
Se ha sentido alegre	80,3	18,0	1,7

	Siempre	A veces	Nunca
Se ha sentido sola o aislada	9,0	38,4	52,6
La gente ha sido amable con usted	66,5	31,3	2,2
Siente que ha disfrutado de la vida	82,9	14,5	2,6
Ha tenido momentos en los que no podía parar de llorar	12,6	39,1	48,3

Casi el 40% afirma haber tenido problemas con la policía u otras autoridades por su condición, mientras que el hecho de ser trans es motivo de disputa en las relaciones familiares e interpersonales para poco más del 30% de las encuestadas. El bajo porcentaje puede obedecer al hecho de que una parte de las trans lleva doble vida y sólo asume su identidad femenina fuera del ámbito familiar y de los espacios formales, mientras que en el caso de quien ha decidido asumir dicha identidad de forma continuada la aquiescencia o tolerancia del entorno suele existir previamente o conformarse a posteriori del proceso de transformación. Esta tendencia general a la aceptación no debe ocultar sin embargo que también se dan casos de exclusión y violencia familiar. Aunque no siempre es así, la figura paterna o algún hermano varón es la que suele mostrar mayor reticencia o rechazo. Estas descripciones aportadas por las encuestadas muestran la variedad de situaciones:

“Discriminado, echado de mi casa. Un padre que me rechaza y el resto de la familia también me rechaza. Solo me buscan cuando tienen alguna necesidad económica.”

“Con mi mamá somos como amigas, con mi padrastro y hermanas es chévere, y con mi hermano es regular porque es agresivo.”

“Desde niño le fui diciendo a su familia que le gustaban los varones. Mi mamá y abuela lo fueron aceptando y así el resto de la familia.”

“[La relación] es buena con mis hermanos y mi papá y mi mamá. Mi mamá me aceptó. Mi papá se arrebató pero ya después se tranquilizó.”

Casi un 69% de las encuestadas afirma pertenecer a alguna iglesia. De entre estas, el 73,1% declaran ser católicas y el 20,1% evangélicas. Quienes no pertenecen a ninguna iglesia alegan como razones principales el hecho de ser discriminadas por ser una mujer trans y la creencia de que se puede tener una relación directa con Dios sin necesidad de seguir ninguna religión:

“[No voy] por la discriminación. Al asistir a la iglesia todos me miran como diciendo ‘ella no puede estar aquí’. Una vez me dijeron al entrar ‘[usted] no respeta la casa de Dios’.

“[No voy] porque Dios está en todos lados, no hay que buscarlo en ninguna iglesia.”

En relación con la salud mental, una proporción baja, menos de una quinta parte (18%) de las encuestadas, informa haber tenido pensamientos e intentos suicidas a partir de los catorce años, y un 5,2% 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 23 intentos (véase Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas

	A partir de los catorce años		En los pasados seis meses	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	42	18%	12	5,2%
No	191	62%	219	94,8%

N	233	100%	231	100%
---	-----	------	-----	------

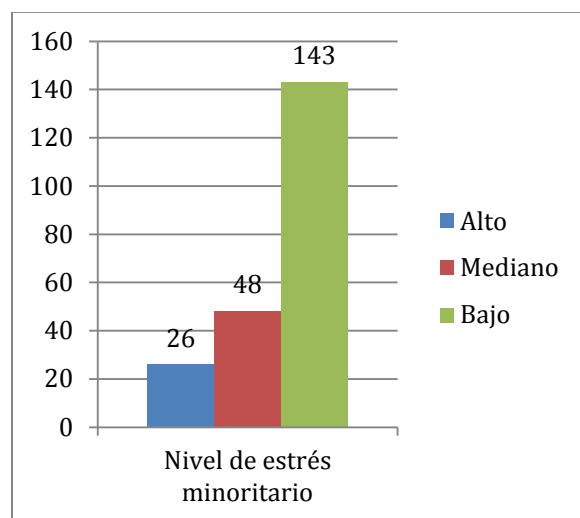
La gran mayoría de las participantes (93,2%) dijo sentirse parte de la comunidad LGTB, frente al 5,5% que no y al 2,3% que no sabía. Respecto a la comunidad trans en sí, también la inmensa mayoría (en torno al 95%) afirmó sentirse parte de ella y están contentas de pertenecer a este colectivo, además de mostrarse de acuerdo con que tienen algo positivo que ofrecer. Ello no excluye que se hayan sentido discriminadas en alguna ocasión dentro de la propia comunidad trans, algo que reporta el 18,8%. En el grupo focal las situaciones de conflicto con otras mujeres trans se asociaban principalmente a las disputas relacionadas con el trabajo sexual:

“Creo que en la calle hay mucha competencia, unas por los clientes, otras por diversidad de problemáticas, o de repente peleas de territorio.”

“Para mí las amistades con las chicas trans es un poco diversa, porque siempre va a ver una que está siempre a tu lado y va a ser tu mejor amiga, que viene si te buscas un problema. Ella va estar siempre contigo y se va a meter porque es tu amiga. Pero hay otras que no, son: ‘Hola, ¿cómo estás? Trabajas por aquí y yo para allá.’”

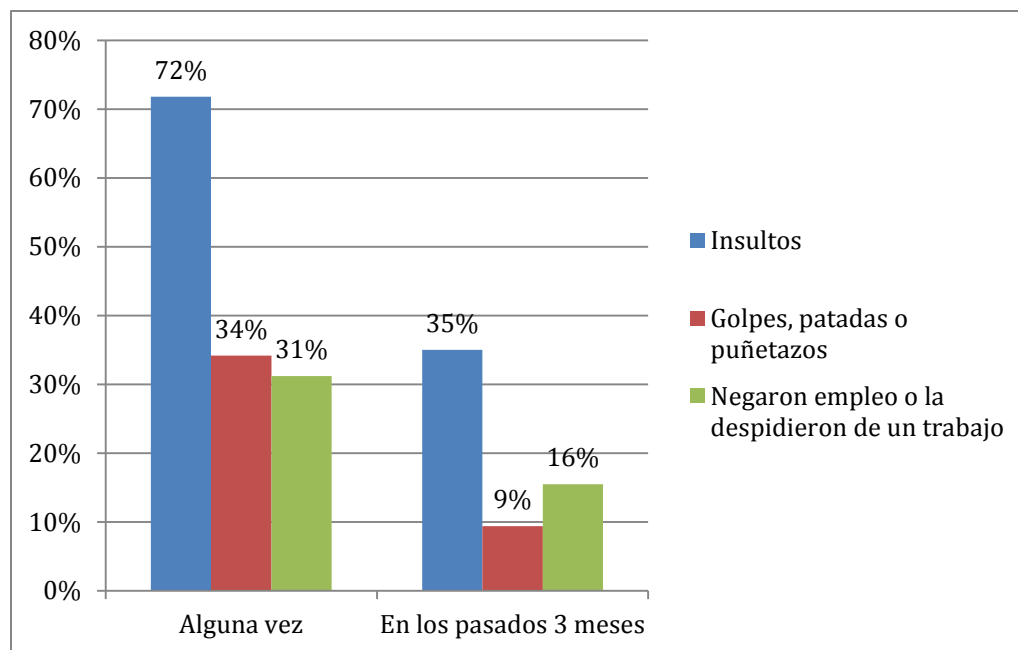
El grado de estrés asociado al hecho de pertenecer a una minoría es bajo, tal como expresan las cifras de la Gráfica 12.

Gráfica 12. Relación con la comunidad trans (n=217)



Pese a ello, el grado de victimización por ser trans es relativamente alto, 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 35% informa de insultos, un 9% de abuso físico y un 16% que le han negado o despedido de su empleo por razón de su identidad sexual (Véase Gráfica 13).

Gráfica 13. Frecuencia de eventos de victimización en términos relativos (n=234)



La mujeres trans panameñas encuestadas informan haber experimentado violencia extrema en porcentajes que varían entre el 10% de intentos de homicidio y el 37% de abuso psicológico, además de un 15% que ha padecido tortura y un 20% abuso sexual.

Al reportar ejemplos, las encuestadas citan con más frecuencia casos de violencia verbal por parte de familiares, vecinos o compañeros de estudios. Le sigue de cerca la violación, especialmente a edades tempranas y/o dentro del círculo familiar, incluyendo las parejas, aunque también por parte de vecinos. Los agresores aprovechan la especial vulnerabilidad de la menor en circunstancias en las que se encuentra sola. Pocas veces las agredidas relataron lo sucedido a un adulto, buscando ayuda, que raramente se les prestó. En algunas circunstancias, las adolescentes trans han optado por la huida del hogar y cuando no lo han hecho en ocasiones han tenido que seguir conviviendo con el agresor. Después de las vejaciones sexuales, que también se dan en el contexto del trabajo sexual, se encontraría la violencia física, incluyendo el uso de armas blancas y de fuego. Los siguientes relatos son una muestra de experiencias violentas aportadas por las encuestadas:

“Mi padrastro me violó, mi mamá no me creyó y sacó de la casa como a las 2 [de la madrugada]. Mi padrastro me amenazaba con que para estar en su casa debía tener sexo con él.”

“Mi abuela me criaba. Tenía 5 primos que se quedaban conmigo cuando la abuela se iba a trabajar y abusaron todos de mí.”

“Con mis hermanos, cuando mi mamá no estaba en casa, siempre me violaban.”

“A los 12 años fui violada por mi tío en estado de ebriedad, lo he superado hoy. Mi tío vive actualmente en la casa, y he tenido que aprender a convivir con él y lo ignora siempre. No le hablo para nada. La situación es bastante dura para mí.”

“A los 7 años fui violada por cuatro vecinos. Me amarraron entre varios y me taparon la boca.”

“Con expareja, fui golpeada, puñalada e insultada por decir que era mujer.”

“Una noche iba caminando y 2 hombres me golpearon por todas partes.”

“La gente en la calle me insultaba, se burlaba de mí y me señalaba. Hasta me apedrearon.”

“En los tiempos que era estudiante, los compañeros me golpeaban porque decían que era una niña.”

“Siempre fui mujercita y desde jovencita me gustó el atletismo. Mis compañeros de atletismo siempre [venían con] los insultos.”

“Los compañeros de trabajo se apartaban y se burlaban, por eso no me visto como mujer, para no ser apartada.”

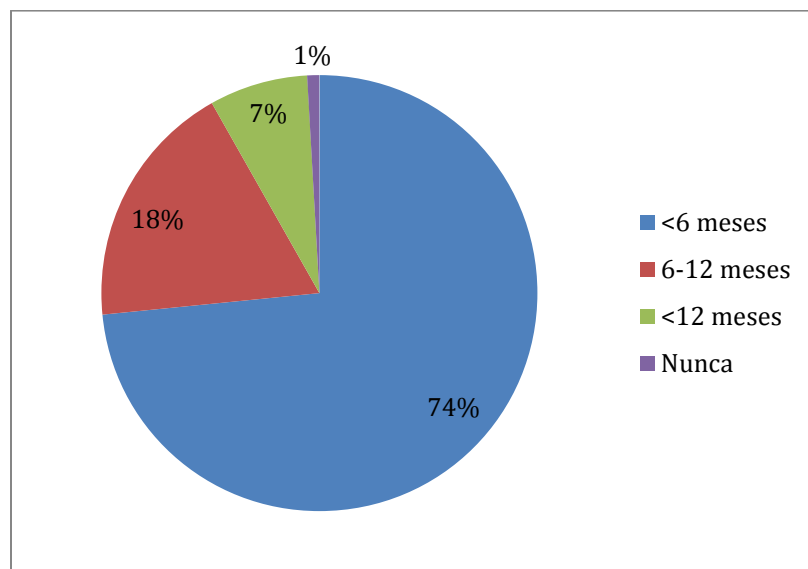
“Con los guardias, cuando vamos caminando por la calle nos ofenden bien feo.”

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La gran mayoría de las personas participantes en la encuesta (92%) declara haber solicitado y accedido a los servicios de salud durante los últimos 12 meses, cifra que alcanza el 74% si el periodo se restringe a los últimos 6 meses (véase Gráfica 14). Entre las razones de uso destacan principalmente las relacionadas con el VIH (hacerse la prueba del VIH o seguimiento rutinario de la infección). Le siguen las visitas periódicas por participar en estudios epidemiológicos, los exámenes necesarios para obtener el carnet de manipulación de alimentos y, en menor medida, síntomas menores (dolores, fiebres), cuidado dental, otras infecciones o heridas por agresiones (arma blanca, violación).

El 93,5% de las personas que accedieron a servicios de salud informa sentir satisfacción con la atención recibida, frente a un 4,7% que no y el 1,8% que no contestaron.

Gráfica 14. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud? (n=234)



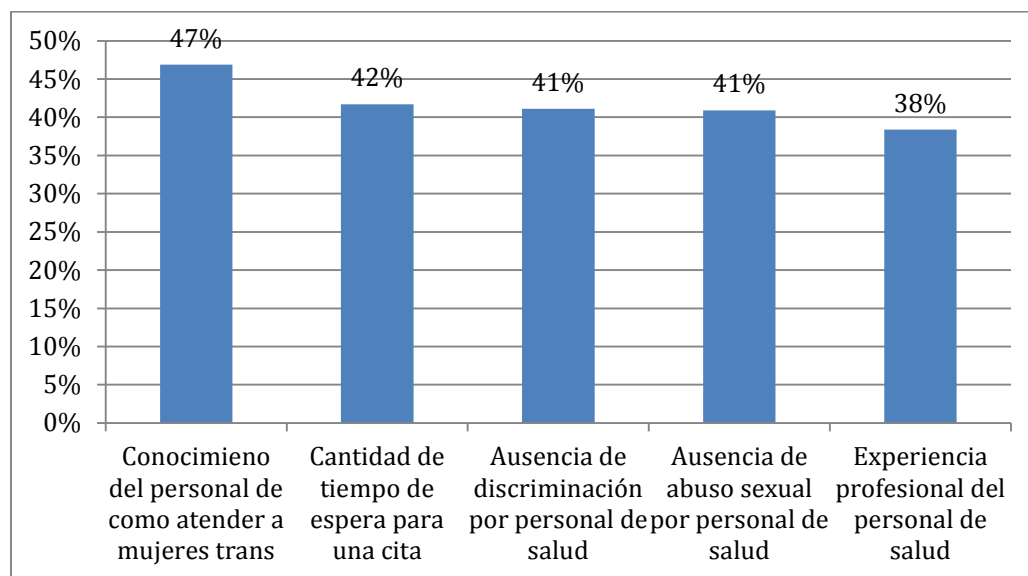
El tipo de lugar accedido fue un establecimiento del Ministerio de Salud en el 71,5% de los casos, de la Caja del Seguro Social en el 8,3% y en centros no gubernamentales (con o sin ánimo de lucro) en el restante 20,2% (véase Tabla 9).

Tabla 10. Establecimientos en donde recibieron servicios de salud (n=232)

Establecimientos del Ministerio de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Centros de Salud	65	39,9%
Hospitales	86	52,8%
Clínica Policía Nacional	1	0,6%
Instituto Gorgas	11	6,7%
Total	163	100%
Establecimientos de la Caja de Seguro Social	Frecuencia	Porcentaje
CSS	16	84,2%
Hospital Rafael Estévez	1	5,3%
Hospital Las Tablas	2	10,5%
Total	19	100%
Establecimientos No Gubernamentales	Frecuencia	Porcentaje
Clínicas privadas	26	56,5%
Clínica Amigable Santa Ana	8	17,4%
Otra ONG		
Grupo Génesis	4	8,7%
APLAFA	4	8,7%
Asociación Viviendo Positivamente	1	2,2%
AHMNP	1	2,2%
PROBISIDA	2	4,3%
Total	46	100%

Preguntadas sobre los aspectos que tendrían mayor influencia a la hora de tomar la decisión sobre si acudir o no a un centro de salud, ninguno de los posibles condicionantes superó el 50% de las respuestas afirmativas. Entre las más mencionadas, 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 (47%), seguido muy de cerca por una buena gestión del tiempo (42%) y la ausencia de actitudes de discriminación (41%) y de abuso sexual (41%), además de que el personal de salud tenga una buena experiencia profesional (38%) (Gráfica 15).

Gráfica 15. Aspectos que tienen una gran influencia sobre la decisión de visitar un centro de salud



Otros aspectos que podrían influir mucho sobre la decisión de acudir a un centro de salud serían, en orden descendente de relevancia, la ausencia de acoso sexual por parte del personal de salud (34,5%), la información y orientación sobre cómo usar los servicios de salud (32,9%), la protección de confidencialidad y privacidad (35,7%), el haber tenido alguna mala experiencia con el personal de salud (32,5%), el costo de los servicios y los medicamentos (28,8%), el horario de los servicios (21,9%), la inseguridad (20,4%), la comodidad al hablar de salud y sexualidad (17,9%) y el tener que relevar su identidad de género y/u orientación sexual (12%).

Las encuestadas relatan situaciones en las que han experimentado rechazo, discriminación, abuso o mala praxis:

“Tenía fiebres horribles y fui a [la ciudad de] David para que me atendieran, pero nunca lo hicieron. Para mí que se dieron cuenta que era trans y por eso no lo hicieron. Tuve que ir a una clínica privada.”

“Fui a una clínica en Panamá, notaron que yo era gay y me hicieron esperar. Atendieron a otros primero. Luego me atendieron muy mal.”

“La mala atención en el Hospital de Changuinola, que al vernos y darse cuenta que soy homosexual se demoran bastante para atendernos.”

“La doctora me realizó la prueba de VIH sin consultar y sin consentimiento.”

“Prefiero atenderme en clínicas privadas porque en el Hospital de Obaldía el doctor que tiene que revisarnos antes nos toca con malicia.”

“Sí, el acoso de parte de algunos médicos que son de ambiente, donde nos ofrecen sus servicios insinuándose y pidiendo servicio sexual.”

Los obstáculos para el acceso regular al sistema de salud tienen como consecuencia que se utilice la vía del servicio de urgencias con más asiduidad de la necesaria. Así lo relata una participante de uno de los grupos focales:

“En los centros de salud nunca nos han atendido. Nosotras vamos al cuarto de urgencia (...) y ya cuando vamos es cuando estamos malas, o nos sentimos mal. Porque en los centros de salud no tenemos la entrada”.

Esta desviación respecto al que debería ser el circuito de atención normalizado tiene varias implicaciones: sobre la salud de las trans, porque estas retrasan la búsqueda de atención hasta que los síntomas empeoran; sobre el servicio de urgencias, que se sobrecarga innecesariamente y da lugar a disfunciones e ineficiencias; y sobre los costos para el sistema, tanto por tener que tratar enfermedades en fase más avanzada como por el hecho de hacerlo a través de urgencias, un servicio especializado más oneroso que el de atención primaria y secundaria.

Es importante señalar que a pesar de los eventos reportados, 71,5% de las encuestadas utilizan servicios de salud públicos, y el 74% solicitaron y recibieron atención durante el semestre previo a la encuesta.

HALLAZGOS: PROVEEDORES DE SALUD

DESCRIPCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y LABORAL

Los dieciocho de los diecinueve profesionales sanitarios que accedieron a ser entrevistados y aportaron datos demográficos tenían un promedio de 41 años, con un rango entre los 25 y los 68 años. Trece, que corresponden al 68,4%, se identificaron como mujeres, y los otros seis (el 31,6%) como varones. Todos menos uno declararon ser panameños.

La mayoría de los participantes tenían estudios superiores completos (Licenciado, Maestría o Doctorado). El resto se divide a partes iguales entre diplomados y otros estudios universitarios:

Tabla 11. Titulación académica de los proveedores de salud

Titulación académica	Frecuencia	Porcentaje
Licenciado	7	36,8%
Doctorado	3	15,8%
Maestría	3	15,8%
Diplomado	3	15,8%
Otro estudios universitarios	3	15,8%
Total	19	100%

El salario anual promedio declarado es de 11.531 dólares estadounidenses, con un rango que va de las 600 a las 90.000.

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

En las entrevistas a los participantes se les preguntó cómo definirían a una persona trans o transexual. El sentir mayoritario de las respuestas es que las personas trans son aquellas que transforman (o desean hacerlo) su cuerpo para cambiar el sexo con el que han nacido, se esté de acuerdo con ello o no:

“Los trans son aquellos hombres, verdad, que por su preferencia sexual deciden transformar su cuerpo, verdad, haciéndose cirugías, hormonizando su cuerpo, para tener un cuerpo femenino.”

“Las personas transgénero son aquellas que nacen bajo un sexo y al pasar el tiempo cambia su sexualidad, o sea cambian su género sexual.”

“Es una persona que de acuerdo a su identidad sexual tiene claro su percepción de lo que sería su género, ya sea de hombre o mujer, pero que su género no concuerda con su sexo. Por ende a veces tienden a lo que son las operaciones o a la manera de vestirse en el cual ellas se sientan identificadas.”

Algunos de los entrevistados, sin embargo, limitaron el cambio a la apariencia externa, que sería la que socialmente se otorga a la del sexo opuesto:

“[Son] unas personas que de repente se pueden vestir como mujer o viceversa. Si es mujer, vestirse como hombre, o [si es] hombre, actuar como mujer.”

“Trans es el varón que se viste de mujer.”

“Una persona que se viste y tiene ademanes del otro sexo.”

Otros lo relacionaron con el deseo de alteración del que entienden es el orden natural de los géneros:

“Desde la creación Dios hizo al hombre y la mujer, entonces definitivamente que esté vestido de hombre o de mujer no les quita su rol sexual o su género.”

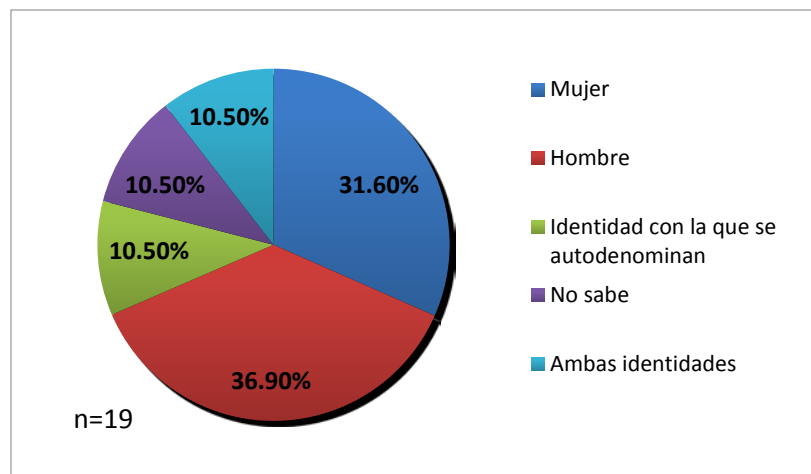
“[Es] alguien que quiere ser lo que no es.”

Finalmente, unos pocos profesionales o bien entienden que son homosexuales, sin más valoración, o bien insistieron en negar cualquier definición especial, subrayando la irrelevancia de la condición de trans para el trato igualitario:

“Es una persona normal.”

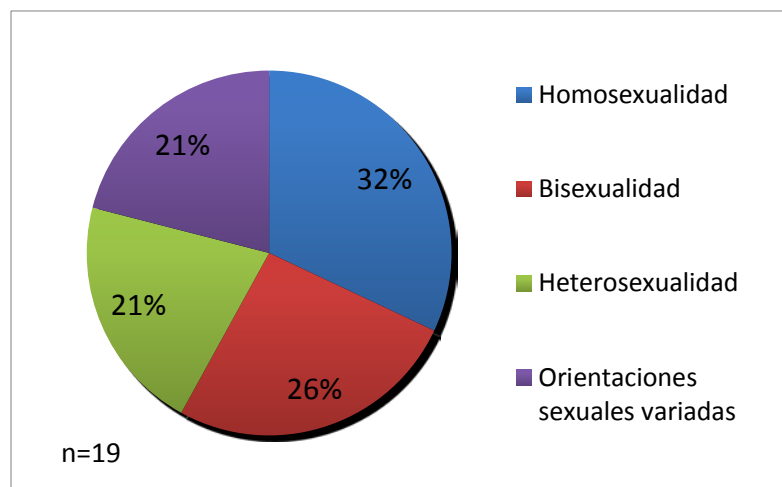
Preguntados sobre cómo denominarían a las personas trans de entre cuatro alternativas (mujer, hombre, ambas, o lo que las usuarias decidan), casi el 37% dijo que hombre, seguido de mujer en un 31,6%. El resto se dividió a partes iguales entre quienes estaban a lo que la usuaria determinara, que los consideraban de ambos sexos o bien no tenían claro cuál de ellos. Estos datos indican que pese a la tendencia a respetar la decisión sobre la identidad de género de la propia usuaria, en un grupo significativo persiste la idea de que el llamado sexo biológico debe prevalecer en su percepción, sea por razones médicas o morales (Gráfica 16).

Gráfica 16. Identidad sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje)



En relativa concordancia con estas percepciones, una ligera mayoría de profesionales consideran que las mujeres trans son homosexuales, frente a un número algo inferior que entiende que son heterosexuales, seguido de quienes las definen bisexuales o bien de sexualidad indefinida o variada (véase Gráfica 17).

Gráfica 17. Orientación sexual que atribuyen a las mujeres trans (en porcentaje)



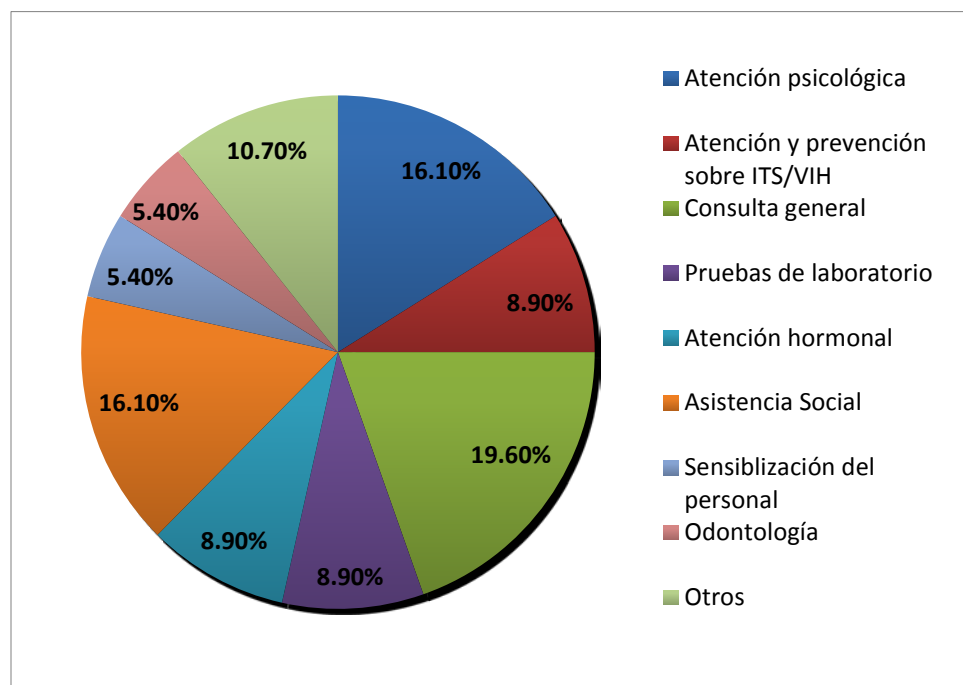
Todos los informantes menos uno coincidieron en afirmar que en Panamá existe rechazo social hacia la población trans. Las razones se distribuyen a partes parecidas entre quienes lo atribuyen a la ignorancia y los prejuicios, a las creencias religiosas, al machismo y la homofobia, y a la cultura tradicional en general.

En un test sobre nivel de prejuicio hacia la población trans (Toro-Alfonso 2008) que contestaron 18 de los entrevistados, el 72,2% mostró un nivel bajo, frente al 27,8% para el que fue moderado. Estos datos contrastan con el hecho de que el 55% de los proveedores reconocen obstáculos de acceso al sistema de salud basados en los prejuicios, la ignorancia o el rechazo (véase a continuación), una percepción que coincide con los informes por las propias trans. La divergencia muestra que los profesionales entrevistados reconocen las actitudes discriminatorias, pero las atribuyen a otras personas o a la propia institución.

LA POBLACIÓN TRANS Y LOS SERVICIOS DE SALUD

Según los entrevistados, muchas de las necesidades de salud de las personas trans no se diferencian de las del resto de la población, ya que consideran la atención médica general la más relevante. Le sigue en orden de importancia el abordaje psicológico y social, además del monitoreo del tratamiento hormonal y de las analíticas de laboratorio (véase Gráfica 18).

Gráfica 18. Necesidades de salud de las personas trans según los proveedores de servicios (en porcentaje)



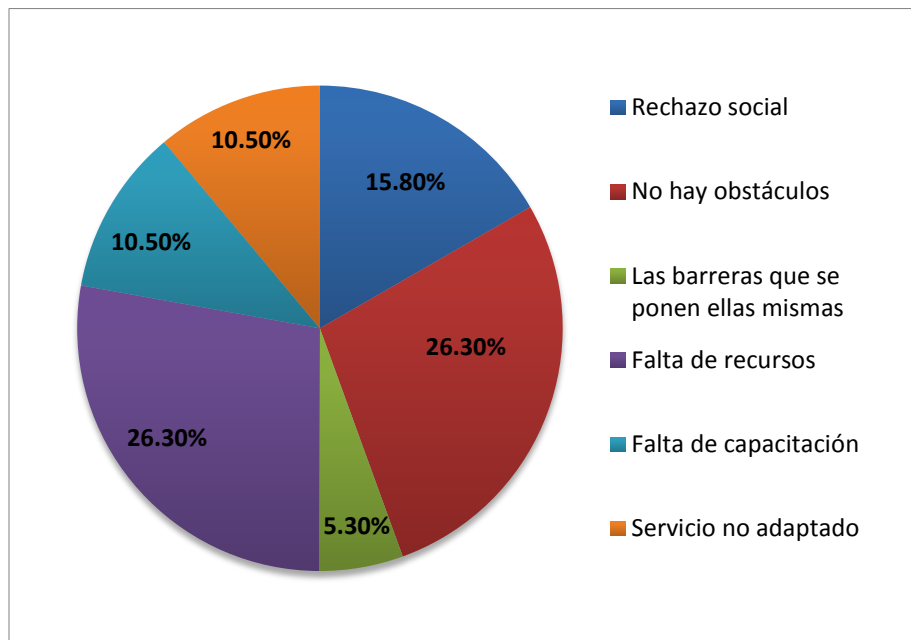
Llama la atención que sólo el 8,9% haya citado de manera espontánea la atención hormonal, ya que cuando se les inquirió expresamente su parecer sobre si estaban de acuerdo en que se debe facilitar el acceso a hormonas, el 63% respondió que sí, el 26% que no, y el restante 11% no sabía o dudaba.

Entre las razones favorables a facilitar la hormonización destaca el cumplimiento del deber de garantizar el bienestar y la decisión de la propia persona, aunque algunos también se refieren a la importancia de evitar efectos adversos derivados de la automedicación. Entre la minoría contraria, el argumento es que el Estado no tiene por qué asumir dicho coste, al tratarse de una decisión voluntaria.

En este último sentido, y preguntados a tal efecto, el 73,7% de los informantes admite desconocer los efectos secundarios asociados con el uso de hormonas, frente al 26,3% que afirma conocer dicho campo. Los efectos adversos mencionados por las personas que dicen conocerlos son básicamente varios tipos de cánceres.

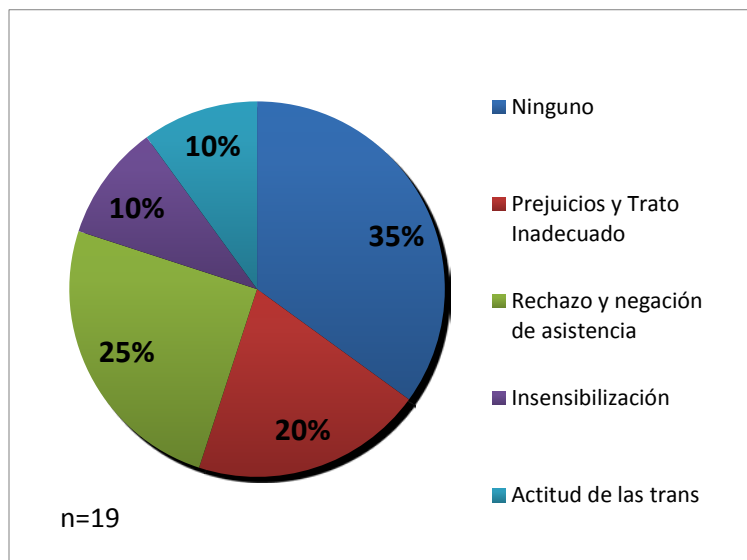
Interrogados sobre cuáles eran a su entender los obstáculos que se encontraban ellos mismos como profesionales para atender a las mujeres trans, un 26,3% negó que tales barreras existieran. Del restante 73,6%, una mayoría lo atribuyó a la falta de recursos, seguido de factores culturales que derivan en rechazo y de la falta de experiencia y de adaptación del servicio (véase Gráfica 19).

Gráfica 19. Obstáculos que tienen los proveedores de servicios para atender esta población (en porcentaje)



Se solicitó a los participantes en las entrevistas que citaran también otros obstáculos que a su entender afronta la población trans para acceder a los servicios de salud. Un 35% declaró que las trans no tienen ninguna barrera. Del resto, un 25% reconoció que se rechaza y niega asistencia a esta población, un 20% que existen prejuicios que derivan un trato inadecuado, un 10% que no hay sensibilización y otro 10% lo achacó a la actitud de las propias trans (véase Gráfica 20).

Gráfica 20. 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, sólo tres de los diecinueve proveedores explicaron casos de negativa a atender que habían presenciado o que les habían relatado.

ACCIONES DE MEJORA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

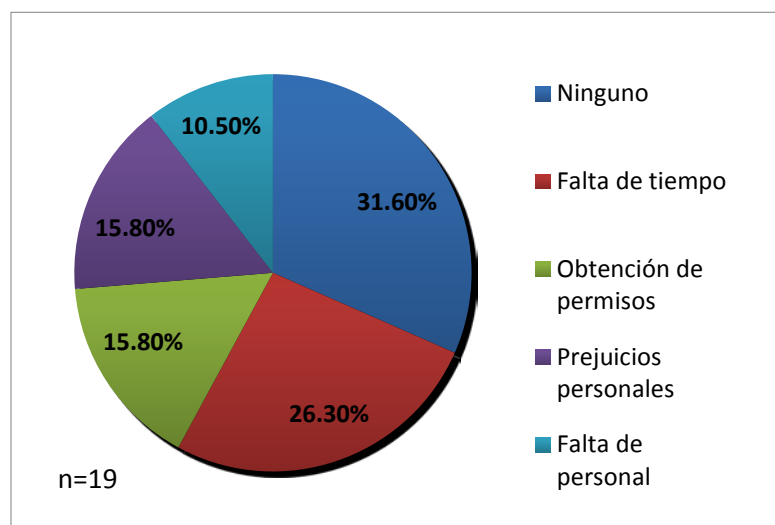
Preguntados sobre las condiciones que podrían facilitar el acceso de la población trans a los servicios de salud apropiados para ellas, una parte significativa no supo qué contestar (26,3%), mientras que el resto se dividieron en cuatro grupos iguales (15,8% cada uno) entre quienes defendían cambios legislativos específicos, políticas públicas, sensibilización social y el fomento del trato igualitario y del respeto, y un pequeño porcentaje (10,5%) que defendió la necesidad de adaptar el servicio a las necesidades de las usuarias trans.

En cuanto al conocimiento que deberían tener los proveedores de salud sobre las comunidades trans para prestar servicios efectivos y de calidad, los informantes indicaron, por este orden de importancia: estar capacitados para el manejo de las estas pacientes, conocer en detalle la realidad de la comunidad trans en todos sus aspectos, conocer también la legislación y normativa que pudiera existir, y el saber que sea útil para combatir el estigma y la discriminación por homofobia.

Seis de los 19 respondedores dijeron conocer algún texto legislativo o político que establezca los derechos de las personas trans para recibir servicios de salud: tres citaron la ley del VIH, uno la Constitución, otro los derechos humanos en general y otro más la ley 50 de no discriminación por razón de diagnóstico.

Sólo 2 de los proveedores habían recibido algún tipo de formación respecto al tratamiento de la población trans. La inmensa mayoría (84%) cree sin embargo que en su conjunto el personal sanitario estaría interesado en recibirla, frente a una minoría que cree que no, por rechazo o indiferencia. Requeridos sobre cuáles creen que son los obstáculos que dificultan que los proveedores de salud asistan a sesiones de capacitación, un 31,6% declaró que no existe ninguna barrera que lo impida. Entre quienes afirmaron lo contrario, una mayoría se decantaba por motivos estructurales (falta de tiempo y de personal de sustitución y necesidad de obtener permiso). Los prejuicios personales fueron citados por un 15,8% de los informantes (véase Gráfica 21).

Gráfica 21. Obstáculos para que proveedores de servicios de salud asistan a capacitaciones sobre estas comunidades (en porcentaje)



RECOMENDACIONES

- **Poner en marcha campañas de divulgación de los derechos de las personas trans:** tanto la población en general como las propias mujeres trans tienden a ignorar los derechos básicos, no respetarlos (la sociedad) o no ejercerlos (las mujeres trans). Las campañas divulgativas pueden servir tanto para la sensibilización social como para que las mujeres trans conozcan qué derechos tienen, sobre todo en el campo de la salud, y qué recursos cuentan para hacerlos valer (teléfonos de ayuda, grupos de apoyo, denuncias públicas, instituciones públicas a las que recurrir, en su caso).
- **Crear programas preventivos del VIH propios y adaptados de la población trans y a sus parejas:** a pesar de su alto conocimiento sobre el VIH, las declaraciones de las entrevistadas muestran una cierta tendencia a prescindir del preservativo con la pareja habitual, frente un mayor uso con los clientes del trabajo sexual. En un contexto social hostil, la pareja aparece como un vínculo muy valorado y con propensión a ser idealizado en su comportamiento. En consecuencia, por un lado hay que crear programas propios y adaptados a las trans, y no como parte de la categoría HSH; por el otro, hay que involucrar también a sus parejas habituales, reforzando las prácticas seguras incluso en las relaciones estables.
- **Solicitar a las autoridades educativas medidas que permitan a la población trans avanzar en sus estudios:** pese a que los niveles de escolarización no son excesivamente bajos, las mujeres trans manifiestan que hubieran avanzado todavía más en su trayectoria educativa de no ser por el acoso, la agresión, el estigma y la discriminación que se respira en los centros. Algunas evaden los conflictos adoptando una doble vida, pero otras, una vez asumida su identidad de mujer, acaban por abandonar los estudios. La inclusión en el currículo de sesiones sobre aceptación de la diversidad y valores de tolerancia e integración permitiría reducir los niveles de transfobia en el medio escolar y la sociedad en general.
- **Garantizar oportunidades profesionales para la población trans de acuerdo con sus capacidades:** pese a contar con niveles educativos medio-altos, las mujeres trans de Panamá ocupan puestos de trabajo no acordes a su formación y capacidad, obteniendo ingresos por debajo de los estándares considerados mínimos por las propias autoridades. La subocupación laboral conlleva que una parte de ellas además busquen en el trabajo sexual una forma de complementar sus ingresos, por lo que experimentan un doble estigma (por trans y por trabajadoras sexuales) al que hay que poner freno. Se necesitan programas que aseguren el acceso a posibilidades laborales de acuerdo a su formación, además de promover el respeto y la no discriminación cualquiera que sea el trabajo que ejerzan.
- **Sensibilizar y educar a la policía sobre su obligación de respeto y protección de los derechos de la población trans:** tanto por acción como por omisión, algunos miembros de las fuerzas de seguridad transgreden o ignoran derechos básicos de las mujeres trans. El cumplimiento de la ley les exige trato respetuoso, protección y denuncia de la acción de sus colegas, llegado el caso. Se requiere la implantación de programas de capacitación para los agentes panameños sobre población trans, aprendiendo de las experiencias de países del entorno. Al mismo tiempo, son necesarias acciones encaminadas a una tutela judicial efectiva de las mujeres trans que denuncien la vulneración de sus derechos, invocando el principio de igualdad

ante la ley y educando a los miembros del poder judicial en el conocimiento y respeto de esta población.

- **Poner en marcha un Plan Nacional contra la Violencia contra las Minorías Sexuales:** las personas trans de Panamá sufren un nivel desproporcionado de violencia, sobre todo psicológica y sexual, lo que tiene graves consecuencias para su salud. Es necesario un Plan Nacional que recoja datos sistemáticos sobre victimización y sus causas (a través de un Observatorio sobre la Violencia contras las Minorías Sexuales, por ejemplo), desarrolle programas adecuados y cuente con un sistema de evaluación y un presupuesto suficiente.
- **Crear estructuras de coordinación entre los diferentes sectores implicados:** la mejora de la salud de las mujeres trans no es posible sin una mejora en sus condiciones sociales y de vida. Representantes de la policía, instancias gubernamentales, organismos de derechos humanos, sector privado, comunidad educativa, profesionales de la salud, ONG y grupos de mujeres trans deben trabajar de forma coordinada para abordar las causas del estigma, la discriminación y la violencia contra las mujeres trans y consensuar y poner en práctica medidas para combatirlas.
- **Considerar la sanción de las conductas discriminatorias:** aunque los cambios sociales pueden impulsarse a través de la concientización y la educación sociales, también las leyes marcan pautas normativas de aceptación y respeto que la sociedad puede ir interiorizando. Pero las leyes no sirven si el incumplirlas no es sancionado. La adopción de legislación anti-discriminatoria por razón de orientación sexual e identidad de género, como el Proyecto de Ley 206 actualmente en trámite parlamentario, debe venir acompañada de medidas para hacer efectivo su cumplimiento.
- **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.
- **Inclusión en la cartera básica de servicios del abordaje de los aspectos de salud específicos de la población trans:** el sistema de salud de Panamá debería incluir en su cartera de servicios el abordaje integral de las necesidades de la población trans, en especial de los procesos de hormonización y el uso de sustancias para el cambio corporal. No hacerlo lleva a las trans a la auto-medicación, con los graves riesgos para su salud que ello supone y el consiguiente aumento de costos sanitarios para el sistema. La oferta de atención integral mejoraría la relación entre las trans y el sistema de salud, lo que permitiría 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 podría evitar que las trans panameñas sean reticentes a acudir a los servicios de atención primaria y prioricen las urgencias, lo que sobrecarga innecesariamente éste último servicio y es más ineficiente y costoso.

- **Divulgar los datos de este informe y ahondar en el conocimiento de la comunidad trans:** los profesionales de la salud consultados creen que los resultados de esta investigación deben ser dados a conocer para que el conjunto del sistema de salud sea consciente de los problemas de acceso de las mujeres trans al sistema de salud. Además, proponen nuevos y más detallados estudios que permitan profundizar en la realidad trans, aporten insumos para la sensibilización y formación y faciliten, en definitiva, la mejora de los servicios de atención.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio sobre mujeres trans se presentaron en un taller realizado en Ciudad Panamá, Panamá el 20 de febrero de 2013. En dicho taller participaron 53 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 utilizaron como insumo para la elaboración de las siguientes recomendaciones:

En Panamá, la comunidad trans no ha sido estudiada como tal en relación a su vulnerabilidad frente al VIH y otras amenazas para la salud. Los estudios hasta ahora han sido escasos, y el hecho de que en ellos no se las segregue de la categoría HSH ha impedido un conocimiento de su realidad. La presente investigación muestra que las mujeres trans panameñas no son consideradas ciudadanas de pleno de derecho: una parte de ellas se ve obligada a ocultar su identidad femenina en los espacios formales, y la otra parte, que sí asume dicha identidad a tiempo completo, tiene que hacer frente a fuertes restricciones en su desarrollo social y personal. El estigma y la discriminación les dificultan completar los estudios, como desearían, y limitan de manera significativa sus oportunidades laborales. Aunque el trabajo sexual sólo lo ejercen como ocupación regular un porcentaje inferior al 20%, una proporción mayor recurre a él como fuente de ingreso complementaria, lo que las coloca en el umbral de la marginalidad y puede aumentar su vulnerabilidad frente al VIH y otras enfermedades.

El rechazo familiar, la agresividad del entorno, el estigma y la discriminación en la escuela, los espacios públicos y las iglesias, el acoso policial y la falta de protección por parte de las autoridades son habituales entre las trans panameñas, quienes han experimentado graves abusos verbales, físicos y sexuales. En algún momento de su vida han sido insultadas, golpeadas, amenazadas, lesionadas, y violadas, con frecuencia por parte de personas que tenían la responsabilidad de protegerlas cuando eran menores. Todavía hoy lo siguen sufriendo en su vida cotidiana en proporciones intolerables.

La transfobia institucionales, la humillación y el acoso son una realidad en los centros de salud, como lo atestiguan las experiencias reportadas por las trans y lo confirman testimonios de los profesionales de la salud. Al ser preguntados sobre su relación con las personas trans, estos profesionales se mueven entre el sentido de la responsabilidad y el deber de atender a todo paciente con independencia de sus circunstancias personales y el prejuicio, el desconocimiento y la falta de capacitación para tratarlas. A pesar de la legislación del país sobre el derecho a la salud y de que las trans son usuarias frecuentes de los servicios sanitarios, el sistema nacional de salud panameño no atiende la mayoría de las necesidades de esta población. Esto puede deberse a que la atención no es integral: la ignorancia sanitaria sobre aspectos clave como la hormonización y el uso de sustancias de reasignación corporal, por ejemplo, incrementa y agrava los episodios de morbilidad. En efecto, estas restricciones que afectan a los procesos de re-corporización conducen a prácticas de auto-medicación no supervisadas por profesionales con conocimiento especializado, con los consiguientes riesgos y posibles efectos adversos que tendrán que ser atendidos por servicios sanitarios no preparados para ello, y deberán hacerlo con más asiduidad de la que hubiera sido necesaria de contar con atención integral de calidad. Además, las barreras impiden que las mujeres trans acudan a los servicios de atención primaria de forma natural, lo que dificulta la promoción de vida saludable y un tratamiento precoz de los problemas de salud. No es infrecuente que las usuarias opten por utilizar la vía de urgencia para acceder al sistema de salud, cuando la necesidad es perentoria, lo que agrava su situación y supone un coste mucho más elevado.

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 pueden alentar la expansión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Es perentorio tomar medidas para garantizar un acceso equitativo y de calidad de las mujeres trans al sistema nacional de salud de Panamá. Los proveedores de salud se muestran abiertos a recibir capacitación, lo que 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 calidad, y un beneficio para estas usuarias y el conjunto de la sociedad.

REFERENCIAS

- amFAR. 2008. *MSM, HIV and the Road to Universal Access—How Far Have We Come?* Disponible en: www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf
- Benlloch (Coord.). *Psicología y género* (págs. 218-237). Madrid: España: Pearson.
- Boylan, J. F. 2003. *She's not here: A life in two genders*. New York, NY: Boradway Books.
- Butler, J. 1990. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.
- Butler, J. 2002. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo."*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cabral, M. 2003. *Ciudadanía (trans)sexual*. Tesis de Licenciatura. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Cameron, L. 1996. *Alchemy of the body: Transsexual portraits*. San Francisco, CA: Cleis Press, Inc.
- Camillo, P. 2004. *¡Ay Yanet, así no se puede!* En M. García, & M. De Campos (Comp.), *Antología de la literatura gay en la República Dominicana* (págs. 71-80). Santo Domingo, R.D.: Editora Manatí.
- CEPAL. 2011. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/45607/P45607.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>
- Connell, R. W. 1999. *Making gendered people: Bodies, identities, sexualities*. En M.M. Ferree, J. Lorber, & B.B. Hess (Eds.), *Revisioning gender* (págs. 449-472). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Davis, K. 2002. 'A dubious equality': Men, women and cosmetic surgery. *Body & Society*, 8, 49-65.
- 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.
- Escabi-Montalvo, A. & Toro-Alfonso, J. (2006). *Cuando los Cuerpos Engañan: Un acercamiento crítico a la categoría de la Intersexualidad*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 6 (3), 753-772.
- Foucault, M. 1980. *The history of sexuality, Volume one: An introduction*. New York, NY: Vintage Books.
- Garaizabal, C. 1998. La transgresión del género: Transexualidades, un reto apasionante. En J.A.
- García-Calleja, J., C. del Río, and Y. Souteyrand. 2009. *HIV Infection in the Americas: Improving Strategic Information to Improve Response*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 51: S1-S3.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo: Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Halberstam, J. 2003. *The Brandon Teena Archive*. En R. Corber & S. Valocchi (Eds.), *Queer studies: An interdisciplinary reader* (págs. 159-169). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- 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.
- 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, Li. 2002. *Cosmetic surgery and the eclipse of identity*. *Body & Society*, 8, 21-42.
- Nieto (Comp.) *Transexualidades, transgenerismo y cultura* (págs. 39-62). Madrid, España: Talasa.
- ONUSIDA. 2009b. *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men Who Have Sex with Men and Transgender People*. Disponible en: www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf.
- ONUSIDA. 2010. *Global Report Fact Sheet: Central and South America*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA Disponible en: www.unaids.org/documents/20101123_FS_csa_em_en.pdf
- ONUSIDA, OMS. 2007. *2007 AIDS Epidemic Update*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA
- ONUSIDA, OMS. 2009. *2009 AIDS Epidemic Update*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
- Parker, R. 1996. *Bisexuality and HIV/AIDS in Brazil*. En P. Eggleton (Ed.), *Bisexualities and AIDS: International perspectives*. (pp. 148-150). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Parker, R. 1999. *Beneath the Equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York, NY: Routledge.
- Parker, R. 2001a. *Evolution in HIV/AIDS prevention, intervention and strategies*. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 155-166.
- Parker, R. 2001b. *Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research*. *AIDS and Sexuality*, 30, 163-179.
- Pastor, R. 2004. *Cuerpo y género: Representación e imagen corporal*. En E. Barberá & I.M.
- Puig, M. 1976. *El beso de la mujer araña*. Barcelona, España: Editorial Seix Barral.
- Rodríguez-Madera, S., & Toro-Alfonso, J. 2002. *Ser o no ser: La transgresión del género como objeto de estudio de la psicología*. *Avances en Psicología Clínica*, 20, 63-78.
- Sánchez, L.R. 2000. *Cejas sacadas, piernas afeitadas y tips*. *Revista Dominical, El Nuevo Día*. San Juan, Puerto Rico.
- Santos-Febres, M. 2000. *Sirena Selena vestida de pena*. Barcelona, España: Mondadori.
- Schifter, J. 1999. *De ranas a princesas: Travestismo en Latino América*. Ediciones San José, Costa Rica: ILPES.
- Toro-Alfonso, J. (2007). *Juntos pero no revueltos; Cuerpo y género*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 146-156.
- Toro-Alfonso, J. 2008. *Masculinidades subordinadas: Investigaciones para la transformación del género*. San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Toro-Alfonso, J. 2009. *Masculinidades gay: Una contradicción aparente*. En J. Toro-Alfonso (Ed.), *Lo masculino en evidencia: Investigaciones sobre la masculinidad* (pp. 233-256). San Juan, P. R.: Publicaciones Puertorriqueñas.
- USAID. 2010. *HIV/AIDS Health Profile: Nicaragua*. Disponible en: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/nicaragua_profile.pdf
- USAID. 2011. *HIV/AIDS Health Profile: Central America*. Available at www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/car_profile.pdf (accessed April 2011).

- Vallejos, I. (s.f.). *El otro anormal. Cuadernillo No. 27. La diferencia y el otro*. Publicación de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional Entre Ríos, Argentina. 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.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Correo electrónico: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com