

Triplemente Vulnerabilizadas

Prostitutas, inmigrantes y transexuales

**Vulnerabilidad en la salud,
servicios de salud y contexto/s**

Autor: Ángel Manuel Amaro Quintas

Tutor: Daniel La Parra Casado

Institución: Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz

Financiación: Beca de Iniciación a la Investigación 2009 -
Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Alicante

Fecha: 1 octubre 2009 – 1 enero 2010

Este Informe se puede distribuir, copiar y adaptar bajo las siguientes condiciones: citar la autoría del trabajo (indicando autor, título y enlace en UA, Universidad de Alicante) y no utilizar el trabajo con fines comerciales. Detalles en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

De la misma manera, la cita del Informe será: Autor (año), título. Universidad de Alicante, IUDESP, Vicerrectorado de Investigación. Documento en línea: <http://www.iudesp.ua.es/publicaciones>



Triplemente vulnerabilizadas: Vulnerabilidad en la salud, servicios de salud y contextos. Informe cualitativo sobre la prostitución transexual en la ciudad de Alicante. by Ángel Amaro Quintas is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 España License. Based on a work at www.iudesp.ua.es

0. Resumen, 5

1. Introducción, 6

- 1.1 Delimitaciones/Objetivo
- 1.2 Declaración de propósitos
- 1.3 El por qué del Informe
- 1.4 Cronograma

2. Metodología, 14

- 2.1 Descripción del trabajo de campo de cada una de las técnicas empleadas
- 2.2 Posición del sujeto investigador
- 2.3 Diseño de la investigación. Combinación

3. Resultados, 22

3.1 Servicios de salud, 23

- 3.1.1 VIH e ITS: agentes sociales y prevención
- 3.1.2 Servicios sanitarios: sexólogo y endocrino

3.2 Vulnerabilidad en la salud, 32

- 3.2.1 Hormonas: feminización y proceso identitario
- 3.2.2 VIH e ITS: mecanismos de supervivencia
- 3.2.3 Evolución del material preventivo

3.3 Contexto/s, 42

- 3.3.1 La Zona: espacialización y funcionalidad
- 3.3.2 Socialización: empoderamiento y relaciones grupales
- 3.3.3 Violencia: “*sudaca, puta, travelo*”
- 3.3.4 Poder: clientes y vulnerabilidad
- 3.3.5 Reinserción social
- 3.3.6 Transidentidad/es

4. Conclusión, 55

- 4.1 Resumen
- 4.2 Reflexiones

5. Bibliografía, 59

“Por mis travesuras, por mis cosas, por querer ser mujer me encerraron en un correccional. Con nueve años salté el muro y me planté en la capital. Por eso para mí, empezar en la zona fue como haberme regalado la vida”

Trabajadora sexual, ecuatoriana, transexual, 47 años
18 años residiendo en Alicante
(participante en grupo de discusión)

0. RESUMEN

Triplemente vulnerabilizadas es un Informe que surge del interés por el día a día de las prostitutas transexuales latinas que habitan nuestras calles. Voces que se hacen visibles canalizadas gracias a las sinergias generadas entre el Instituto de Desarrollo Social y Paz de la Universidad de Alicante y las ONG's.

Experiencias, objetivos y expectativas se dan cita en este Informe. Se trata de una aproximación cualitativa financiada con la convocatoria de becas del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Alicante (Beca de Iniciación a la Investigación, 2009) dentro del un proyecto sobre vulnerabilidad y salud dirigido por el profesor Titular de Sociología Daniel La Parra Casado (Grupo de Investigación OBETS, Observatorio Europeo de Tendencias Sociales).

La intencionalidad es humanizar y visibilizar, comprender y entrelazar las condiciones socioeconómicas, los contextos y las vivencias de sujetos de cambio, que no objetos de estudio. Ser capaces de tener una visión conjunta sin generar teorías causales, sino hechos y trayectorias vitales que debemos traducir en autovaloraciones, cambios sanitarios, académicos y sociales.

Mediante la técnica de la entrevista, el grupo de discusión y la etnografía se configura un abanico de biografías y realidades distintas pero homogéneas al mismo tiempo.

Crear vínculo y ubicarse como un investigador cualitativo en un campo de trabajo democrático da lugar a poder conocer realidades sociosanitarias, vivencias con la salud y contextos compartidos.

Recomponiendo desde una perspectiva cotransformadora se transforman los objetos de estudio en sujetos de cambio. Las prostitutas transexuales inmigrantes de la ciudad de Alicante son visibles en esta investigación.

Transfobia, machismo y racismo se hacen visibles en estos cuerpos triplemente estigmatizados y vulnerabilizados.

1. Introducció

“Triplemente vulnerabilizadas” es un Informe cualitativo desarrollado desde y con los sujetos implicados en el tema de estudio: personas transexuales, prostitutas e inmigrantes (mayoritariamente latinas). Cuerpos visibles carentes de rostro en muchos casos debido al silencio y olvido que se cierne sobre ellas, generando estigma y rechazo social.

Todas ellas representan cuerpos sin nombre, sin voz y sin... ¿nada que decir? La pluriestigmatización (xenofobia, machismo, transfobia) que padecen da lugar a este estudio humano y constructivo que articula las necesidades, expectativas, opiniones, sentimientos y contexto de un colectivo académicamente no tenido mucho en cuenta y socialmente olvidado. Divagan entre las identidades sexuales, la orientación sexual, las etnias y la cultura. No encajan en un perfil homogéneo de transexual, mujer o latina.

Por esta razón en ningún lugar se darán recetas mágicas, teorías generales o explicaciones detalladas de tendencias/fenómenos acerca de la prostitución transexual.

1.1 Delimitaciones/Objetivo

La finalidad principal de este Informe es *conocer la realidad sociosanitaria de las mujeres transexuales latinas¹ que se prostituyen en las calles de la ciudad de Alicante*, con la finalidad de comprender y analizar las relaciones con la sanidad y la vulnerabilidad existente en salud y derechos efectivos.

De ahora en adelante para agilizar el desarrollo del Informe y no caer en el “pluriadjetivismo” tomaremos como referencia las siglas empleadas en los

¹ Más de la mitad de las TTS que se prostituyen en la calle en el estado español son de origen latino. Este dato aportado por el *Informe Transmadrid* (COGAM. Madrid, Abril 2008) para la comunidad de Madrid está validado en la ciudad de Alicante (12 de las 14 TTS participantes en el Informe son latinas)

Informes y Estudios sobre la materia: trabajadoras transexuales del sexo (TTS²).

Como objetivo principal se establece el indagar y examinar las condiciones, variables, relaciones y contextos en que se desarrolla la vulnerabilidad en la salud, el acceso efectivo a los servicios de salud y el ejercicio real de derechos de ciudadanía. Condiciones que repercutirán en la vida diaria y experiencias personales.

1.2 Declaración de propósitos

No está marcado como meta de este Informe dar teorías generalistas sobre las circunstancias, contexto sociosanitario o causas que motivan a las TTS a establecer ciertas relaciones o seguir ciertas pautas. Pretendemos humanizar el fenómeno de la prostitución transexual mediante la cercanía, permitiendo que desde su posición de informantes puedan ser agentes de cambio³, protagonistas de sus propias vidas.

Generadoras de conocimiento materializando experiencias y una cultura del autocuidado que difunda prácticas de no riesgo o bajo riesgo, al igual que la articulación de mecanismos de defensa frente la pluriestigmatización frente un contexto vulnerabilizador creciente.

1.3 El por qué del Informe

En los últimos años las autoridades sanitarias y agentes sociales (asociaciones, fundaciones, instituciones académicas) están redoblando esfuerzos por implementar programas de prevención de VIH/ITS con *personas que ejercen la prostitución* (PEP). Examinar que tipos de prácticas sexuales,

² De aquí en adelante TTS. Concepto extraído de la investigación *Trabajadoras transexuales del sexo: el doble estigma* (Fundación Triángulo, Madrid). En este Informe no entraremos en la conceptualización del “trabajo sexual”, no entra dentro de los objetivos establecidos y además las informantes afirman ejercer por cuenta propia. Declarándose a si mismas en los grupos de discusión como “trabajadoras sexuales”.

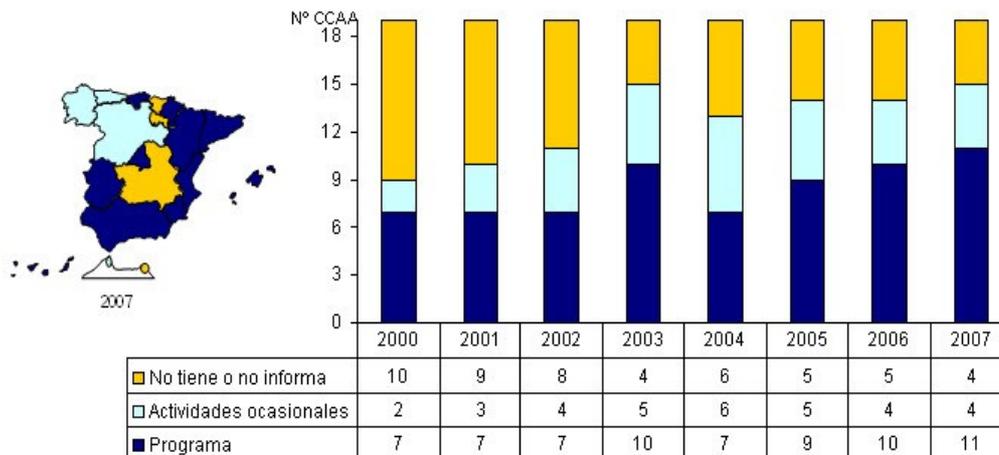
³ “Una de las oportunidades –y retos– que plantean los enfoques cualitativos es considerar a nuestros congéneres como personas y no como objetos de estudio, y a nosotros mismos como humanos que conducimos nuestra propia investigación entre ellos y no *sobre* ellos”. Wolcott, Harry F. (2003: 22)

condiciones, contexto y mecanismos de autocuidado de las PEP es uno de los objetivos marcados a día de hoy en los programas de prevención de VIH/SIDA.

El riesgo de padecer VIH/ITS en el caso de las PEP es elevado y los/las usuarios/as de los programas de prevención diversos y diversas (género, orientación sexual, identidad sexual, clase social, etnia, etc).

Por esta razón la especialización de los programas para cada subgrupo de las PEP. En el caso que nos compete, las personas transexuales, el incremento de este tipo de programas en los últimos 7 años es elevado (de 7 Comunidades Autónomas en 2000, a 11 en 2007), reduciéndose el número de Comunidades Autónomas que no cuentan con ningún tipo de programas permanentes orientados al subgrupo de las personas transexuales (de 10 Comunidades Autónomas en el año 2000, a 4 en 2007).

Gráfico 15. Programas de prevención de VIH para transexuales que ejercen la prostitución. España 2000 - 2007



Fuente: Informe del cuestionario de prevención del VIH en la Comunidades Autónomas (ICAP 2007). Ministerio de Sanidad y Consumo

El papel de los colectivos LGTB (Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales) es fundamental en la puesta en práctica de los programas de prevención, tanto por el conocimiento existente del colectivo transexual, como por la experiencia en el campo de programas de prevención del VIH/ITS.

DecideT⁴ como agente social dinamizador de la ciudad de Alicante, conocedor de la diversidad sexual y la realidad LGTB, desde su Área de Salud ha puesto en marcha hace un año una *Investigación exploratoria para la prevención del*

⁴ Asociación de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de la provincia de Alicante.

*VIH/SIDA y las ITS en homosexuales, lesbianas, transexuales y trabajadoras sexuales en Alicante*⁵. Fruto de mi participación en dicha investigación surge la necesidad de redoblar esfuerzos con las personas transexuales, principal razón de este Informe.

El contexto social en el que se hallan inmersas las define y predispone a la vulnerabilidad en áreas básicas como la salud, el acceso a los servicios de salud y la ciudadanía.. El conocimiento específico y particular es preciso para concretizar programas de prevención efectivos.

Por esta razón desde el Área de Salud se ha estimado conveniente la puesta en marcha de una *Estrategia de Prevención del VIH/Sida con mujeres transexuales que ejercen la prostitución* financiada por Ministerio de Sanidad y la FELGTB⁶ (Septiembre-Diciembre 2009). Teniendo como recurso básico la difusión de material preventivo a TTS y financiación económica para el desarrollo de grupos de discusión/grupos focales.

⁵ Entidad financiadora: Concejalía de Acción Social del Excelentísimo Ayuntamiento de Alicante, con fondos de la Convocatoria de Subvenciones a Asociaciones en el ámbito de los Servicios Sociales de Alicante (2008).

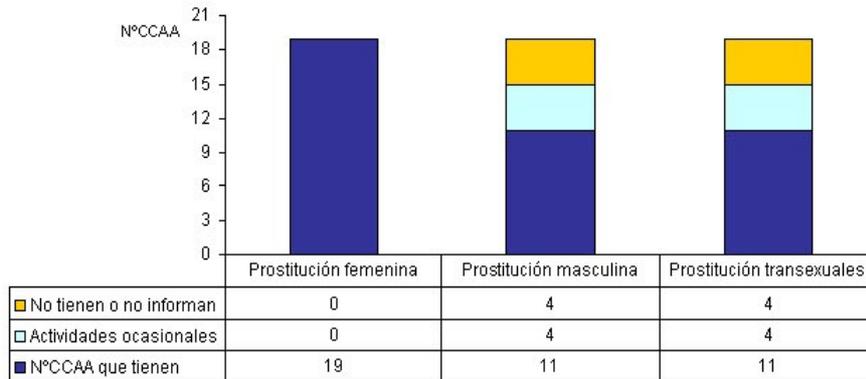
Objetivos: El propósito de la investigación consistió en obtener un diagnóstico de aspectos relacionados con la sexualidad, el sexo, el género, la pareja estable, las relaciones sexuales pagas, el uso de sustancias psicoactivas, el conocimiento sobre VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS); la situación de homofobia, transfobia y lesbofobia, y las formas como las personas homosexuales, lesbianas y transexuales y o transvestis femeninas trabajando sexualmente desean recibir información y prevención sobre VIH/sida e ITS.

Colaboración: La investigación fue realizada con el apoyo técnico de los/las Profesionales miembros/as del Equipo asistencial del CIPS Centro de Información y Prevención del SIDA de Alicante y de la Doctora María Mercedes Rizo, Coordinadora del "Grupo de investigación Salud y Cultura en Grupos vulnerables" de la Universidad de Alicante.

Fecha de finalización: abril de 2009

⁶ Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales

Gráfico 17. Programas de acercamiento a personas que ejercen la prostitución.
España. 2007



Fuente: Informe del cuestionario de prevención del VHI en la Comunidades Autónomas (ICAP 2007). Ministerio de Sanidad y Consumo

El papel del agente social en este Informe queda claro en este sentido.

En lo referente a la academia, decir que desde la Universidad de Alicante, concretamente el Instituto de Desarrollo Social y Paz, Daniel La Parra Casado (profesor titular de sociología) dirige el *Estudio de la salud de la población extranjera a partir de las encuestas de salud: desigualdades en salud y evaluación de los sesgos de participación de las encuestas nacionales de salud*⁷.

⁷ Entidad financiadora: Plan Nacional de I+D+i 2008-2011, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación.

Duración: 2009-2011.

Profesores participantes: Miguel Ángel Mateo Pérez, Cristina López y Daniel La Parra Casado

Técnico superior: Erika Masanet Ripoll

Objetivos: A) Explicación de los sesgos de participación y pautas de no respuesta de la población extranjera en la Encuesta Nacional de Salud de 2003 y de 2006. B) Identificación de pautas de desigualdades sociales en salud en la comparación de la población extranjera y población con nacionalidad española, atendiendo a la desigualdad de género en indicadores básicos de salud autopercibida y utilización de servicios hospitalarios, de urgencias y de medicina general.

Metodología:

A) Comparación de la estructura de edad, sexo y distribución geográfica de la población extranjera registrada en el Padrón Municipal (INE, diversos años) con la estructura de la población extranjera incluida en la muestra de las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006.

B) A partir de los ficheros de microdatos de las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006 realización de distintos modelos de regresión logística sobre la probabilidad de contar con mala salud,

Inmigración, salud y servicios de salud son los pilares básicos de ambos proyectos. Se llegaron a sinergias en las que se compartían campos de trabajo clave (población inmigrante, servicios de salud, vulnerabilidad en la salud), caracterizado en ambos casos por la probabilidad de no acceso efectivo a los servicios de salud.

1.4 Cronograma

| FECHA | ACTIVIDAD DESARROLLADA | OBJETIVOS |
|---------------------------------------|--|---|
| 19/10/2009 | <i>Entrevista en profundidad</i> | Entrevista (<i>semiestructurada no dirigida</i>) a una trabajadora sexual transexual latina |
| 23/10/2009 | <i>1ª Visita zona de trabajo</i> | Etnografía en la Zona Horario: 22:00h-00:00h |
| 1/10/2009 1/11/2009 | <i>Observación participante en foros de temática trans</i> <i>Periodismo investigativo</i> | Analizar los comentarios aportados en foros de temática de autohormonación y piezas periodísticas en las que se trate la violencia ejercida contra las personas trans |
| 27/10/2009 | <i>1º Grupo de discusión</i> | Coloquio-debate entres siete trabajadoras sexuales trans. Dentro de bloques temáticos: VIH/ITS, trabajo, migración, etc. |
| 9/11/2009 | <i>Entrevista a Manuel Velandia Mora</i> <i>Sexólogo Responsable del Área Salud en DecideT</i> | <i>Investigación exploratoria para la Prevención del VIH/sida y la ITS en transexuales femeninas trabajadoras sexuales TF/TS en Alicante</i> (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y ejecutado por la FELGTB) |
| 7/11/2009 14/11/2009 21/11/2009 | <i>Curso de formación para el diseño de programas de información y prevención del VIH/SIDA y las ITS</i> | Facilitar la formulación de estrategias educativas, informativas mas eficaces y pertinentes para la prevención y la atención del VIH/SIDA, las ITS y la salud sexual, mediante una mejor comprensión de las referencias y los recursos culturales y su integración en |

problemas de salud diagnosticados, limitaciones para la actividad principal, haber realizado visitas de medicina general, haber sido hospitalizado o haber utilizado servicios de urgencias en función de la nacionalidad, edad, sexo y otras variables de tipo socioeconómico (nivel educativo, clase social ocupacional, prestigio ocupacional, prestigio socioeconómico, experiencias de discriminación, nivel de ingresos, situación ocupacional o roles familiares).

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>la preparación de respuestas pertinentes a los diversos grupos poblacionales.</p> <p>Organiza: DecideT, CIPS y Sede de la UA.</p> <p>Horario: 17:00/21:00h en la Sede de la UA.</p> |
| 16/11/2009 | <p><i>Entrevista a Luis Segura</i></p> <p><i>Sexólogo</i> <i>Miembro del Equipo Interdisciplinar de la provincia de Alicante</i></p> | <p>Comprender el funcionamiento del Protocolo de actuación sanitario para personas trans en la provincia de Alicante</p> |
| <p>24/11/2009 25/11/2009 26/11/2009 27/11/2009 28/11/2009</p> | <p><i>Semana de SIDA y Vida</i></p> | <p>De SIDA y vida es una estrategia que pretende informar a l@s habitantes de Alicante sobre la importancia de la salud sexual y el riesgo de las ITS. Se informará sobre: la situación epidemiológica en el estado español, infección de VIH (alternativas de tratamiento), los procesos de pre y post prueba, la vulnerabilidad y el rol de las mujeres lesbianas y bisexuales frente a la epidemia del SIDA y las ITS.</p> <p>Organiza: DecideT y Centro de Información y Prevención del SIDA Horario: 19:00/21:00h (excepto el 28 de 18:00/21:00h)</p> |
| 26/11/2009 | <p><i>Jornadas culturales sobre prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual</i></p> | <p>Charla-taller impartida por trabajadora social del Departamento de Drogodependencias. Los destinatarios de la dinámica es la población latinoamericana. Disponiéndose tres días mas para la población de Europa del Este, hombres árabes y mujeres árabes.</p> <p>Organiza: Asamblea Local de Cruz Roja Alicante. Financiado por el Plan Nacional Sobre el SIDA.</p> <p>Horario: 20:00h</p> |
| 28/11/2009 | <p><i>2ª visita zona de trabajo</i></p> | <p>Horario: 22:00h-00:00h</p> |
| 12/12/2009 | <p><i>3ª visita zona de trabajo</i></p> | <p>Horario: 22:00-00:00h</p> |
| 15/12/2009 | <p><i>2º Grupo de discusión</i></p> | <p>Objetivo: Desarrollar ideas a raíz del concepto de VIH/SIDA, formas de transmisión, transfobia, ciudadanía y descripción de la zona de trabajo.</p> |
| <p>19/12/2009 20/12/2009</p> | <p><i>Curso sobre intervención para la prevención del VIH/SIDA en espacios públicos</i></p> | <p>Taller formativo impartido por la FELGTB. Subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Política Social.</p> <p>Lugar: Madrid Horario: Fin de semana</p> |

| | | |
|------------|------------------------------|--|
| | | |
| 21/12/2009 | 3º <i>Grupo de discusión</i> | Objetivo: Desarrollar ideas a raíz del tema de la autohormonación, percepción social del estigma de ser trans, valoración de la familia y amistades, ocio. |

2. Metodología

Las estrategias para acceder a la población clave, y analizar la información emergente, han sido cualitativas debido a que estamos ante agentes de cambio diversos y numéricamente no representativos para la aplicación de técnicas cuantitativas (máximo 20 TTS).

En todo momento se garantiza el anonimato de las participantes en dicha investigación, denominando “hablantes” a cada sujeto interviniente en los grupos de discusión.

Sobra decir que todas las prostitutas que accedieron a ser entrevistadas lo han hecho libre y voluntariamente, afirmando ser independientes en todo momento, y plasmándose literalmente todas las opiniones, reflexiones y declaraciones en este Informe.

Las técnicas cualitativas empleadas son:

- 1) *Observación participante*. Se han realizado dos tipos de observaciones. En primer lugar, observación física en la zona (tres visitas) y difusión de material preventivo (dentro del proyecto de DecideT). En segundo lugar, una observación virtual (durante tres meses) en foros y páginas web especializadas en procesos de autohormonación. Espacios en red dónde convergen relaciones interpersonales, información y debates acerca del proceso transexualizador.
- 2) *Entrevista en profundidad*. Relato biográfico a una TTS veterana en la prostitución trans de la ciudad de Alicante. Las características de la entrevista es que no es dirigida, aunque si tiene un mínimo de estructura al presentar los tres bloques temáticos básicos de este Informe (salud, servicios de salud y contextos). Se genera material primario de 4 horas de duración en el que se entremezcla biografía, experiencias, conocimientos, valoraciones y posicionamientos.
- 3) *Grupo de discusión*. Desarrollo de tres grupos de discusión compuestos por 10 participantes cada uno. Cuentan con una duración de 2-3 horas en las cuales se

propician debates y grupos focales entorno al material preventivo (valoración, experiencias), VIH/SIDA (autopercepción, valoración campañas), hormonación (valoración proceso médico) y violencia (agresiones en la zona, invisibilidad y marginación).

4) *Periodismo investigativo*. Análisis cualitativo durante tres meses de aquellas noticias en las que sean protagonistas las TTS en soporte virtual (periódicos virtuales). La información obtenida se triangulariza con la información obtenida en las técnicas cualitativas.

2.1 Descripción del trabajo de campo de cada una de las técnicas empleadas

1) Observación participante:

El estudio de campo físico se ha llevado a cabo en la zona de prostitución transexual de la ciudad de Alicante (Zona portuaria, Avda. Elche). Tres visitas de 4 horas en las que dentro del proyecto de prevención de DecideT hizo difusión de material preventivo (condones y lubricantes). Una media de 5 preservativos y 5 sobres de lubricantes para cada TTS en cada visita, siendo el total de usuarias en cada visita entre 6 y 10.

Empleando el material preventivo como vínculo entre el investigador y las usuarias se ha logrado cercanía y la confianza necesaria para concertar una entrevista en profundidad con la jefa de zona, quien se muestra participativa y con ganas de narrar su relato biográfico⁸.

Dentro del trabajo de campo se realizaron consultas breves relacionadas todas ellas con la salud (dudas sobre el acceso al tratamiento postexposición, características del preservativo y uso del lubricante) y la violencia (breve exposición de las agresiones sufridas en ese día).

Realizar el trabajo de campo no fue complicado ya que se han aprovechado las sinergias entre el Área de Salud de DecideT y los objetivos del Informe.

⁸ Las características de la jefa de zona que dieron lugar a realizarle una entrevista en profundidad fueron los siguientes: es la más veterana en la zona, fue activista en su país al igual que jefa de zona y vertebró a las TTS en la zona de cara al exterior ya que cuenta con la consideración de todas las TTS.



Fuente: *Elaboración propia*

El desarrollo de un análisis realista y diverso pasa por el acercamiento físico y humano al grupo de interés en cuestión. No basta con una cercanía racional, hace falta un *vínculo* en el trabajo de campo.

El **anonimato**⁹ es básico en el sentido de que las TTS deben saber que existen programas específicos y colectivos para lo que quieran, disponen de tarjetas con el contacto pero se debe velar por su intimidad¹⁰ (no molestar cuando se acercan clientes, no publicar sus nombres, etc).

Una buena gestión del anonimato es crucial para el desarrollo del programa de intervención ya que una cercanía creciente implica mayor conocimiento de la realidad social del grupo de interés y mayor confianza a la hora de establecer una agenda para reuniones.

Las **necesidades y expectativas**¹¹ de los informantes (grupo de interés en el estudio) y los agentes sociales (asociaciones e investigadores) son totalmente distintas si se plantea el trabajo de investigación como un trámite burocrático en el que un sujeto analiza las propiedades del objeto para entregarle la receta mágica que lo cure de todos sus males.

Las **características de los informantes** son heterogéneas pero estamos ante trayectorias vitales prácticamente semejantes. El hecho de proceder de la

⁹ Una mala gestión del anonimato puede desencadenar procesos de autoexclusión del programa de intervención, con la consiguiente invisibilidad y ausencia de confianza por parte del grupo de interés. Inexistente la comunicación, podemos dar el proyecto por concluso.

¹⁰ Manuel Velandia (Área de Salud, DecideT) afirma que "Prefieren venir, no que vayamos a casa, tienen miedo a que las delatemos, porque si se prostituyen en casa prefieren no ser identificados en su lugar de vivienda. De ahí la necesidad de hacer grupos de discusión en lugares neutros y en su zona de trabajo".

¹¹ Aunque las expectativas de unos y otros sean las mismas, por parte de los agentes interventores no se puede insinuar que se tienen trabajadas y prefijadas las expectativas de las TTS, se creará recelo y apatía a la hora de participar activamente en el programa de intervención.

misma región, América Latina, conlleva procesos socializadores muy semejantes y etapas vitales sucesivas en base a fenómenos compartidos: emigración, proceso hormonal, trabajo sexual, estigmatización.

En el caso de la zona en la que se desarrollo el estudio la mayoría de las TTS son de Ecuador, exceptuando un 3% aproximadamente, que serían rumanas y españolas.

El **fomento de la autoresponsabilidad y prácticas de autocuidado** forma parte integral dentro del programa de intervención ya que es en esta parte del estudio donde surge el empoderamiento¹².

El material preventivo es una parte de un proceso de intervención en la cual debe primar la comunicación no estereotipada y libre de prejuicios. Los recursos disponibles que se distribuyen son “el gancho”, en verdad, para hacer intervención. Una vez que la persona admite el condón permite que se inicie una comunicación entre iguales. Se pueden implementar estrategias comunicativas en las que el investigador etnográfico se interese por las necesidades de la persona (se inicia un proceso de conocimiento mutuo), las inquietudes del día, las anécdotas. Eso da lugar a una paridad epistemológica que pone al mismo nivel los sujetos interactuantes, de ahí se compromete a las personas implicadas en futuros encuentros fuera de la zona.

Uno de los objetivos marcados en nuestras visitas a la zona era establecer un calendario para realizar los grupos de discusión y la entrevista en profundidad a la jefa de zona.

La **cotransformación de la realidad social** vendría a ser el resultado de un proceso en el que ambas partes interactúan en la definición, desarrollo y evaluación del programa de prevención e intervención.

Desde el Área de Salud de DecideT se ha considerado importante saber realmente que tipo de prácticas realizan las usuarias de los programas de

¹² Al respecto del empoderamiento Manuel Velandia afirma que “*con las que están en la calle conocemos a la jefa de zona, es un contacto porque tiene credibilidad con las otras, es un puente entre las chicas y nosotros. Pero en tema de salud e infecciones hacemos grupos de discusión. Lo que queremos a largo plazo es entrenar a una chica y que haga ella la prevención en la zona y dirija los talleres con nuestra supervisión*”.

prevención, sino se corre el riesgo de que no cumplan los objetivos propuestos y por tanto no se estén satisfaciendo las necesidades reales de las TTS¹³

La finalidad de promocionar material de prevención debe ser visto como necesario y útil para ellas (necesidades intrínsecas, no foráneas) de lo contrario se corre el riesgo de caer en el asistencialismo¹⁴. Por esta razón el objetivo debe ser la realización de grupos focales en la zona, durando media hora en los que participan entre 3-7 chicas (debaten entorno al uso de preservativos y lubricantes).

El estudio de campo virtual hace referencia a la obtención de información primaria de foros de temática transexual orientados a satisfacer una necesidad de información sobre la autohormonación, puesta en común de tratamientos, apoyo, etc.

Durante 3 meses desde las 20:00h hasta las 21:00h se han analizado todas las aportaciones nuevas en cada etiqueta de dos foros especializados¹⁵. Debates entre usuarias registradas y usuarias no habituales que origina una serie de conocimientos extraoficial al sistema sanitario.

El objetivo principal del estudio de campo virtual es la obtención de información acerca del fenómeno de la autohormonación y consecuencias físicas de la ingesta de tales hormonas.

2) *Entrevista en profundidad*

Mediante una entrevista/relato biográfico de 4 horas a la jefa de zona se ha reconstruido la trayectoria vital de una TTS de una manera no dirigida, aunque

¹³ Una participante del segundo grupo de discusión afirmó lo siguiente: "Algunas me han dicho que pica mucho el condón, y por eso con los clientes no lo suelen usar"

¹⁴ Un agente social define las necesidades de un individuo/grupo poblacional y se limita a la dependencia creciente de traspaso de recursos. No se fomenta el autoempoderamiento, sino todo lo contrario. Claro ejemplo de ello es que el simple reparto de condones no es una estrategia de prevención ya que no hay comunicación participativa. Las TTS no ven la estrategia como algo real y efectivo para ellas, ya que sólo participan en la recogida de condones.

¹⁵ Este Informe garantiza el anonimato de los foros puesto que el objetivo es extraer la información, no la fuente.

si semiestructurada por el hecho de guiar la entrevista en bloques temáticos claramente sucesivos (vida, salud, sanidad, contexto).

El lugar donde se desarrolló la entrevista fue en su domicilio particular, dentro de un clima amigable y cordial en el que narró y (auto)valoró aspectos básicos de su vida en temas de salud, familia, instituciones, relaciones grupales, violencia, etc. Al mismo tiempo ha ido presentando las principales etapas vitales, acontecimientos y procesos bajo su criterio, con la intención de no definir en la entrevista el relato biográfico de una manera homogénea y causal (procesos que expliquen otros procesos → ordenación autoconstruida).

3) *Grupo de discusión*

La realización de tres grupos de discusión es el pilar del Informe, en cuanto a obtención de información. Desde la experiencia colectiva durante 3 horas cada grupo de discusión ha ido detectando necesidades, aspiraciones, contextos, situaciones que afectan y condicionan a las relaciones con los servicios de salud, los derechos sociales efectivos y la salud de las TTS.

Cada grupo contó con 5-8 participantes, quienes a nivel micro reflejaban que acontece a nivel macrosocial intercambiando experiencias y posicionamientos. Ejemplo de ello es la discusión existente en base al papel del endocrino en el proceso transexualizador que deriva en un debate acerca de que hormonas consiguen cambios significativos a corto plazo sin riesgo aparente para la salud.

El objetivo fundamental en los grupos de discusión consiste en el surgimiento de necesidades y valoraciones entorno a temas relacionados con la salud, la sanidad y la violencia.

En primer lugar cada TTS se presenta 5 minutos al resto del grupo para pasar posteriormente a debatir dentro de bloques temáticos cerrados en lo que responden a cuestiones de manera colectiva (uso del preservativo, relación con los clientes, valoración del trabajo sexual y de los servicios de salud existentes, etc.)

4) *Periodismo investigativo*

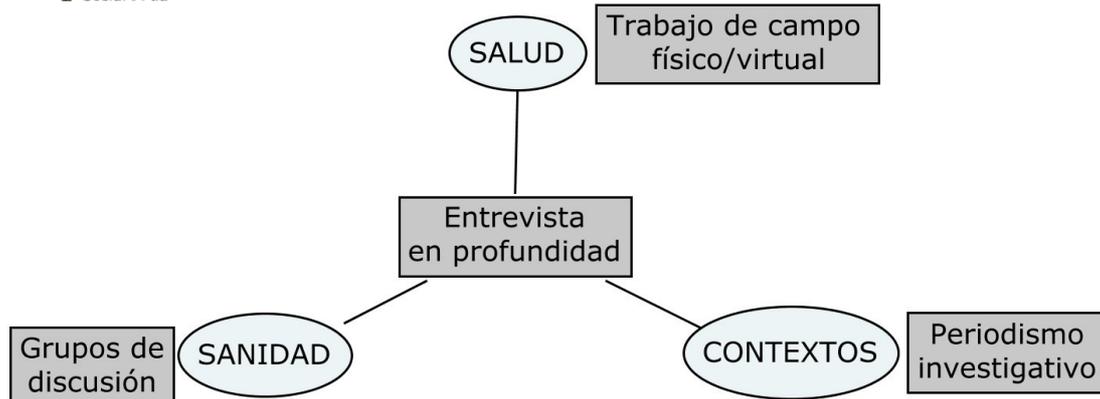
A raíz de la importancia que las TTS dan a la violencia sufrida y la hormonación en el grupo de discusión, se decide indagar en los medios de información digitales sobre los casos mas recientes de agresiones (violencia ejercida contra personas transexuales que ejercen la prostitución) y proceso de hormonación (reasignación sexual).

El resultado fue un análisis de contenido de 20 piezas periodísticas (noticias) cuyos resultados están incluidos funcionalmente en la estructura global del Informe, sirviendo esta técnica como apoyo técnico y fuente de información primaria.

2.2 Posición del sujeto investigador

El sujeto investigador se traduce en este Informe en el dinamizador de un proceso transversal en el que la información debe emerger de manera no dirigida. El componente humano es básico para la puesta en práctica de estas técnicas ya que la cercanía garantiza una perspectiva y una representatividad mayor. Un moderador con capacidades que debe relativizar conocimientos, esquemas y estereotipos previos si establece como objetivo la asunción de actitudes y aptitudes de las TTS.

2.3 Diseño de la investigación. Combinación



Las cuatro técnicas empleadas no han sido aplicadas con rigidez pero si podemos decir que la entrevista en profundidad y el conocimiento de la zona ha condicionado el empleo de unas u otras técnicas. En temas de salud es más efectivo el trabajo de campo por la cercanía originada con el reparto de preservativos y la identificación con una organización social, y no con una institución académica o sanitaria (generalmente más distante para los agentes de cambio). Es valorado positivamente el acceso a la zona (trabajo de campo) por parte de DecideT, pero no de instituciones sanitarias.

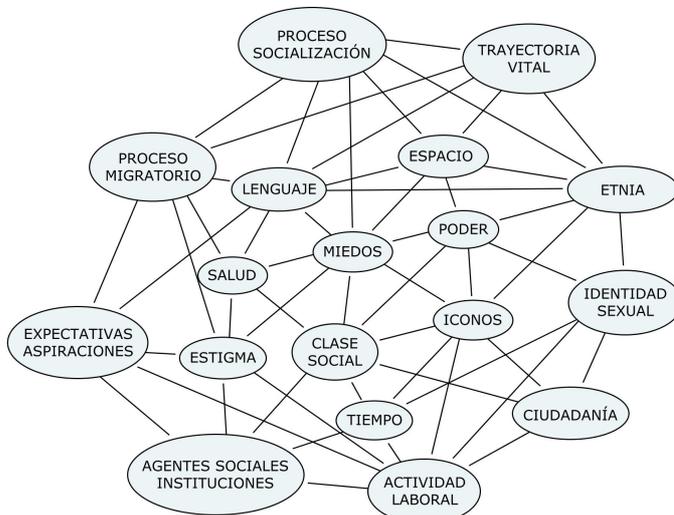
En sanidad, como lo que interesa son valoraciones y experiencias, la puesta en común conjunta en grupos de discusión es una técnica efectiva, combinada con el trabajo de campo físico ya que comentan las características del material preventivo, los cambios que se pueden realizar y la valoración de los programas de prevención.

El periodismo investigativo se sustenta como técnica sobre la información obtenida de la entrevista en profundidad y los grupos de discusión, al tratarse de la literalidad de las agresiones y escenarios de violencia (representatividad en los medios).

Llegamos a la conclusión de que la triangulación de técnicas no genera información redundante, sino más especializada y mejor justificada en múltiples fuentes de información.

3. Resultados

Las características de las informantes son tan diversas y complejas que requieren procesos de acercamiento empírico. Procesos de socialización endogrupal (etnia, lenguaje, clase social, imaginario colectivo) y procesos migratorios inacabados (habiendo emigrado a más de un país y teniendo en mente continuar migrando), da lugar a un mapa interrelacional (transidentitario) en el que la identidad, la salud y el espacio se entrecruzan con variables como el tiempo, el estigma o la trayectoria vital. Procesos sociales enmarcados dentro de procesos macro (trayectoria vital) vertebradores de procesos micro (espacialización urbana, socialización endogrupal).



En lo que respecta a los objetivos de este Informe, el interés radica en **los procesos de construcción de la salud, interrelaciones con los servicios de salud y procesos de vulnerabilidad.**

Analizando tres subprocesos de las trayectorias vitales conformaremos el grupo poblacional sujeto de estudio. Lo que nos permitirá comprender un poco mejor *el qué, quién, dónde, cómo, cuando, por qué, para qué...*

Humanizar y dar rostro al “sujeto de estudio” es primordial, tanto como el aclarar conceptos, enriquecedor tanto para el(la) lector(a) como para la credibilidad de las ideas expuestas de aquí en adelante.

Si el grupo social protagonista del Informe define el contexto, sujetos y variables en las que interrelacionan mejor que mejor, la investigación cualitativa tendrá sentido.

El contenido del Informe se ha dividido en tres bloques temáticos (servicios de salud, vulnerabilidad en salud y contextos) en los que se desarrolla la

información primaria junto con notas explicativas, todo ello enmarcado en una perspectiva global constructiva que definirá la triple vulnerabilidad.

3.1 Servicios de salud

El acceso a los servicios de salud al igual que la relación con los profesionales de instituciones sanitarias y organizaciones sociales, forma parte de un escenario sociológico de suma importancia para comprender la vulnerabilidad en la salud. A parte del material preventivo y sus condiciones, y la existencia o no de un determinado servicio, interesa centrarse en la valoración que las prostitutas hacen de tales servicios y profesionales de la salud, la existencia de relaciones de poder, características particulares no tenidas en cuenta que dificultan el acceso, el trato humano existente, aptitudes extraprofesionales de los(as) especialistas, actitudes, lenguajes compartidos, intereses recíprocos, etc.

No se trata por tanto únicamente de facilitar el material preventivo, sino también de ofrecer un servicio integral de asesoramiento, encuentro, cercanía, acompañamiento y transversalidad en el que los pacientes sean agentes protagonistas de su salud, autocuidado y personalidad.

Se estimó oportuno, en vista a la información recogida, articular dos ejes básicos: por un lado el referente a la salud sexual (tratamiento post exposición, relación con agentes sociosanitarios, material preventivo) y por otro lado el proceso transexualizador institucional (relación con expertos en la materia y necesidades no resueltas).

3.1.1 VIH e ITS: agentes sociales y prevención

Existen en la ciudad de Alicante organizaciones sociales e instituciones públicas especializados en VIH/SIDA que facilitan material preventivo al igual que facilitan un asesoramiento y pruebas gratuitas y anónimas de VIH/SIDA. Preferentemente con el CIPS y programas temporales de organizaciones sociales suelen abastecer de material preventivo a las TTS. Estas a su vez

acuden una vez al año al médico de cabecera para revisiones generales y al CIPS para realizarse pruebas de VIH/ITS y recoger material preventivo.

Todas las participantes en los grupos de discusión aseguran tener acceso a los servicios sanitarios derivados de la posesión de la tarjeta sanitaria, aunque en la mayoría de los casos la situación residencial sea irregular o en trámite de ejecución.

“Acudo a la consulta médica una vez al año, pero me siento mas anónima en el-----. Me dan preservativos y me hacen las pruebas, eso es lo que quiero”
2º Grupo de discusión
Hablante nº2

Dicha situación da lugar a que exista el miedo a la expulsión del país, por eso afirman sentirse mas seguras en centros sanitarios públicos especializados en materia de VIH. Sienten que queda garantizada el anonimato, la prueba confidencial y el acceso gratuito a material preventivo (condones y lubricantes), al igual que perciben un trato más humano y menos institucionalizado.

Aunque eso no quiere decir que no acudan al médico de cabecera, pero el papel de la trabajadora social o el especialista en VIH del centro público se convierte en un profesional necesario, tanto en sus vidas laborales como afectivas. La relación profesional-paciente se traduce en la de profesional-agente. En palabras de una profesional entrevistada: *“Digamos que son especiales, lloro y río con ellas, a veces quieren un hombro para llorar y hay que dárselo, su situación suele ser delicada”*.

La relación con las autoridades sanitarias en general suele ser conflictiva y poco fructífera, cuando se les menciona el concepto de “sanidad” no se obtiene una valoración positiva.

Destacan el papel imprescindible de profesionales y el trato humano de ciertas personas que tienen una visión compartida, social, ajena a lo estrictamente profesional. En palabras de una usuaria de un centro especializado en VIH/SIDA: *“Yo voy a ----- y me siento como en casa, las conozco a todas, no puedo decir nada malo de ellas, se que están para lo que necesite”*.

Los profesionales de las instituciones sanitarias y gubernamentales (no centradas en salud sexual) no es efectiva, para ellas, en el sentido de que no

se tiene en cuenta la vulnerabilidad en relación al VIH, ni sus condiciones socioeconómicas particulares, ni sus trayectorias vitales.

En referencia a la información sobre ITS consideran que hay cierta hipocresía, cuando por un lado se les facilita mucha información y material preventivo, pero no se les facilita una alternativa viable al tener que ofrecer servicios sexuales como único medio de supervivencia.

Nadie tiene que decirles que existen riesgos, puesto que los consideran evidentes exigen medidas y acciones claras.

“Una cosa que tendríamos que ver todos los españoles ¿Qué haces que yo tenga el SIDA si tengo que ir trabajar? ¿En qué forma me esta ayudando el gobierno? ¿Cómo nos protegen? Yo voy a la zona follo contigo se rompe el condón y ya estás contaminado. Ya perteneces a mi bando. Deberían hacer como hace Francia, le dan papeles, lo protegen, lo tienen ya. Tú tienes esto y te quedas aquí, porque lo cogiste en mi país”

Entrevista en profundidad

“Pero si sabes que tiene el SIDA, te mandan un doctor, cuando te chequea te saca sangre, ala, chao, adiós, fuera maricón de aquí.

Y la mariquita regresa otra vez a su sitio y sigue puteando y chupando, y si tiene una muela podrida que le está sangrando pues ya está, perteneces a mi bando”

Entrevista en profundidad

De la inoperancia que definen como tal en este tema surge la falta de credibilidad con la que cuentan profesionales como el psicólogo o el endocrino. Consideran que el trato es muy distante en el sentido de que no se tiene en cuenta la escala de valores de las usuarias de los servicios sanitarios al igual que tampoco se tienen en cuenta sus condiciones socioeconómicas y el factor tiempo. Esto genera desconcierto e inexistencia de nexo entre dos polos que se muestran no relacionados en ese sentido.

Por esta razón tienen mas relación y vínculo con organizaciones sociales que satisfacen las necesidades en temas de salud (servicio integral que trasciende a la atención sanitaria) pero con un trato más transversal, valorando positivamente el papel de cada profesional, no conjuntamente lo que representa una institución como la sanitaria.

3.1.2 Servicios sanitarios: sexólogo y endocrino

“Tienes que tener unos años hormonizándote para darte el nombre. Y mientras pides la consulta, te la darán a los 30 en vez de a los 18 años. Si eres una mujer completa, hecha, tienes el derecho de tener un nombre. También, si eres una travesti que tienes el pelo largo, que tienes tetas, cuerpo de mujer, se merecen también el nombre de mujer”
Entrevista en profundidad

“Imagínate que cuando desperté, yo no se como contarte esto. Mucha gente creerá seré frívola. Yo pienso que nunca tuve pene, pienso que lo que tenía encima de la vagina, era como puesto algo encima entre mis piernas”
Entrevista en profundidad

La Ley de Identidad de Género (2007) que reconoce los derechos de las personas transexuales a la reasignación sexual se dota de toda una serie de recursos, profesionales, tiempos y objetivos para el inicio/final del proceso transexualizador. En muchos casos se convierte en un obstáculo para aquellas personas transexuales que no se ven reflejadas en las expectativas y necesidades del colectivo transexual.

En el caso de las TTS latinas se ha comprobado que es francamente complicado encajar las necesidades y expectativas de las autoridades sanitarias por una parte, y la de las TTS por otra.

Es interesante comprobar que aunque tengan acceso al proceso transexualizador se muestran reacias a participar en él por diversos motivos: los profesionales carecen de credibilidad para ellas, los tiempos y plazos existentes son percibidos como prescindibles, se sienten objetos-paciente en vez de sujetos-agentes.

Criterios necesarios para inicio de cirugía castradora

- Mayoría de edad legal
- Tratamiento hormonal continuado durante 12 meses sin contraindicación médica
- Experiencia continua en la vida real con éxito durante 12 meses
- Si lo indica el/la sexólogo/a (psicólogo clínico/médico) la participación responsable en psicoterapia durante la experiencia en vida real

Esquema mínimo de seguimiento endocrinológico para el tratamiento de reasignación hormonal en los transexualismos

- Diagnóstico según criterios DSM-IV-TR / CIE-10
- Diagnóstico diferencial endocrinológico
- Detección de otras Endocrinopatías (estados intersexos)
- Detección de Metabolopatías (Dislipemia, HTA, Diabetes)
- Trastornos de la coagulación
- Inicio del tratamiento hormonal
- Control trimestral para evaluación clínica, bioquímica y hormonal. Ajuste de dosis
- Seguimiento durante 12-18 meses
- Reasignación quirúrgica de sexo
- Seguimiento semestral para seguimiento terapia hormonal de sustitución

Fuente: Protocolo de actuación para la atención sanitaria integral a las personas transexuales. Enero, 2008. Comunidad Valenciana

La existencia de Terapias de Reemplazo Hormonal (TRH) institucionalizadas y no-institucionalizadas son realidades sociales antagónicas. Siendo la primera poco conocida para las TTS, y la segunda consiguiendo cada día mas usuarias.

Aunque dispongan de tarjeta sanitaria son varios los motivos por los que ven con recelo tal "intrusismo" profesional en procesos personales. No comprenden por qué existe tal interés por controlar la reasignación de sexo, y en proponer alternativas reales a la prostitución no.

Hay que comprender, bajo la óptica migratoria, que disponen de experiencias endogrupales contrastadas con compañeras y amigas, en origen existe una socialización fuerte en lo que se refiere al proceso de la autohormonación, procesos y culturas que las acompañarán en sus procesos migratorios.

Las etapas son complejas y lentas, principal característica que rivaliza con las experiencias previas de compañeras y conocimientos básicos que adquieren mediante la red virtual: blogs, foros (accediendo desde cibercafés o la residencia particular) e intercambio de información en la zona.

La valoración de este tipo de medios de comunicación es frecuente en los países de origen y en destino, convirtiéndose el foro virtual en el nexo de unión del alter-proceso transexualizador (conocimiento, encargos y pedidos de fármacos, amistades).

“Transexual yo pienso que es la persona que ha terminado de hacer su cambio, la persona que se ha puesto tetas, se ha hecho la nariz, se ha estirado la cara, se ha hecho pómulos, se ha sacado una costilla para tener mas hundidas las caderas, se ha puesto silicona para tener un cuerpo de mujer, y por último ha terminado operándose haciéndose una vagina”
2º Visita a la zona

*“Habéis hecho de nosotros la peor burla del mundo,
todo esto es un juego”*
Entrevista en profundidad

No son capaces de comprender por qué la sanidad debe meterse en un proceso que al fin y al cabo consideran personal y particular. Vivido en origen como un proceso al que deben afrontarse solas o bajo el consejo de compañeras o “madrina de hormonas”. El proceso transexualizador es un proceso identitario personal, en el que como mucho, interviene el entorno endogrupal (socialización interna) de compañeras, pero no lo perciben como un proceso sanitario, traducido en un servicio de salud, definido y orientado por psicólogos, sexólogos, psiquiatras y endocrinos.

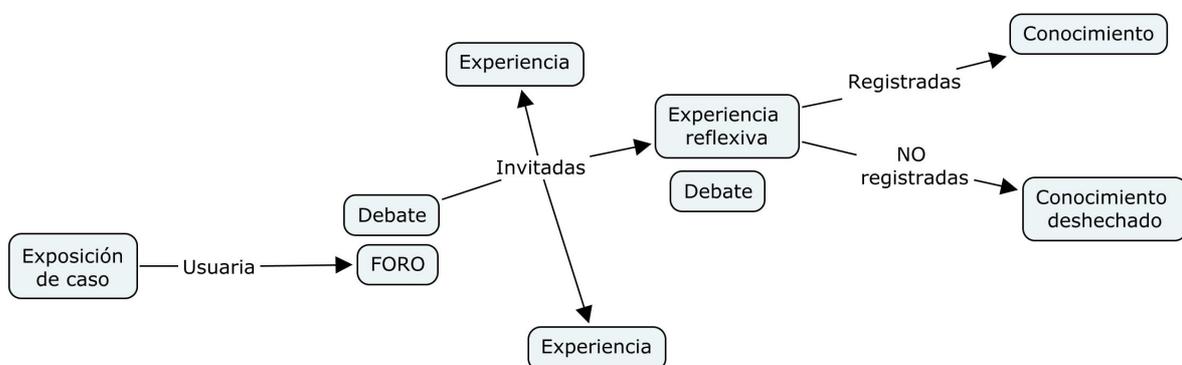
“Seamos honestas... muchas chicas jamás han ido a un endocrinólogo... y les ha ido de maravilla... quizá las de aquí del foro no, por tener recursos para doctores y terapeutas y todo bien llevadito pero allá donde transicioné, conviví mucho con chicas que no tuvieron la suerte que nosotras tuvimos de tener a todo lujo un médico y un psicólogo y todo lindo”¹⁶

Bien sea por motivos socioeconómicos o inaccesso a servicios sanitarios en los países de origen, el caso es que mayoritariamente no existe vinculación con los profesionales del Proceso Transexualizador (psicólogo, sexólogo y endocrino) porque para las TTS latinas de este Informe carecen de credibilidad y son percibidos como roles dentro dentro de un programa prescindible, ya que existe una cultura autohormonizadora que les facilita información, valoraciones y consejos.

“Vas donde un médico, uno de estos que te dan hormonas, un endocrino. Que coño será esa pendejada, nosotras jamás hemos ido a eso, ¿por qué os metéis en ese mundo? Todas las que están en la calle no sabemos que es un endocrino, ni conocemos de que coño es eso, vosotros sois los civilizados. Mandar a un gilipollas de esos para que a los 6 meses me haga esperar para decirme que hormonas tengo que ponerme. Hay unas listas de espera interminables, hasta de dos años”
2º Grupo de discusión

¹⁶ Comentario extraído de un foro virtual dedicado a la autohormonación (publicado el 2/1/2009, leído el 5/11/2009)

En el proceso comunicativo virtual se realiza una puesta en común de experiencias con los fármacos (estrógenos, anticonceptivos, etc), autoridades sanitarias y expectativas grupales. Las experiencias se transforman en conocimiento, aunque no todas las participantes contarán con la misma consideración, y por tanto, sus aportaciones serán meras opiniones. Existen las “usuarias”, realizan consultas, exponen dudas y tratan de buscar aclaraciones a hechos puntuales; por otro lado, están las “invitadas”, serían las usuarias que se interrelacionan en el tiempo, comienzan buscando información puntual y terminan satisfaciendo necesidades sociales y grupales de diversa índole; y en último lugar, están las “registradas”, contarían con una credibilidad otorgada por todas las usuarias de los foros virtuales, basándose en la autoexperiencia y la forma de resolver dudas a compañeras en general. Son las registradas las que generan conocimiento, una información que cuenta con el valor añadido que el grupo le otorga al ser recomendada por todas las usuarias.



Fuente: Elaboración propia

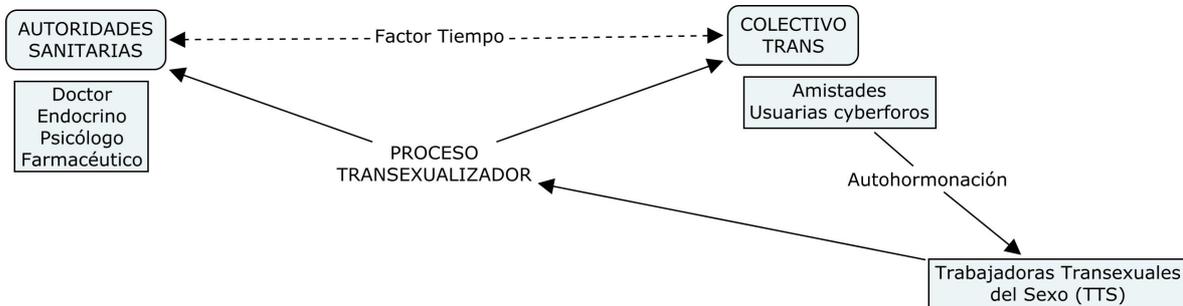
El **factor tiempo** es una variable que no se tiene en cuenta en el proceso transexualizador, ya que las autoridades sanitarias entienden dicho proceso como “un servicio sanitario”, sin comprender la importancia del proceso identitario de carácter integral, al igual que la experiencia acumulada de las TTS. Por esta razón en los foros virtuales el factor tiempo es valorado positivamente por el hecho de que se recibe respuesta rápida a consultas

concretas, al igual que la recomendación/contrastación de combinaciones de fármacos cuenta con el buen criterio de “las registradas”.

“El proceso es tan largo para que nos asqueemos. Han pasado hasta 6 años y no las llaman para operarse. ¿Para que coño te ponen en espera?”
 1º Visita a la Zona

Es por esta razón por la que muchas transexuales femeninas deciden acudir a cyberforos con la finalidad de asesorarse y poder iniciar/finalizar con éxito un proceso de autohormonación (comunicarse, asesorarse, apoyarse y generar conocimiento).

La polarización de dos esferas (usuaria y sanitaria) no repercute beneficiosamente a las TTS (existen consecuencias secundarias desconocidas para ellas a la hora de ingerir anticonceptivos como “hormona femenina”) ni a la sanidad (fracasa el proceso y por tanto todo tipo de inversión realizada en este sentido).



Fuente: Elaboración propia

Volviendo a los cyberforos podemos afirmar que se encuentra información de todo tipo: componentes de los fármacos, tiempos exigibles, cambios físicos experimentados al igual que una amplia gama de marcas y establecimientos en los que poder adquirir “la pastillita” (como afirma una TTS en un grupo de discusión).

La aparición de necesidades y expectativas origina múltiples tratamientos y recetas recomendadas con el fin satisfacer deseos y disminuir riesgos (**Relación coste-beneficio**). Generalmente se busca la mínima cantidad de

fármacos que garanticen múltiples cambios estéticos y corporales,
disminuyendo eso sí los efectos secundarios adversos.

“Si me voy hormonizar, por mi propio cuerpo, por verme yo misma bonita, ¿que coño tengo que ver con un psicólogo?”
Entrevista en profundidad

“Pero un tío no tiene que decirme nada de las hormonas, no se desde cuando está. Al final voy a tener que decir esa palabra que no me gusta, que dice que somos enfermos. Porque te diagnostican a tomar una hormona, es porque eres un tío enfermo, que tienes que tomarte una hormona para sentirte bien. A tomar por culo, eso no creo que sea así. Porque entonces yo he sido enferma desde que nació. Y no me he tomado ningún medicamento para ser lo que soy”
3º Visita a la zona

“Eso es un porquería, es una burla, es para humillarte. Estuve en un psicólogo, pero un tío que tiene 25 años, que va saber de mi vida, con lo que luché en mi país, operada y puteando. ¿Tu te crees que ese tío va decirme a mi lo que tenga que hacer?”
2º Grupo de discusión
Hablante nº4

“Yo quiero tomar hormonas. Y tengo que ir al endocrino para hacerme unas pruebas, llevo casi un año. Para que me diga que hormona necesito, y lo mas fuerte es que me dice que a partir de los 50 años para que voy a tomar hormonas que ya no funcionan. Le dije de todo”
Comentario extraído de un foro de transexuales que se autohormonan
Leído el 2/10/09

En el caso del proceso transexualizador comprobamos con que no es suficiente con ofrecer los recursos, profesionales y servicios adecuados. Las usuarias de tal proceso son tan diversas como pacientes existen en las consultas médicas. Debemos reflexionar todos, sobre todo los profesionales de este proceso y las prostitutas transexuales inmigrantes, para buscar una salida factible a tal incomunicación que acabará afectando tanto a unos como a otros. A los primeros por no ofrecer servicios de salud reales que satisfagan necesidades emergentes y las segundas por no conocer los efectos secundarios de la autohormonación a largo plazo, al igual que tener que acarrear con los gastos de fármacos que cubre la seguridad social.

3.2 Vulnerabilidad en la salud

“La prevención requiere el enfoque sanitario y social, hacen falta colectivos u ONGs con apertura mental, que la persona que hace la intervención tenga ojo de investigador, que le permita retroalimentar el proyecto y sea sensible. Las ONG’s cumplen una función importante en la calle y se debe reconocer y apoyar”

Manuel Velandia Mora, sexólogo y coordinador de DecideT¹⁷

3.2.1 Hormonas, feminización y proceso identitario

El proceso identitario en una TTS es vital al convertirse en el eje de su vida. Inversiones económicas, sociales y de todo tipo para obtener el reconocimiento social de sujeto femenino. Por esta razón todos los subprocesos que tengan como objetivo la feminización deben ser comprendidos desde la perspectiva de la TTS, su contexto y sus condiciones.

El tiempo en el caso de la hormonación es un factor importante a tener en cuenta, puesto que se trata de una expectativa que debe ser cubierta para el desarrollo de una vida de acorde a su género, así como ofrecer una imagen adecuada a los clientes en los servicios sexuales. Si viven de su imagen, la obtención de esta requerirá obtenerse lo antes posible.

“Una amiga mía estuvo esperando 6 meses para que el endocrino le diga que hormona tiene que tomarse, la otra comenzó igualito que ella y a los 6 meses vino de Ecuador montada, puesta tetas, puesta todo, guapísima, mujerona y se harta a trabajar, y sin una gota de hormonas. Está lindísima”
Entrevista en profundidad

“Nunca he oído hablar del sexólogo, ¿eso es un requisito para que te den las hormonas por lo público?”
Comentario extraído de un foro de transexuales que se autohormonan
Leído el 4/10/09

“Nos hormonizamos de la una a la otra. ¿Qué hormona te hace bien? Nosotras conocemos la Grabinidol, la Primogim, la Futamida, que nos da más busto, nos quita el pelo. Nos tenemos que hormonizar entre nosotras porque si vas a un desgraciado de estos, ¿para qué? para nada. Cuando esté la tía muerta te da “
Comentario extraído de un foro de transexuales que se autohormonan
Leído el 7/10/09

¹⁷ Este informe se fundamenta en el trabajo complementario y sinérgico. Con la colaboración del Centro de Información y Prevención del SIDA y dentro de la *Investigación exploratoria para la Prevención del VIH/sida y la ITS en transexuales femeninas trabajadoras sexuales TF/TS en Alicante*, dirigida por DecideT (Colectivo LGTB de la provincia de Alicante)

“Yo tengo entendido que al tomar hormonas, la hormona femenina para la mujer es para frenarle la regla. Y para nosotras, como no somos mujeres, como no tenemos menstruación, se convierte en femenina, lo que tengo entendido, ataca a la masculina”

“Nos guiamos por la experiencia. Yo te digo tómate Dramipijona o primogin, tu comienzas a tomar una o dos diarias y ya está, han pasado dos o tres semanas y te digo ven a ver si tienes piedra, piedra es cuando se te pone el pezón duro, empieza a crecer, y se te agrandan los senos, poco a poco irás viendo que se te va haciendo busto y se te van haciendo tetas”

1º Grupo de discusión
Hablante nº3

“Pienso que si vas a un médico es para que te atienda en el momento. Si este país esta lleno de maricones. Si te da una cita atiéndelo con cariño, dásela para ahora, dale la hormona. Para poder ser lo que quiere ser. Pero que esperanza hay, tal vez dentro de 6 meses dice que si puedo tomarlas.

Nadie murió por tomarse hormonas por cuenta propia”

Comentario extraído de un foro de transexuales que se autohormonan
Leído el 10/10/09

Es imprescindible para una TTS tener buenos contactos y conocer a personas que ya hayan pasado ciertas etapas o dispongan de cierta experiencia. De esta manera podrán obtener información acerca de que fármaco les viene mejor, dónde poder adquirirlo, que efectos estéticos a corto plazo tiene sobre su cuerpo, la rentabilidad y la gestión del riesgo que se debe asumir con cada combinación de fármacos y resultados obtenidos.

Al no estar supervisadas por profesionales de la salud, pasan a regirse bajo los parámetros de las prostitutas mas veteranas o simplemente aquella que el grupo reconozca como mejor preparada en la materia. Los riesgos sobre la salud son evidentes a largo plazo si contrastamos la información de los profesionales de la salud con las experiencias vividas por parte de las prostitutas transexuales inmigrantes. Ya que no conocen los componentes químicos de los fármacos, se guían por las alteraciones corporales que van experimentando, alterando la combinación de fármacos mediante *series de ensayo-error*, aconsejando la que menos errores haya ocasionado y mejores resultados en menos tiempo y con mas usuarias.

Los riesgos en el sistema cardiovascular y el metabolismo en general de ingerir anticonceptivos como “esteroides sexuales” (afirman que son estrógenos que frenan la creación de testosterona) son temas que no entran dentro del ámbito sociológico por la especialización del tema.

3.2.2 VIH e ITS: mecanismos de supervivencia

“En el trabajo voy con la mentalidad de que todo el tío que viene tiene el SIDA”
2º Grupo de discusión
Hablante nº5

Tratar el tema del VIH y la prostitución es complicado si no nos ubicamos en el contexto socioeconómico de la TTS.

Se suele esperar de ellas un comportamiento correcto en la exposición al VIH/SIDA, sin tener en cuenta las situaciones de poder que se originan en el proceso de oferta del servicio sexual.

“Es una enfermedad mala, fatal. No es un plato de buen gusto. Estamos expuestas, psicológicamente te haces a la idea”
1º Grupo de discusión
Hablante nº7

En los grupos de discusión son conocedoras todas ellas de la existencia del VIH, sus consecuencias, las formas de transmisión y su elevada vulnerabilidad en este sentido, pero psicológicamente se hacen a la idea ya que saben que están expuestas al riesgo: la pobreza. Gestionan el riesgo no usar preservativo en algunas ocasiones cuando el cliente ofrece mas cantidad por un servicio sexual.

Siendo conscientes del riesgo que existe al prostituirse obvian el tema considerando que tienen miedo al plantearles la posibilidad de contagiarse con una persona que tenga VIH.

Por esta razón utilizan siempre preservativo, pero cuando no lo utilizan eliminan de su mente ese servicio concreto, justificando la práctica de riesgo con el contexto socioeconómico particular.

“Si la persona es coherente, con dos dedos de frente, le dice al cliente si tiene Virus. Hay miles que no dicen nada. Hay mucha gente con esa mentalidad. Aquí lo cogió, aquí lo suelto”
2º Grupo de discusión
Hablante nº6

“El cuerpo humano es humano, a veces con las hormonas, no lo hago siempre, pero me revoluciono, y yo que sé, una peca en el trabajo”
2º Grupo de discusión
Hablante nº5

“Algunas me han dicho que pica mucho el condón, y por eso con los clientes no lo suelen usar. Yo para todos los clientes si, para mi pareja no”
1º Grupo de discusión
Hablante nº2

“Los clientes no te dan absolutamente nada, el preservativo lo pones tú. Y si fuera por ellos no. Muchos te dicen: te doy los 30 pero me la chupas sin condón. Te follo por el culo pero sin condón. Vamos hablar de un 50 %, pues el 30% no lo quieren, el baile del dinero. Cuanto más me pagas, mas cosas te hago. Pero la concienciación también falta en la sociedad”
2º Grupo de discusión
Hablante nº7

Siendo un poco mas generalizada la idea de que dependiendo de la situación y el cliente se pueden dar casos concretos justificados por múltiples variables (consumo de sustancias, atractivo y capacidad adquisitiva del cliente, etc.)

El no uso del condón con la pareja es generalizado, puesto que se trata de relaciones afectivas en las que el preservativo es percibido como una barrera que reduce la muestra de entrega en la pareja. En los servicios sexuales con los clientes si es utilizado por la definición del servicio sexual como trabajo, considerándose el preservativo como parte del material de trabajo (por esta razón en ningún momento muestran dudas acerca de cómo obtener material preventivo).

Es con los clientes con quienes se debe trabajar también en los programas de prevención de VIH/ITS, puesto que son ellos los que no facilitan el preservativo. Siendo responsable la TTS, dentro de un contexto de vulnerabilidad en salud, la que tenga que negociar el uso o no del preservativo, a parte del precio del servicio sexual.

Los clientes como consumidores exigen unas condiciones mínimas que condicionan el cobro o no del servicio sexual, siendo el no uso del preservativo un elemento que cotiza al alza, cobrándose el doble en muchos casos si no se usa condón.

En caso de usarlo, práctica generalizada, suelen tener roturas de condones debido a un mal uso o conservación inadecuada, lo que plantea dudas acerca de qué hacer. Salvo casos excepcionales no saben como actuar (no conocen el Tratamiento Post-Exposición).

Se realizan las pruebas de VIH al cabo de un mes y comprueban que realmente no tienen ninguna ITS (esa es realmente su prevención post-contacto para casos de roturas de preservativos).

“Eso no lo sabía, le cuento que se me rompió un condón y me dan el tratamiento, ¿no?”

2º Grupo de discusión

Hablante nº4

“El tratamiento de emergencia está muy bien, la semana pasada se me rompió un condón, me fui por urgencia y me atendieron”

2º Grupo de discusión

Hablante nº1

En el grupo de discusión la TTS que hizo uso del tratamiento post-exposición narró su experiencia y el resto de participantes atendían con curiosidad al saber que se trata de un servicio gratuito dispensado en instituciones sanitarias.

La salud y los comportamientos protectores van ligados a las experiencias negativas y la vivencia de situaciones de cuasi-peligro para la salud. Conocen el tratamiento post-exposición las que lo han recibido, siendo estas poseedoras de una información valiosa para el resto de TTS. Al igual que el conocimiento que posee la jefa de zona (mayor en edad y experiencia en la zona) que actuó en materia de salud en nombre de todas las TTS desencadenando en parte el interés en la implementación de programas de prevención del VIH/SIDA.

“Para eso sirve ser jefa de zona. Cuando hice mi jefazo entonces me puse a pensar, si soy la jefa aquí, tengo que traer condones para ellas”

2º Grupo de discusión

Hablante nº6

“Verás como Alicante se llena de gente con SIDA. Porque según voy viendo en mi zona va llegando mucho muchachito”

2º Grupo de discusión

Hablante nº3

3.2.3 Evolución del material preventivo

La capacidad de negociación¹⁸ y la percepción del material preventivo que se les proporciona son elementos claves que se deben tener en cuenta a la hora de implementar proyectos de prevención de VIH/SIDA.

El Área de Salud mediante grupos focales y visitas a la zona con material preventivo ha logrado una evolución en la valoración y evaluación de los preservativos y lubricantes que poco después van emplear, de esta manera se sienten sujetos participantes en sus estrategias preventivas, lo que incrementa la eficacia a la hora de la difusión del material preventivo.

DecideT desde hace un año ha ido recogiendo y analizando la valoración de las TTS para posteriormente elevar las oportunas consideraciones y anotaciones a los suministradores del material preventivo. Evolución¹⁹ y adaptación necesaria que se presenta a continuación.

Una de las primeras unidades recibidas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de la “Campaña de prevención del VIH y otras ITS” era esta cartuchera “**Cuídate**”, provista de lubricante (4ml) y un condón para penetración anal. El primer imprevisto es que las chicas tiran a la basura con la cartuchera y los papeles (la letra es demasiado pequeña y no es legible de noche) y se quedan con el lubricante y el condón, pues en los grupos focales se quejaron de ir demasiado cargadas con las cartucheras. Posteriormente se avanzó en la idea de que la mayoría de las prácticas sexuales que realizan son orales, por lo que se mostraban ineficientes los preservativos para penetración, puesto que ocasionaban irritación en la garganta.

Existe un tipo de preservativo aromático, olor a fresa, pero que no es de sabor. Es **Nam Nam**, disponible en el CIPS (Centro de Información y Prevención del SIDA). Por esta razón el Área de Salud solicitó de la marca Confortex un condón con sabor a fresa, ya que la mayoría de las prácticas realizadas son orales. Las desventajas de Nam Nam, además de ser aromático, que no oral, es tiene dos muescas de difícil apertura, lo que no es nada útil para las TTS a la hora de realizar servicios sexuales en espacios de difícil visibilidad. Por el

¹⁸ “No te dan absolutamente nada, el preservativo lo pones tú. Y si fuera por ellos no. Muchos te dicen: te doy los 30 pero me la chupas sin condón. Te follo por el culo pero sin condón”, extraído de una entrevista en profundidad.

¹⁹ Manuel Velandia afirma en una entrevista sobre la evolución del material de prevención que “son cambios necesarios y útiles para ellas, aunque se vean como minúsculos e innecesarios”

contrario **Confortex Fresa** tiene múltiples muescas y es un condón oral. Las chicas solicitan información sobre como colocar el preservativo con la boca para hacer más atractivo el condón a los clientes, con la finalidad de convencerlo sobre el uso del preservativo.

Posteriormente, desde DecideT se encargan, a petición de las usuarias, cartucheras individuales con lentejuelas para que sean más atractivas, así utilizan sólo un embalaje en el que pueden disponer más preservativos sin acumular embalaje no utilizable.

Se les amplía la información mediante talleres formativos y se les introducen preservativos Confortex Fresa en vez de preservativos anales (en caso de requerirlos, afirman ya saber a que institución acudir).

Con los lubricantes también hubo problemas en lo referente a la cantidad y las dimensiones del embalaje.

En un primer momento se difundía **Confortex Gel**, demasiado lubricante y extralíquido, según ellas (6 ml) lo que hacía que al venir en un formato cuadrado se tuviese que gastar todo el lubricante, ya que el material poco resistente no facilita doblar el sobre y guardar el lubricante restante. Las chicas se quejaban de que el lubricante que les sobraba se diluía por el bolso y se ensuciaban demasiado en la manipulación. Por lo que se comenzaron a repartir formatos más rectangulares para facilitar la conservación del lubricante restante. **Durex Play** (10 ml) permite, al estar hecho de material resistente, doblar el embalaje sin dificultades. Pero conforme se fueron sucediendo los grupos focales las TTS fueron apuntando que con menos lubricante bastaría, porque no les interesa guardar material sobrante. Prefieren el lubricante justo para cada práctica anal.

Por esta razón se comenzó a repartir **Comodyne** (preservativo anal + 2 ml de lubricante), más práctico y útil para ellas, ya que dispone por toda la parte horizontal de múltiples muescas.

Las prostitutas transexuales de la ciudad de Alicante aseguran que en el CIPS se abastecen de tres tipos de condones, básicamente, para relaciones anales.

En primer lugar la categoría **Grande, Prime** de la marca Aswell, caracterizado por su grosor para relaciones bruscas la probabilidad de rotura es mínima. Y en

tercer lugar la marca **Bexen** que promociona la Generalitat Valenciana, junto con un lubricante (**PDI, Lubricating Jelly**) de uso hospitalario.

El Área de Salud de DecideT está a la espera de la recepción de toallas hipoalergénicas más grandes porque afirman que son demasiado pequeñas las facilitadas, mostrándose ineficientes.

La evolución del material de prevención muestra que las normas técnicas, fabricantes y organismos públicos no deben anteponer necesidades externas a necesidades sexuales y sanitarias de la población sujeto de prevención.

EVOLUCIÓN MATERIAL DE PREVENCIÓN







3.3 CONTEXTO/s

La construcción de la percepción y vulnerabilidad en la salud, dentro del grupo social tiene lugar dentro de escenarios, espacios y contextos diversos que deben comprenderse para esbozar un mapa sociológico acerca de los mecanismos sociales que vertebran la salud.

Dentro del bloque de contextos se han realizado ejes temáticos en base a realidades y contextos descritos íntegramente por las participantes en las técnicas cualitativas. Las condiciones espaciales en las que se realizan los servicios sexuales, la socialización, la violencia, los clientes, el abandono de la prostitución y la transidentidad, son pinceladas de especial interés en la configuración de los contexto/s.

3.3.1 *La Zona: espacialización y funcionalidad*

Las prostitutas denominan coloquialmente *la zona* al espacio físico habitado por las noches para el ejercicio de la prostitución en la ciudad de Alicante (enfrente de la antigua estación de Murcia, Puerto de Alicante).

Es percibido como un elemento socializador en el que se ofrece un servicio sexual, al igual que se relacionan entre sí, conscientes en todo momento de su situación espacial y social, reflejada en las constantes agresiones verbales y físicas sufridas en *la zona*.

Como consecuencia de la indefinición al respecto del servicio sexual ofrecido por las prostitutas, es inexistente la posibilidad de crear sindicatos y organizaciones de trabajadoras. Plataformas sociales de las que ellas carecen pero no acontece lo mismo con las reivindicaciones existentes. Aparece la *jefa de zona* como un elemento vertebrador entre las prostitutas transexual, no definida como proxeneta sino como portavoz, portadora del *jefazo*. Ser veterana y experimentada en la zona la convierte en un sujeto imprescindible dentro de la socialización endogrupal de las prostitutas transexuales.

Conseguir material preventivo, defender la zona de agresiones transfobas, evitar intrusismo de proxenetas y prostitutas, parcelar los horarios de puteo con el fin de que todas puedan trabajar, etc.

Las participantes en los grupos de discusión y la visita a la zona valoran positivamente el jefazo y el papel otorgado a la jefa de zona, formando parte de su socialización y fortaleciendo la idea de la especialización y funcionalidad de la zona como espacio compartido y referencial.

“14 o 15 chicas ya son demasiadas para una zona”
2º Visita a la Zona

“Si me retiro la primera doy tiempo a las que vienen después, hay que repartir el trabajo. Muchas trabajamos más de 8 horas, entre semana trabajo de 21:30h a 2:30h”
1º Grupo de discusión
Hablante nº2

“Por aquí también pasan organizaciones, nos traen cafecito y preservativos. Ahora no hay muchas chicas porque tenemos que comer todas, hay que repartirse la faena”
2º Grupo de discusión
Hablante nº8

“Nos quieren quitar las calles, pero lucharemos para mantener la zona. Aquí no hay trabajo. Esto no es una ciudad. Esto son cuatro paredes, yo vivo presa como en una prisión. 10 años vivo presa en Alicante, que lo sepa todo España”
2º Grupo de discusión
Hablante nº7

“Me hice la jefa de zona. Entonces el día que me vestí yo de mujer se vistieron todas, de día y de noche. Entonces la marica que trabajaba a mi lado, tenía que ser permanente. Ya no era el transformista, sino que era el travesti. El que se vestía de mujer de día y de noche”
Entrevista en profundidad

“No creas que venían y me daban el dinero, tenías que llevar la zona, como si te pagara el gobierno. Lo haces porque tú quieres. Tu tienes que administrar, es como esta casa, soy la arrendataria, alquilo las habitaciones, si yo dejo al inquilino de ahí que meta 6/8 personas, me va meter pasado mañana 10”
Entrevista en profundidad

“Me enfrento en contra quién coño sea y defendiendo a mis chicas de aquí. Por ejemplo, vienen tres o cuatro chulos a mi zona en un carro, y me dicen, mañana voy a poner aquí tres mujeres. Van a poner a su madre, porque aquí no van a poner a nadie. Y han venido, y los hemos echado con piedras y palos”
Entrevista en profundidad

“Porque si tu pertenesces a mi clan, defiendo a mi clan. Ser homosexual es como una banda, todos vamos entrando en ella, no importa que seamos feos, gordos, manolos. Aunque tuviese una fortuna defendería a los míos. Mandaría hacer una casa en Alicante y metería a todos los mariquitas que están en la calle a vivir ahí”

Entrevista en profundidad

Es por tanto necesario comprender la disposición física de las prostitutas en la zona, los elementos articuladores y el rol de cada una de ellas. De esta manera logramos cercanía y veracidad en los programas de prevención del VIH/ITS. Comprender las relaciones existentes previas y la socialización endogrupal nos facilita la comunicación y el vínculo directo, elemento esencial en las técnicas cualitativas.

3.3.2 Socialización y empoderamiento

Los procesos migratorios que protagonizan las prostitutas transexuales son complejos y permanentes, inacabados en la mayoría de los casos. España no suele ser el primer país de destino, siendo el tercero o el cuarto, habiendo estado en varios países de la Unión Europea (Alemania, Reino Unido e Italia, preferentemente), lo que las convierte en conocedoras de múltiples culturas, legislaciones y sociedades.

El flujo migratorio dependerá de la demanda de servicios sexuales existentes en una zona y las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales con las que se cuente para poder desplazarse, en caso de ausencia de trabajo.

La vulnerabilidad en el caso de la socialización se origina por la ausencia o existencia de contactos y conocimientos previos que favorezcan el empoderamiento y procesos migratorios en condiciones óptimas (la migración en este caso se ve favorecida). Consejos y apoyo de compañeras son piezas claves para crear una identidad en el país de destino, desplazarse y comenzar una nueva vida.

“En mi caso, llegas a mi país y construyes una casa. La mariquita de enfrente me dice ¡uy niña! ¿dónde trabajas? Trabajo en Europa, ¿y que trabajas en la calle? Si, hago la calle, hago la puta allá. Y me dicen, ¿Cómo me puedo ir? Entonces les digo, vende tu casa, vende lo que tengas, y verás que mañana la recuperas, pues la marica me ha hecho caso. Vendió la casa y se ha endeudado hasta el alma, como el alma al diablo como decimos nosotros y van a París. Y en París le ha ido bien. Ha vendido su chocita y ha hecho un edificio. Y esa marica de ahí

trae a otra marica, y así sucesivamente nos hemos ido trayendo todas, ahora dime una cosa, ¿tú puedes llamar a eso trata de blancas?"
Entrevista en profundidad

"Todos somos una misma cosa. Me da igual el maricón con barba, en casa de oro o hormonizado. La única diferencia es que todas tenemos que demostrar a la gente que no somos payasos. Que no somos animales, como cuando creían que porque éramos raros matábamos, que no podían pasar por aquí porque es zona roja, porque viven dos o tres maricas"
Entrevista en profundidad

"Tenemos que abrir una asociación pero de las nuestras, vamos a tener una asociación de mariquitas de la calle. Tengas polla o no, te vistas de mujer o no, trabajes en la calle o no, perteneces a mi organización"
Entrevista en profundidad

Las vivencias compartidas y habitar espacios comunes genera una conciencia colectiva por encima de cada individuo particular. Es por eso que la jefa de zona, generalmente, encabeza la crítica del colectivo y sintetiza los procesos migratorios, sociales y sexuales.

La socialización no se ve limitada exclusivamente a la zona, puesto que comparten ocio, problemas personales e inquietudes que las une más allá del compartir un espacio físico donde ofrecer servicios sexuales.

Se muestran preocupadas por la situación legal de su compañera, la agresión sufrida por su amiga, la muerte de un familiar en el país de origen, los problemas económicos o las alegrías de una compañera que se desplaza a Latinoamérica para ir al quirófano y culminar su proceso de reasignación sexual.

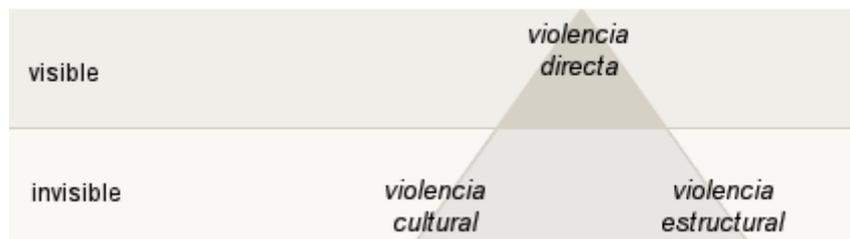
El componente transexual (identidad de género) y latino (identidad nacional) articula junto el componente prostituta (condición socioeconómica), un triple escenario compartido que entrelaza trayectorias personales y pautas de conducta semejantes, dando lugar a una cultura endogrupal compartida.

3.3.3 Violencia: "sudaca, puta, travelo"

La violencia es un elemento clave en toda sociedad. Vertebrada y perfila grupos sociales estigmatizados, agredidos y transfronterizos. "Un nosotros" y "un ellos" siempre en un campo dualista, antagónico y excluyente donde se entrecruzan

tabúes y lenguajes particulares que articulan discursos y generalizan desigualdades entorno al sexo, identidad sexual, etnia, cultura, etc.

“La violencia directa, física y/o verbal, se hace visible a través del comportamiento. Pero la acción humana no surge de la nada: tiene sus raíces. Dos de ellas son indicativas: la cultura de la violencia (heroica, patriótica, patriarcal, etc.), y la estructura violenta en sí misma [...] Pero es posible que los efectos invisibles sean aún más viciosos: la violencia directa refuerza la violencia estructural y cultural” (Johan Galtung, 2004).



Fuente: Johan Galtung (2004). Violencia, guerra y su impacto. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia

Los procesos migratorios percibidos definidos como inmigración derivan en xenofobia, los procesos identitarios definidos como transexualidad derivan en transfobia y ejercer la prostitución como forma de vida deriva en machismo y ostracismo. Triplemente vulnerabilizadas y agredidas por la condición de inmigrante, transexual y prostituta.

La violencia estructural justifica y favorece un contexto culturalmente violento con las prostitutas transexuales inmigrantes, siendo el objetivo de todas las miradas. Justificadas están, generalmente, las agresiones sufridas. Vistas como personas molestas, intrometidas y socialmente marginadas, cualquier ataque verbal o físico se justifica con su condición de pluri-estigma.

*“Un 93% de las prostitutas transexuales ha sido agredida”
 Diario Público. 24/01/2009*

La violencia entendida como mecanismo de control y estigmatización es efectivo con las prostitutas transexuales inmigrantes porque define su espacio físico-social que deben ocupar y habitar, tanto de noche como de día.

Siendo críticas con la violencia padecida en numerosas ocasiones lejos de justificar tales actos, en ocasiones suelen mantener una actitud derrotista al asumirse como “estorbo para la sociedad”, sujetos molestos tanto por sus prácticas como por sus modalidades de vida.

*“En donde estamos no crece la hierba, nos ven como una molestia, suciedad urbana.
Nos quieren quitar de ahí, pero que nos den otro sitio”*
1º Grupo de discusión
Hablante nº3

Siendo conocedoras de tal contexto vulnerabilizador que las desampara negándoles la posibilidad de no ser violentadas, son fuertes y actúan en grupo frente a los posibles agresores externos, como medida de supervivencia. Puesto que se sienten desamparadas por la legislación y el conjunto de agentes sociales en general divagan entre el coraje y la apatía ante la violencia, dependiendo del día se sienten con ganas de reivindicar sus derechos o ceder ante la pluriestigmatización (machismo, transfobia, racismo).

“Nosotros somos los animales, ¿o no te das cuenta? Somos los payasos del circo, ellos son el público, ¡que vengan los payasos! Cuando me dicen, ¿hay pero señorita usted que era antes? ¿No ve usted que soy mujer y tengo un coño igual que usted? ¿Qué quiere que me ponga un cartel que diga que soy maricón o que?”
Entrevista en profundidad

“Hay una xenofobia terrible. Aquí existe racismo mas fuerte que en Alemania. Existe que te digan india, muerte de hambre, lárgate a tu país. Maricones sudamericanos de mierda. Yo los botaba en la tierra a todos”
2º Grupo de discusión
Hablante nº6

“Yo estoy todos los días en la calle, a la vista del público, y todos los días son insultos macabros, piedrazas, huevazos en la cara. Falta concienciación en todo. Las que estamos en la calle lo vemos, los carros se paran a tirarnos huevos. Entonces yo me pregunto, ¿dónde coño está la liberación del homosexualismo en este puto país?”
3º Grupo de discusión
Hablante nº5

“En nuestra zona de trabajo cuando estamos con el uniforme nos insultan siempre, es constante. A mi ayer me tiraron una botella de cristal a las piernas. Al cambiar la legislación sobre el matrimonio no me ha cambiado nada, sigo puteando, la gente sigue siendo igual”
2º Grupo de discusión

Comprender los escenarios pluri-estigmatizados articula un sinfín de violencias físicas, verbales, estructurales y culturales que perfilan y determinan actitudes, expectativas, autoestimas y esperanzas.

3.3.4 Relaciones de poder: los clientes y la vulnerabilidad

Debido a la invisibilidad existente en los espacios físicos donde se realizan servicios sexuales, los grandes desconocidos con los clientes. Generalmente los programas de prevención del VIH/SIDA y reinserción social de la mujer prostituida no articulan objetivos y programas dónde participen los clientes. Las prostitutas son los sujetos a intervenir, los sujetos de estudio en las que se interviene por parte de investigadores, organizaciones sociales, etc.

Realmente la información y conocimientos sobre VIH/SIDA de la que disponen las prostitutas transexuales está minusvalorada por parte de los programas de prevención de ITS. En la mayoría de los casos no se trata de que sepan que infecciones de transmisión sexual existen, ni de dónde localizar material preventivo (que también). Sino de cómo actuar ante un cliente que insiste en no utilizar el preservativo o que hacer en caso de rotura de condón, acciones que convierte a las prostitutas transexuales inmigrantes en sujetos vulnerables.

Mediante la técnica del grupo de discusión se ha logrado información y valoraciones acerca de las características de los clientes.

En primer lugar, al margen de generalizaciones de todo tipo, cabe destacar la existencia de dos franjas de edad: jóvenes (hasta 25 años) y edad avanzada (“viejos” como dicen en el grupo de discusión).

“Ser follado por una chica con polla da menos impresión,

Afirman que los primeros buscan travestis, mujeres hormonizadas o no, pero que no estén operadas, es lo que algunas denominan “sexo exótico” (“*creemos que son gays o fetichistas, o están armarizados o sino es en plan, ¿Qué tendrán? ¿tendrá verga?*”). *Entrevista en profundidad*)

Es generalizado el hecho de que los clientes de este perfil buscan relaciones penetrativas, por esta razón las prostitutas operadas no son solicitadas para satisfacer estos servicios sexuales. Por esta razón se generan dos polos opuestos en las reuniones: los que prefieren jóvenes y los que no.

“Hay veces que me arrepiento de haberme operado, no me arrepiento de ser mujer, lo volvería hacer 100.000 veces mas. Pero, hay veces que dices, coño, para que me corté la verga. Me dicen, cuanto cobras, 30, ¿la tienes grande? Les digo que soy mujer y se van”
2º Grupo de discusión
Hablante nº4

Los segundos, “los viejos” acuden a chicas operadas (“mujeres hechas” como dicen en el grupo de discusión). Es el perfil del cliente que mejor valoran ya que: “*no suelen pedir cosas extrañas, pagan y se van*”.

Aunque suele ser habitual la propuesta del consumo de sustancias mientras se realizan los servicios, tanto en jóvenes como “viejos”. El caso es que las prostitutas más jóvenes afirman que suelen caer “rendidas” a los pies de un “jovencito bien puesto”.

“Muchachos de 16 y 18, los viejos son los que buscan ahora una mujer”
2º Grupo de discusión
Hablante nº3

En el caso de que el servicio sexual incluya el consumo de sustancias este irá ligado al precio pagado y a que los dos las consuman en el servicio sexual. Ya que suele ser generalizado el hecho de que los clientes ya vienen con sustancias ingeridas y entonces es cuando la TTS ve como se reduce su capacidad de negociación a la hora de usar el preservativo.

“No todos los clientes usan sustancias, pero si el las usa, nosotros también, él paga. Y más en crisis”
2º Grupo de discusión
Hablante nº2

“Si ya viene puesto no me voy con él, porque no lo aguanto”
2º Grupo de discusión
Hablante nº4

Ellas asumen las responsabilidades que se puedan originar al no exigir sus condiciones y al seleccionar a un “mal cliente”. Es por esta razón que reaperece de nuevo la vulnerabilidad al tener que poseer un criterio y experiencias previas en la zona para disminuir las situaciones de riesgo, capacidades que no poseen todas las prostitutas por diversos motivos (edad, antigüedad en la zona, etc.)

“Los clientes a veces te dan sorpresas, o están borrachos. Tenemos que tener Buen ojo para ver con quién nos vamos. Pero son gafes del oficio”
Historia de vida (29/01/2007)
Diario La Verdad

Es por ello que visto que no accedemos a los clientes, teniendo contacto con las prostitutas mediante grupos de discusión (cercanía y debate endogrupal) se logra que se exterioricen dudas y experiencias existentes que dificultan el uso del preservativo. Al existir una puesta en común tratan de articular consejos y formas de actuar para llevar a cabo prácticas protectoras de su salud.

3.3.5 Reinserción social

De la definición antagónica de dos escenarios (“nosotros” y “ellas”), surgen intereses (bienintencionados o no) que tratan de reinsertar, integrar y rehabilitar a las prostitutas. Programas llevados a cabo por instituciones de todo tipo (administraciones, organizaciones sociales, etc.) que se centran en el abandono de los servicios sexuales, el intercambio de sexo por dinero. Las prostitutas transexuales inmigrantes que ofrecen servicios sexuales en la calle no se sienten reflejadas en los intereses y objetivos reflejados en dichos programas, son considerados como excluyentes, tránsfobos e impuestos. No entendiendo que salidas facilitan al abandono de la prostitución, justificando dichos argumentos con ejemplos y experiencias con todo tipo de instituciones y organizaciones sociales.

Comprenden que las condiciones socioeconómicas son las que condicionan el ejercer la prostitución, pero no llegan a entender, al menos las participantes en este Informe, la definición de su trabajo como esclavitud sexual. Se consideran vulnerabilizadas, precarias, prostitutas, pero en ningún momento esclavas. Con la esperanza de encontrar una alternativa que no las patologice y les defina sus intereses, tratan de articular sus expectativas mediante la *jefa de zona* y la participación, mayor o menor, en colectivos de gays, lesbianas, transexuales y bisexuales.

“Muchas mujeres son prostitutas por el bajo salario de los trabajos que les dan. Imagínese una mujer que limpia escaleras cuatro o cinco horas al día y gana 400 ó 500 euros al mes. No llega para nada: pues lo que hace es alternar y echar unas horas por la noche como trabajadora del sexo”

Historia de vida (29/01/2007)
Diario La Verdad

“Ahora me miro en el espejo, si no consigo los papeles, para sacarme una paga o alguna cosa, que hago mas tarde, nosotras no tenemos jubilación, no nos dejan organizarnos hacer nada para nosotras. Pues moriremos en la calle. Tengo pronosticado mi futuro, algún día cuando ya no pueda mas dormiré en un cajero, en el portal de una casa hasta que Dios me recoja. Porque... ¿Qué tenemos por delante?, nada. Somos las que somos hasta cuando jodemos, después nada. Y así irán cayendo todas”

Entrevista en profundidad

“Ahora con la crisis la cosa está peor, a veces salimos para nada. La subsistencia, nunca el lucro ni el lujo. La ganancia es diaria y garantiza una vida más o menos digna, pago de alquiler y poco más”

2º Grupo de discusión
Hablante nº1

Justifican sus necesidades con sus condiciones y características que han determinado escenarios vulnerabilizadores y estigmatizadores de los que son conscientes en todo caso.

“Si me garantizarasen 300 euros al mes para limpiar casas o cuidar ancianos, dejaría esto. Poder vivir tranquila en casa y pagar mi alquiler”

2º Grupo de discusión
Hablante nº3

Eso sí, escapan de “programas pantalla” que no son mas que pequeñas ayudas que no garantizan la independencia económica. Por esta razón creen que existen organizaciones que se aprovechan de sus situaciones con la finalidad de aliviar conciencias.

“Si el gobierno me garantiza un estudio, que tenga cocina y habitación, para que no esté con la mentalidad de querer prostituirme, lo dejaría”

2º Grupo de discusión
Hablante nº5

“Los abolicionistas dicen que las prostitutas están prácticamente esclavizadas, pero no todo el mundo piensa como ellos”

Historia de vida (29/01/2007)
Diario La Verdad

“He ido a organizaciones de reinserción de prostitutas y no me atendieron. ¿Y para que decís que las mujeres salgamos de la calle? Me dijeron que no podían ayudarme porque sólo atienden a mujeres. ¿No soy mujer? ¿Acaso soy un monstruo? En plan de lárgate maricón que aquí no puedes estar”

Entrevista en profundidad

Solicitan autoorganizarse para defender sus derechos o ser usuarias de programas específicos que no las victimice, sino que las empodere, que se les otorguen los mecanismos y herramientas necesarias para poder dejar la prostitución, en caso de querer abandonarla. Nunca por el interés de terceros, sino por decisión libre ante una alternativa que les permita articular sus vidas en base a otros trabajos o forma de ganarse la vida.

3.3.6 ***Trans/identidades***

*“Uso vestimenta distinta de noche, digamos que me destapo.
La que mas se desnuda es mas travesti”*

2º Visita a la zona

El concepto de *identidad*, entendido como un mapa dinámico de poder (Judith Butler, 2002), un escenario de posibilidades, un campo de fuerzas diversas que derivan en sujetos y grupos humanos, es complejo, poliédrico y cultural.

Las circunstancias particulares (personales y grupales) condicionan el devenir identitario de sujetos determinados adscritos en encrucijadas de sexo, cuerpo, género, edad, nacionalidad, lenguaje, poder, estilo de vida, etc.

De las diásporas experimentadas por grupos humanos afines en procesos migratorios, sexuales y culturales, surgen las transidentidades como posibilidades de adscripción, vínculos y escenarios de socialización definidos y percibidos como “los otros”, en este caso, “las prostitutas transexuales latinas”. Perfilando el devenir apreciamos tránsitos colectivos que actúan como mecanismos de consistencia y permanencia en grupos sociales dando lugar a una identidad social (diversa y cambiante).

Dentro de la vertebración de la identidad colectiva o transidentidad, es básico en las prostitutas transexuales latinas su alta socialización endogrupal, diferenciándose de negociaciones sociales y relaciones extragrupalas, no articuladoras de la transidentidad.

Las vivencias, experiencias, discriminaciones, escenarios de pobreza, etc. son percibidas como elementos de cohesión y fenómenos conocidos, vividos. Autopercibidos como distintivos y estigmatizados por la sociedad como procesos marginales de grupos sociales transfronterizos.

“He pasado muchas cosas en mi país, por eso siento mucho decirte esto. Soy sudamericana, soy ecuatoriana, pero odio mi país, no lo odio porque es bellissimo, odio a la gente de mi país, los detesto. Y disculpa decirte esto, todo el mundo cree que soy mexicana, a vosotros os digo que soy ecuatoriana, pero a todo el mundo que me encuentre les digo que soy mexicana”
Entrevista en profundidad

“Estamos en tierra de nadie. No hay nada. No tiene nadie que ver con nosotros. Necesitamos que alguien medie con las autoridades, porque solas no somos nadie”
2º Grupo de discusión
Hablante nº5

“En mi país lo que he visto es la asquerosidad, el dolor, el sufrimiento, las ganas de no volver mas, allá si somos la escoria, lo último, lo que no hay, somos la gente sin nombre. Y aquí en tu país, que te podría decir, para nosotros los viajantes, los inmigrantes como nos llamáis, venimos a buscar el dinero para darle de comer a otras familias, porque nuestra vida ya está destruida, somos la basura”
2º Visita a la Zona

“Mi familia ha construido con mi cuerpo casas, pero yo no tengo un duro”
3º Visita a la Zona

La especialización física de procesos sexuales, sociales y culturales, origina un mayor sentimiento de pertenencia “frente a”, definiéndose como sujetos “pertenecientes a”. El proceso migratorio, los tránsitos sexuales y las

condiciones sociolaborales son si duda los tres escenarios que configuran una alteridad que denominamos *tran/sidentidad*.

Se ha verificado que de la definición personal y social se deriva un distanciamiento de escenarios de socialización compartidos por el resto de la población civil (partidos políticos, organizaciones sociales, instituciones sanitarias, etc.), se percibe con recelo el escenario de la sociedad que reniega de grupos sociales minoritarios, o simplemente, incómodos.

La interiorización de los derechos sociales básicos se ve mermada en este sentido, al estar ubicadas físicamente en dos mundos distintos, y socialmente en tránsitos antagónicos, no es vista como una necesidad el participar en lo público, lo social, lo que no es concebido como “de ellas”.

Sociológicamente es básico articular los escenarios sociales que configuran mapas de exclusión y violencia simbólica, ya que de esta dependerá la percepción o no de ciudadanía, la autoestima personal y por tanto, la necesidad de disponer de una salud saludable.

Dentro de la identidad sexual el proceso de hormonación, vestimenta, expresiones comportamentales sexuales, expectativas estéticas, etc. se enmarcaría dentro del proceso identitario vital que es constante, diverso y grupal.

La pluriestigmatización originada por la presencia simultánea en diversos escenarios vulnerabilizadores desencadena un refortalecimiento de la cohesión grupal definiendo como vínculos aquellos factores que desencadenan la discriminación.

Por esta razón se hace compleja la definición identitaria de las prostitutas transexuales latinas, ya que divagan y transitan dentro de tránsitos que en la mayoría de las veces, se entrecruzan entre sí, dando lugar a mapas trans/identitarios de difícil acceso y comprensión.

Es necesario por tanto replantearse los procesos de construcción de ciudadanía, o como mínimo, analizar si existen y por qué razón existen, ciudadanos y ciudadanas de segunda. Ya que sin ciudadanía no hay derechos sociales, y sin estos no hay ciudadanos.

4. Conclusión

4.1 Resumen

- **Vulnerabilidad en la salud**
 - Son las prostitutas las responsables de exigir el preservativo en el servicio sexual, tratando los clientes de convencerlas incrementado el precio del servicio sexual por no usar preservativo.
 - La información sobre VIH es conocida, pero no así las ITS y el Programa Postexposición
 - El proceso de autohormonación es constante y creciente. No conociéndose los efectos secundarios a largo plazo de los anticonceptivos.

- **Servicios de salud**
 - Se valora positivamente el papel de la organización social, el papel del voluntariado y los profesionales cercanos a sus necesidades. Por el contrario, se valora negativamente los conceptos de sanidad y profesionales (psicólogo y endocrino, principalmente)
 - Existen conocimientos extraoficiales que generan el fenómeno de la autohormonación, propiciado por la credibilidad de los profesionales implicados en el proceso transexualizador

- Consideran que no se están realizando los esfuerzos suficientes en la lucha contra el SIDA y la protección de su salud sexual

▪ Contexto/s

- El rol de la jefa zona es valorado positivamente como portavoz.
- Existe una alta socialización endogrupal desencadenada por la existencia de escenarios estigmatizantes.
- La violencia verbal y física está presente en todas las prostitutas.
- Consideran que con la crisis económica su situación ha empeorado, teniendo que aceptar condiciones en los servicios sexuales que vulnerabilizan su salud.
- Consideran que los programas de reinserción social sobre prostitución son excluyentes y nada participativos.
- Se definen como sujetos en tránsito, definidas por su trayectoria vital y circunstancias particulares. No sienten defendidos sus intereses y expectativas en ninguna organización social.

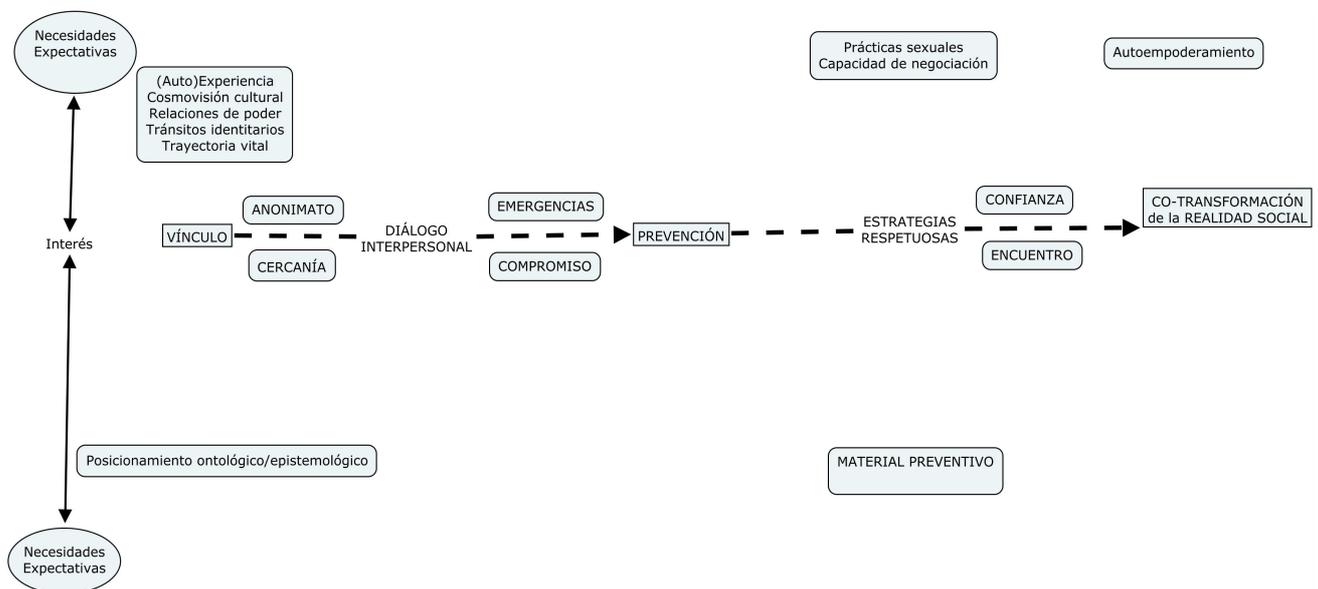
4.2 Reflexiones

La existencia de vulnerabilidad y estigmatización son fenómenos sociales y múltiples procesos complejos que requieren de la participación y colaboración de numerosos agentes sociales (instituciones, academia, asociaciones, grupos de presión etc) para armonizar y crear sinergias entorno a proyectos diversos pero con metas claras y ambiciosas: **“la cotransformación de la realidad social”**.

Un proceso de empoderamiento y construcción de una alternativa integral efectiva para los sujetos implicados (informantes/agentes de cambio). Para eso no deben ser vistos en ningún momento como “objetos de estudio”, “pacientes”, “simples participantes”.

Si no redefinimos las situaciones de poder existentes, previas a la implementación de proyectos, definiremos los objetivos y recursos de los proyectos de manera unilateral y jerárquica, estamos cayendo entonces en el “asistencialismo” (institucional, sanitario, académico, da igual), esto origina relaciones de dependencia, que no de autoapoyo y empoderamiento.

Se deben dar herramientas efectivas para el desarrollo de buenas prácticas en salud sexual.



Fuente: Elaboración propia

Para llevar a cabo un proceso de cotransformación es necesario tener presentes nuestras necesidades/expectativas enmarcadas dentro de un escenario democrático. **Múltiples necesidades/expectativas** que desencadenan un interés mutuo (agente social/agente de cambio). El interés requiere comunicación y puesta en común, lo que origina un vínculo, un enlace. A partir de ahí se establecen diálogos y compromisos recíprocos en los que se transpasa la simple “asistencia”, llegando a la **estrategia respetuosa**. Poder poner conocimiento mutuo en común, valorar criterios y opiniones de los agentes de cambio (material de prevención, factor tiempo, valoración sociosanitaria, etc). *La construcción de la comunicación preventiva* que origine

comportamientos protectores (acciones en salud y recursos disponibles) frente una exposición, una conducta con riesgo, un escenario de vulnerabilidad.

5. Bibliografía

Informe Transmadrid. Descripción de una población de mujeres trans trabajadoras del sexo en Madrid. Colectivo COGAM; Madrid. Abril, 2008.
Disponible en: <http://www.cogam.org/rs/2185/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/ba1/rqlang/es-ES/filename/informe-transmadrid.pdf>

Trabajadoras transexuales del sexo: El doble estigma. Fundación Triángulo, Madrid. Patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas. Plan Nacional sobre SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

Instituto de Salud Carlos III (Agosto, 2009). *Situación epidemiológica del VIH/SIDA en inmigrantes.* Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/inmigrantes.pdf>

Plan Nacional sobre SIDA (2003). *Prevención del VIH y otras ITS en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas.* Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Overs, Cheryl y Longo, Paulo (2002). *Haciendo el trabajo sexual seguro.* Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Protocolo de actuación para la atención sanitaria integral a las personas transexuales. Valencia, enero 2008

Informe del cuestionario de prevención del VHI en la Comunidades Autónomas
(ICAP 2007). Ministerio de Sanidad y Consumo