

Responsabilidad social y estatal frente a la salud de las mujeres transgénero

Jenny Amparo Lozano Beltrán/ Pontificia Universidad Javeriana

Introducción

Este artículo hace parte de los resultados de mi tesis de maestría para recibir el título de magister en Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Inicialmente, el objetivo de dicha tesis fue conocer las principales prácticas de autocuidado realizadas por las mujeres transgénero en su proceso de transito de género y el apoyo recibido por parte de otras personas durante el mismo. Para indagar sobre las preguntas de la investigación se diseñó una entrevista semiestructurada, dirigida a cinco mujeres transgénero y cinco personas que brindaron apoyo durante el proceso de transformación. Las entrevistas abordaron los cambios corporales, en la familia y con las redes sociales, el estado de salud y la calidad en la atención por parte las instituciones prestadoras de servicios, las prácticas de autocuidado, situaciones de riesgo y cambios laborales realizados, obteniendo, además de lo anterior, reiterados relatos asociados con violencia por prejuicio de género.

Mi interés hacia este tema surgió desde la experiencia propia, al evidenciar la discriminación ejercida contra mujeres transgénero durante el proceso de transformación, tendiendo a invisibilizarse frente a las prácticas violentas y de exclusión ejercidas sobre ellas. Observé tales situaciones al acompañar a amigas y usuarias de servicios de salud que se identificaban como mujeres transgénero.

En mi infancia conocí las primeras mujeres transgénero cuando mi mamá nos llevó a mis hermanas y a mí al salón de belleza de María Tere, una mujer con unos senos y un trasero inmensos, pero con una voz gruesa. Siempre vi a María Tere como una mujer orgullosa, coqueta, que desconfiaba de todas las que entrábamos y no brindaba su amistad. Solamente hablaba y atendía a los hombres que acudían a su establecimiento. En contraste, La Mona, su compañera, compartía con nosotras toda su experiencia de transformación, nos consentía y era amiga del barrio. La Mona era alta, despampanante, una mujer espectacular que siempre llamaba la atención. Por ello, para evitar inconvenientes, ella restringía su tránsito únicamente a zonas cercanas. Nada fue suficiente: La Mona viajó a Italia a trabajar para obtener lo que ella quería y darle a su mamá la casa que le había prometido. Nunca más tuvimos noticias de ella.

Por su parte, Tere fue víctima de la intolerancia. Dicen que tenía mucho dinero en el salón de belleza y por eso la asaltaron, pero no suficiente con ello, la mataron. Siempre me

pregunté ¿por qué?, como si no fuera suficiente con la discriminación y la violencia vivida. Después de que se fue La Mona acudí a la peluquería más exclusiva del sector llamada “la italiana” en la que conocí a Charlie, quien fue entrevistada en este estudio. La relación de amistad y confianza con ella se dio con gran facilidad, debido a que mensualmente le regalaba hormonas femeninas que obtenía gracias a que algunos laboratorios entregaban muestras gratis a profesionales de la salud para dar a conocer sus productos. Las hormonas optimizaron su transformación, hicieron que sus caderas lucieran “más bonitas” y minimizó el vello facial. Charlie dejó de tomar las hormonas con el paso de los años. Los senos fueron “pura suerte”, como ella me dijo, pues se los ganó en un concurso realizado por una emisora (Escobar 2013).

Junto a Charlie laboraban otras chicas transgénero, de las cuales recuerdo a Jessica¹, quien acudía a consulta para asesoría de VIH cuando hacía mis prácticas universitarias en enfermería. Ella era trabajadora sexual de Santa Fe y había pagado para colocarse aceite de cocina en la cola (Prada *et al* 2012). Tenía un cuerpo de infarto que con el tiempo se fue deteriorando. Casualmente, vivía a la vuelta de mi casa y pasaba cada quince días por si tenía muestras gratis de hormonas femeninas. Con el tiempo los dolores en la cadera y en la espalda iban aumentando de manera rápida. Su familia la había rechazado y no tenía ninguna red de apoyo. Por tanto, debía realizarse terapias alternativas y fumar marihuana para disipar el dolor y poder trabajar. Un día no volvió. Con el paso del tiempo todas las que laboraban en el salón fueron muriendo de “gripe”² (como lo refirió la madre de una de ellas, quien habitaba la calle luego del fallecimiento de su hija, y quien solventaba los gastos económicos de las dos), a consecuencia de los cambios corporales realizados de manera artesanal o simplemente en razón de la llamada “limpieza social” (López 2015).

De manera particular considero que es una suerte ser mujer y estar viva. Es decir, las mujeres en general estamos en riesgo de sufrir vulneraciones, las cuales son fuertemente acentuadas en las mujeres transgénero, de quienes pienso que sin escapatoria son sometidas por la sociedad a vivir tales violencias y a salvaguardar su vida siempre, pese a la ausencia de un Estado que considera la vida y la integridad de ellas como una cuestión secundaria (Parra 1997). Mis propias experiencias no se acercan en lo más mínimo a lo que ellas han vivido, pero acompañarlas ha sido suficiente para comprometerme con la gran deuda que tenemos en la reivindicación de los derechos de las mujeres y, especialmente, de las mujeres transgénero.

A partir de esta experiencia quise proponer un acercamiento a estas realidades desde la academia. Mi primera aproximación la realicé hace ocho años con un proyecto de investigación titulado “Experiencias y prácticas de autocuidado en mujeres transexuales durante la transformación de masculino a femenino”. Ese proyecto lo realicé (o más precisamente lo intenté realizar) en el marco de una maestría de salud sexual y reproductiva, en el que quise relacionar mi quehacer profesional como enfermera y la construcción de la identidad en mujeres que en ese momento llamé “transexuales”. Para sorpresa y decepción mía, de mis compañeros y de mi asesor, el proyecto fue cancelado. Esto fue justificado con el argumento de que la temática generó desgaste físico en una jurado, y que consideraban que era caprichoso de mi parte no incorporar biografía específica sobre homofobia (es decir, se consideraba que el tema se debía abordar desde la literatura sobre homosexualidad, cuestión que, para mí, era claro que no funcionaba).

A partir de esta experiencia ratifiqué mi postura de entender este problema desde la construcción social del ser mujer y considerarles a ellas como tales. Al ingresar a la maestría en estudios de género presenté nuevamente este proyecto y encontré un contexto más abierto tanto al tema como a la perspectiva desde la cual quería trabajar, tendiendo a adquirir nuevas adaptaciones y reformulaciones a lo largo de todo el proceso, que se convirtió en un compromiso personal y una deuda con las mujeres transgénero, con mis amigas. Sin duda alguna, estar en la maestría me permitió reflexionar en la apuesta en la agenda pública, incidiendo en las políticas públicas para la mejora de las condiciones de vida de ellas.

Adicionalmente, es importante mencionar que, para la búsqueda de participantes (me niego a nombrarlas como sujetas de investigación, puesto que les usan para eso, para investigar; para mí, son mis amigas, mis hermanas), la inicié con mis amigas cercanas que realizaron el tránsito de género, amigas del barrio, compañeras de trabajo y es aquí cuando acudo a Laura Weinstein, mujer admirada por mí, una persona con gran talante, valentía, liderazgo y entrega como madre, compañera y amiga. Con ella, había tenido acercamientos al participar en actividades realizadas en GAAT y con proyectos de investigación a nivel distrital. Inicialmente pensé en ella como una persona de gran relevancia para participar en mi estudio, y compartiendo un té le comente por qué quería hacer el proyecto y de manera contundente ella me respondió: “a nosotras todo el mundo nos quiere de ratonas de laboratorio, como si no hubiese a nadie más quien investigar, no somos lo raro”. En ese momento me quedé sin palabras, sentí un entrometimiento de mi parte, le pedí disculpas, es el momento en que deseas salir corriendo. Ella simplemente me tranquilizó, me dijo “yo te entiendo y te quiero ayudar, pero déjame ver cómo podemos adaptar los resultados de esto para aportar de manera política”. Claro, la posición como fundadora de GAAT era contundente en defensa de sus hermanas, evitando que les usaran sólo por fines académicos, y no era para menos.

Este no fue el primer encuentro, del cual, como comencé, me hice muchas preguntas sobre mi lugar en este campo. Posteriormente seguimos encontrándonos en proyectos, en marchas, en carrozas, y puedo constatar que ha sido la mujer ejemplo de verraquera, de amor profundo, de lucha imbatible, una madre que daba el todo por el todo, la mujer ejemplo, a la que no le temblaba nada para decir las cosas como eran, la que no se dejaba amedrentar, la que se alegraba cuando el resto estábamos de fiesta y solo se hacía a la distancia, nos sonreía, levantaba su mano y nos saludaba, dejando que tuviéramos la atención pese a ser la organizadora de todo. Es difícil hablar de Laura sin que los sentimientos afloren, sin sentir su ausencia. Por ella, por todas, realizo mi aporte a esta publicación, porque quién más que ella para merecer un vasto reconocimiento, especialmente al abordar un tema que me implica como profesional y por el que ella luchó hasta sus últimos días.

¿Cómo se generó la información?

Desde mi punto de vista, el proceso de tránsito de género no se estandariza en las mujeres entrevistadas. Al contrario, es un proceso dinámico y tenso en el cual todas las categorías que se generan a partir del mismo enfrentan encrucijadas entre distintos saberes, desde las ciencias de la salud, donde entra la enfermería, así como las ciencias sociales, además de las definiciones que las mismas sujetas dan a sus procesos. En ese sentido, las categorías son un debate no del todo resuelto. Si bien se tomaron categorías propias del campo, como transgénero o transexual, advierto que ellas no están definidas *a priori* están llenas de contenidos y sentidos de manera concreta en las experiencias, las cuales a veces no corresponden con lo que dicen los saberes expertos.

Al comienzo de este estudio utilicé el término “mujeres transexuales”, considerando aquellas que hubieran vivido el proceso de transformación de masculino a femenino, con cambios corporales y con o sin cirugía genital. En el transcurso de la investigación tal nombramiento no fue acogido por las entrevistadas, quienes se nombraron a sí mismas como “mujeres transgénero”. Fue necesario reconocer que la clasificación arbitraria que hice al inicio era errada y que, al contrario de lo que me sugerían algunas teorías médicas y siquiátricas sobre los genitales como un obstáculo en la construcción de feminidad, estos podrían ser integrados incluso a su construcción corporal y de género y que, desde el punto de vista de algunas, las diferenciaría de las mujeres llamadas por ellas “biológicas”.

Es importante aclarar que en este texto tanto “femenino” como “mujer” no son consideradas coordenadas naturales sino relaciones sociales. Realizando un acercamiento sobre el ser mujer me remito a Gabriela Castellanos (1995), quien se refiere a este término como el resultado de la experiencia

histórica que induce de manera consciente o inconsciente a adquirir actitudes, conductas y características “femeninas” según las exigencias de la cultura a la que se pertenezca. Además, estas sujetas tienen la posibilidad de autoafirmarse como apuesta política frente al género como mujeres diversas con especificidades de clase, etnia y raza (Castellanos 1995). En este universo diverso de “las mujeres”, las “mujeres transgénero” para este estudio son aquellas que realizaron un tránsito de género, se identifican y se reconocen a sí misma como mujeres y tienen adecuaciones corpóreas para obtener una apariencia femenina mediante la utilización o no de tratamiento hormonal o quirúrgico. Algunas de ellas pueden considerar o no como importante la cirugía de reasignación sexual.

Para entender esto desde el contexto de la salud, es necesario realizar un acercamiento al Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Norteamericana de Siquiatría (DSM-V) en su versión del año 2013, puesto que es uno de los referentes de saberes expertos más importante en esta disputa por las categorías, el cual clasifica a las mujeres transgénero de manera abrupta con una enfermedad mental definida como “disforia de género” o “trastornos de la identidad sexual”. Se incluyen en tal clasificación aquellas personas con incongruencia entre el género experimentado/expressado y el género asignado al nacer, con un fuerte deseo a deshacerse de sus características sexuales primarias o secundarias, de ser del género contrario, y con la convicción de tener sentimientos y reacciones del otro género. Tal dictamen en el sistema de salud se hace necesario para el acceso a los servicios por parte de las mujeres transgénero, situación que ya marca un inicio particular de dichas mujeres en el sistema de salud, como lo resalta la ruta de promoción y mantenimiento de la salud (MSPS 2018). En dicha relación se vulneran los derechos y la dignidad de las mujeres en la forma como son clasificadas por el sistema médico-siquiátrico, además de las barreas y las experiencias de discriminación que vendrán después.

Como ya mencioné, si bien tengo en cuenta estas definiciones, dada su influencia en los marcos normativos y en los discursos de activistas, no uso esta categoría como cerrada, como definida de una vez y como algo que resuelve con toda certeza algo tan complejo como los procesos de tránsito de género. Entonces el uso de “transgénero” en este texto no está pautado unidireccionalmente por este marco biomédico y psiquiátrico, aunque lo tenga en cuenta según las circunstancias. Por otro lado, existen varias categorías en las investigaciones encontradas que dan cuenta del proceso realizado por las mujeres como “tránsito de género”, “transformación” o “proceso de feminización”. Por ello, en este estudio se usan tales categorías, dado que en todo caso ellas aluden a un proceso de cambio de intervención corporal que genera tensiones, debates y conflictos a partir del mismo. Por tanto, el proceso no se podría definir a partir de una categoría específica.

Este estudio se realizó mediante una metodología cualitativa, interpretativa, de tipo fenomenológico-hermenéutico por interpretación del discurso de las experiencias y las prácticas de autocuidado durante el proceso de transformación. La información recolectada fue el resultado de la realización de entrevistas semiestructuradas dirigidas a cinco mujeres transgénero y cinco personas que brindaron apoyo durante el proceso de transformación. Se realizó grabación del discurso previo consentimiento informado, para registrar cada uno de los aspectos relacionados frente al proceso de tránsito. Para el análisis de la información se realizó una clasificación de categorías por medio de Excel. De igual manera, se realizó búsqueda de información en bases de datos como LILACS, PROQUEST, NLM, la Biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia y enlaces en bibliotecas públicas, documentos físicos y otros, como soporte bibliográfico de esta investigación. La investigación se consideró de bajo riesgo para las personas que participaron. Se realizó consentimiento informado con aceptación verbal y firma por parte de cada una de las entrevistadas, permitiendo la utilización de su nombre identitario por parte de las cinco mujeres participantes, a quienes se accedió por técnica de bola de nieve.

A continuación, ahondaremos en los resultados relacionados con la responsabilidad social y estatal frente al acompañamiento en los procesos de tránsito de género, siendo distribuidos en categorías que permiten entrever aquellas deudas que se tienen con las mujeres transgénero quienes viven estos procesos en soledad, asumiendo riesgos para obtener una situación de bienestar, proyectada como moldeamiento de la corporeidad femenina de manera permanente.

Prácticas sociales de cuidado, medicalización e intervenciones corporales

Sin lugar a dudas existen condiciones de vulnerabilidad en las mujeres transgénero que aumentan con el proceso de transformación, enfrentándose a la vez a altos niveles de violencia, estigma y discriminación, que afectan de manera directa su diario vivir, su tránsito, la educación, el empleo y, por tanto, su salud. Esta última se ve afectada por el sometimiento a tratamientos durante la transformación, los cuales tienen como prioridad alcanzar la imagen femenina deseada. Sin embargo, en algunas ocasiones son clandestinos y no tienen supervisión ni acompañamiento de personal capacitado que pueda prevenir complicaciones derivadas del mismo, como se evidencia en las entrevistas realizadas (Brown 2009). El proceso de transformación en todas las mujeres entrevistadas no tuvo asesoría por personal de salud y, en tres de los casos, como resultado de tales intervenciones artesanales, se tuvo como consecuencia complicaciones importantes en su salud, resaltando la hiperhormonización como principal desencadenante, debido a dosis inapropiadas en el consumo de hormonas femeninas (Calvar 2015).

Es importante resaltar que la construcción corporal es acompañada en la mayoría de ocasiones por pares u otras personas no expertas en el tema. En algunas ocasiones la intuición y su propia percepción sobre la transformación es lo que conduce a cambios corporales clandestinos, a bajos costos, que ponen en peligro su vida e integridad corporal. Pero la razón que cobra más fuerza para la falta de acceso a servicios en salud según lo referido por las entrevistadas consiste en la estigmatización y la violencia generada a causa de la identidad, y a una extrema medicalización que las agota. Por estas razones desisten de acudir a los servicios y recurren a las instituciones de salud por razones que generen netamente urgencias médicas:

Pedí la cita para que me remitieran pero no pude llegar a esa cita porque me demoré cuarenta minutos esperando el bus. Llegué tarde y ya no me atendieron, entonces me toca pagar la multa pedagógica y volver a pedir la cita a medicina general para que me remita al psiquiatra y el psiquiatra me dictamine con disforia de género. Vuelvo a medicina general para que me remita de nuevo al endocrino y con el endocrino ya empiezo los exámenes. Vuelvo a medicina general y que el médico general viendo los exámenes de endocrino me mande las hormonas. Ah no, a mí no me gusta realmente que digan que somos unas personas trastornadas, que somos unas personas enfermas porque no lo somos, o sea, de hecho pienso que muchas de nosotras y nosotros somos más fuertes que otras personas del común, pero como yo le digo siempre a mis pares, a las usuarias que llegan a mí, esto tenemos que usarlo como una ayuda. Si no nos dictaminamos, si no nos declaramos enfermas, entre comillas, obviamente el sistema de salud no nos va a cubrir las hormonas ni el tratamiento. Entonces como que apoyémonos y dejémonos dictaminar para que empecemos con nuestro tratamiento y nuestra transformación corporal, porque o si no nos tendríamos que ir por lo mismo de siempre y tendríamos que acudir a procedimientos artesanales o por medicina particular y realmente eso es muy caro y muchas chicas no tenemos la posibilidad. (Shanon, comunicación personal, 31 de marzo de 2015)

Esta barrera del sistema de salud, además de crear estigma y discriminación, la cual se acrecienta con la patologización psiquiátrica de aquellos cuerpos considerados enfermos, no permite que el acceso a tratamientos sea equitativo. Así lo describe la entrevistada con respecto al acceso a tratamientos hormonales, los cuales en términos de equidad e igualdad deberían ser equivalentes a tratamientos de la regulación de la fecundidad en su gratuidad, como ocurre para mujeres en general. El acceso equitativo implicaría la eliminación de trámites engorrosos y acceso a servicios sin tener que autodeclararse como “enfermas”, término empleado por Shanon en su relato, refiriéndose al diagnóstico psiquiátrico de disforia

de género exigido a las mujeres transgénero para el acceso a servicios. Únicamente a las mujeres transgénero se les exige que se dictaminen con patologías mentales para el acceso a servicios de acompañamiento y tratamiento médico integral, lo que claramente las pone en una situación de discriminación estructural frente al sistema de salud (WPATH 2012).

Es de resaltar que los criterios para el acceso a tratamiento hormonal son sesgados de manera inicial por un diagnóstico impuesto por una norma binaria de género que viene de la psiquiatría y la medicina (American Psychiatric Association 2013). Además, las mujeres transgénero al llegar a los servicios deben lidiar con funcionarios que a veces las atienden con base en imaginarios y concepciones infundadas sobre las identidades diversas o en prejuicios religiosos mediante los cuales las consideran como algo anormal en la sociedad.

Estas barreras de acceso a los servicios de salud aumentan los riesgos para las mujeres transgénero no solo a nivel biológico sino también a nivel psicosocial y conducen a la creación de alternativas que les permitan optimizar su calidad de vida y evadir tales marcas discriminatorias, estrategias generadas a partir del autocuidado y de las prácticas de protección que se transmiten desde la experiencia de otras personas (Estrada 2010). Es más adecuado, y en mi opinión justo, pensar las intervenciones corporales por fuera del sistema de salud así, y no simplemente como comportamientos irresponsables con la propia salud.

Esta cuestión de justicia en torno al conocimiento sobre el problema, tiene que ver con una medicalización extrema de la mirada, con una moralización que viene de perspectivas religiosas, pero también de ciertos sesgos académicos que han desestimado los propios conocimientos desarrollados por personas y organizaciones transgénero. Como lo argumenta Charlotte Schneider, desde la academia existe una gran deuda con las mujeres transgénero en lo que respecta a la producción de conocimiento sobre ese tema, ya que no se les considera como interlocutoras válidas sino como sujetas pasivas. En las carreras de salud, como lo refiere la mencionada autora, es prioritario encaminar hacia la reflexión de las construcciones trans y la idealidad en el acompañamiento durante los procesos de transformación, disminuyendo los riesgos asociados a las transformaciones a largo plazo, brindando herramientas que maximicen los procesos de construcción de la identidad y promuevan el fortalecimiento de leyes y normatividad que permitan el acceso a la salud sin barreras de equidad a las mujeres transgénero (Schneider 2007).

El autocuidado se basa en la comprensión del ser como un todo, realizando el abordaje a nivel biológico, psicológico, social y cultural. Estos factores se interrelacionan durante el proceso y son importantes como determinantes para la creación de estrategias que favorezcan el cuidado propio. Por tanto, es el resultado del diario vivir y se constituye como una estrategia individual para la protección y la prevención

de riesgos y complicaciones (MIDEPLAN 2005). Las estrategias de autocuidado en cada persona varían según la experiencia vivida ante determinadas situaciones o la visualización de experiencias o consecuencias en otros, y para evitarlas se realizan adaptaciones en el estilo de vida. En las mujeres transgénero entrevistadas, el autocuidado se realiza al evidenciar situaciones que colocan en riesgo la salud y que provocan desenlaces nefastos como la muerte, evidenciada en la experiencia de otras personas.

El miedo a la adquisición de enfermedades, al desarrollo y la complicación desencadenada a partir de las mismas, el aumento de las patologías junto con la edad, hacen que los riesgos sean evitados mediante la adopción de prácticas saludables como el ejercicio, la ingesta adecuada de alimentos, el evitar el uso frecuente de alcohol, la protección en las relaciones sexuales con el uso del preservativo y otras referidas por las mujeres, las cuales son fundamentales para evitar situaciones o consecuencias que deterioren su calidad de vida (OMS 2002):

Tengo que ser realista de prepararme y cuidarme ahora más que antes, porque es que yo veo, he tenido muchas clientas que ya han fallecido de 47, 50 años de cáncer, de miles de enfermedades. Las veía que comían mucha comida chatarra y son como espejos para uno empezar a cuidarse. Yo siempre me he cuidado, pero ahora más. (Charlie, comunicación personal, 30 de noviembre de 2014)

Las mujeres transgénero entrevistadas refieren que en el momento en que se realizó el estudio gozaban de un buen estado de salud. También argumentan que, como resultado de las intervenciones realizadas para la transformación corporal—la hormonización—, del deseo de evitar enfermedades crónicas a causa de la edad o por prácticas desprotegidas, realizan como medio de protección durante y posterior a la transformación, controles médicos periódicos para supervisar su estado de salud, prevenir riesgos y evitar complicaciones, y para esto realizan prácticas saludables o paliativas para optimizar su salud: “He tenido dificultades frente a lo del silicón inyectado porque digamos que en este momento me está afectando las venas, me está afectando las piernas, entonces estoy en exámenes con el médico para evitar todas esas cosas, para evitar una gangrena que me dé algo así (Coqueta, comunicación personal, 28 de abril de 2015).

Es así que, para evitar complicaciones derivadas de los procedimientos, las mujeres realizan actividades de prevención aprendidas o adaptadas por las mismas, así desde ciertos puntos de vista se consideren inadecuadas. Todas refirieron que es importante realizar algún tipo de actividad física, aunque solo dos de ellas utilizan la bicicleta ocasionalmente para realizar ejercicio físico. El restante de mujeres entrevistadas refirió no realizar ninguna actividad, pese a la prisa del

trabajo remunerado o a la demanda de tiempo al ejercer labores domésticas en el hogar.

La disminución en el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, se relaciona también con la prevención de enfermedades. Solo una de las mujeres refirió ser consumidora habitual de marihuana y en general todas realizan ingesta de alcohol en encuentros sociales, refiriendo esa restricción como una práctica protectora y saludable que evita complicaciones en salud.

Si bien es cierto que el sistema de salud pretende asegurar intervenciones corporales con minimización de riesgos y complicaciones, permitiendo la creación de pautas de bienestar para la optimización de la calidad de vida a partir de dictaminar una patología mental para acceder al acompañamiento en el proceso de salud, también es de resaltar que la medicalización no es el único medio por el cual se pueden realizar procesos de transformación de calidad, que protejan la integridad de la persona:

El servicio de salud crea muchas barreras, porque si nosotras tuviéramos un verdadero acompañamiento para un proceso de hormonización, no pasarían tantas cosas, sería un endocrinólogo el que nos haría un chequeo, un tratamiento. Pero no, nosotras lo tenemos que hacer de recomendación de una amiga, de la una a la otra contándose que se inyecta, que le hace bien y el estado niega esas cosas. Entonces por esa causa han muerto muchas niñas, por las transformaciones corporales, por inyectarse silicón fluido, por esas transformaciones artesanales que hay han muerto muchas y es por negligencia del Estado. (Shanon, comunicación personal, 31 de marzo de 2015)

Según el Plan de Beneficios en Salud, las cirugías de cambios corporales son consideradas cirugías estéticas y no se encuentran dentro del paquete de servicios que brindan las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, situación que seguramente continuará con el reciente cambio realizado al POS, ya que en el artículo 15 de la ley 1751 de 2016 se menciona que los recursos públicos designados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas” Esta falta de especificidad seguirá generando el mismo problema para el acceso a los procedimientos, los cuales seguirán dependiendo de criterios individuales de los médicos y de los funcionarios de las EPS responsables de autorizar dichos servicios.

La Resolución 5592 de 2015, bajo el código 6451, autoriza procedimientos de transformación sexual no clasificados bajo otro concepto, refiriéndose a cirugía de reasignación genital, pero otro tipo de intervenciones como implantes y demás son considerados estéticos. Estas normativas también

indican realizar acompañamiento y supervisión de tratamiento a mujeres diagnosticadas con disforia de género, pero no se asegura el acceso a intervenciones corporales, siendo esta la principal necesidad sentida para el cambio por parte de las mujeres que realizan la transformación (MSPS, Resolución 5592, 2015).

A causa de la patologización de la identidad sexual, del estigma, la violencia y la discriminación en los servicios de salud, las mujeres evitan acudir a los mismos, creando alternativas para la realización de intervenciones corporales asumiendo el pago de las mismas por medio de particulares, corriendo riesgos y complicaciones que pudiesen derivarse de la misma, y teniendo la asesoría por parte de pares y otras personas. Esta es también una manera de evitar la exclusión y estigmatización por parte de los servicios de salud, los cuales interfieren con la negación de los procedimientos, que, sin duda alguna, son el eslabón en su proyecto de vida.

En resumen, las prácticas protectoras son ejercidas por otros y otras, ya sean familiares, amigas cercanas, personal de instituciones o el sistema de salud y, por tanto, el Estado, quienes en su conjunto asumen tal papel de manera superficial, puesto que no ofrecen garantías institucionales y sociales que aseguren la calidad del proceso de transformación de las mujeres transgénero. Esta cuestión hace que se ratifique como un proceso que se vive en soledad, el cual aumenta la vulnerabilidad de las mujeres, afectando su calidad de vida y su salud y llevando a crear estrategias protectoras por parte de las mismas y de algunas personas allegadas para evitar daños o complicaciones durante este proceso.

Redistribución equitativa del cuidado: la responsabilidad social y estatal frente a la salud de las mujeres transgénero

Para las mujeres que realizan su tránsito de género, el apoyo recibido de otras personas durante los procesos de transformación implica situaciones protectoras para la minimización de riesgos. Las personas acompañantes durante los procesos de transformación se convierten entonces en creadores de estrategias de cuidado que son perpetuadas y adaptadas según el entorno y las circunstancias en las que se encuentran las mujeres que realizan el proceso de transformación.

Dicho proceso implica adaptaciones relacionadas con las prácticas de autocuidado. En el marco de este trabajo, y tal como lo explica Dorotea Orem (1958) desde la enfermería, el autocuidado se entiende como “la actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Sillas y Jordan 2011, 68). Es de resaltar que tales prácticas

son delegadas a la persona, incluyendo la conservación del espacio que le rodea y el desarrollo de actividades que permitan la conservación de la salud y la vida, evitando así situaciones que puedan afectarle a corto y a largo plazo (Pereda 2010).

Abordando el cuidado como labor socialmente asignada a las mujeres a partir de un criterio biológico asociado a la reproducción, siendo una labor no remunerada en la que se delega el cuidado de otros, considero que tal concepción tiene pertinencia para entender el acompañamiento y el apoyo brindado a las mujeres transgénero. El cuidado hacia otros se considera un deber moral que implica desgaste emocional y de las capacidades individuales por parte de la persona que lo realiza, debido a la responsabilidad en el acompañamiento y la adaptación a nuevas estrategias para proteger y dar respuesta a las necesidades o a las situaciones de riesgo a las que se podría someter.

Para evitar tales riesgos, existen factores protectores que permiten la minimización de estos. Sin embargo, la persona que decide asumirlos es la encargada de crear prácticas preventivas catalogadas como prácticas de autocuidado como responsabilidad asumida a nivel individual (Molinier 2011). Tales prácticas de autocuidado son adaptadas e influenciadas por otros para su propia protección (Tobón 2011), siendo importante para las mujeres transgénero al tener que adaptarse a situaciones que requieren de protección de sí y de otros dentro de las relaciones de género, asumiendo la entrega de afecto y la filiación para el cuidado (Caroiso 2014) y, adicionalmente, las labores de protección al ser cuerpos femeninos a quienes se les obliga a desempeñar tales roles (Molyneux 2005).

Tal designación biologicista ahonda la deslegitimación del poder en los cuerpos femeninos (Foucault 1981), obligándoles a asumir el cuidado de otros, considerados vulnerables. Estas situaciones implican un gran desgaste en su salud mental y emocional, al realizar labores que no son reconocidas pero que, por el contrario, sí presentan grandes requerimientos, sin importar el estado de la persona que las ejerce (Prieto 2013), desconociendo que el mismo proceso de tránsito de género aumenta tal vulnerabilidad en las mujeres transgénero a quienes se les asignan tales labores (Comas 1995).

Al ser el apoyo un proceso que implica compromiso y responsabilidad por parte del individuo que se involucra de manera directa con el sujeto de cuidado, las personas que se involucran en el mismo tienden a ser muy cercanas o con fuertes lazos afectivos. Pero es importante tener en cuenta que no todas las personas que brindan apoyo durante el proceso de transformación lo realizan de manera constante, llegando a desconocer situaciones de riesgo o necesidades y cambios emocionales desprendidos del mismo.

Por lo anterior, las mujeres que realizaron su proceso de transformación refirieron haber realizado el mismo en soledad, ya que el apoyo por parte de otras personas fue brindado de manera esporádica. En varios casos hubo acompañamiento de pares, familiares femeninas y de la pareja, y en otros se involucran servidoras públicas. Es importante resaltar que por parte de familiares y personas cercanas aún después del proceso de transformación se refieren a ellas con denominaciones masculinas o por el nombre designado en el nacimiento y no por el identitario, lo cual entiendo como una negación internalizada ante el proceso de transformación, creando violencias simbólicas de manera indirecta.

Durante la entrevista realizada a las personas acompañantes se perciben sentimientos de solidaridad durante el proceso, pero también se encuentran prejuicios en cuanto a la identidad construida por las mujeres. Estos prejuicios están basados en una dicotomía de género impuesta, fuertemente arraigada en nuestra cultura.

A pesar de que las mujeres transgénero reportan en su mayoría afecciones emocionales relacionadas con sus procesos de tránsito, quienes acompañan estos procesos no se dieron cuenta de tales situaciones. Las personas acompañantes refirieron realizar acompañamiento a la creación de la apariencia física femenina mediante el uso de prendas y maquillaje, pero que no se realiza acompañamiento en intervenciones quirúrgicas u hormonales ya que las consideran un proceso personal que debe asumir la mujer transgénero.

Un aspecto importante encontrado durante el acompañamiento a mujeres transgénero por parte de trabajadoras públicas es la generación de estrategias de miedo por lo que pueda ocurrir en salud durante la transformación y las posibles secuelas que se puedan generar, siendo imprescindible para ello contar con asesoría médica, estrategias de alguna manera las infantilizan. Cabe resaltar que los servicios de salud presentan altos niveles de violencia durante la atención de las mujeres transgénero a pesar de la supervisión realizada por diversas organizaciones para que se brinde apoyo durante el proceso de transformación en los controles médicos. Es de resaltar que las sugerencias realizadas en los procesos de hormonización por parte de los equipos de salud no han tenido una evidencia científica relevante con ensayos clínicos controlados u otros, haciendo que los tratamientos no sean estandarizados y que cada caso, según sus deseos, sea visto y formulado según su individualidad.

Los servicios de salud se convierten en un punto crítico de estigmatización en la relación de las mujeres transgénero, al ser relacionadas con el VIH y las infecciones de transmisión sexual. Las entrevistadas perciben estos servicios como fragmentados y discriminatorios. Varios profesionales no consideran la identidad de las mujeres transgénero como algo importante para asegurar una atención más integral y de mayor calidad. En estos contextos institucionales, saberes

masculinizados desde una posición de poder y de clase patologizan sus cuerpos considerados no válidos dentro de la sociedad, retrasando el tránsito de género acompañado por el sistema de salud y obligándoles a asumir riesgos para la obtención de la corporalidad deseada, guiándose por su intuición y en ocasiones siendo acompañadas y asesoradas por pares o personas no expertas.

El proceso de transformación es crucial en sus proyectos de vida, y es considerado así por las personas que brindan apoyo, quienes reportan dicho proceso como un momento trascendental y decisorio en la vida de las mujeres transgénero. Alcanzar este fin es lo más importante, y hace que las mujeres se expongan a situaciones de violencia ejercida de primera mano por la familia y luego por otros actores. Las situaciones de inequidad material, laboral y educativa precarizan ese proceso, pero también en medio de esas dificultades las mujeres transgénero generan estrategias para la obtención de recursos económicos para su sobrevivencia en la sociedad y, para poder “pagarse” el cuerpo que quieren, en algunos casos realizan “trabajos transexualizados” (Prada 2012) en peluquerías, en eventos artísticos o en trabajo sexual para adquirir los recursos que les permitan adquirir las modificaciones corporales deseadas. Es de destacar que, según la línea base de la política pública LGBT de Bogotá, el acceso al trabajo es inequitativo debido a la discriminación a la que se ven enfrentadas, obligándoles a ocultar su identidad de género para ingresar a un empleo y mantenerlo (Alcaldía mayor de Bogotá 2011).

A pesar de los grandes esfuerzos que han realizado los colectivos y las organizaciones sociales LGBTI para la reivindicación de los derechos primordiales en el acceso a educación y trabajo, entre otros, aún las políticas públicas no presentan de manera palpable estrategias que permitan el acceso a las mujeres transgénero, quienes históricamente han recibido mayor rechazo y violencia por parte de toda la sociedad y del núcleo familiar que se pensaría propendería por el cuidado de ellas (Sánchez 2017).

Parte importante de los procesos de transformación es el apoyo recibido por parte de las personas que he llamado cuidadores o acompañantes, quienes en la mayoría de los casos no son familiares, sino personas conocidas que asumen la responsabilidad moral de acompañar durante el tránsito. Dentro de las personas cuidadoras vemos distintos grados de compromiso. Hay quienes dedican la mayor parte del tiempo en el proceso, se hacen cargo de vigilar y atender a la otra persona facilitando la vida y complementando el autocuidado (Ruiz y Nava 2012). Entre estas personas encontramos a sus parejas o padres. En otra instancia se encuentran amigas o pares quienes realizan cuidado cuando las mujeres se los piden. Por otro lado, encontramos a las personas que realizan acompañamiento durante los procesos de transformación desde las instituciones públicas, quienes, si bien lo realizan como parte de sus funciones con una retribución económica

posterior y para satisfacción personal, es de resaltar que su acompañamiento en la mayoría de ocasiones va más allá de sus funciones laborales.

Nunca será igual llevar un proceso en soledad que en compañía de alguien más, puesto que ello desencadenaría mayores riesgos en salud. Todas las mujeres entrevistadas refirieron haber recibido apoyo por parte de alguna persona, que sin lugar a dudas se diferenciaba del restante que les rodeaba por la aceptación de la identidad, el apoyo en las intervenciones a realizarse y el respeto a la autonomía de las mismas.

Conclusiones

Si bien existen políticas públicas que buscan reivindicar los derechos negados a las mujeres transgénero por medio de instituciones que brindan servicios de salud aún falta mucho. Soy una convencida de que el Estado debe comprometerse con estrategias específicas que obliguen a todos los sectores a propender por la protección y la garantía de los derechos fundamentales de las mujeres transgénero.

Por parte del sector académico es necesario el compromiso con el adelanto de investigaciones, especialmente en salud, que permitan y sirvan de herramienta para la ejecución de políticas públicas adecuadas, enfocadas en las verdaderas necesidades de las mujeres transgénero, incluyéndoles no solo como partícipes en investigaciones sino que, por el contrario, sean ellas las que realicen las mismas con el apoyo del sector académico y claro, el acceso a la educación básica y superior se convierta en una realidad, no solo para algunas con mejores ingresos económicos, sino para todas las que deseen realizarlo.

Es de reconocer desde el sector salud la gran deuda que se tiene con las mujeres transgénero. En contextos de salud las

mujeres transgénero están expuestas a continuos rechazos, a la discriminación y al juicio. Ellas además son responsabilizadas de los riesgos que asumieron para alcanzar el cuerpo deseado, en una lectura totalmente individual y sin considerar los contextos sociales no cuidadosos que las llevan a estos riesgos. Muchos profesionales de salud patologizan las experiencias de tránsito de las mujeres, y reproducen discursos dicotómicos que encasillan y estandarizan los tránsitos. El trato en estos contextos burocráticos no es amable y la prestación de servicios no se realiza con la suficiente calidad. Por estas percepciones negativas sobre los contextos médicos las personas prefieren vías alternas que a veces las ponen en situaciones innecesarias de riesgo.

Ante la falta de entrenamiento médico y específico y la ausencia de una perspectiva de derechos, se hace prioritario desde la formación en pregrado el abordaje de enfoques diferenciales que permitan la generación de profesionales capacitados en el acompañamiento de procesos de tránsito de género adecuados, más humanos y libres de todo tipo de estigmatización, discriminación y violencia. De tal manera, la atención estaría enfocada en profesionales con capacidad de escuchar y enfocarse en el deseo individual de cada una de las mujeres y no de lo que el equipo de salud considera debe ser, puesto que recaería en la asunción de riesgos en salud de manera individual, al preferir someterse a diferentes tratamientos no acompañados, para obtener lo que para ellas es bienestar, refiriéndome específicamente a la construcción individual, garantizándose a sí mismas su propio bienestar y salud.

Volviendo al título que encabeza este artículo, los tránsitos de las mujeres transgénero tienen una dimensión de responsabilidad social que debe ser asumida por las comunidades y particularmente por el Estado. No es “un problema de ellas”, es una responsabilidad de las políticas de salud. Ese trabajo de cuidado debe además ser redistribuido de forma justa y reparar el descuido que por años han experimentado las mujeres transgénero.

Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá. 2011. “Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas -LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital”. *Balances y perspectivas*: 24.
- American Psychiatric Association. 2013. *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*: 239 – 242. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Brown, Sandra. 2009. *La imagen en el espejo*. Zeta Bolsillo: 1-576.
- Calvar, Cecilia. 2015. *Medicina Transgénero*. Hospital General de Agudos. Juan A. Fernández.
- Caroiso, Alba. 2014. “El aporte de la ética feminista del cuidado para una sociedad sin violencia”. Colectivo la araña feminista. <http://www.alainet.org/es/active/70481#sthash.ecqECzu3.dpuf>

- Castellanos, Gabriela. 1995. “¿Existe la mujer? Género, lenguaje y cultura. En *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Compiladoras: Luz Gabriela Arango y Cols. Tercer Mundo: 39-58.
- Comas, Dolors. 1995. *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona, Icaria, Institut Català d'antropologia 17-77. <https://www.antropologia.cat/pub/trabajo-genero-y-cultura-la-construccion-de-desigualdades-entre-hombres-y-mujeres/>
- Congreso de la República. 2015. Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015: 1-18. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Escobar, Manuel. 2013. “La politización del cuerpo: subjetividades trans en resistencia”. *Nómadas*: 133-149. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75502013000100009&script=sci_abstract&tlng=es#:~:text=La%20politizaci%C3%B3n%20del%20cuerpo%3A%20subjetividades%20trans%20en%20resistencia.&text=Se%20plantea%20un%20v%C3%ADnculo%20entre,tambi%C3%A9n%20de%20hiperestesia%20y%20consumo.
- Estrada, John, García, Andrea. 2010. “Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/SIDA en mujeres transgénero en Colombia”. *Revista Gerencia política Salud* 9, no. 18: 90-102. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgs9-18.rgvv>
- Foucault, Michel. 1998. *Historia de la sexualidad I. La Voluntad de Saber*. Traducción de Ulises Guinazu: 12-24.
- López, Luz Mary. 2015. *Transitando en La Italia: Trayectorias migratorias de las travestis colombianas, trabajadoras sexuales en Italia, en la década de los noventa*. Mg estudios de género. Facultad de ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia: 1 – 228. <1010164383.2016.pdf> (unal.edu.co)
- MIDEPLAN. 2005. *Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado*. Sistema de Protección Social. Chile Solidario: 1-94. https://www.academia.edu/36956157/Manual_de_Orientaci%C3%B3n_para_la_Reflexividad_y_el_Autocuidado_Dirigido_a_Coordinadores_de_Equipos_Psicosociales_de_los_Programas_del_Sistema_de_Protecci%C3%B3n_Social_Chile_Solidari
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Resolución 5592 de 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>
- _____. 2018. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación: 1-348. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Molinier, Pascale. 2011. “Ante todo, el cuidado es un trabajo”. En Arango y Molinier (editoras). *El trabajo y la ética del cuidado*. Universidad Nacional de Colombia, pp. 45-64.
- Molyneux, Maxine. 2005. “Más allá del debate sobre el trabajo doméstico” (1979). En Rodríguez y Cooper (editoras), *El debate sobre el Trabajo Doméstico*. Antología, UNAM: 13-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2058974>
- Organización Mundial de la Salud. 2002. “Definición y evaluación de los riesgos para la salud”. *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. OMS: 1-15. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67455>
- Parra, María Eugenia. 1997. “La desigualdad según el género y su relación con los ámbitos público y privado”. *Cinta moebio*. www.moebio.uchile.cl/01/frprin02.htm
- Pereda, Margarita. 2010. “Explorando la teoría general de la enfermería de Orem”. *Enfermería Neurológica* 10 (3): 163-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

- Prada, Nancy, Herrera, Susan, Lozano, Lina, Ortiz, Ana. 2012. *¿A mí me sacaron volada de allá! Relatos de la vida de mujeres trans desplazadas forzosamente hacia Bogotá.* Universidad Nacional de Colombia: 1-287. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5278403>
- Prieto, Carlos, Serrano, Amparo. 2013. “Los cuidados entre el trabajo y la vida”. *Cuadernos de relaciones laborales* 13 (1): 11-16. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/issue/view/2377>
- Ruiz Ríos, Alma Elizabeth, Nava Galán, María Guadalupe. 2012. “Cuidadores: responsabilidades – obligaciones”. *Enfermería Neurológica* 11, no. 3: 163-192. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Sánchez, Esther. 2017. “El movimiento LGBT (I) en Colombia: la voz de la diversidad de género. Logros, retos y desafíos”. *Reflexión Política* 19 (38): 116-131. <https://www.redalyc.org/pdf/110/11054032009.pdf>
- Schneider, Charlotte. 2007. “Transgenerismo (transgénero, transgenerista) Una deuda pendiente de la Academia, el poder ejecutivo, el poder legislativo, la cultura, la sociedad y el Estado en general”. *Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento.* Editora Beatriz Espinosa. Ed. Universidad Javeriana: 58-67. <http://www.asamblea.go.cr/sd/Documents/referencia%20y%20prestamos/1.%20Indice%20Cuerpos%20y%20diversidad%20sexual.pdf>
- Sillas, Dalia, Jordan, María. 2011. “Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería”. *Desarrollo Científico de Enfermería. Práctica clínica* 19 (2): 67-69. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Tobón, Ofelia. 2011. “El autocuidado una habilidad para vivir”. *Universidad de Caldas*: 1-12. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). 2012. *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género.* 7ª Versión: 38-57. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf

Notas

1. Pseudónimo.
2. Forma de referirse al VIH/SIDA.