



AVANZANDO CON SOCIOS Y COMUNIDADES

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LAS POBLACIONES TRANS
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
ABRIL, 2016



Avanzando con Socios y Comunidades

Avanzando con Socios y Comunidades (APC por sus siglas en inglés) es un acuerdo de cooperación de cinco años, financiado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) por medio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el Acuerdo No. AID-OAA-A-12-00047, que comenzó en Octubre 1, 2012. APC es implementado por medio de JSI Research & Training Institute, Inc. El proyecto se enfoca en apoyar y promover los programas que buscan mejorar la salud de las comunidades y lograr otros alcances relacionados con la salud sexual y reproductiva, y el VIH/SIDA. APC proporciona liderazgo mundial para la planeación de programas comunitarios, ejecuta y administra subvenciones pequeñas y medianas, apoya la reforma de las adquisiciones mediante la preparación de subvenciones de USAID para su ejecución local, y desarrolla la capacidad técnica de las organizaciones para poner en práctica programas eficaces y prácticas de alto impacto.

Cita recomendada

Paulino-Ramírez, Robert, Mayra Rodríguez-Lauzurique, y Aysa Saleh-Ramírez. 2015. *Diagnóstico de las Necesidades de Salud de las Poblaciones Trans de la República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana. USAID's Advancing Partners & Communities (APC) Project.

Agradecimientos

Agradecemos al equipo de recolección de datos: Stephanía Hernández y Zoe Da Silva –GAYP–; Michelle Cornielle, Miguel Zabala Marcell De los Santos, Gabriel Arias, y Aníbal Lugo –TRANSSA–; Casandra Peralta y Rosa Cadete –COTRAVETD–; y Mónica Ruiz –TEPA–. Reconocemos el liderazgo del comité técnico compuesto por Fátima Colombo, Matilde Constanzo, Riqui Rey, Mónica Ruiz y María Castillo. Un especial agradecimiento al equipo de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), que brindó todo el soporte para la ejecución de los talleres de formación, procesamiento de datos y aprobación del protocolo del presente diagnóstico. Dicho equipo estuvo integrado por: Lic. Lucía Sánchez, Juan Pablo Vargas, Ricardo Ibarra, Dra. Aida Mencía-Ripley y Jhomercy García. Agradecemos también a Liken Lee, del proyecto APC, por el apoyo logístico, y en especial a las y los participantes por compartir sus experiencias con nosotros.

Avanzando con Socios y Comunidades-APC

John Snow, Inc.
Calle Padre Pina No. 105,
Zona Universitaria
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. 809-688-5629
Web: advancingpartners.org

AVANZANDO CON SOCIOS Y COMUNIDADES

**DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LAS POBLACIONES
TRANS¹ DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**

ABRIL, 2016

¹ Categoría sombrilla que abarca personas cuya identidad y expresión de género es diferente a lo que típicamente se asocia con el sexo que le fue asignado al nacer (varón o mujer, según los genitales externos). Esto incluye a personas transgénero, transexuales, travesti u otras categorías y realidades culturales.

Financiado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) por medio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), esta publicación fue producida por Advancing Partners & Communities (APC), un acuerdo de cooperación de cinco años bajo el Acuerdo No. AID-OAA-A-12-00047, que comenzó en Octubre 1, 2012. Las opiniones expresadas en este documento no necesariamente reflejan las del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR), o las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	IVII
RESUMEN EJECUTIVO	I
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
METODOLOGÍA	5
SOCIOS.....	5
ZONAS GEOGRÁFICAS.....	6
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	7
ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS.....	7
GRUPOS FOCALES.....	8
VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	8
RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES.....	8
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	9
POSIBLES BENEFICIOS PARA LAS Y LOS PARTICIPANTES.....	9
EQUIPO DEL DIAGNÓSTICO.....	9
HALLAZGOS	10
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES.....	10
IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE HORMONAS Y ORIENTACIÓN SEXUAL.....	14
CONDUCTAS SEXUALES.....	18
CONOCIMIENTO, PRUEBA Y DIAGNÓSTICO SOBRE VIH/SIDA E ITS.....	20
ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	21
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	26

RECOMENDACIONES	29
SALUD INTEGRAL.....	29
INCLUSIÓN SOCIAL.....	30
POTENCIALIZAR LAS ORGANIZACIONES TRANS.....	31
HOMBRES TRANS.....	32
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

APC	Avanzando con Socios y Comunidades
ASA	Amigos Siempre Amigos
CDC	Centros de los Estados Unidos para el Control y Prevención de Enfermedades
CEPROSH	Centro de Promoción y Solidaridad Humana
CI	consentimiento informado
COIN	Centro de Orientación e Investigación Integral
COLETH	Colectivo de Mujeres Lesbianas y Hombres Trans
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y SIDA
COTRAVETD	Colectivo de Trabajadoras Sexuales Trans Dominicanas
GAYP	Gente Activa y Participativa
GTH	gays, trans y hombres que tienen sexo con hombres
HSH	hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IDEV	Instituto Dominicano de Estudios Viroológicos
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODHPV	Observatorio de Derechos Humanos de Poblaciones Vulnerables
ONUSIDA	Oficina de las Naciones Unidas para el SIDA
REVASA	Red de Voluntarios Amigos Siempre Amigos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido
TEPA	Trans Este Podemos Avanzar
TRANSSA	Trans Amigas Siempre Amigas

TSX	trabajadoras sexuales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
UD	usuarios de drogas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

En la República Dominicana, la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se caracteriza por estar concentrada en poblaciones como la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres trans. La prevalencia del VIH en HSH es de un 5.2 %², mientras que en algunos estudios en poblaciones trans, el VIH oscila entre 12 y 17 %³.

A la fecha, los estudios exploratorios sobre la población trans se han centrado principalmente en los aspectos epidemiológicos y no necesariamente han respondido el porqué del impacto negativo del VIH y otras ITS en la misma. Tampoco se ha evaluado el contexto en que viven estas poblaciones, ni el espectro de identidades y expresiones.

Por otro lado, en las encuestas de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica realizadas en el país en el 2008 y 2013, se midió la situación del VIH en la población de gays, transexuales y HSH (GTH), lo que implica que las mismas no contienen datos desagregados para las mujeres trans.

Para conocer mejor esta población se propuso efectuar encuestas realizadas por miembros de la misma comunidad trans y grupos focales que se realizaron con participantes de las mismas encuestas y con hombres trans. Los datos sobre mujeres trans se levantaron a partir de encuestas a 299 personas y cuatro grupos focales, dos de mujeres trans y dos con hombres trans.

El análisis del diagnóstico revela que la población tenía una media de edad de 26 años y eran procedentes de doce provincias de la República Dominicana. Las mismas se identificaron como travesti (40 %), seguido por mujer trans (33 %), y solamente el 6 % como mujer. Pese a esto, y ya que casi siempre sus parejas sexuales son varones, en lo referente a su orientación sexual el 85 % refirió ser homosexual, demostrando una incongruencia entre la identificación y la orientación sexual. El 28 % de las encuestadas refirieron haber concluido la secundaria, y solo el 6 % haber logrado completar educación superior universitaria. Igual resultó con la situación de empleo, en donde el 26 % reportó que ejercía el trabajo sexual, con ingresos mensuales que rondan entre los RD\$ 0-5.000 en un 43 % de los casos. Las encuestadas refirieron otros tipos de empleo, en su mayoría en el sector de entretenimiento y el sector informal. Estos empleos no les aseguraban beneficios como el seguro médico, ni tampoco remuneraciones suficientes para un cambio en su estatus social.

El uso regular de condones con las parejas de confianza fue de 86.6 % cuando eran penetradas, mientras que el 75 % reportó usar condones siempre al penetrar a su pareja, comparado con el uso de condones con clientes sexuales donde el 87 % reportó el uso de condones siempre al ser penetrada en los últimos 30 días previos a la encuesta, y el 78 % siempre los usó al penetrar a sus clientes. Esto va acompañado con un alto nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y las prácticas de riesgo y prevención. Las tazas altas de uso de condón y de conocimiento sobre VIH/SIDA pueden ser producto de sesgos asociados con muestras de conveniencia.

² CONAVIHSIDA. Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica. Santo Domingo. 2012.

³ Paulino, R.; Hernández S.; et al. "High-Risk Human Papillomavirus Infection in Anal Epithelium among HIV-1 (+) and (-) Trans-women and MSM in the Dominican Republic", 2014 AIDS Conference, TUPE072, <http://pag.aids2014.org/Abstracts.aspx?AID=4359>

Las mujeres trans que participaron en este estudio reportaron múltiples eventos de violencia, incluido el abuso sexual, así como discriminación y estigmatización en los centros de salud. La frecuencia de ideas suicidas fue alta. Un 22 % reportó haber intentado suicidarse alguna vez en la vida, y de este porcentaje, el 4 % había intentado suicidarse en los últimos seis meses. La mayoría de las entrevistadas reportaron tener una buena capacidad para desarrollarse en la vida cotidiana y mantener una buena calidad de vida. Esta incongruencia de resultados se debió a sesgos propios de la entrevista, en la que pudo influenciar la falta de conocimiento del concepto “calidad de vida”, o debido a que la competencia entre miembros de la misma población trans provocaría “críticas” por parte de las acompañantes del estudio, elementos que se socializaron en los grupos focales.

En cuanto a los grupos de hombres trans, el estudio revela que existe una ausencia de visibilización de la población en los servicios de salud y dificultades en la generación de una identidad sexual de manera adecuada, mismo hallazgo que comparten las mujeres trans. La población de hombres trans fue incluida en el diagnóstico con el objetivo de lograr un acercamiento a la problemática de salud de los mismos. La muestra correspondiente a este segmento poblacional fue analizada a través de los grupos focales.

El diagnóstico establece además que a pesar de que la República Dominicana consta con múltiples organizaciones que trabajan con poblaciones trans, existe una confusión de la auto definición de la población en base a terminologías empleadas para establecer las identidades y expresiones de género.

En lo referente a los servicios y conocimiento de VIH/SIDA, a pesar de que un alto porcentaje de las participantes supo a dónde acudir para realizarse la prueba de VIH, existe una demanda para que los servicios de salud realicen sus funciones con calidad y calidez.

ANTECEDENTES

La sexualidad no es distracción o actividad de medio tiempo. Es una forma de ser.
-Alexander Lowen

Para el año 2013, la población dominicana fue estimada de 10.257.724 habitantes, entre las cuales las mujeres representaron el 50.1 % y los hombres 49.9 %⁴, principalmente concentrados en las provincias de Santo Domingo, el Distrito Nacional y la provincia de Santiago.

A nivel global se estima que la tendencia de nuevos casos de infección por VIH ha ido en descenso. Según el informe de la oficina de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA, 2015), la incidencia de nuevos casos de VIH tuvo un descenso de 17 % en Latinoamérica⁵.

Según el reporte de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA, 2013) la prevalencia de infección por VIH es de 0.8 %, con unos niveles ligeramente superiores en hombres (0.9 %) (IC: 0.7-1.2), que en mujeres (0.7 %) (IC: 0.5-0.9)⁶. A partir de las encuestas realizadas en años previos y en conjunto con los sistemas de vigilancia centinela en poblaciones de mujeres embarazadas, personas que acuden a consultas por infecciones de transmisión sexual, y trabajadoras sexuales, se concluyó que la epidemia de VIH en la República Dominicana es de tipo concentrada* y está extendida en la mayoría del territorio dominicano⁷.

Cuando desagregamos esta prevalencia en poblaciones gays, trans y hombres que tienen sexo con hombres (GTH), trabajadoras sexuales (TSX), y usuarios de drogas (UD), se nota que la prevalencia en diferentes encuestas es por encima del 5 % [2008 (6.1 %) y 2012 (5.2 %)]⁸.

Según el *Informe de estado epidémico del VIH en la República Dominicana*, se reportaron provincias con epidemia generalizada (Valverde, Montecristi, Dajabón, Santiago Rodríguez, Elías Piña y la Vega).

En los países de la región de Centroamérica y del Caribe se han identificado como factores que determinan la propagación del VIH: a) el tamaño de los grupos de riesgo, b) el nivel de prevalencia del VIH y c) la interacción con la población en general⁹. A pesar de esto no se conoce cómo estos factores interactúan en la República Dominicana.

* **Epidemia Concentrada** se define cuando la prevalencia del VIH es alta en uno o más subgrupo de población (por ejemplo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, o profesionales del sexo y sus clientes) pero no en un alto nivel en la población en general.

⁴ Datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda, Oficina Nacional de Estadísticas, disponible en:

<http://redatam.one.gob.do/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>

⁵ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf

⁶ Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International, 2014. Encuesta Demográfica y de Salud 2013. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y ICF International.

⁷ Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International, 2007. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y ICF International.

⁸ El Estado epidémico del VIH en la República Dominicana, Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión sexual y SIDA, 2014.

⁹ García-Calleja, J., C del Rio, Y Souteryard. 2009. HIV Infection in the Americas: Improving Strategic Information to Improve Response. *J Acq Immune Def S* 51:S1-S3.

Por otro lado, las cifras de prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aparentan ser mayores en poblaciones trans; por ejemplo en un reporte de Johnston, et al, se midieron las prevalencias de Hepatitis B (HVB), C (HVC) y sífilis. Se observó que cerca del 0.6 % al 3.5 % presentaron marcadores serológicos positivos para HVB, 0.8 % a 6.9 %; para HVC fue de 0.8 % a 6.9 %, y para sífilis de 3.5 % a 6.9 %¹⁰.

Si se analizan estas cifras y se comparan con los factores de aislamiento social, estigma y discriminación, podrá observarse que estos factores están vinculados a la vulnerabilidad. En algunos estudios realizados en la región se ha encontrado que existe una ausencia parcial o semi-parcial de servicios enfocados a esta población, por ejemplo, aquellos destinados a la salud anal, papanicolaou anales, detección temprana de enfermedades de transmisión sexual y programas de reemplazo hormonal¹¹.

En algunos trabajos realizados en la región del Caribe y Latinoamérica, se registran grandes cifras de prevalencia de VIH en personas trans trabajadoras sexuales, que pueden ser hasta dos veces superiores que en las poblaciones que no ejercen el trabajo sexual. Algunos países de la región reportan que el 76 % de ellas son trabajadoras sexuales. Basados en la suposición de que las trabajadoras trans sostienen más a menudo contactos anales ano-receptivos que ano-incertivos, se puede concluir que el sexo anal provocaría que éstas estuviesen en mayor riesgo de infectarse con VIH que las que no ejercen las mismas labores¹². Estos riesgos biológicos más el uso inconsistente de condones durante los contactos sexuales y las múltiples parejas sexuales, contribuyen a elevar el riesgo de infección por VIH.

Por otro lado, los niveles de discriminación y estigmatización hacia estas poblaciones y hacia los HSH en los servicios de salud y las comunidades, provocan una inhibición de la apertura de la identidad sexual y afianza comportamientos de riesgo sin que estas personas puedan buscar servicios de prevención y tratamiento oportuno.

El proyecto Avanzando con Socios y Comunidades (APC) llevó a cabo en el 2015 un diagnóstico situacional con personas trans en la República Dominicana, para explorar los factores que aumentan la vulnerabilidad dentro de estas poblaciones, necesidades de salud, servicios disponibles y barreras de acceso enfrentadas por estas comunidades. Métodos mixtos fueron utilizados para levantar información sociodemográfica, conductas sexuales, exclusión social, violencia y hormonización entre otros temas.

John Snow, Inc, bajo el proyecto AIDSTAR-One, realizó un diagnóstico similar en cuatro países de Centroamérica (Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Panamá) para conocer mejor las poblaciones trans. Se utilizó un modelo mixto de recolección de datos que incluyó a mujeres trans y proveedores de salud de los sectores públicos y privados. El total de la muestra fue de 916 mujeres trans y 109 proveedores de salud.

La experiencia en los cuatro países, y los instrumentos desarrollados en la experiencia centroamericana, sirvieron como base para diseñar el estudio presentado en este informe.

¹⁰ Johnston, LG; Vaillant, TC; Dolores, Y; Vales, HM. HIV, hepatitis B/C and syphilis prevalence and risk behaviors among gay, transsexuals and men who have sex with men, Dominican Republic. *Int J STD AIDS*. 2013 Apr;24 (4):313-21.

¹¹ Arán-Matero D, Amico P, Arán-Fernandez C, Gobet B, Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C. Levels of spending and resource allocation to HIV programs and services in Latin America and the Caribbean. *PloS One*. 2011;6 (7):e22373.

¹² Don Operario, et al., 'Sex Work and HIV Status among Transgender Women', *Journal for Acquired Immune Deficiency Syndrome*, Vol. 48, No. 1, May, 2008, pp. 97-103.

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO

OBJETIVO GENERAL

1. Explorar las necesidades de salud de las poblaciones trans, que permitan la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos en provincias seleccionadas de la República Dominicana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar cuáles factores facilitan y/u obstaculizan el acceso de las personas trans a los servicios de salud disponibles en las provincias alcanzadas a través del estudio.
2. Conocer el nivel de información de las personas trans abordadas en el estudio, sobre conocimientos básicos en salud sexual, ITS/VIH y derechos humanos.
3. Describir las conductas de riesgo para infecciones de transmisión sexual y VIH, y su relación con la violencia de género entre las personas trans estudiadas.
4. Identificar y describir el estigma y discriminación social sobre el comportamiento de las personas trans intervenidas en el estudio.

METODOLOGÍA

SOCIOS

La planificación y ejecución del diagnóstico fue llevada a cabo bajo la dirección de un Comité Técnico, conformado por representantes de organizaciones socias del proyecto APC. Las organizaciones participantes fueron:

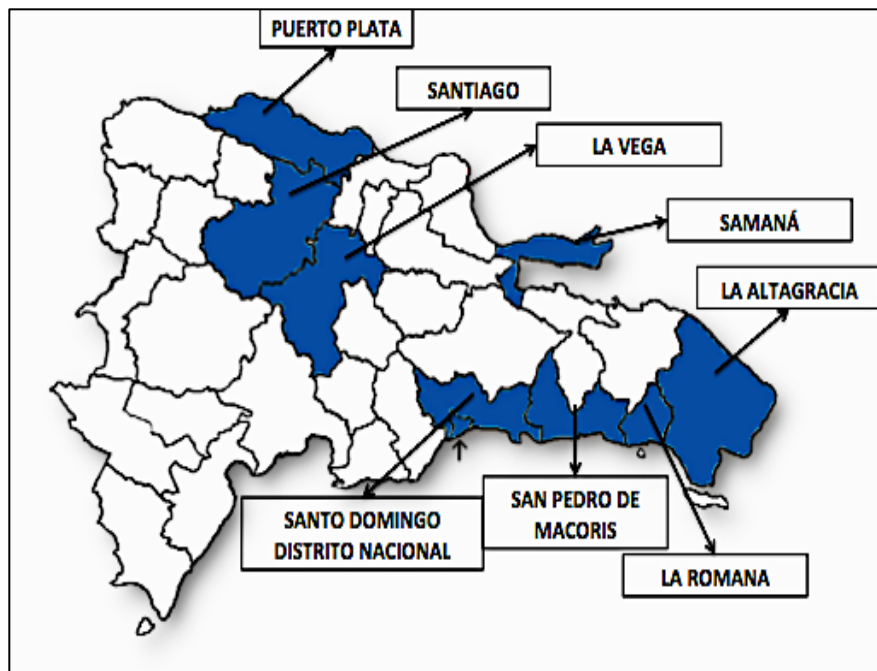
1. Centro de Orientación e Investigación Integral, COIN
2. Trans Este Podemos Avanzar, TEPA

3. Clínica de Familia
4. Centro de Promoción y Solidaridad Humana, CEPROSH
5. Instituto Dominicano de Estudios Viroológicos, IDEV
6. Colectivo de Mujeres Lesbianas y Hombres Trans, COLEHT
7. Trans Amigas Siempre Amigas, TRANSSA
8. Gente Activa y Participativa, GAYP
9. Amigos Siempre Amigos, ASA
10. Unión GTH La Vega
11. Red de Voluntarios Amigos Siempre Amigos, REVASA

ZONAS GEOGRÁFICAS

A partir de las recomendaciones de priorización de provincias, realizada por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR por su sigla en inglés) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por su sigla en inglés), ocho provincias fueron seleccionadas para implementar sus programas de VIH/SIDA con poblaciones clave. También se tomó en cuenta la presencia de intervenciones de organizaciones socias del proyecto APC que estuvieran brindando o demandando servicios para la población trans, igual que su potencialidad para captar participantes en dichos lugares (véase mapa 1).

Mapa 1. Provincias



RECOLECCIÓN DE DATOS

Este diagnóstico se implementó a partir de métodos mixtos. Los datos fueron recolectados a través de: a) entrevistas cuantitativas con participantes voluntarios trans; y b) grupos focales con participantes seleccionados por conveniencia, que participaron durante el muestreo.

Debido a la dificultad de definición del universo y la variabilidad del concepto trans, y por ende, la imposibilidad de establecer un muestreo representativo, se optó por una muestra de conveniencia y de carácter exploratorio. Para obtener una muestra más heterogénea y garantizar la participación de los segmentos de las poblaciones más difíciles de alcanzar, se identificaron a los y a las líderes de las organizaciones de personas trans, con el fin de obtener su apoyo con la captación y logística. También formaron parte integral del equipo de recolección de datos representantes de estas organizaciones, a través de la realización de entrevistas y la co-facilitación de los grupos focales. Para la recolección de datos se utilizaron métodos mixtos: 1) entrevistas estructuradas con mujeres trans; y 2) grupos focales con mujeres y hombres trans seleccionados/as de aquello/as que participaron en las entrevistas cuantitativas.

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

El formulario empleado para la recolección de datos en las entrevistas estructuradas fue desarrollado bajo el proyecto AIDSTAR-One, producto de la adaptación de varios instrumentos revisados y adaptados por Toro; Saleh-Ramirez; Bergmann. El instrumento fue adaptado a las realidades lingüísticas del país luego de diversas consultas con miembros del comité técnico (representantes de las organizaciones y con influencia en las comunidades trans del país). Esta herramienta ha sido además utilizada en diferentes países de la región de Centroamérica para los mismos fines de este estudio. Previo a la implementación del mismo se llevó a cabo un pilotaje, para medir su eficacia (ver cronograma y validación de instrumentos). El cuestionario explora:

- a) Información demográfica
- b) Parejas sexuales
- c) Antecedentes sexuales
- d) Uso de condones y lubricantes
- e) Infecciones de transmisión sexual
- f) Cuidado de la salud
- g) Violencia de género
- h) Estigma y discriminación
- i) Uso de hormonas y otros procesos de feminización
- j) Inclusión y exclusión social
- k) Estrés experimentado por las minorías.

Se realizaron las entrevistas solo con mujeres trans*, con una duración estimada entre 90-100 minutos. El cuestionario fue completado en un lugar identificado y recomendado por los miembros del comité consultivo (conformado por las organizaciones socias), y contó con los niveles de privacidad y confidencialidad requeridos para la protección de las/los participantes.

GRUPOS FOCALES

Se llevaron a cabo seis grupos focales, dos con hombres trans¹³ y cuatro con mujeres trans en las provincias seleccionadas. Los grupos focales estuvieron compuestos por hombres y mujeres trans seleccionadas/os al azar a partir de las entrevistas estructuradas.

Los contenidos de la entrevista que no quedaron esclarecidos se volvieron a explorar con detalle en los grupos focales. El registro de cada grupo focal se llevó a cabo por medio de apuntes y recursos escritos, a cargo una observadora participante quien elaboró la memoria escrita relatoría (de cada uno de los grupos focales). La duración de estos grupos focales no duró más de una hora.

Los grupos focales exploraron temas relacionados con identidad, violencia y exclusión social, vínculos con la familia y comunidad, procesos de feminización y masculinización. Exploraron sobre todo el significado de dichos conceptos, no la utilización de los mismos.

Los grupos focales se efectuaron en lugares privados o en establecimientos previamente determinados, que permitieron a los participantes responder libremente las preguntas.

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Antes de iniciar la recolección de datos, los equipos responsables de esta tarea validaron el cuestionario y las guías para los grupos focales, a fin de evaluar el lenguaje y la claridad conceptual de las preguntas. Las modificaciones necesarias se realizaron bajo la supervisión de los coordinadores del diagnóstico.

RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Fue muy importante incluir a las organizaciones trans en la captación de participantes, dado que por la estigmatización y la discriminación presente, resultaba difícil ingresar a las comunidades trans y obtener información sobre sus necesidades y experiencias.

En la fase de discusión y diseño del estudio se incluyó a representantes de los miembros socios del proyecto APC que brindan servicios a comunidades trans. Fue de vital importancia el rol de dichas instituciones, al igual que otras que trabajan con comunidades trans y que no forman parte del proyecto APC, para crear un ambiente inclusivo donde se pudiera obtener información sobre la diversidad de experiencias y necesidades de las comunidades trans. Para asegurar que la muestra incluyera grupos de difícil captación dentro de la población trans del país, se identificaron líderes de estas organizaciones en cada provincia y así obtener validación social, captación y logística. Estos líderes fueron los encuestadores, y/o acompañantes en los momentos de recolección de datos, realizando las entrevistas y los grupos focales.

¹³ El diagnóstico fue inicialmente diseñado para mujeres trans, pero surgió el interés y la oportunidad de incluir a hombres trans. Por razones metodológicas no se pudo modificar el instrumento para las entrevistas estructuradas e incluir hombres trans en las mismas.

El estimado de las entrevistas a realizarse fue de 305, distribuidas entre las 12 provincias seleccionadas para obtener un panorama más completo y heterogéneo, así como identificar el espectro de los hombres y mujeres trans en el país. Sin embargo, durante el levantamiento se encontraron elementos que contribuyeron a modificar no solo la metodología del estudio, sino también el número estimado de provincias y municipios. La muestra final quedó conformada por 299 mujeres trans y 8 hombres trans.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a la naturaleza voluntaria de este estudio, en todos los casos se obtuvo consentimiento informado (CI) de cada participante. El formulario de CI explicaba el propósito del estudio; en qué consistía la participación, los riesgos y beneficios; el derecho de abandonar la entrevista y grupos focales en cualquier momento, así como el compromiso de confidencialidad, el derecho a responder o no una o varias preguntas del cuestionario, y el derecho a rehusar a participar en el diagnóstico. El Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) revisó y aprobó el protocolo, instrumentos y formulario de consentimiento informado.

POSIBLES BENEFICIOS PARA LAS Y LOS PARTICIPANTES

En el estudio no hubo beneficios económicos directos para las/os participantes, sin embargo las/os participantes pudieron entender que su participación beneficiaría a las futuras iniciativas y al mejoramiento de los servicios de salud dirigidos a las comunidades trans y del país. El taller de capacitación previo al estudio permitió fortalecer futuras iniciativas en estas comunidades, además de brindar una base teórica y conceptual amplia para las tomas de decisiones e influencia en las organizaciones de base comunitaria a la que pertenecen; también trató el tema de cómo brindar aceptación social de las/os participantes al observar que sus pares son parte de esta iniciativa y que ellas/os podrían formar parte en el futuro en intervenciones nacionales.

EQUIPO DEL DIAGNÓSTICO

El equipo fue conformado por una asesora del proyecto APC, dos investigadores del Centro de Orientación e Investigación Integral (organización socia de APC) y diez representantes de las organizaciones trans que sirvieron como entrevistadoras.

HALLAZGOS

Nadie es como otro. Ni mejor ni peor. Es otro. Y si dos están de acuerdo, es por un malentendido.

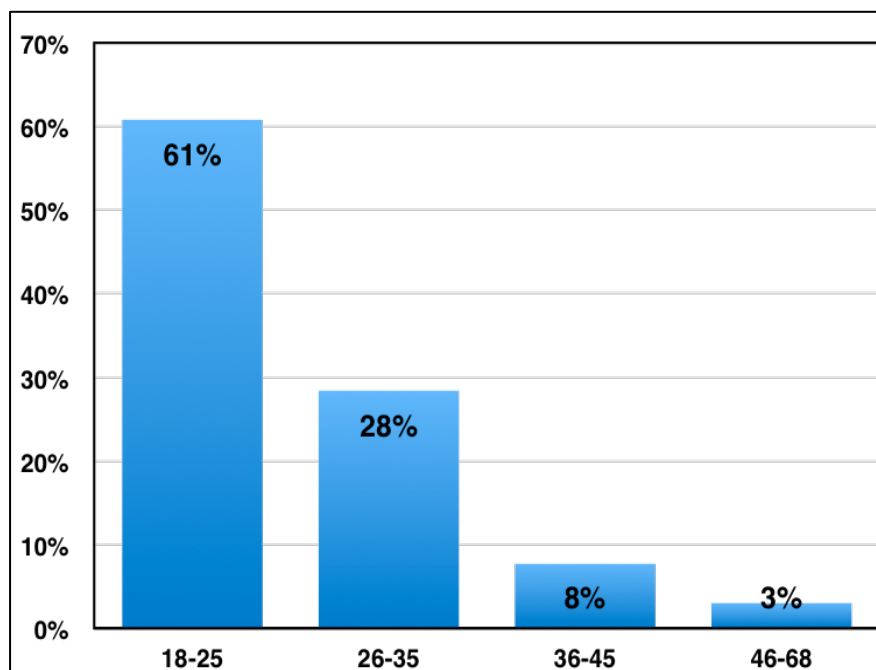
-Jean-Paul Sartre

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

El diagnóstico permite evaluar la realidad social desde el contexto en que se desarrollan los sujetos estudiados, por lo que el conocer las características sociodemográficas de las participantes permitió ubicar a las personas que participaron en el estudio y analizar los resultados del mismo desde su realidad social, cultural y demográfica; también permitió un diagnóstico de las mismas.

El componente cuantitativo fue respondido por un 99 % (n=295) por personas de nacionalidad dominica. El resto de las participantes tenían nacionalidad haitiana, brasileña, y cubana. Los lugares de residencia en su mayoría correspondieron al Distrito Nacional y la provincia de Santo Domingo (12 % y 24.7 % respectivamente), seguida por Puerto Plata (15 %), La Altagracia (13.7 %) y Santiago (6.3%). El resto correspondió a las provincias de Espaillat, La Romana, San Pedro de Macorís, La Vega, Samaná, San Cristóbal, El Seybo y María Trinidad Sánchez. El rango de edad fue de 18-68 años con una media de 26 (véase Gráfica 1). El 61 % estuvo comprendido entre los 18-25 años de edad.

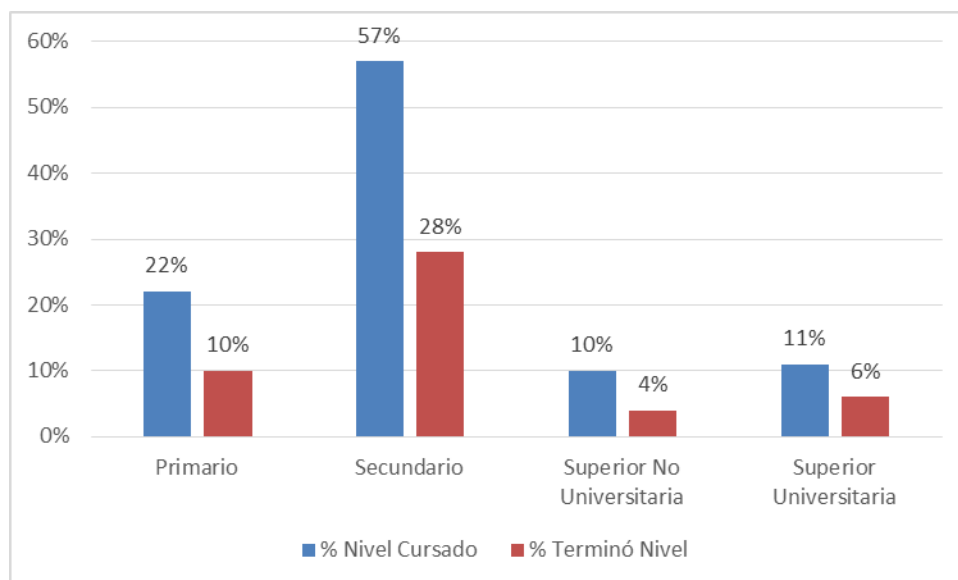
Gráfica 1. Edad reportada por las participantes (%; n=299)



La gráfica 2 muestra los niveles educativos de las entrevistadas en donde se observa que el 22 %

completó el nivel primario, y el 57 % completó el nivel secundario, mientras que solo el 11% llegó al nivel universitario. Solamente el 1% no tuvo acceso a un nivel de instrucción escolar.

Gráfica 2. Nivel educativo de las participantes (% , n=281)



La gráfica 2 muestra los niveles de acceso a escolaridad entre las participantes. Entre el 22 % y el 57 % llegaron a niveles de primaria y secundaria, respectivamente. En contraste, solo un 10 % concluyó el nivel primario, y el 28 % terminó el nivel secundario. Los datos de escolaridad ponen en relieve el impacto del estigma y la discriminación al que son sometidas las mujeres trans desde temprana edad cuando empiezan a mostrar sus expresiones de género. Esto repercute en el abandono escolar de las mismas, fenómeno que también se registra en la educación no universitaria y superior universitaria, donde las tasas de deserción son igual de altas comparadas con el porcentaje de aquellas que llegaron a tener acceso a niveles superiores de instrucción.

En los grupos focales algunas mujeres trans en sus testimonios evidencian las limitantes de acceso a escolaridad:

“Porque quise hacer un cambio en mi vida, quise dedicarme a mis estudios, los cuales no pude hacer por estar vestido de mujer, los cuales me cerraron para yo no poder salir hacia adelante... entonces, quise hacer un cambio, decidí transformar mi mente completamente”. (Mujer trans que decidió modificar su expresión de género para ser aceptada socialmente y poder concluir sus estudios).

“Cuando yo estuve en educación media, mi directora, la directora del centro donde yo estudiaba, trató de hacerme la vida imposible, cuando yo estaba en tercero, ya yo estaba terminando el bachillerato para el cuarto. Por mi presencia, porque en sí ya, yo todo el tiempo he tenido el cabello largo, pero en esa etapa yo lo tenía un poco más largo y un día yo llegué con unas trenzas de colores, porque estaba en época de carnaval y esas cosas y ella me llamó la atención. Incluso, el subdirector, ella lo mandó a mi aula, incluso, me mandaron a sacar del aula, ella me llamó a la dirección y me dijo que si yo no cambiaba mi parecer o mi forma de vestir, que me retirara del centro porque era como que me iba a expulsar o algo. E inmediatamente yo hablé con un tío mío, que era subdirector y él fue allá al liceo e incluso la directora me tenía siempre sola, se puede decir que no me dejaba concentrarme en lo que eran los estudios. Y entonces, mi tío la llamó a capítulo y la puso en su puesto, ella ya no se metió más conmigo. Y yo terminé y hasta ahora, que estoy terminando mi carrera”.

Según los datos de la encuesta, en lo relativo a la situación laboral de las personas entrevistadas, el 26.4 % reportó el trabajo sexual como fuente de empleo, mientras que el 13.7 % eran estilistas, 1.3 % artesanas, 3.6 % profesionales, 2.7 % técnicos (mecánica, reparación de aparatos, etc). Cerca del 11.4 % no tenía empleo en el momento de la entrevista, y el 33.8 % se empleaba en “otro”, que representa una variedad de empleos que por la baja frecuencia no se evalúan por separado, pero incluyen bailarín/a, promotor/a de salud, trabajo doméstico, etc. (véase Tabla 1).

Tabla 1. Situación laboral

Empleos	n	%
Otro: Bailarín/a, promotor/a de salud, Trabajo doméstico, empleo privado, etc.	101	33.8
Trabajo sexual	79	26.4
Estilista	41	13.7
No tiene trabajo	34	11.4
Comerciante	12	4.0
Profesional	11	3.6
Técnico	8	2.7
No quiere responder	8	2.7
Artesana	4	1.3
Cosmetóloga	1	0.3
Total	299	100

Es importante señalar que a pesar de que las participantes reportaran como fuente de empleo algo diferente al trabajo sexual, no excluye que de manera paralela ejerzan también el trabajo sexual.

Los resultados son muy interesantes, porque a pesar de que la tabla evidencia una distribución de diferentes empleos, llama la atención cómo en relación a estos, que existe una reproducción en cuanto a los roles que son pautados socialmente para una mujer o para un hombre. En este caso, es muy típico que la mayoría de las mujeres trans quisieran ser estilistas o artistas, por ejemplo, ya que así son más aceptadas. Un 26.4 % practica el trabajo sexual por no tener acceso a empleo (véase Tabla 1). Debido a que muy pocas mujeres trans, solo el 11 %, tuvieron la posibilidad de concluir sus estudios profesionales (véase Grafica 2).

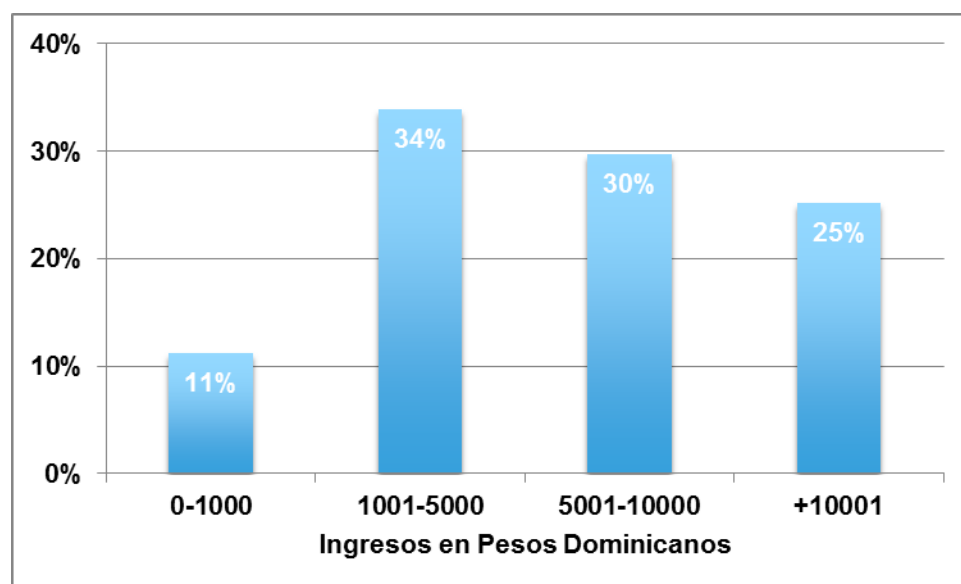
El estudio evidenció que el 11.4 %, de personas trans no tienen acceso a ningún tipo de trabajo y solo un 4 % trabajan como comerciantes, esto teniendo en cuenta de que es una de las pocas formas de trabajo, además del sexual, que les permite expresar su rol de género.

Algunas mujeres y hombres trans renunciaron a expresar su identidad sexual y su rol de género para lograr tener un empleo:

“Cuando yo estaba en el trabajo aparentaba ser lo más masculino que yo pudiera, incluso perdía mi caminar, mi forma de hablar, mi forma de sentarme y todo eso, pero lejos, cuando yo regreso a mi barrio, vuelvo a ser el que yo era”.

“Yo diría que... pienso que este es uno de los países más discriminadores, porque yo estoy viendo que en otros países el gay trabaja como gay, el trans trabaja como trans, hay muchos abogados, incluso, hay un embajador de Estados Unidos que es trans, que es gay, y lo aceptan, es gay y te aceptan. Entonces, si hay discriminación por ser gay, tienes que tener trabajo”.

Gráfica 3. Ingreso mensual reportado (en dólares n=286)



Nota: la tasa de cambio a la fecha era de RD\$ 45.0 por 1 US\$.

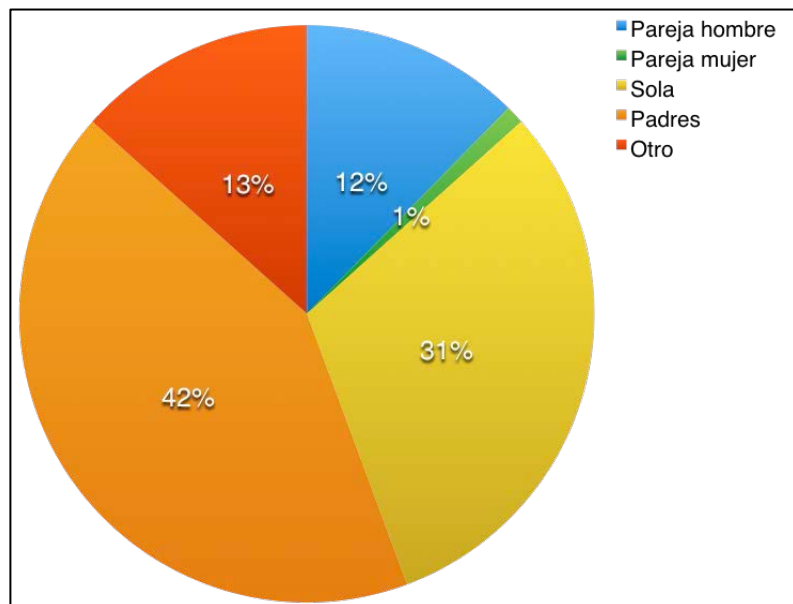
La Gráfica 3 muestra que el 75 % de las participantes tenía ingresos menores a 10 mil pesos, situación que coloca a las mujeres trans por debajo de los percentiles nacionales, que son de un 43 %. Esto implica una total desventaja en aspectos sociales: poco o nulo acceso al trabajo, estigma y discriminación social y familiar, atención en salud integral con calidad y calidez, que conllevan situaciones de vulnerabilidad y de calidad de vida.

El ingreso mensual mínimo en la República Dominicana de acuerdo a lo establecido y regulado por el Ministerio de Trabajo, era entre RD\$7,843-12,873¹⁴, unos US\$174-286 al momento del diagnóstico. Sin embargo, se puede observar en la Gráfica 3, que el mayor porcentaje de las entrevistadas reportaron tener ingresos mensuales entre RD\$1,001-5,000 (USD\$22-111), lo que las coloca por debajo de los estándares de lo considerado como indigencia, de acuerdo a la posición de país en la clasificación del Banco Mundial para el Desarrollo.

¹⁴ http://www.ministeriodetrabajo.gob.do/images/docs/salario_resolucionNo_I_2015.pdf

Por otro lado, el 31 % de las participantes refiere tener una pareja fija; el 12 % dice vivir con una pareja hombre. En cambio, el 42 % de las participantes informó que vive con sus padres, un 31 % vive sola y un 13 % refirió “otro tipo de convivencia”, que engloba a otras parejas trans (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Situación de vivienda reportada por las participantes (n=299)



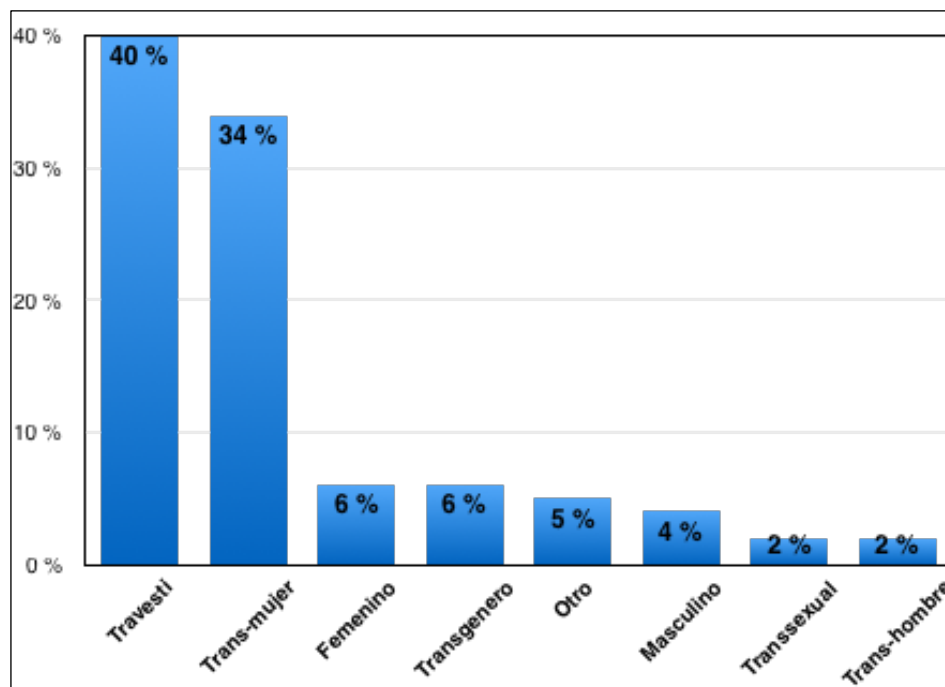
IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE HORMONAS Y ORIENTACIÓN SEXUAL

La incongruencia o discordancia entre el sexo asignado y la identificación psicológica con el sexo al cual se sienten pertenecer, ha sido recogida por la literatura científica con diferentes acepciones: Transexualidad, transexualismo, trastorno de identidad sexual, trastorno de la identidad de género y disforia de género¹⁵.

Cuando se cuestionó a las mujeres trans cómo se identificaban respecto al género, las participantes contestaron en un 40 % que travesti, seguido por trans-mujer (34 %), femenino (6 %), transgénero (6 %), y otro (5 %). El 4 % reportó identificarse como masculino.

¹⁵ Rodríguez, RM; García, CT; Alfonso, A. (2008). *La transexualidad en Cuba*. CENESEX, pag. 69-103.

Gráfica 5. Identificación de género reportada (n=295)



Para propósitos del diagnóstico, la definición que se utilizó para una persona trans femenina es la siguiente:

Las personas trans masculino-femenino se define como cualquier adulto mayor de 18 años legalmente considerado varón que se auto-identifica como mujer trans, transexual, transgénero, travesti o transformista¹⁶.

Y para trans masculino:

Las personas trans femenino-masculinos se define como cualquier adulto mayor de 18 años legalmente considerado mujer que se auto-identifica como hombre trans, transexual, transgénero, travesti o transformista¹⁷.

La certeza de estas definiciones es importante porque frecuentemente, en algunas organizaciones y en algunos países, hay un rechazo en cuanto a definiciones que definen que para ser una mujer trans tiene que cumplir determinados estereotipos, y no son aceptadas el resto de las expresiones trans, como persona travesti, transformista o en general, transgénero, que es la gran sombrilla. Eso ha formado parte del marco teórico conceptual de este estudio.

Para obtener información relativa a la identificación de género, se les preguntó a las participantes en los grupos focales lo que significa para ellas ser una mujer trans. Estas fueron parte de las respuestas:

“Como un gay, como trans según como me vean en el momento”.

“Como mujer”.

¹⁶ http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf

¹⁷ http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf

“Significa como una, o sea, lo que yo sentí, lo que yo soy y yo pienso que significa para mí personalmente es hacer lo que me gusta, ser trans, vestirme libremente, salir, me comporto como soy, así, 24 horas, así”.

“Para mí, la palabra transgénero, es lo que nos identifica, de uno decir, soy travesti, soy homosexual... con la palabra trans es más fácil saber lo que tú eres. Porque como mismo, hay gay, hay homosexual, hay travesti, la palabra trans es ya yo soy una mujer completa”.

“Para mí ser trans significa identificarme como mujer”.

“Ser trans para mí es realmente ser una mujer, sentirme una mujer y viviendo una faceta que me guste, o sea, yo soy trans”.

Conforme las informaciones suministradas por las participantes, la identidad de género empezó desde muy temprano. Algunas refirieron que desde muy pequeñas sabían su identidad, contrario a la expresión y aceptación de las modificaciones externas que pudieran coincidir con la identidad y confluyera con la expresión. Estos procesos fueron progresivos, y por lo general ocurrieron durante la adolescencia:

“Yo creo que cuando se es muchacho, que uno tiene que vivir en su casa, uno no sabe ni lo que uno es, ya en mi adolescencia yo supe que no me gustaban las mujeres sino los hombres, de hecho, me enamoré de un chico de la escuela”.

“Yo desde niño empecé, por ejemplo, cuando me hacían una foto yo me ponía en pose de hembra. Pero yo comencé a cambiar a los 18 años”.

Referente al uso de hormonas, el 12 % refirió haberlas usado en algún momento de sus vidas. La asesoría sobre el uso de las mismas generalmente fue dada por una amiga (69 %), mientras que solo el 25 % recibió orientación de un médico. En el caso de aquellas que la usan en la actualidad, 4 % lo hacen de forma oral. Ninguna reportó uso de hormonas inyectables, por lo tanto, ninguna reportó haber compartido agujas para administrarse hormonas.

En cuanto al uso de sustancias para modificaciones femeninas en su cuerpo, el 5 % refirió haber utilizado aceite de cocinar, aceite de avión o colágeno.

En los grupos focales, las mismas abordaron el tema de uso de hormonas y sus experiencias de eventos adversos, y cómo lo relacionaron con los resultados vistos en sus amigas:

“Las negativas son que nosotras, a pesar de sentirnos mujer biológicas, no sentimos conformidad con el proceso, y al utilizar las hormonas, el sexo no actúa como antes, no se erecta, se pone más pequeño. Entonces, al nosotras sentirnos mal con esa parte, al haber cambios, ahí si nos sentimos mal”.

“El problema de tomar hormonas es automedicarse. Lamentablemente, si tú te auto medicas y no vas a un médico, hay pastillas que te hacen daño, por eso, hay que ir a un médico y entrar en tratamiento psicológico para saber las reacciones, porque muchos de nosotros, cuando tomamos medicamentos, al final de cuentas, hay que saber la reacción o el daño que ese medicamento nos puede tocar y hay muchas chicas, que es como dice ella [otra compañera], que muchas no eyaculan, muchas tienen malhumor, tú les hablas y salen llorando por ahí, te echan un boche, salen gritando por ahí. Y esas reacciones que tienen es a través de las pastillas”.

“Sí, yo también, me he medicado yo misma, aunque la gente dice, tómate ésto, tómate lo otro. He tomado pastillas anticonceptivas. Y eso como que me ha armado, yo era más flaquita antes, y como que me puso más llenita. Y después las paré, me daba mucho sueño, mucho dolor de cabeza”.

Muchas participantes refirieron haberse inyectado sustancias para modificar su cuerpo, experiencias que no coinciden en todo con lo referido en la encuesta.

“Los cambios desfavorables mayormente es en el tema psicológico, porque ya tienes que tratar de vivir después que tú lo haces [el uso de hormonas, colágeno, cirugía], con las prácticas, del día a día y con la consecuencia que puede traer al final, como dice ella [compañera], que se ve en la comunidad de travesti, en su vida como mujer u hombre, ya sea inyectándose, con sus nervios, su forma, su pene. Y el cambio físico, que ya no puede volver atrás”.

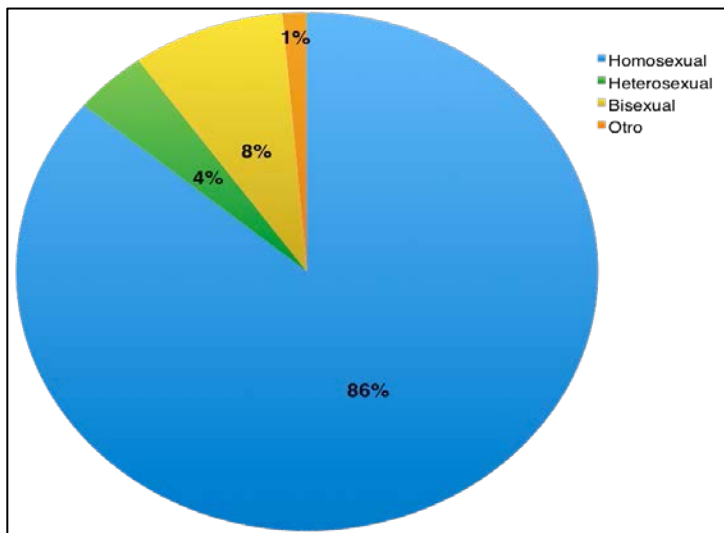
También se exploró en los grupos focales la opinión de las participantes sobre las cirugías. Los grupos focales de mujeres trans mostraron también opiniones diversas sobre la cirugía de reasignación genital, como parte de los cambios físicos.

“Yo creo que es decisión de cada trans [operarse] y el que se lo desea hacer, lo admiro. En mi caso personal, yo no haría eso, me gusta tener mi cuerpo entero, menos eso”.

“Es un cambio drástico quitarte el pene para adaptar tu cuerpo. Entonces, yo considero que si el que sea trans, se quedarían con su pene...Y eso trae traumas psicológicos y yo he oído comentar que se han matado porque después que se operan no pueden volver atrás”.

Durante la encuesta se preguntó sobre la orientación sexual. Las encuestadas respondieron que eran homosexuales en un 86 %, heterosexuales en un 4 %, y bisexuales en 8 % (véase Gráfica 6).

Gráfica 6. Orientación sexual reportada (n=295)



Contrasta esta gráfica con los resultados mostrados en la Gráfica 5, en donde solo el 6 % se identificó como femenina y solo un 4 % como masculino; si se considera que las relaciones sexuales afectivas ocurren con hombres biológicos, se debería esperar que dichas relaciones fuesen en su mayoría heterosexuales. Esta contradicción también fue observada durante los grupos focales, cuando las participantes se identificaron utilizando pronombres masculinos; o cuando hablan sobre sus expresiones de género utilizando pronombres femeninos, lo que muestra una discrepancia entre lo que se auto-assigna en la orientación sexual y lo que se expresa en el deseo hacia personas del género opuesto.

En los grupos focales de mujeres trans, se preguntó sobre quiénes habían sido sus parejas:

“Al yo trabajar de trabajadora sexual, siempre cuento con clientes que son heterosexuales y la gran, gran mayoría de esos clientes son heterosexuales”.

“La mayoría, heterosexuales todos”.

¿Y algunas han tenido una relación con una mujer biológica, alguien?

“¡Ni muerta!”

“En sí, antes de yo comenzar a estar como mujer, me vestía de machito y entonces por el coro de los amigos, yo hice la prueba, pero en realidad no me gustó, me dio asco”.

“La única mujer que he tenido en mi vida es mi mamá”.

CONDUCTAS SEXUALES

Las mujeres trans que participaron en el estudio se mostraron en su mayoría colaboradoras, motivadas e interesadas en responder las preguntas de la encuesta. Las mujeres trans que participaron en la encuesta informaron que en los últimos seis meses habían tenido un promedio de 3.62 parejas sexuales hombres¹⁸, y 2.62 parejas sexuales hombres en los últimos 30 días (Tabla 2).

Tabla 2. Número de parejas sexuales hombres que ha tenido

Tiempo	Promedio	N
Seis meses	3.62	n=264
30 días	2.62	n=237

Las mismas declararon que con sus parejas lo más frecuente es que sostengan contactos sexuales ano-receptivos (véase Tabla 3).

Tabla 3. Veces que le hicieron o hizo a su pareja sexo anal en los últimos 30 días

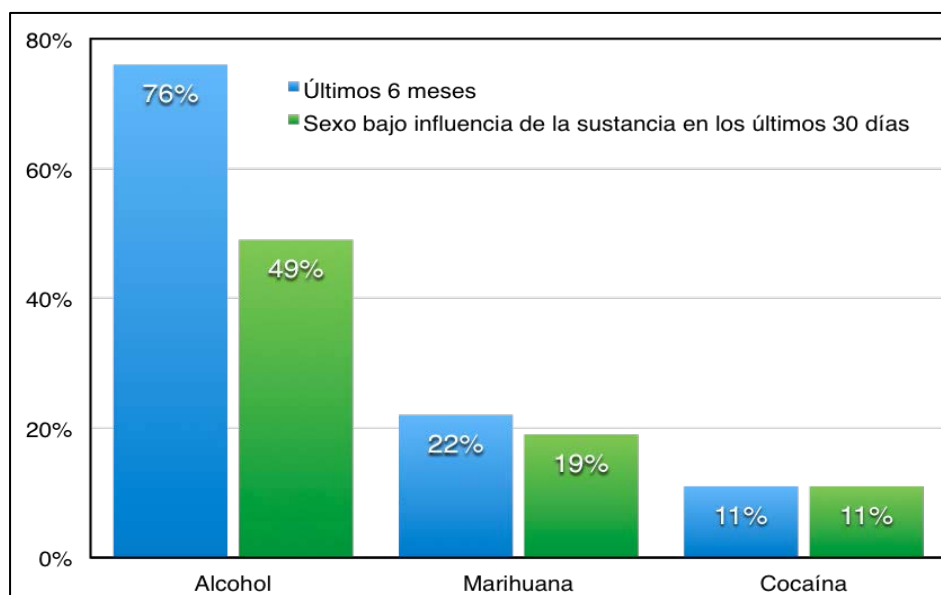
	Le hicieron			Hizo		
	Rango	Promedio	N	Rango	Promedio	N
Sexo anal	0-60	8.56	184	0-50	4.29	197

¹⁸ Estos se consideran como parejas estables u ocasionales que no tenían intermediación comercial.

Cerca del 85 % de las encuestadas reportaron usar siempre condón durante sus relaciones anales. El uso de lubricante a base de agua fue el más empleado en más del 81 % de las encuestadas, aunque también se mencionó el uso de saliva (57 %) y cremas del cuerpo o para las manos (18 %) y vaselina (10 %).

Sobre el uso de sustancias y alcohol, se observa que el consumo de alcohol en esta población fue de 76 %, seguido por el de marihuana (22 %) y la cocaína (11%) por lo menos una vez en los últimos seis meses. La actividad sexual bajo la influencia de estas sustancias en los últimos 30 días también fue reportada (véase Gráfica 7).

Gráfica 7. Consumo de alcohol, cocaína y marihuana en los últimos seis meses (n=293) y con actividad sexual (n= 297)¹⁹



En lo referente al trabajo sexual, el 63 % refirió haber intercambiado sexo por dinero, regalos, servicios u otros bienes en los últimos seis meses, mientras que el 78 % lo había hecho alguna vez. El 55.8 % reportó tener clientes sexuales en los últimos 30 días; el número promedio de clientes fue de 10.69, con un rango de 1-80.

Las participantes declararon que lo más frecuente es que sostengan contactos sexuales ano-receptivos con los clientes; sin embargo, la Tabla 4 muestra que los clientes también adoptan la posición sexual receptiva con frecuencia.

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

	Le hicieron			Hizo		
	Rango	Promedio	N	Rango	Promedio	N
Anal	0-50	7.54	152	0-70	5.19	144

¹⁹ Promedio de encuestadas que respondieron sobre uso de sustancias en ambos escenarios. El N es diferente en cada caso.

No se observó una diferencia porcentual significativa entre el uso de condones durante los contactos sexuales con las parejas, en comparación con los clientes sexuales. El 89.6 % de las participantes refirieron que cuando fueron penetradas por sus parejas siempre utilizaron un condón, y el 86.9 % lo hizo cuando eran penetradas por los clientes.

Cuando se evaluó este aspecto en los grupos focales, las participantes afirmaron:

“En toda acción de relaciones sexuales, hay que usar siempre preservativo, porque la enfermedad que se está generando, no se ve físicamente ni se ve en la cara. Hay que cuidarse, porque si tú no te cuidas, nadie te cuida”.

Referente al uso de condones con la pareja de confianza manifestaron:

“Yo, en ciertos aspectos, cuando tenía mi pareja, no lo usaba, pero con el cliente, sí, siempre lo uso”.

CONOCIMIENTO, PRUEBA Y DIAGNÓSTICO SOBRE VIH/SIDA E ITS

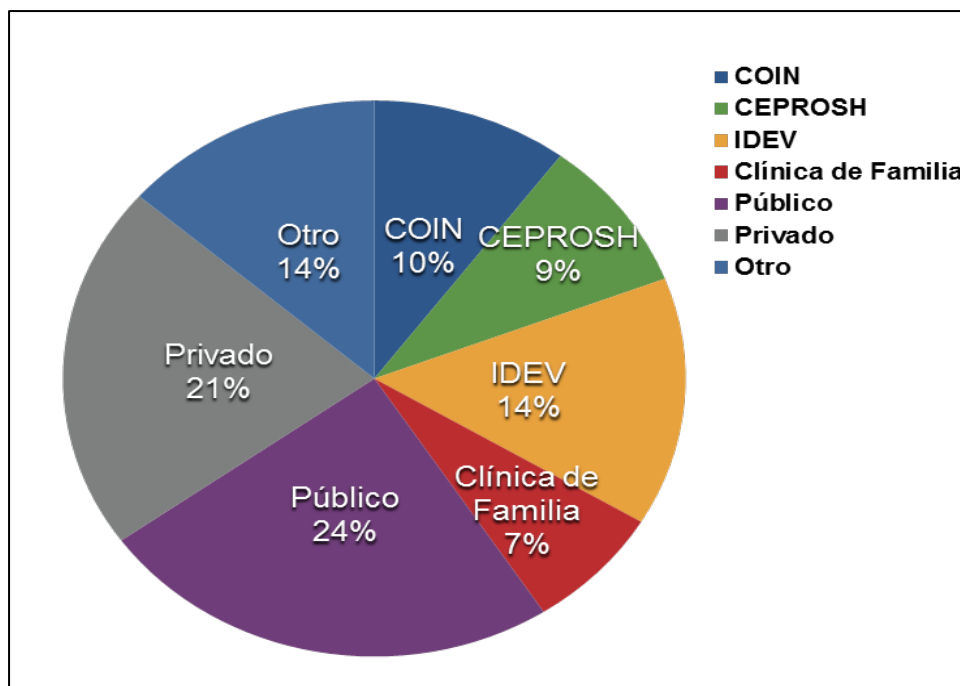
Los elementos de vulnerabilidad al VIH en poblaciones trans incluyen componentes socio-demográficos, biológicos y psicológicos (que se exploran en esta sección); y el conocimiento sobre las vías de transmisión, elementos de vulnerabilidad e interacción con otras infecciones de transmisión sexual. Definiremos el nivel de conocimiento mediante la frecuencia de tamizaje de VIH, los lugares donde acudir para recibir atenciones especializadas y las razones de la realización de la prueba así como la discusión de sus resultados.

En sentido general, el conocimiento sobre la transmisión de VIH es bastante alto, ya que entre el 83-97 % respondieron correctamente a las preguntas sobre conocimiento de VIH/SIDA.

El 85.3 % de las entrevistadas conoce a alguien que vive con VIH; de éstas, el 86 % conocen algún lugar donde acudir a buscar servicios especializados en VIH. El 97 % de las entrevistadas sabe dónde acudir para realizarse una prueba de VIH. El número de participantes que reportó haberse realizado la prueba en los últimos 12 meses fue bastante alto (79 %); sin embargo, solamente 69.8 % conoce los resultados de su última prueba. El 78 % había recibido “abordajes de prevención de VIH a través de pares en los últimos 6 meses”. Entre aquellas que no se han realizado la prueba, la mayoría refiere que la razón por la cual no lo han hecho se debe a que “estoy segura que nunca me he expuesto al VIH” (48 %), seguida por que “siempre uso condón” (14 %), y un 10 % que no le interesa saber si están infectadas por el virus.

En la Gráfica 8 se muestran los centros y servicios a los que acuden o acudieron las entrevistadas para realizarse la prueba de VIH. En la misma se observa que gran parte de los lugares donde acudieron a realizarse la prueba fueron organizaciones no gubernamentales como el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), el Instituto Dominicano de Estudios Viroológicos (IDEV), la Clínica de Familia (La Romana), y el Centro de Promoción y Salud Humana (CEPROSH, en Puerto Plata). Solo el 24 % de todas las entrevistadas acudieron a servicios de salud públicos.

Gráfica 8. Lugar donde se realizaron la prueba de VIH (n=235)



En la siguiente Tabla 5, se presentan los porcentajes de infecciones de transmisión sexual reportadas por las entrevistadas. Entre las mismas, la más frecuente es Sífilis (7 %), seguida por Gonorrea (3.3 %), y Herpes (2.6 %).

Tabla 5. Infecciones de Transmisión Sexual

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sífilis	21	7.0
Gonorrea	10	3.3
Herpes	8	2.6
Clamidia	7	2.3
Verrugas	7	2.3
Hepatitis B	2	0.6
Hepatitis C	1	0.3
Tricomoniasis	0	0

ASPECTOS PSICOSOCIALES

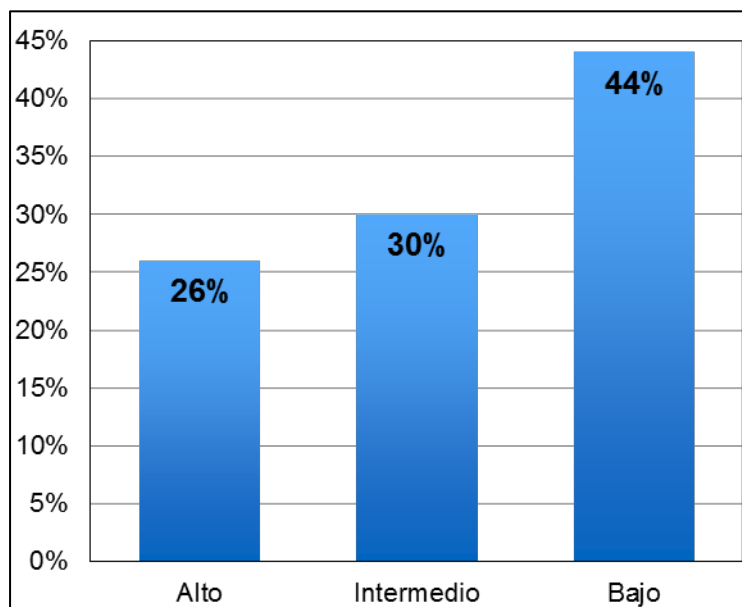
Estrés de minorías

Muchos trabajos de investigación han demostrado que el estrés, en su multitud de formas, tiene un efecto negativo en la salud física de las personas. La teoría del estrés minoritario sugiere que los

individuos que pertenecen a las minorías sexuales (lesbianas, gay y bisexuales, hombres y mujeres, mejor conocidos como LGB), están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud que los heterosexuales, debido a que los pacientes LGB se exponen al estrés social relacionado al prejuicio y el estigma. Las minorías sexuales están expuestas a un exceso de estrés debido a su estatus de minoría sexual: una vida con estresores que se relaciona con los prejuicios, la discriminación diaria, agresiones, entre otros²⁰. En el diagnóstico abordamos elementos que evaluarán el impacto del estrés de minoría en las participantes del mismo.

La mayoría (56 %) de las participantes reportaron niveles de estrés asociado a ser minorías sexuales que oscilan entre intermedio y alto.

Grafica 9. Estrés de minoría (n=299)



Al indagar en los grupos focales, se observó que el estrés se relacionaba sólo con el estigma en la familia y en la escuela, y no tanto con el estigma de la discriminación a nivel social ni con la imposibilidad de la inclusión social. Las mujeres trans han estado muy expuestas al rechazo debido a factores culturales de no aceptación, reforzados por el binarismo de género y porque se acostumbraron a ser excluidas socialmente; esto hace pensar que la respuesta tuvo un sesgo dado por la elaboración de estos procesos.

Intento de suicidio

El 22 % de las encuestadas reportó haber intentado suicidarse; el 18 % de las primeras ideas suicidas fueron a partir de los catorce años. Un 5.3 % reportó intentos suicidas en los últimos seis meses. En

²⁰ Frost, D; Lehavot, K; Meyer, I. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. J Behav Med Feb; 38 (1):1-8

total, las entrevistadas informaron de intentos suicidas en un rango que va desde 1-20 intentos (véase Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de intentos suicidas

	A partir de los catorce años (N=299)		En los pasados seis meses (n=207)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	22%	11	5.3%
No	232	78%	196	94.6%

El porcentaje de la población que intenta suicidarse, según datos de República Dominicana, es de 5 a 7.6 por cada 100.000 personas comparado con un 22 % de las 299 personas que se entrevistaron. Un 5 % reveló que ha hecho algo para hacerse daño físico en los últimos seis meses y un 4 % había intentado suicidarse en los últimos seis meses²¹.

Calidad de vida

En lo referente a calidad de vida, se exploraron varios componentes. En referencia al grado de satisfacción de las relaciones personales y la autoestima, las participantes declararon que se encuentran muy a gusto consigo mismas en un 84 % de los casos, siendo muy distante en las relaciones con sus familiares (66 %), y con sus amigos (66 %). Sobre la vida sexual, refieren que es buena (72 %). En cuanto a su vida cotidiana y la auto-valoración de la salud, el 75.6 % considera que es buena, al igual que sobre su capacidad de completar actividades cotidianas (70 %), y su capacidad de trabajo (69 %). En contraste, estas cifras disminuyen en lo referente al auto-cuidado, como el tiempo que se dedica a dormir, solo el 64 % lo consideraba como bueno.

Por otra parte, los porcentajes referentes a las condiciones de vida material oscila entre el 40 % respecto al transporte, el 56 % con relación al acceso de servicios de salud y seguridad social, y el 67.8 % en cuanto a condiciones de vivienda.

El concepto de calidad de vida es amplio y complejo y presenta retos al momento de ser analizado. Un 84.2 % afirmó estar satisfecha de sí misma; un 71.9 % de estar satisfecha con su vida sexual y 65.5 % por el apoyo que obtenían de sus amigos y amigas. Estos resultados están comprometidos por el impacto que tiene el estigma y la discriminación en la sociedad dominicana, en el que las personas se acostumbran a relación causa-efecto negativas, acostumbrándose a recibir poco; por lo tanto cualquier factor que le retribuya felicidad es bien aceptado, aunque sea poco. Sin embargo, en los grupos focales surgieron las dificultades experimentadas dentro de las familias:

²¹ Oficina Nacional de Estadística (ONE), República Dominicana, 2013.

“En el caso mío, no tengo ni familia maternal ni paternal, no me aceptan, no tengo familia. Mis padres son pastores y ustedes saben que eso es un choque para ellos, me dicen que tengo el demonio dentro y se pasan reprendiéndome todo el tiempo”.

“Eso nos pasa casi a todas, los padres pueden aceptar que trabajes vestido como un hombre, lo que pasa es que si te pones esa peluca y esas pestañas, entonces van a tener problema con la sociedad entera. Ellos juegan a aceptar que yo sea gay, pero no un travesti”.

“Cuando yo estaba pequeña, mi mamá era una mujer homofóbica porque ella quiere que su hijo sea un niño normal, normal en el aspecto que sea como los demás niños. Pero como ya mi mamá vio que mi rama no puede enderezarse, ella vio que tenía un hijo viajero, ya mi mamá decidió aceptar como soy y al fin y al cabo, ya actualmente como soy ahora, mi mamá desde un principio ya me acepta, me dice mi niña, incluso, me compra todo de mujer y todo, y mi familia, todo el círculo de mi familia nos llevamos chévere, nos llevamos muy bien”.

Sin embargo, cuando se le pregunta a las participantes si estaban satisfechas con sus relaciones familiares, un 66.5 % asegura que sí. Se puede interpretar que quizás por no ser criticadas por el resto del grupo fue un sesgo para que las respuestas que dieran no coincidieran con sus vivencias y testimonios; además, veían la calidad de vida sólo relacionada con la aceptación en la familia y no con la inclusión social. No valoraron nunca, a la hora de dar estas respuestas como, por ejemplo, si estaban satisfechas con su vida o en general, consigo mismas, con la no posibilidad de tener empleo, con las dificultades que tienen con la vivienda, con la falta de acceso al estudio. Es decir, no tuvieron en cuenta la inclusión ni las oportunidades que no tienen a la hora de valorar su calidad de vida; la redujeron solamente a estos temas. Es un elemento que a los autores del diagnóstico pareció interesante y que va a formar parte de las recomendaciones.

El 40 % afirma haber tenido problemas con la policía debido a su identidad y expresión, mientras que el hecho de ser una mujer trans es un motivo de discusión en las relaciones familiares en más del 43 % de las encuestadas. Esto coincide con la expresión y aceptación de su entorno familiar; cuando las mismas deciden externar y asumir su identidad de forma abierta y continua con sus miembros familiares, se generan casos de exclusión y de violencia familiar.

Solo el 37 % afirmó pertenecer a una iglesia o comunidad religiosa. De éstas, el 64.8 % declararon ser católicas, el 32.4 % evangélicas o protestantes. Aquellas que reportaron no pertenecer a ninguna iglesia lo atribuyeron principalmente al rechazo, a la discriminación y a la no aceptación de ellas como personas trans.

El 91.6 % de las participantes dijo sentirse parte de la comunidad LGBT, frente al 7.3 % que dijo que no, y el 0.3 % que dijo no saber. Referente a la comunidad trans en sí, la mayoría refirió sentirse parte de la misma (90.6 %) y están contentas de pertenecer a ese colectivo (92.8 %), así como sentirse que contribuyen de manera positiva a la comunidad trans (93.8%). Ello no excluye que se hayan sentido discriminadas en alguna ocasión dentro de la propia comunidad trans (28 %).

En los grupos focales se observó el conflicto entre las mismas mujeres trans, relacionado principalmente a situaciones sociales, económicas y laborales:

“Verdaderamente, la envidia, porque hay ciertas trans que ven que tú tienes ciertas cualidades femeninas más favorables que ellas y ya por eso te quieren hacer la vida imposible. En ciertos casos, no tanto por cómo tú vistas sino porque tú te veas más mujer que ellas, te quieren hacer la vida imposible. Incluso, salen a difamar de ti si es posible”.

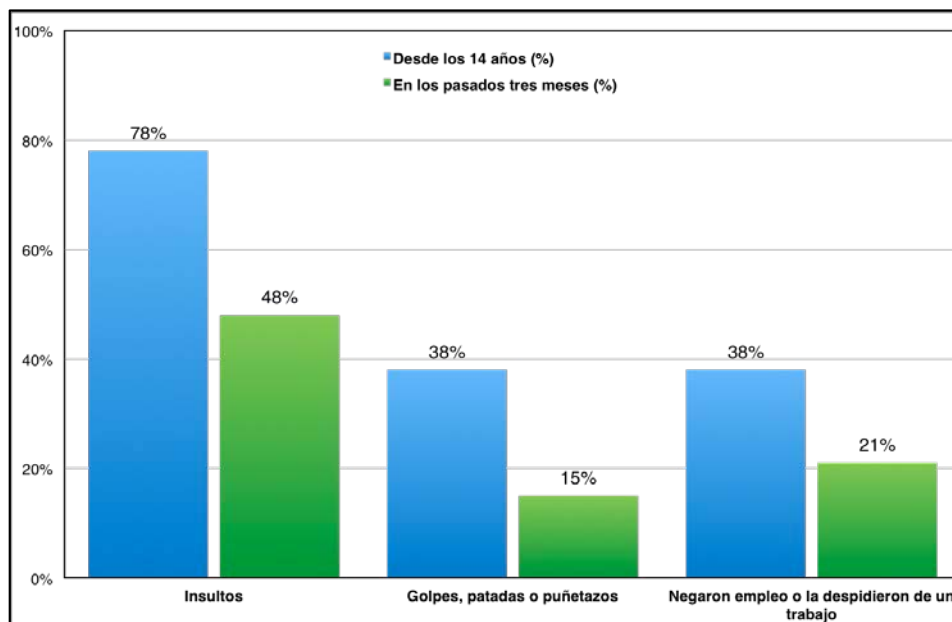
“Hay muchas amigas, pero hay mucha tiraderas y diferencias, desacuerdos. Yo pienso que las trans, por lo menos aquí en Santo Domingo, que hay muchas amigas, pero, mayormente, lo que hay es mucha tiradera entre ellas, mucho egoísmo, envidia, no luchan por una causa, todas tienen más que otras, todas tienen menos que otras, más feas que otras. Hay siempre un tú y un yo, no hay una unidad”.

“Bueno, primeramente, el odio entre las trans dominicanas, a nivel nacional e internacional, son como cuando una se ve más mujer que la otra o cuando la otra tira más pinta que la otra o cuando la otra es más mujer que la otra. Aquí nos separamos, somos como Irak y Estados Unidos, que nos vamos, nos tiramos bombas, entonces, aquí, al menos, en este país, cuando uno llega a un sitio que hay más trans, se mira como por abajo de los pies, si estás limpia, si vistes mejor, si tienes ropa de marcas. Que en fin, que aquí las trans siempre, no hay unión, no hay amistad, no hay solidaridad, hay demagogia, hay intriga, hay odio, hay de todo entre las mujeres trans, no hay amistad”.

Los elementos que contribuyen a incrementar los conflictos entre las mujeres trans se relacionan con la competencia y la expresión de género, y no necesariamente con los valores y la identidad. Es importante deconstruir el concepto que “una mujer, para ser mujer” lo es solamente por su expresión o por cumplir los estereotipos que la sociedad o una comunidad dice sobre ser una mujer o ser un hombre. Es necesario reforzar otros aspectos.

El grado de victimización por ser una mujer trans es alto, específicamente las experiencias acumuladas durante la vida y durante los últimos tres meses. Durante el primer trimestre anterior a la encuesta, el 48.6 % informa haber recibido insultos, un 15.4 % de abuso físico, y un 21.4 % le han negado o despedido de su empleo debido a su identidad sexual (véase Gráfica 10).

Gráfica 10. Frecuencia de eventos de victimización en términos relativos (n=299)



Dentro de los grupos focales, las participantes resaltaron que a menudo confrontaban violencia verbal de parte de amigos, compañeros de estudio y de trabajo. También se registraron experiencias de

violación, especialmente a edades tempranas, y en los círculos familiares. Esto se presenta con facilidad debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran en situaciones de ausencia de los tutores o por orfandad. A continuación, algunas experiencias reportadas por las mujeres trans dentro de los grupos focales:

“¿Cómo te digo?, mi experiencia fue a los 13 años también, tuve muchos problemas con mi papá y a los 14 me hicieron casar con una mujer para tapar la falta. A mí desde chiquito me gustaba jugar con muñecas”.

“Bueno, yo a los siete años ya era mujer, porque ya yo a los siete años, ya me habían violado entre tres, en la escuela y ya, yo me destapé a los mismos 10 años, ya yo estaba en la escuela, me vestía de mujer, y a los 15 cogí la feria, a cuerear se ha dicho, a dar esto por la bandera dominicana. Coman, hártense”.

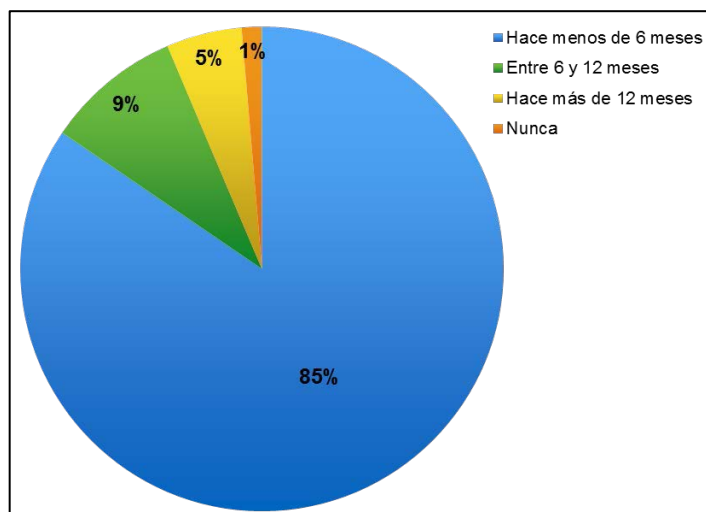
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Uno de los aspectos más demandados entre los grupos de personas trans es el acceso a servicios de salud donde se les respete y se les brinde un servicio con calidez. Debido a esto, una de las preguntas de la entrevista y de los grupos focales se enfocó en conocer la realidad del acceso a los servicios de salud de las mujeres trans en la República Dominicana.

La mayoría de las entrevistadas informó haber solicitado y accedido a servicios de salud durante los últimos 12 meses (98 %), cifra que alcanza un 85 % si la limitamos a los últimos seis meses (véase Gráfica 11). Las principales razones por las cuales accedieron los servicios de salud, fueron relacionadas al VIH (hacerse la prueba, o asistir a seguimiento médico de la infección), seguido de las visitas a exámenes de seguimiento relacionado a patologías anales, por infección del virus de papiloma humano o por infecciones posteriores a agresiones físicas y sexuales.

El 92.3 % de las que acudieron a servicios de salud quedaron satisfechas con la atención recibida, frente a un 5.3 % que dijeron que no estuvieron satisfechas, y el 2 % que no contestó.

Gráfica 11. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico, enfermera u otro proveedor de servicios de salud? (n=298)



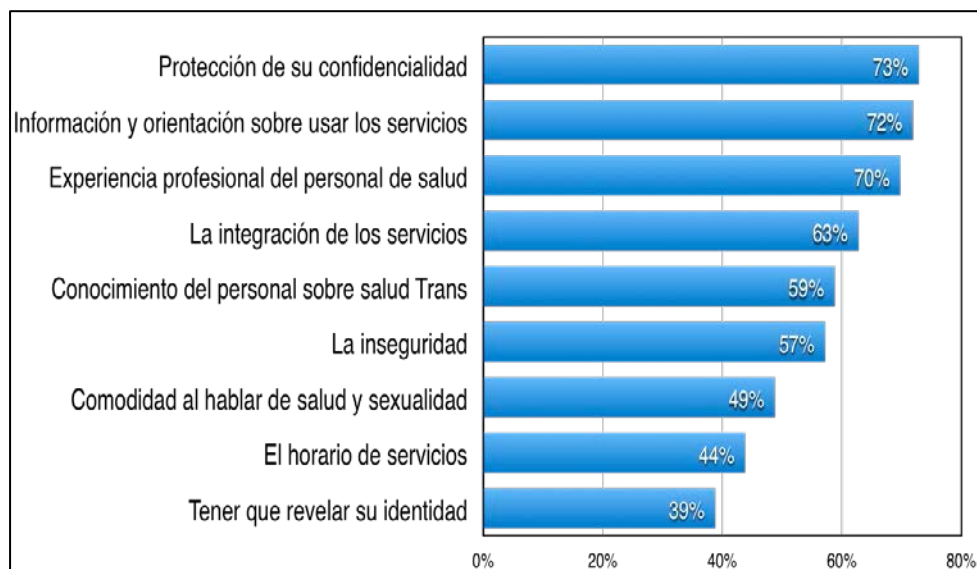
El tipo de servicios clínicos al cual accedieron fueron establecimientos públicos manejados por el Ministerio de Salud Pública, incluidos hospitales (70 %) y las unidades de atención primaria (30 %); seguidos por los establecimientos no gubernamentales, incluidas las clínicas privadas (51 %) y otras ONG (49 %) (véase Tabla 7).

Tabla 7. Establecimiento en donde recibieron servicios de salud (n=288)

Establecimientos del Ministerio de Salud Pública	Frecuencia	Porcentaje
Hospitales	82	70%
Unidades de Atención Primaria	35	30%
Total	117	100%
Establecimientos No Gubernamentales		
Centros privados	87	51%
Centro de Orientación e Investigación Integral	18	10.5%
Instituto Dominicano de Estudios Viroológicos	32	18.7%
Centro de Promoción y Solidaridad Humana	11	6.4%
Clínica de Familia	14	8.1%
Clínica Esperanza y Caridad	9	5.2%
Total	171	100%

Al cuestionar sobre los elementos que tendrían mayor incidencia a la hora de tomar la decisión de acudir a un servicio de salud, en el 72.9 % de los casos lo más importante fue la confidencialidad; para el 72 % fue la información y orientación sobre uso de los servicios; un 69.8 % refirió que era importante la experiencia profesional sobre salud trans por parte del personal de salud (58.8 %); y la inseguridad, el horario de los servicios y tener que revelar su identidad con menos de un 50 % (véase Gráfica 12).

Gráfica 12. Aspectos que tienen una gran influencia sobre la decisión de visitar un centro de salud.



Las entrevistadas relataron experiencias al momento de acudir a los servicios de salud donde experimentaron rechazo, discriminación, abuso o iatrogenias:

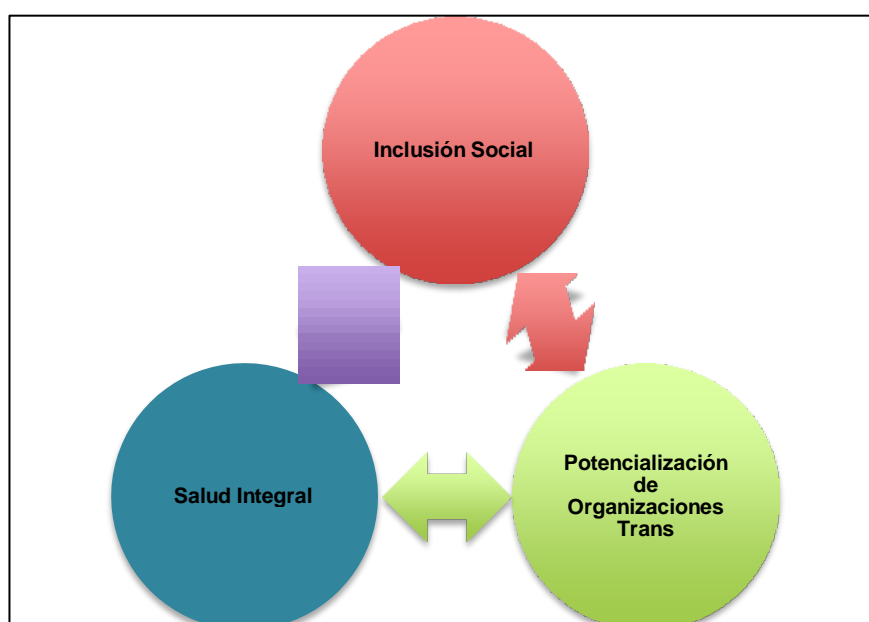
“Mira, yo quise comenzarlo bien y fui a una endocrinóloga, pero como que no llegué a entrar, fui a la primera consulta y tuve un problema en la cita y me fui. Entonces, decidí por un programa que hay aquí, de la [Nombre de clínica], una doctora, que hizo un curso de hormonización y ella me recetó unas hormonas, pero yo me las tomé la primera vez, yo me sentí que me dio como un dolor y decidí dejarlas de tomar porque yo no me había hecho análisis ni nada por el estilo al momento de que comencé a eso. Recuerdo porque [nombre] sí se estaba tomando esas mismas hormonas, pero ya [nombre] se había hecho sus análisis. Entonces yo decidí que para comenzar un proceso hormonal, primero hay que hacerme todos los análisis y hacer las cosas bien porque muchas veces comenzamos, lo queremos, en mi caso, yo no tengo ese problema de verme más mujer o verme más femenina o más masculina, porque es que todo el mundo me asimila como mujer más que como hombre, en la sociedad y en todos los lugares. Yo no tengo ese problema. El problema que yo tengo es porque cuando yo me veo en el espejo, que todos los días tengo que rasurarme, eso me pone así en candela porque yo odio hasta rasurarme. Pero entonces, tengo que hacerlo, por ejemplo, llegar a una actividad hoy en la noche, y yo tengo que estar aquí con la barba afuera, porque si me rasuro en la mañana, a las dos de la tarde, ya tengo toda la barba afuera”.

A pesar de que las entrevistadas refirieron haber accedido a servicios de salud públicos, prefirieron poder recibir atenciones en el sector privado (62 %) y solamente el 24 % prefirieron continuar accediendo a los servicios públicos provistos. Esto impacta de manera sustancial en los ingresos de las mismas, ya que como se observa en las gráficas anteriores, los ingresos de las participantes no les permitirían costear servicios, ya que, o no se encuentran afiliadas a ninguna de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), o se encuentran en empleos informales que no les aseguran el acceso a servicios de salud privados.

RECOMENDACIONES

El diagnóstico de salud de poblaciones trans representó un momento clave en la respuesta nacional a las necesidades de las poblaciones desatendidas desde los servicios de salud de la República Dominicana. En el mismo confluyeron miembros de la comunidad, un equipo de investigadores, así como la participación de miembros de la sociedad civil, de las organizaciones de base comunitaria y la academia. Estos elementos permitieron que se abordaran los ejes del diagnóstico de una manera más integral y holística.

Desde la perspectiva de la información recogida por el diagnóstico podemos concluir que existe la necesidad de una respuesta de carácter holístico que abarque múltiple sectores. Entre estos la inclusión social, la salud integral, y la potencialización de las organizaciones trans.



SALUD INTEGRAL

1. **Crear una oferta formativa para el personal de salud en temas de diversidad sexual y salud trans.** El estudio demuestra la importancia que representa desde la perspectiva de las usuarias el conocimiento del personal de salud en temática de salud trans. Las mismas expresaron que hace falta conocimiento desde el personal de salud sobre temas de hormonización y de feminización y masculinización, con énfasis en la terapia de reemplazo hormonal, ya que las mismas tienden a auto medicarse, y en muchas ocasiones, a producirse traumas físicos e iatrogénicos. Esta oferta formativa del personal de salud no debe limitarse exclusivamente a los prestadores de salud existentes, sino extenderse a los estudiantes en las universidades, lo que conferiría una prevención primaria a la ausencia en los currículos de formación académica del país, a la vez que permitiría formar a profesionales de la salud con sensibilidad ante los temas de diversidad sexual y necesidades de poblaciones especiales. En lo que se refiere a profesionales que ya se encuentran en los servicios de salud, se debe elaborar una agenda comprensiva sobre las

necesidades de salud de las poblaciones trans y fomentar la retención en los servicios, a fin de asegurar la reducción de riesgo no solo a las ITS, sino también a los demás elementos que conforman la transición y expresión de género.

2. **Oferta de servicios de salud integral.** Hasta este momento, los servicios que se ofrecen a la población trans se han limitado básicamente a observar el comportamiento del VIH y otras ITS. Como lo revela el presente diagnóstico, las demandas de la población van más allá del simple hecho de ofertar condones y lubricantes. Se debe ponderar los servicios de salud que incluyan el acompañamiento psicológico a las usuarias que lo soliciten, así como servicios que incluyan la navegación de casos que generen acuerdos entre los principales establecimientos de salud del país, para que cada centro pueda ofertar servicios complementarios según cada necesidad. Se recomienda el desarrollo de protocolos de salud trans, y la implementación de estrategias en los establecimientos de salud para respetar los pronombres con que las/os usuarias/os se identifican.

Es necesaria la elaboración de un sistema de seguimiento dentro de los servicios de salud que responda a las necesidades de la población. Esto se podría lograr a través de la revisión bibliográfica de modelos ya existentes que hayan demostrado ser exitosos en su aplicación, haciendo hincapié en la retención en los servicios. Este modelo de atención clínica integral deberá estar compuesto por una entrada a los servicios de salud, integrando los departamentos de psicología, medicina y tamizaje. Este último no debería estar limitado a las pruebas de VIH y otras ITS, sino también a la oferta de pruebas especializadas que incluyan los niveles hormonales, seguimiento de comorbilidades y eventos adversos, y pruebas de imágenes.

3. **Trabajar el impacto negativo en la salud emocional y mental de las personas trans.** Esta línea de acción implica una exploración que abarque el uso de sustancias, el estrés de minorías y el suicidio. Dentro de los servicios integrales que se deberán ofertar en el modelo de atenciones, se recomienda hacer un estrecho seguimiento con el departamento de salud mental, en conjunto con el departamento de medicina, y especialidades médicas (endocrinología, urología, ginecología, etc.), interactuando en todo momento con psicología, como parte del acompañamiento en la construcción de su identidad o en enfrentar sus malestares y preocupaciones; en los casos que lo ameriten, se realizarían interconsultas con el departamento de psiquiatría. Esto último se puede lograr en los primeros niveles de atención, pero de no poder ser ofertados podrían hacerse enlaces con los niveles de salud secundarios o terciarios, y a través de la creación de navegadores, asegurar el referimiento y contra-referimiento de cada caso.

La reducción del impacto negativo en la salud mental solamente se podrá lograr si se reduce significativamente el impacto que tienen los prestadores de salud que, por desconocimiento o por falta de inclusión dentro de sus programas de formación, no ofertan servicios amigables donde se respeten las diversidades sexuales, y se trabaje de manera integral entre los diferentes servicios dentro de las Unidades de Atención Primarias.

INCLUSIÓN SOCIAL

1. **Impulsar procesos para modificar las nociones estrechas relacionadas con las identidades y expresiones de género, así como también las orientaciones sexuales.** El empoderamiento de las poblaciones basado en conocimientos y valores humanos que rompan con el binarismo de género y estereotipos basados en oportunidades sociales (estudio, trabajo y

respeto), contribuye al cambio en las políticas públicas y su visión sobre el tema de la diversidad sexual.

2. **Incluir a las personas trans en los espacios de toma de decisiones.** Las voces de mujeres y hombres trans deben estar presentes en espacios de toma de decisiones para poder defender sus derechos en todas las áreas.
3. **Trabajo con las familias biológicas y los círculos familiares.** Sensibilizar sobre necesidades y apoyo en temas acerca de personas trans y diversidad. La familia constituye, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la unidad básica de la organización social y, también, la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. Por ello, el trabajo de sensibilización, capacitación y empoderamiento sobre estos temas es importante para la comprensión de las identidades trans porque favorece el desarrollo armónico de la personalidad (favorece autonomía, confianza y habilidades para la comunicación) lo que contribuye a asumir comportamientos sexuales placenteros y responsables.
4. **Sensibilizar y capacitar a maestras/os y otro personal del sector de educación sobre diversidad sexual y bullying.** La educación sexista basada en el género refuerza el estigma y la discriminación de otras identidades de género y orientaciones sexuales no hetero normativas, por lo que se impone la educación sexual con una visión integradora desde las primeras edades, donde mujeres y hombres trans en su mayoría tienen las primeras expresiones, y son objeto de bullying por parte de sus maestros/as y amigos/as, dado el desconocimiento y pobre educación sobre el tema.
5. **Involucramiento y sensibilización del Ministerio de Trabajo y el poder judicial** especialmente en temas de violación de género, donde se puedan documentar y articular respuestas de las mismas en conjunto con el Observatorio de Derechos Humanos de Poblaciones Vulnerables (ODHPV), además de documentar crímenes de odio y otros actos de violencia contra personas trans y buscar estrategias para su resolución.
6. **Crear oportunidades de educación y empleo dentro de ambientes seguros.** Esta línea de acción permitiría a las personas trans acceder a becas para educación continua y superior, y su posterior inserción en el ámbito laboral de una manera más eficaz.

POTENCIALIZAR LAS ORGANIZACIONES TRANS

1. **Brindar capacitación y acompañamiento** a través del desarrollo y gerencia de programas integrales sobre sexualidad, diversidad sexual y temas de interés de la comunidad trans, no basados exclusivamente en el abordaje de VIH. Se recomienda el desarrollo de estrategias de abordaje específicas que respondan a las necesidades de personas trans que incluyan la diversidad de transidentidades, rompiendo con el paradigma de que una mujer trans debe cumplir las expectativas sociales de la sociedad en que viven las mujeres biológicas.

Resulta importante señalar la relación entre la identidad y las vulnerabilidades. Al referirnos a conductas sexuales, destacar la diferencia con la orientación y la identidad sexual, ya que la confusión conceptual que existe entre las integrantes de los grupos trans no les permite comprender las diferentes expresiones trans y relacionarla con los aspectos de vulnerabilidad social, psicológica, epidemiológica y biológica.

2. **Profesionalización del rol de los promotores de salud y/o navegadores de casos** mediante el desarrollo de criterios de selección, capacitación continua y supervisión capacitante, formalizar la coordinación y establecer roles y responsabilidades a través de convenios por escrito con los establecimientos de salud. Se recomienda una discusión con las escuelas técnicas y de estudios universitarios para la realización de un currículo que formalice los elementos a ser abordados durante la navegación y seguimiento de casos. Esto se puede lograr a través de las escuelas de trabajo social; de no existir éstas, coordinar esfuerzos para la creación de capacitaciones y habilitaciones que confieran y aseguren unos mínimos curriculares que deban cursarse, y que brinden la aprobación académica de las y los que puedan acceder a dichas escuelas.
3. **Incluir las organizaciones en la planificación, implementación y evaluación de programas dirigidos a personas trans.** Esta decisión contribuiría al desarrollo de capacidades y aseguraría acciones que respondan a las necesidades de las comunidades.

HOMBRES TRANS

1. La inclusión de hombres trans en este diagnóstico fue un primer acercamiento a esta población que es poco visible en el país. Aunque el número de participantes fue muy pequeño, se pudo explorar temas sobre identidad y exclusión social, elementos que contribuyen a la vulnerabilidad de esta población. Para obtener un mayor entendimiento del contexto de los hombres trans y sus necesidades de salud, que permita desarrollar acciones programáticas apropiadas, es imprescindible **diseñar y realizar un diagnóstico enfocado en esta población.**
2. **Mobilizar las diversas comunidades de hombres trans** para crear organizaciones de base comunitaria que aboguen por los derechos y visibilicen la población de hombres trans.
3. **Acceso a servicios apropiados.** Incluir en los servicios de salud el acompañamiento psicológico para los hombres trans que lo soliciten así como el seguimiento de la terapia de reemplazo hormonal masculinizante y el seguimiento de las patologías de cérvix y de mama.
4. **Trabajo con las familias biológicas y los círculos familiares.** La situación de rechazo familiar es similar a la reportada por las mujeres trans y por lo tanto es necesario realizar grupos de apoyo para las familias de hombres trans que permitan mejorar sus relaciones de comunicación, autoestima y aceptación.

CONCLUSIONES

Los resultados de este diagnóstico se presentaron en un foro de discusión realizado en la Universidad Iberoamericana, en Santo Domingo, República Dominicana, el 4 de diciembre de 2015. En dicho foro participaron representantes del sector público, de la academia, de la sociedad civil, del Ministerio de Salud Pública y grupos de base comunitaria que trabajan con mujeres trans y hombres trans. Las propuestas y recomendaciones surgieron de las plenarias y grupos de discusión que se realizaron posterior a la presentación de los resultados, las cuales utilizamos como insumo para la realización de estas conclusiones:

Como tal, la comunidad trans no ha sido estudiada en relación a los factores que delimitan su vulnerabilidad al VIH, y otros elementos que componen el acceso a los servicios de salud. Hasta ahora en República Dominicana mucho de los estudios que se han realizado son escasos y no coinciden con la dimensión de la población, ni se han separado de los estudios realizados en poblaciones HSH, impidiendo esto la posibilidad de conocer su realidad por separado. El presente diagnóstico es un acercamiento a la realidad de las mujeres trans dominicanas, y permite por vez primera echar un vistazo a la realidad de otra población, la de hombres trans, que se ha visto transparentada históricamente en nuestro país, y que nunca ha sido incluida en estudios previos de este tipo.

Los resultados arrojan que las mujeres trans dominicanas se ven enfrentadas a situaciones sociales y económicas que no les permite llegar a niveles de instrucción escolar superior. Este nivel solo es alcanzado por el 11 % y por lo tanto experimentan fuertes restricciones en su desarrollo personal y social, impactando esto su acceso a empleos con mejores remuneraciones económicas. Debe notarse que el 26 % solamente recibe ingresos del trabajo sexual, con un ingreso mensual que se encuentra en un rango inferior a los RD\$ 10,000 en el 84 % de las participantes del estudio, lo que sitúa a las mismas por debajo de los percentiles nacionales que son de un 43 %, colocándolas en el borde de la marginalidad y fomentando su vulnerabilidad no sólo al VIH, sino a otras situaciones de salud.

A pesar de que la República Dominicana consta con múltiples organizaciones que trabajan con poblaciones trans, existe una tergiversación de la auto definición de la población con base a terminologías empleadas para definir las identidades y expresiones de género. Cerca del 40 % se identificó como travesti y un 35 % como transmujer, en contraste con la orientación sexual en la que cerca del 85 % se identificó como homosexual o gay, entrando en confusión con los significados y definiciones conceptuales de los mismos, y manifestando una construcción de la identidad impactada por la falta de información y altos niveles de discriminación y exclusión social. Esta escasa claridad en la construcción de la identidad contribuye a la vulnerabilidad epidemiológica, social, psicológica y biológica de la población estudiada.

Referente al acceso de los servicios de salud, a pesar de que el 84 % de las participantes refirieron haber visitado un médico en los últimos 6 meses en diferentes lugares del país, pero fundamentalmente a servicios de salud públicos, muy a pesar de esto, el 62 % dijo preferir acudir a servicios de salud privados, sobresaliendo el hecho de que a pesar de que la única opción de atención de salud accesible para las personas trans son los servicios hospitalarios, estos no representan un espacio seguro o amistoso para las mismas y que en contraste preferirían no tener que utilizarlos. Esto hace destacar la necesidad de hacer revisiones de dichos servicios, basados en la protección a la confidencialidad, información y orientación sobre su uso, integración de los servicios, conocimiento del personal sobre salud trans, el horario de atención, y la discusión sobre temas de salud trans y sexualidad, para así asegurar que las/los mismos puedan mantenerse en los servicios de salud, y prevenir y detectar la aparición de enfermedades oportunistas.

En lo referente a los servicios y conocimiento de VIH/SIDA, el 97 % supo dónde acudir a realizarse la prueba de VIH, igual que una tasa alta también sabía dónde recibir atenciones especializadas en VIH. Contrario a esto, solo el 78 % de las mismas recibió seguimiento en los últimos seis meses bajo la metodología par. También se encontró que solo el 69 % de las mujeres trans que se realizaron una prueba de VIH fue la que recibió sus resultados. Muchas de las estrategias de abordaje a personas trans se han enfocado en el tamizaje de VIH y otras ITS, por lo que se entiende que los enfoques de las agencias financieras deben replantear estrategias más integrales que aborden otros aspectos de la salud y que puedan asegurar la retención de las mismas. Basado en las recomendaciones de retención de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa que estos porcentajes no aseguran una retención longitudinal dentro de los servicios, y no permiten que se pueda asegurar la finalización de la cascada de atención, debido a la incapacidad de realización y seguimiento de los conteos de CD4 y cargas virales dentro del continuo de atención.

Las mujeres trans refirieron que han sido víctimas de acoso sexual, físico y psicológico. Estos incidentes se han dado lugar en los espacios públicos y en el entorno familiar. En algún momento han sido insultadas, golpeadas, violadas y amenazadas; cerca del 22 % han intentado suicidarse alguna vez en la vida, comparada con la tasa de suicidio en República Dominicana de cerca de 5-7.6 por cada 100,000 personas, y de las cuales el 4 % lo ha intentado hacer en los últimos seis meses.

El Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-SIDA (PEN-2015-2018) en su línea de acción 2.1 describe como una de sus iniciativas la movilización de la sociedad en la veeduría de los programas de ITS y VIH/SIDA, la auditoria social en los derechos humanos de las PVVIH y la exclusión de grupos particulares. Esta línea de acción se puede enlazar con las recomendaciones de empoderamiento de las organizaciones que trabajan con poblaciones trans, al igual que la línea de acción 2.3 que resalta el fortalecimiento de las organizaciones y su enlace con la respuesta nacional al VIH.

En lo referente a los servicios de salud integrales, el eje estratégico de la respuesta nacional en el Plan Estratégico Nacional (PEN) resalta la atención integral como un compromiso político basado en los Objetivos del Milenio, vinculada directamente con el VIH, el acceso universal al tratamiento, y la consignación de partidas presupuestarias para la atención integral.

Esta oportunidad dentro del PEN podría servir como nicho de enlace con los servicios ofrecidos a la población general y enfocarse a la de población trans, brindando una oportunidad a las organizaciones de la sociedad civil para exigir que se cumplan los compromisos descritos por las autoridades estatales, y abrir la oportunidad a una ley de género que otorgue los derechos a través de la carta magna así como sus leyes erogantes, las reivindicaciones exigidas por tantos años y que han podido verse reflejadas en este diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Aberg, JA, Kaplan, JE, Libman, H, et al. (2009). *Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: 2009 update by the HIV medicine Association of the Infectious Diseases Society of America*. *Clinical infectious diseases*, 49(5), 651-81.
2. Arán-Matero D, Amico P, Arán-Fernandez C, Gobet B, Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C. (2011). Levels of spending and resource allocation to HIV programs and services in Latin America and the Caribbean. *PLoS One* 6(7):e22373.
3. Becerra, A (2003). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. ED. Diaz de Santos, Madrid.
4. Bockting, W, and Avery, E. (2005). *Transgender Health and HIV Prevention: Needs Assessment Studies from Transgender Communities Across the United States*. *International Journal of Transgenderism*, Vol. 8, Nos. 2/3. NY: The Haworth Medical Press.
5. Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10(4), 505-525.
6. Bodenheimer, T and Grumbach, K. (2006). *Improving primary care: Strategies and tools for a better practice*. New York: McGraw-Hill Medical.
7. Careaga, G. (2001). *Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis*. Fundación Arco Iris. México, DF.
8. Careaga, G. (2003). Aproximaciones para el estudio de la diversidad sexual. *Sexología y Sociedad*, La Habana, no. 22, pp. 10-13.
9. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International, 2014.
10. Datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda, Oficina Nacional de Estadísticas, disponible en:
<http://redatam.one.gob.do/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
11. Diagnóstico del proyecto AIDSTAR-One: Necesidades de salud de las poblaciones transgénero y los servicios disponibles en tres países de América Central. USAID 2011.
12. Don Operario, et al., "Sex Work and HIV Status among Transgender Women", *Journal for Acquired Immune Deficiency Syndrome*, Vol. 48, No. 1, May, 2008, pp.97-103
13. Encuesta Demográfica y de Salud 2013. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y ICF International.
14. Estudio PLACE en República Dominicana, 2013.
15. García-Calleja, J., C del Rio, Y Souteryard. (2009). HIV infection in the Americas: Improving strategic Information to Improve Response. *J Acq Immune Def S* 51:S1-S3.
16. Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., et al. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 12(1), 1-17.
17. II Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH, TRSX, y UD, 2013.
18. Johnston, LG; Vaillant, TC; Dolores, Y; Vales, HM.(2013) HIV, hepatitis B/C and syphilis prevalence and risk behaviors among gay, transsexuals and men who have sex with men, Dominican Republic. *Int J STD AIDS*. Apr;24(4):313-21.
19. Lawrence, A. (2007). *Transgender Health Concerns*. In I. Meyer and M. Northridge (Eds.), *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (473-505). New York, Springer.
20. Pan American Health Organization [PAHO], John Snow, Inc., World Professional Association for Trans- gender Health, et al. 2014. *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans Persons and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries*. Arlington, VA: John Snow, Inc.

21. Reporte Global de la Epidemia de VIH, ONUSIDA, 2014.
22. Rodríguez, RM; García, CT; Alfonso, A. (2007) Trastorno de identidad de género y personas transexuales. Experiencias de atención en Cuba. *Sexología y Sociedad*, Año 13, No.33. La Habana, Cuba.
23. Silva-Santisteban, A., Raymond, H. F., Salazar, X., et al. (2011). Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS and Behavior*
24. Toibaro, J. J., et al. (2009). Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. *Medicina* 69, 327-330.
25. Universidad de Valle de Guatemala (2010b). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: Principales resultados en la población travesti, transexual y transgénero.
26. Vanderleest, JG, and Galper, CQ. (2009). *Improving the health of transgender people: transgender medical education in Arizona*. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 411-6.
27. Vázquez, E. (2008). Transgender therapy and HIV: Two complicated conditions rolled into one. *Positively Aware*. July/August.
28. Williams, AR. (2009). *Transgender Considerations: A Clinical Primer for the Generalist Working with Trans and LGB patients*.



**AVANZANDO CON SOCIOS Y COMUNIDADES
REPÚBLICA DOMINICANA**

Calle Padre Pina No. 105
Zona Universitaria
Santo Domingo, República Dominicana
Tel.: 809-688-5629
Web: advancingpartners.org

