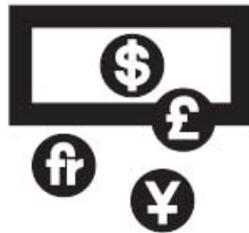


Informe Transmadrid

Descripción de una población de mujeres trans
trabajadoras del sexo en Madrid



COGAM-TRANSMADRID

Contigo, porque tú lo vales



Autores:
Alberto Martín-Pérez
Myriam Navas

Abril 2008



Autores. Alberto Martín-Pérez Rodríguez y Myriam Navas del Peral.

Edita: COGAM. Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid.

2008

Transmadrid es un proyecto subvencionado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Agradecimientos.

El equipo de Transmadrid (Marisa, Santi, Javi, Joelly, Javier, Jessie, Natalia, Almudena, Miguel Ángel, Ramón y Martín)
Mónica Blanco, Nereida Lakuló e Isidro García,
M^a Carmen (Col·lectiu Lambda)



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. PRESENTACIÓN..... | 4 |
| 2. INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| 3. METODOLOGÍA Y RECOGIDA DE DATOS..... | 9 |
| 4. RESULTADOS DESCRIPTIVOS | 13 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 31 |

DOCUMENTOS ADJUNTO 1. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS.
DOCUMENTO ADJUNTO 2. EXPEDIENTE DE SEGUIMIENTO
DOCUMENTO ADJUNTO 3. CUESTIONARIO EVALUACIÓN TRANSMADRID 2007
DOCUMENTO ADJUNTO 4. GUION DE GRUPO DE DISCUSIÓN



1. PRESENTACIÓN

Estamos igual que hace diez años (...) Seguimos con los mismos estigmas y los mismos prejuicios y las mismas historias. Entonces, algo está fallando porque nuestra situación no ha cambiado prácticamente en nada. Sí, ha salido la ley, muy bien. Pero cuando tú sales a la calle, cuando te tienes que enfrentar con la realidad social... sigue todo ahí, igual.
(participante en grupo de discusión)

La realidad transexual es una gran desconocida y muchas veces esto se ve reflejado en la escasez de estudios y datos sobre las características y necesidades de esta población. La consecuencia es que todo lo que conocemos de las personas transexuales está con frecuencia basado en el prejuicio y el estigma. Sin embargo su situación y reivindicaciones reales permanecen invisibles para la sociedad.

El pasado año pudimos asistir a dos grandes hitos en la historia de la reivindicación trans. La Ley 3/2007 de rectificación registral relativa al nombre y sexo de las personas va a posibilitar una mayor integración en la vida social y laboral de las mujeres trans, si bien sólo de las que tienen nacionalidad española. Por otro lado, en Madrid ya está funcionando la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género. Pero la importancia de estos dos logros no va a acabar a corto ni a medio plazo con la fuerte discriminación y exclusión que sufren las personas trans, particularmente las mujeres ni con los efectos de dicha exclusión.

Las mujeres transexuales tienen grandes dificultades para ser autónomas en términos económicos, teniendo además que hacer frente a un proceso de reasignación de su cuerpo que resulta imprescindible para su bienestar y que hasta ahora (a excepción de algunas comunidades autónomas) la Sanidad Pública no ha cubierto, lo que les genera un importante endeudamiento añadido. Por otro lado, las que vienen a España buscando mejores oportunidades, o sencillamente la supervivencia y huir de situaciones de acoso, hostigamiento, violencia y asesinato en sus países, deben además enfrentarse al endeudamiento provocado por el proceso migratorio.

Esta preocupante situación se debe fundamentalmente a diversos factores que vulnerabilizan a este colectivo: estigmatización y marginalidad (lo cual frecuentemente se convierten en barreras para acceder a derechos básicos como la asistencia sanitaria u oportunidades de empleo), una elevada probabilidad de consumo de drogas, prácticas con riesgo sanitario como la auto hormonación o la realización de intervenciones quirúrgicas sin control sanitario, trabajo sexual como medio de vida y conductas sexuales de alto riesgo (Maine HIV Prevention Community Planning Group, 2003).



A la hora de generar proyectos y promocionar políticas contra la discriminación de las personas transexuales se hace fundamental conocer de la mejor manera posible la situación en la que se encuentran. Este es el ánimo y el objetivo de este informe, resaltar una realidad desconocida, obtener los datos necesarios para adecuar los distintos programas a las necesidades reales de las usuarias y denunciar la situación de marginalidad y exclusión a la que se ven sometidas.

2. INTRODUCCIÓN

Transexuales, travestis, transgénéricas y comunidad trans.

El término *travesti* se usó a principios del pasado siglo para describir a personas (hombres, en general) que se visten con ropa de mujer para sus propios intereses (normalmente eróticos). Después, se utilizó *transexualidad* (recogida como trastorno de la identidad de género en la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹ de la Asociación Americana de Psiquiatría) para describir a una población de individuos cuyos sentimientos en relación con su género implicaban, más que un deseo de vestirse con ropas del otro sexo, una identificación más fuerte con los valores de género asociados a dicho sexo.

Transgénero o *transestereotípico/a* es un término que se empleó inicialmente para distinguir a aquellas personas que no desean someterse a intervenciones médicas de reasignación, aunque el concepto cambió para incluir una gama de posibles identidades y comportamientos, incluyendo el *travestismo* y la *transexualidad*. En la actualidad, los tres conceptos se utilizan a veces de forma intercambiable para describir a personas cuyas identidades y vidas sociales son muy similares. Y es probable que muchas personas no encajen en las concepciones tradicionales de *travesti*, *transexual*, o *transgénero*. Como resultado, es altamente complejo entender qué quiere decir una persona cuando dice que es *travesti* o *transexual*. Particularmente, si incorporamos los significados culturalmente relevantes para las personas con las que intervenimos en el marco del proyecto Transmadrid. Para muchas mujeres *trans* de origen latinoamericano, el término *travesti* no tiene la carga peyorativa que tiene para otras mujeres, en concreto las españolas. Hemos observado a lo largo de 2007 durante nuestra intervención que un porcentaje muy significativo de las latinas se refieren a si mismas y a sus compañeras como travestis cuando no han se han realizado cirugía de reasignación genital.

Académicamente se recomienda el término *transgénero* para incluir a *travestis*, *transexuales* y personas que se autodefinen como *transgénéricas*. Aunque también se extiende el uso de la palabra *trans* con el mismo sentido. Algunos autores defienden el uso del concepto *población trans* o *comunidad trans*², ya que se entiende que hay elementos (existencia de una problemática compartida, entramado asociativo, conciencia de desigualdad) que permiten afirmar la existencia de una comunidad.

A nivel sexual, las personas pueden categorizarse por cuatro características:

¹ American Psychiatric Association; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC, 1994.

² Calero, F. (2002). *La existencia de la "Comunidad Trans"*. Línea de Investigación Tutelada. Programa de Doctorado Andaluz de Estudios de las Mujeres y del Género. Instituto de Estudio de las Mujeres. Universidad de Granada.

- Sexo biológico; determinado generalmente por los genitales, aunque incluye otros factores como los cromosómicos, hormonales, caracteres sexuales secundarios y otras variantes fisiológicas. Incluso se dan condiciones intersexuales que pueden hacer problemática la categorización de los bebés como masculino o femenino.

- Sexo legal-institucional; se refiere a la designación e identificación de los individuos como hombres o como mujeres. Pueden darse procedimientos para cambiar dicho sexo, generalmente con la certificación de profesionales sanitarios, sujetas a la normativa legal de cada país. En España, la Ley 3/2007 de *Rectificación Registral relativa al sexo y nombre de las personas*, permite dicho cambio de sexo y de nombre legal a las personas trans españolas o nacionalizadas españolas que cumplan una serie de requisitos.

- Género social; se refiere a cómo se presentan las personas en público; vestimenta, peinado, características físicas, forma de hablar y actuar. Esto tiene, lógicamente, diferentes significados en distintas culturas y sociedades. El género social también puede verse influenciado por la intervención médica para cambiar o *reassignar* aspectos de la apariencia de las personas. Muchos de estos cambios son requeridos para el cambio legal de sexo (no es el caso español). Adicionalmente algunas personas pueden mostrar un género social consistente o inconsistente porque algunos aspectos del mismo se usan sólo en determinados escenarios, uno de los cuales es el de las relaciones sexuales.

- Género psicológico o identidad de género. Se refiere a la autodefinición de una persona como hombre o como mujer. Y una vez más, éstas pueden no ser las únicas opciones. Diferentes culturas permiten otras alternativas de identificación. Algunas subculturas actuales, alternativas o *queer* pueden permitir otras identidades más allá de la de hombre o mujer.

Estos son algunos de los factores que se usan para describir sexo y género y para entender las formas en que pueden variar. Sin embargo, la procedencia, etnicidad, edad y cultura pueden también influir en la forma de identificarse de las personas y en los roles sociales que desean reproducir o a los que tienen acceso. Por último, los recursos al alcance las personas para costearse y/o acceder a las intervenciones médicas de reasignación es otro factor que influirá no sólo en como se definen estas personas sino en sus comportamientos y estrategias de supervivencia.

Más allá de los conceptos, lo importante es resaltar que las personas *trans* pueden ser muy diversas, pero que en general todas ellas están aún en riesgo de experimentar algún tipo de exclusión y discriminación en el acceso a numerosos servicios sociales o a la atención sanitaria, ya que muchos profesionales evitan trabajar con esta población o muestran una gran insensibilidad al no respetar la identidad de género manifestada, lo que influirá negativamente en que estas personas sean adherentes a cualquier tipo

de tratamiento en un entorno donde experimentan una discriminación de este tipo³.

³ Lombardi, E. (2001). Enhancing Transgender Health Care. *American Journal of Public Health*. Vol 91, nº 6, 869-872.



3. METODOLOGÍA Y RECOGIDA DE DATOS

COGAM ha venido atendiendo a las trabajadoras del sexo transexuales desde la puesta en marcha de sus proyectos de prevención y atención a la población homosexual, bisexual y transexual a mediados de los años noventa. La atención a las trabajadoras del sexo consistía en la entrega de material preventivo y la puesta en contacto con recursos sociales. Sin embargo, estas atenciones no estaban dirigidas específicamente a ellas y tampoco había datos del alcance de las intervenciones.

En septiembre de 2006 se comenzó a sistematizar el trabajo con las mujeres trans en lo que se llamó "Programa Transmadrid". El programa nace con la finalidad de promover la salud sexual y la autonomía de las trabajadoras del sexo. Transmadrid ha ido creciendo desde su puesta en marcha, en la medida que la propia atención iba sugiriendo oportunidades de intervención complementarias. Uno de los objetivos ha sido recoger y sistematizar información sobre la población que nos permitiera conocer con más profundidad quiénes son las trabajadoras del sexo transexuales, cuáles son sus necesidades y discursos de forma que pudiéramos adecuar el propio proyecto a las necesidades reales de las mujeres transexuales trabajadoras del sexo. De esta manera, el proyecto Transmadrid se convierte en un proyecto vivo en constante evolución a cuyo cuerpo central se van sumando proyectos satélite cuyo objetivo es servir de recurso, atención y denuncia de la situación de las mujeres transexuales trabajadoras del sexo.

En la actualidad participamos en un proyecto más ambicioso de investigación cualitativa junto a la organización de Barcelona Stop Sida para conocer las necesidades en materia de salud sexual y prevención de las personas transgénero que realizan trabajo sexual. El presente informe pretende sólo ser una pincelada descriptiva de la población atendida en el marco del programa Transmadrid.

A pesar de tener datos registrados desde febrero de 2007, a efectos de este informe hemos tomado el periodo de atención comprendido entre septiembre de 2007 y febrero de 2008. Las herramientas de recogida de información han sido:

a) Fichas de acogida de las usuarias.

La primera vez que una mujer transexual acude al programa a recoger material preventivo o a solicitar cualquier otro tipo de atención, se le realiza una ficha de acogida en la que se recogen los datos sociodemográficos básicos, entre ellos:

- Nombre con el que desean inscribirse en el programa.



- Edad
- Nacionalidad
- Nivel de estudios finalizado
- Principal fuente de ingresos
- En el caso de las mujeres de origen distinto al español, situación legal actual
- Empadronamiento
- Disponibilidad de tarjeta sanitaria

Se ofrece a las mujeres la posibilidad de no contestar a cualquiera de estas preguntas. No obstante la práctica totalidad de las trabajadoras del sexo atendidas han proporcionado esta información básica.

En el periodo de tiempo analizado, disponemos de los datos de 206 mujeres distintas. Desde septiembre de 2007, se han incorporado al programa 102 mujeres. Las 104 restantes son mujeres que habían sido usuarias del programa desde su puesta en marcha unos meses antes.

b) Informes de seguimiento de las usuarias

Al mismo tiempo que se realiza la ficha de acogida, se abre el expediente de seguimiento. En él se van anotando las distintas intervenciones que se realizan con cada una de ellas. En total, se han realizado 899 atenciones sobre las 206 usuarias.

Una vez que se establece una relación de confianza entre el personal del programa y las trabajadoras que han acudido más de dos veces a solicitar algún tipo de atención, se realiza la encuesta incluida en el informe de seguimiento. El momento depende de cada una de las usuarias; en algunos casos es posible realizar esta entrevista relativamente pronto mientras que en otros casos es conveniente esperar más tiempo.

Todas las mujeres entrevistadas son informadas de que los datos son confidenciales. Son invitadas a no contestar cualquier pregunta ante la que se sientan incómodas, y se asegura que la finalidad de la información es exclusivamente obtener una radiografía clara de la población y de sus necesidades de cara a prestar una mejor atención.

La encuesta incluida en el informe de seguimiento nos da información más extensa sobre:

- Proceso transexualizador; hormonación, intervenciones quirúrgicas, seguimiento médico, etc.
- Situación laboral; detección de situaciones de extorsión, explotación, lugar de trabajo, país de inicio, años de trabajo, búsqueda de trabajo alternativo, cualificación profesional e historial laboral.
- Protección frente al VIH y otras ITS con parejas comerciales y no comerciales.

- Situación frente al VIH y otras ITS, patrones de seguimiento médico.
- Consumo de alcohol y drogas ocasional, laboral y habitual.
- Situación legal en España.

La cantidad de información disponible en este caso es menor. De entrada, porque no todas las mujeres atendidas han sido repetidoras en el programa, y como se ha indicado, consideramos esencial establecer una vinculación antes de realizar la encuesta.

Como en el caso de las fichas de acogida, las mujeres son libres de no contestar alguna de las preguntas, bloques contenidos en la encuesta, o, en esta ocasión, a la totalidad del cuestionario.

El transcurso de las atenciones y las conversaciones mantenidas con las mujeres nos permite además obtener alguna de las informaciones indicadas arriba, a pesar de no haber realizado la entrevista. Este es el motivo de que algunos apartados reflejen un número de respuestas mayor al de las entrevistas realizadas.

Desde septiembre se han realizado 33 entrevistas completas. Somos conscientes de la limitación de esta muestra, si bien tanto las educadoras de calle del programa Transmadrid (dos mujeres trans trabajadoras del sexo) como el equipo técnico que atiende en sede a la población, tenemos la percepción de que, en muchos casos, las tendencias apuntadas se mantendrán en la medida que vayamos sumando datos de más usuarias del programa. Entre marzo y agosto de 2008 se espera tener información de al menos 100 mujeres.

c) Grupo de discusión

El 20 de noviembre de 2007 se realizó un grupo de discusión en el que participaron 7 trabajadoras del sexo transexuales que habían sido atendidas alguna vez en Transmadrid. El objetivo de dicho grupo de discusión era evaluar la atención recibida, los materiales entregados y recoger sugerencias sobre la tipología de intervenciones que las participantes percibían como más oportunas y adecuadas.

d) Cuestionarios de evaluación de la intervención 2007.

Se pidió a todas las mujeres transexuales que acudieron al programa entre el 2 y el 5 de octubre de 2007 y que habían sido atendidas previamente al menos tres veces que rellenaran un cuestionario de evaluación de forma anónima.

Se recogieron 22 cuestionarios, de los que hemos dado como válidos 16 por estar rellenos en su totalidad. Comprenden una pequeña muestra aleatoria no representativa de la población que hemos atendido en nuestro proyecto y que nos sirvió en su momento para evaluar el funcionamiento del proyecto, la satisfacción de las usuarias con el mismo, la atención prestada y el material entregado, así como pulsar sus conocimientos acerca de la transmisión del

VIH, su situación sociosanitaria y el índice de episodios de rotura de preservativos. Estos últimos datos son los que rescataremos para este informe.

e) Datos de la atención en calle

Dos educadoras de calle visitan semanalmente algunas de las zonas de trabajo sexual más frecuentadas por las mujeres trans (zona de Castellana y zona centro) y tras su intervención sociosanitaria rellenan una ficha de intervención en la que recogen algunos datos de las atenciones realizadas. Con esta ficha hemos podido recoger información sobre las edades y nacionalidades de las mujeres trans contactadas en las zonas de trabajo.

4. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.1. Descripción demográfica de la población atendida en Transmadrid.

Entre septiembre de 2007 y 2008 se han realizado un total de 899 atenciones sobre **206 mujeres distintas**. De ellas prácticamente la mitad, habían sido atendidas con anterioridad a esta fecha. La tabla 1 nos muestra la evolución mensual en el número de atenciones realizadas y en las incorporaciones de nuevas usuarias al programa.

| | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | TOTAL |
|------------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-----------------|
| ALTAS | 25 | 26 | 9 | 9 | 11 | 22 | Altas: 102 |
| ATENCIONES | 156 | 197 | 147 | 115 | 133 | 151 | Atenciones: 899 |

Tabla 1. Atenciones realizadas por mes en la sede del programa.

Como podemos apreciar en la figura 1, algo más de la mitad de las trabajadoras del sexo transexuales tienen edades entre 26 y 35 años. A diferencia de la población de hombres trabajadores del sexo que atendemos en otro programa distinto, sólo el 14,5% de las mujeres que atendemos son menores de 25 años.

No obstante, las herramientas de registro utilizadas por las educadoras de calle indican que la población menor de 25 años atendida en la calle ascendería hasta el 28,5%. Por el contrario, las trabajadoras mayores de 36 años, en sede representan un 32% de la muestra, mientras que en calle serían un 12,8%.

Esto nos muestra que la población más joven de trabajadoras sexuales trans no estaría actualmente acudiendo a la sede del programa mientras la población mayor estaría más oculta o más ausente de las zonas de calle intervenidas.

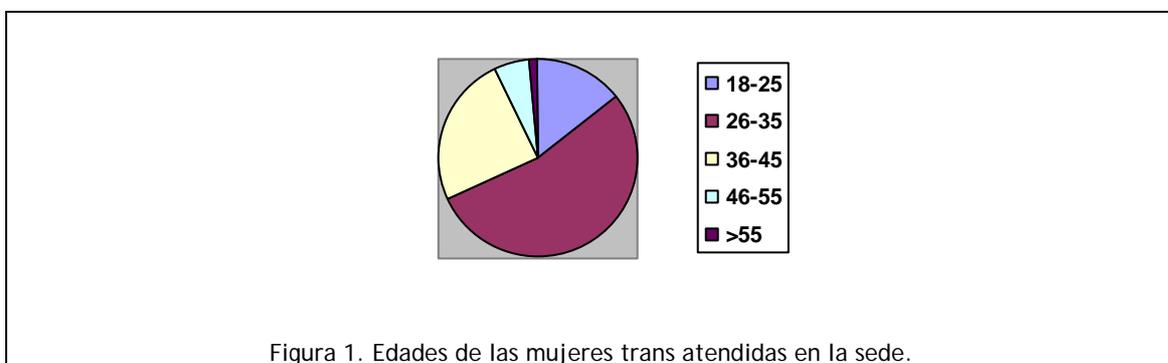


Figura 1. Edades de las mujeres trans atendidas en la sede.

Respecto al nivel de estudios declarados, si bien se insiste en que se indique el nivel que se haya conseguido completar con éxito, consideramos que los registros muestran más bien el nivel máximo al que se ha accedido. Sería preciso depurar este dato de modo que tengamos una información más verídica. Hemos optado por entender que los siguientes datos muestran el grado al que las mujeres han conseguido acceder, independientemente de que se haya o no finalizado dichos estudios.

Queremos mostrar que la totalidad de las mujeres que aseguraron no tener estudios son españolas. Una vez más la respuesta puede ser interpretable, ya que "no tener estudios" podría entenderse por parte de las españolas como no haber finalizado o realizado estudios superiores. No deberíamos entender necesariamente que estas mujeres no hayan finalizado al menos el ciclo de educación primaria.

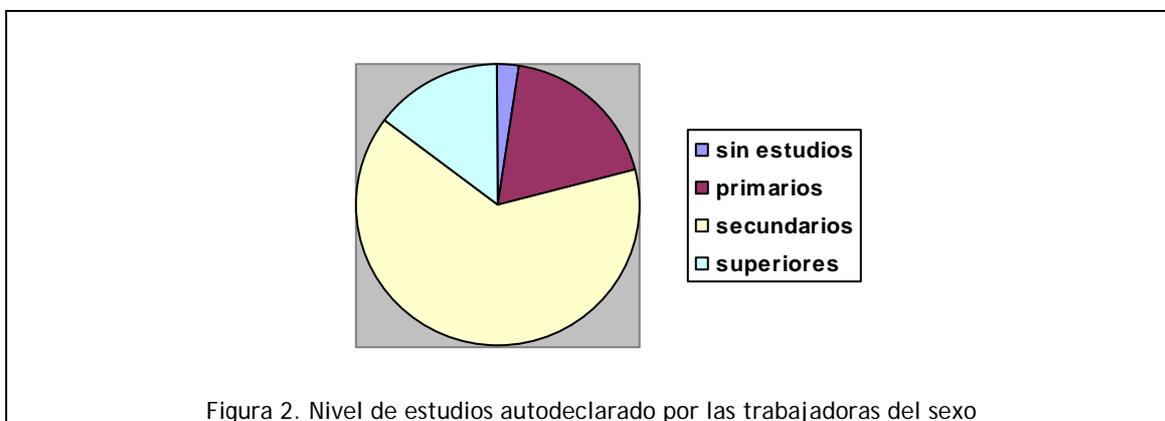


Figura 2. Nivel de estudios autodeclarado por las trabajadoras del sexo

No existe mucha información acerca del nivel formativo de las mujeres transexuales, o de cómo afecta la exclusión y la transfobia vivida en el sistema educativo. Aunque parece evidente que dicha vivencia puede estar en la base de que muchas de ellas no alcancen niveles superiores o que tengan dificultades incluso para terminar la educación primaria y secundaria.

“Yo, honestamente, y soy muy sincero, yo soy una persona analfabeta. A pesar de que ustedes me ven así, tengo muy pocos recursos en lo que es leer y escribir” (Participante en grupo de discusión)

Nuestra experiencia con estas mujeres nos hace compartir la tesis de que la mayoría de las mujeres trans que tienen una buena formación han empezado su tratamiento después de haber terminado sus estudios⁴.

El 82% de las mujeres transexuales atendidas en Transmadrid dependen única o principalmente del trabajo sexual para su subsistencia. La exclusión del mercado laboral, la visibilidad de su transexualidad o el rechazo en el momento de presentar la documentación para la contratación hace que muchas mujeres transexuales deban trabajar, aparte del trabajo sexual en la

⁴ MARTIN R. Dolores, 2004. *La transexualidad. Diversidad de una realidad*. Cuadernos técnicos de servicios sociales. Comunidad de Madrid.

“economía sumergida” casi siempre en puestos no acordes con su nivel formativo.

Un 19% de la muestra total indicó disponer de algún tipo de ocupación complementaria. De estas últimas, para un 65% dicho empleo era en la actualidad su principal fuente de ingresos, y el trabajo sexual un complemento a dichos ingresos. Sólo una mínima parte de las mujeres, tres en total, complementaban con el trabajo sexual los ingresos obtenidos por algún tipo de subsidio (desempleo o pensión).

No debemos olvidar que muchas de estas mujeres, además de tratar de subsistir en nuestro país, están enviando a sus familias (madres, padres, hermanos, e incluso hijos/as y esposas) en sus países de origen. En el caso de las mujeres transexuales, la fuerte exclusión del mercado laboral, la precariedad de los salarios, el endeudamiento por el proceso migratorio en el caso de las extranjeras son las causas que están detrás de la elección del trabajo sexual como medio de vida.

Tan solo el 35% de las 206 mujeres atendidas disponen en la actualidad de un documento de identidad español. Entre ellas, está el 10,1% de españolas comprendidas en la muestra. Por tanto, el 15% restante son mujeres de origen latinoamericano que han conseguido regularizar su situación en nuestro país hasta obtener la nacionalidad española. Más alto es el porcentaje de las que se encuentran empadronadas en Madrid (o en otro municipio). Sin embargo **un 17% de mujeres no están empadronadas** y que por tanto no están pudiendo recibir prestaciones sociales básicas como es la atención sanitaria a excepción de la de emergencia. Uno de los objetivos del programa Transmadrid es precisamente garantizar el acceso al sistema sanitario para todas las usuarias. El procedimiento, que pasa por empadronarse, no siempre es sencillo, por la precariedad y falta de recursos de muchas de estas mujeres, que en ocasiones denuncian que los arrendatarios de los pisos en los que viven se niegan a autorizar su empadronamiento. Esto es una clara muestra de la vulnerabilidad de las mujeres transexuales.

Aunque por lo limitado de la muestra estos datos deban observarse con cautela, una visión más en profundidad sobre las entrevistas realizadas durante las atenciones mostró que una cuarta parte de las mujeres (de un total de 32) se encuentran en situación de irregularidad. El resto se encuentra tramitando permisos de trabajo y de residencia, están en el país como demandantes de asilo o están nacionalizadas. Una cuarta parte de esta pequeña muestra de mujeres declaró tener en la actualidad o haber tenido una orden de expulsión, una de ellas de otro país de la UE.

Casi una tercera parte de la muestra, el **28%**, no disponía de una tarjeta sanitaria que les garantizase la atención primaria y especializada en nuestra comunidad en el momento de acudir al programa por primera vez. Comparado con los datos del empadronamiento, tenemos que un 11% del total de mujeres atendidas están empadronadas pero tienen dificultades para obtener una tarjeta sanitaria.

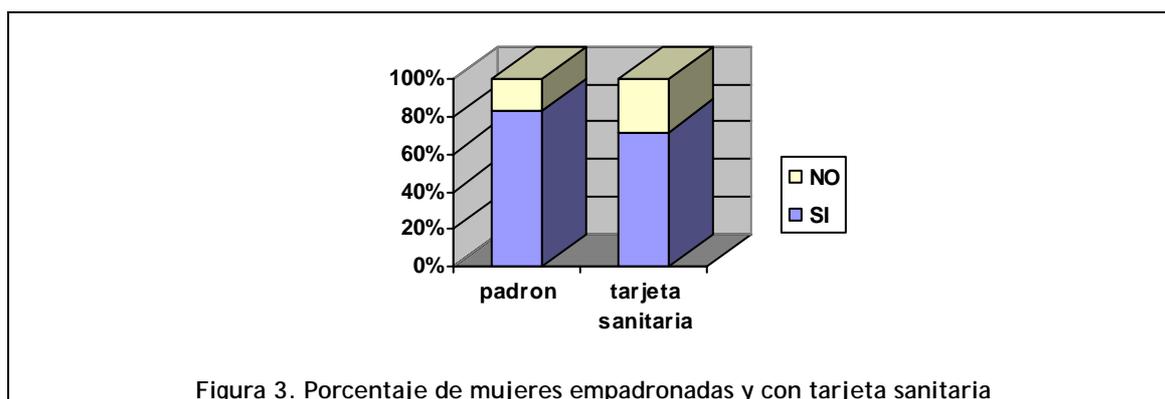


Figura 3. Porcentaje de mujeres empadronadas y con tarjeta sanitaria

El proceso no es ciertamente fácil, y no siempre queda claro para las mujeres inmigrantes que perciben su creciente complejidad.

“Yo tengo incluso una amiga ahora que tiene “lo que tú ya sabes”, y ella es de (...) y tiene su tarjeta sanitaria de allá y todo, y ahora está viviendo aquí y ahora ya no es como antes, que antes ibas al centro de salud, y ahora te piden una serie de requisitos; la mandaron ahí por Guzmán el Bueno a pedir a no sé qué institución un papel, y luego que no sé qué, que el empadronamiento y una serie de requisitos que le piden y tiene que llevar unas cosas más para darle a la chica la tarjeta sanitaria y poder ella recibir la atención” (participante grupo de discusión).

Mostramos, por último, cuál es el origen de las mujeres atendidas en Transmadrid.

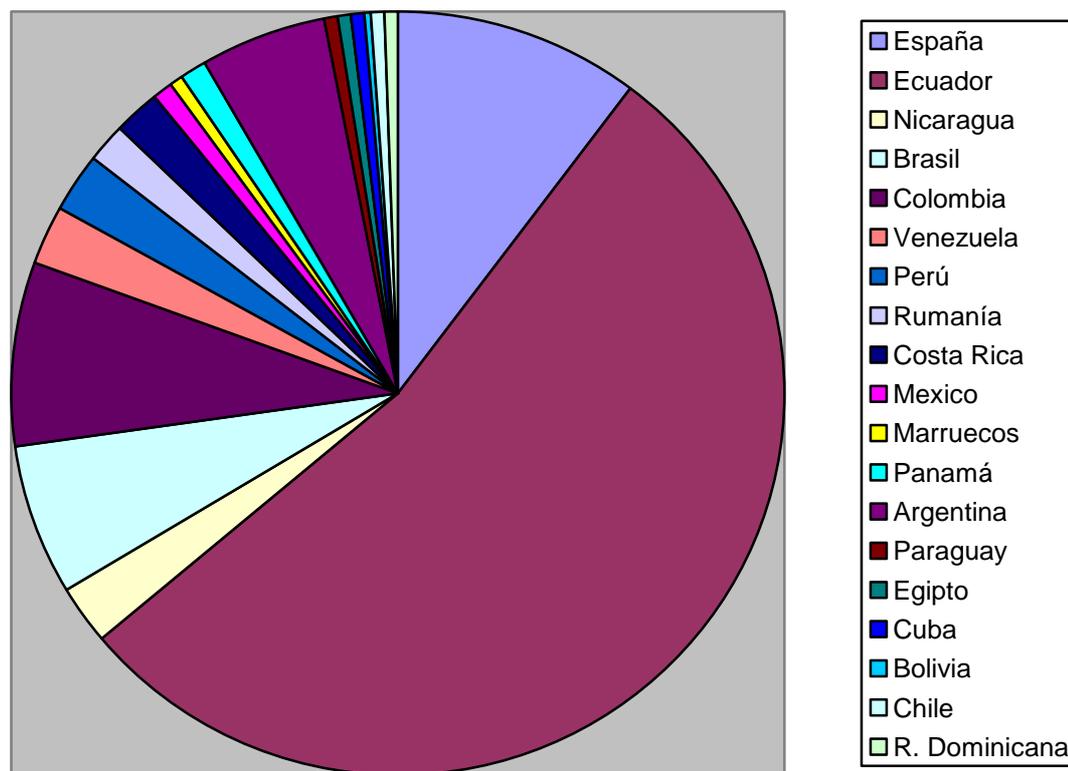


Figura 4. Nacionalidades de origen de las mujeres atendidas en Transmadrid

El 88,2% de las mujeres transexuales trabajadoras del sexo que son atendidas en Transmadrid son de origen extranjero. El dato es consistente con los informes de las educadoras que calle que sitúan este porcentaje en el 90,1%. El origen es mayoritariamente latinoamericano. De las mujeres extranjeras, sólo el 3,1% son de algún otro origen (Marruecos, Egipto y Rumanía). Este porcentaje sube hasta el 7,4% en la población atendida por las educadoras de calle. Esto sugiere que el idioma podría ser percibido como una barrera que está alejando a las trabajadoras del sexo no latinas de la atención en sede en nuestro programa.

La población más representada es la ecuatoriana, lo que es concordante con el perfil de la población extranjera residente en Madrid. Las ecuatorianas constituyen el 60,6% de nuestra muestra. Los siguientes grupos más representados son las españolas (10,1%), las colombianas (8,9%), las brasileñas (7,3%) y las argentinas (6,1%). Una vez más debemos apuntar al idioma como aspecto que dificulta el acercamiento de las trabajadoras del sexo a ciertos recursos ya que la atención en calle registró a un 19,4% de mujeres brasileñas.

El siguiente cuadro muestra las demandas realizadas por las trabajadoras del sexo en el transcurso de las atenciones. Hemos extraído la demanda de

material preventivo que realizó la totalidad de las 206 mujeres, para mayor claridad.

La demanda más reiterada ha sido la puesta en contacto con servicios de orientación sociolaboral, ya sea el propio de COGAM, o los de otras entidades. También fue importante el número de atenciones solicitadas en relación con la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal. Algunas usuarias habían conocido su existencia y solicitaron información sobre cómo llegar hasta la Unidad. Para informar a los profesionales de atención primaria que las atienden, algunos de los cuales se habían negado a realizar una derivación, se realizaron unas cartas informativas solicitando un volante interconsulta hacia la Unidad. En otros casos fue el equipo quien informó a las usuarias de la existencia de la Unidad cuando notificaban prácticas de autohormonación o deseos de realizarse cirugías de reasignación. También fue considerable el número de atenciones realizadas específicamente en torno al VIH, realización de pruebas diagnósticas de ITS, derivaciones a centros, y solicitudes de atenciones especializadas (por ejemplo inclusión en protocolos de operaciones de lipoatrofia facial).

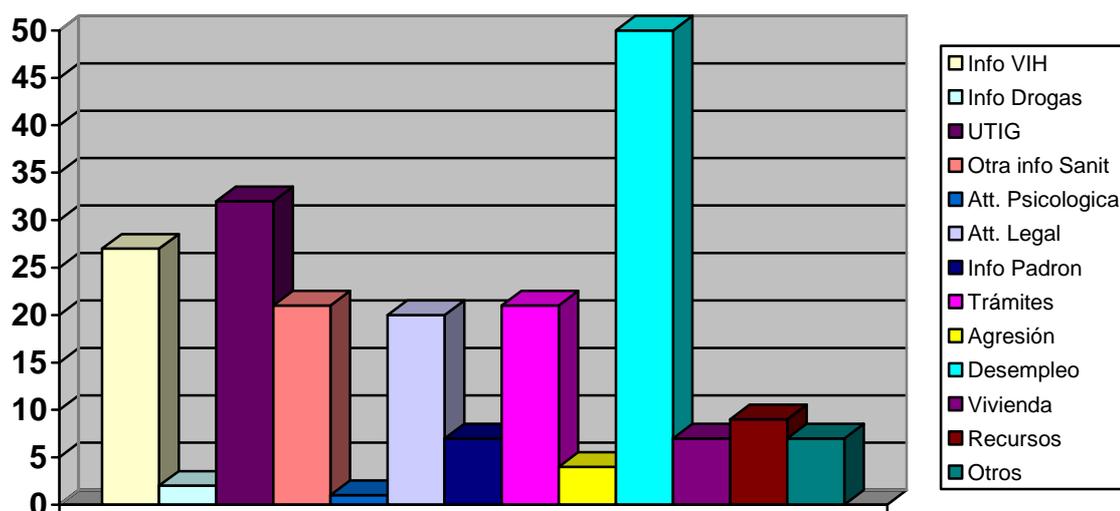


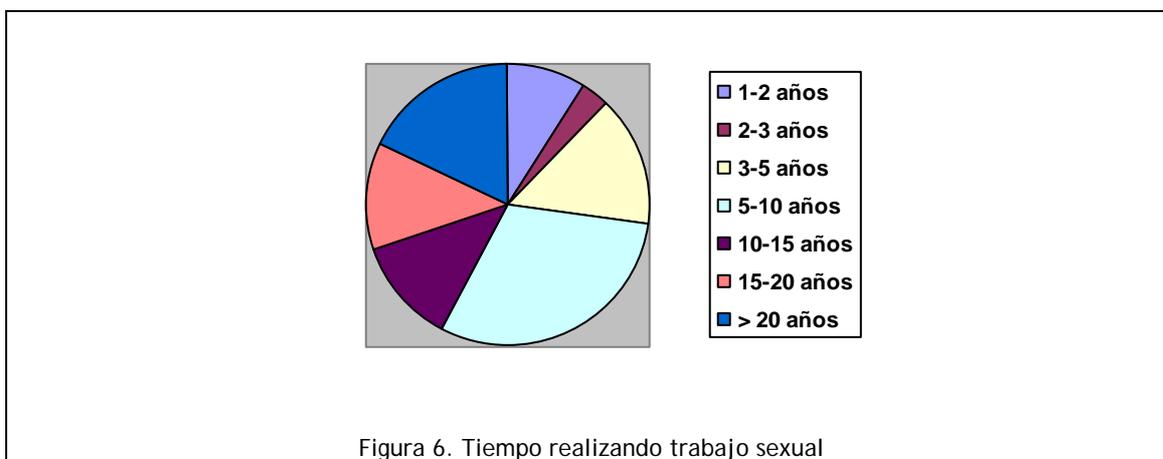
Figura 5. Atenciones solicitadas por las trabajadoras del sexo en Transmadrid.

4.2. Datos recogidos sobre el trabajo sexual

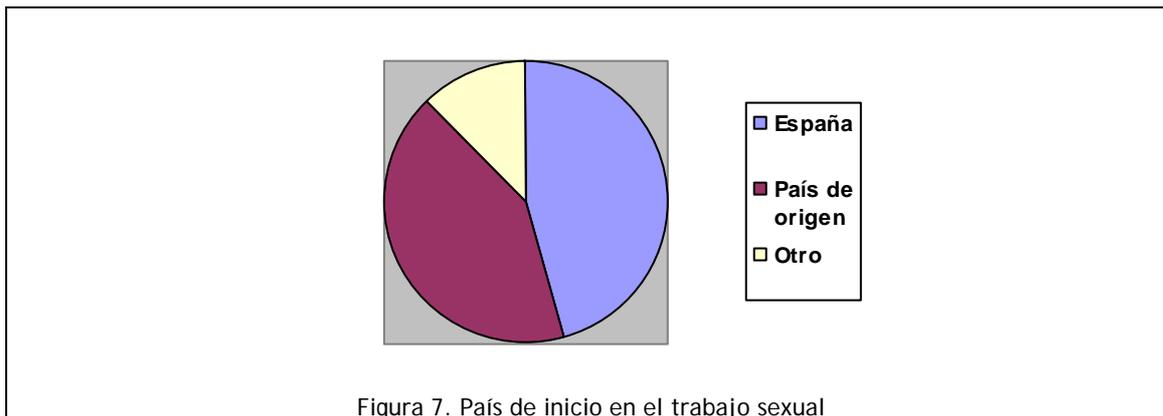
En este apartado consignamos sólo los datos obtenidos durante las entrevistas en profundidad. Como indicamos, se realizaron 33, aunque de algunos datos podemos tener una información adicional que otras mujeres habrían compartido con nosotros en el transcurso de las atenciones.

La siguiente gráfica muestra el tiempo que llevan estas mujeres realizando trabajo sexual. Lo primero que llama la atención es la tendencia a cronificar el trabajo sexual como actividad, ya que casi la mitad lleva realizándolo

desde hace más de diez años. Esto contrastaría con la opinión de que el trabajo sexual consistiría en una actividad puntual, de transito, como puede ocurrir quizá con otras poblaciones que ejercen prostitución. En el caso de las mujeres transexuales, la fuerte exclusión del mercado laboral hace que la dependencia del trabajo sexual sea mayor. No deja de ser preocupante la proporción de mujeres que han realizado trabajo sexual durante más de veinte años que, por la falta de reconocimiento de su trabajo como actividad laboral, no han podido ni podrán beneficiarse de ningún tipo de subsidio o prestación. Ello es especialmente preocupante cuando caen enfermas o cuando tienen algún tipo de accidente en el desempeño de su trabajo que no puede nunca ser reconocido como accidente laboral.



En cuanto al país donde se inició el trabajo sexual, algo menos de la mitad comenzó en España. La misma proporción, por el contrario, comenzaron en sus países y una minoría en otros países (generalmente otro país de Latinoamérica). Esto muestra que el trabajo sexual, en el caso de las mujeres trans, es una opción que se inicia de forma previa al proyecto migratorio, como una estrategia de subsistencia, dada la alta exclusión social y laboral que también sufren en sus países. No debemos olvidar que en muchos casos, el principal motivo para dejar sus países es la pura supervivencia. La transexualidad está perseguida socialmente y las mujeres transexuales son objeto de abusos y agresiones de manera frecuente. En el caso de las mujeres transexuales que han realizado trabajo sexual previamente en sus países, aunque exista el deseo de abandonar el trabajo sexual al venir a España y haya expectativas de tener otras opciones laborales, muchas de ellas saben antes de venir que el trabajo sexual se configura como una posibilidad altamente factible.



La práctica totalidad de las mujeres entrevistadas tienen la calle como principal espacio de trabajo, tanto de contacto como de ocupación. El uso de internet para contactar con clientes es anecdótico. Una proporción de las mujeres que representaría en torno a una cuarta parte se ocuparían en sus pisos o en otros pisos de sus clientes. Hasta el momento, ninguna de las mujeres que hemos entrevistado en profundidad ha indicado trabajar en ningún local o club. En general, las mujeres transexuales que trabajan en el sexo suelen caracterizarse por trabajar de forma independiente y autónoma, lo que no es obstáculo para que en otras ocasiones puedan trabajar juntas en algún piso. No hemos observado que trabajen acompañadas u observadas por proxenetas.

Durante la entrevista en profundidad, se les pregunta a las mujeres si trabajan de forma voluntaria o si son en la actualidad o han sido en algún momento coaccionadas para hacer trabajo sexual. Tan sólo una de las mujeres indicó que sí estaba siendo coaccionada, y de hecho fue este momento de la entrevista en el que solicitó ayuda para salir de esta situación. En la actualidad hemos cerrado el expediente de esta mujer al haber solucionado la situación para la que solicitó ayuda. Lo que nos parece más significativo de este dato es que la práctica totalidad de las mujeres transexuales de nuestra muestra trabajan en el sexo de forma voluntaria y consciente. Muchas querrían tener alguna alternativa laboral, pero otras muchas simplemente demandan que se mejoren las condiciones en que realizan su trabajo actual.

No obstante el discurso de muchas mujeres como se ve en el siguiente extracto de un grupo de discusión es el de considerarse víctimas de la explotación sexual. Para ellas, y en respeto a su libertad de elección y decisión, es necesario organizar recursos que ofrezcan alternativas viables y que les permitan subsistir.

“En España, el hecho de ser transexual, por muchos conocimientos que tengas, y mucha historia no te ayuda en nada. Es un estigma el ser transexual. Te cierran las puertas completamente. Me dedico a ser esclava sexual, porque me considero que soy una esclava sexual en este momento...” (participante grupo de discusión).

A pesar del desencanto, el valor que otorgan a la formación es incuestionable:

“Creo que habría que incentivar la formación y tal, como ayuda del estado, de los ayuntamientos y de las comunidades autónomas, de llegar a todas nosotras, porque claro... muchas llevan años y años en la prostitución” (participante grupo de discusión)

De las 36 mujeres preguntadas al respecto, 24 están buscando un trabajo alternativo. Sin embargo 12 de ellas no tienen previsto hacerlo y desean continuar como trabajadoras del sexo.

De estas mujeres, una veintena tienen algún tipo de cualificación profesional, y 26 han trabajado con anterioridad, o lo hacen en la actualidad, en algún otro trabajo alternativo. Los trabajos que se indicaron con más frecuencia son los relacionados con los cuidados (atención a ancianos, personas con discapacidad), los servicios (cocina, limpieza) o el espectáculo (go-gos). No obstante, su condición de transexuales dificulta en la práctica que puedan encontrar otras alternativas laborales.

“...pedí asilo político y soy demandante de asilo político. De hecho ya tengo el permiso para trabajar, ya me lo dieron. Que me tuve que esperar seis (enfáticamente) meses para que me lo dieran, el permiso de trabajo. Pero de hecho no importa. Muchas veces, si tienes permiso de trabajo me he dado cuenta que el hecho de ser transexual no te sirve de nada; si tienes permiso o no. Ni ser nacionalizada, española... y esa es una decepción que me he llevado.” (participante en grupo de discusión).

Las mujeres que se han nacionalizado como españolas, en cambio, tienen la expectativa de que esta situación cambie para ellas.

“...he hecho un curso para cuidar enfermos de la tercera edad, tengo un curso de diploma para cuidar enfermos de Alzheimer, tengo otro curso como monitora de enfermedades infecto-contagiosas como el SIDA, al Hepatitis y tal, ustedes ya lo saben muy bien... Bueno, pues yo he tenido muchos problemas porque cuando yo he querido salir de esto hace mucho tiempo (...) ¿qué es lo que pasa? Que con mi condición de transexual “ya te llamaré, que no se qué, que no sé cuántos”. Nunca. Tuve que regresar de nuevo a prostituir, como vulgarmente te lo voy a decir, a follar y a chuparla a la calle para sobrevivir, después de haberme formado (...) Ahora estoy esperando para que me den el nuevo DNI con el nombre de mujer, a ver si de esa manera puedo encontrar un trabajo, porque esto te cansa.” (participante grupo de discusión)

Aunque muchas mujeres indican que con un salario mínimo podrían dejar de realizar trabajo sexual, la inmensa mayoría de ellas, que no disponen de una red de apoyo familiar, alojamiento, etc. no pueden abandonar a cambio de exiguas compensaciones por parte de las administraciones municipales, que

resultan poco realistas. Muchas políticas municipales que reclaman luchar contra la esclavitud sexual, justamente olvidan perseguir aquellas situaciones en que dicho supuesto es aplicable y se centran en dificultar el trabajo de las prostitutas, empeorando unas ya de por sí difíciles condiciones. Esto, entre otros motivos, ha contribuido al desplome del precio de los servicios sexuales y un empeoramiento de las posibilidades de negociación con los clientes, dificultando así su autodeterminación y su capacidad de decisión.

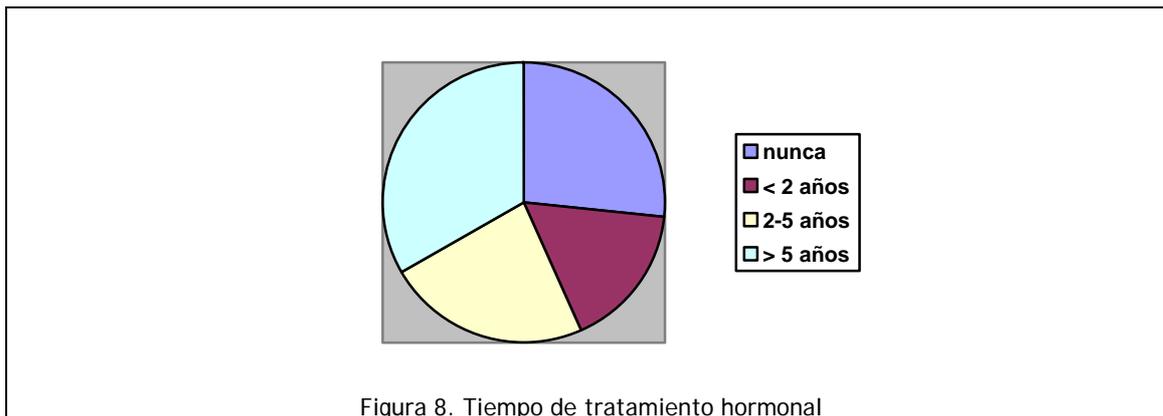
4.3. Estado de salud de las mujeres transexuales trabajadoras del sexo.

4.3.1. Transexualidad.

El primer aspecto destacable es que **la mayoría de las mujeres intervenidas (29 de un total de 34) no tienen un certificado de disforia de género o certificado de transexualidad.** Este certificado es el diagnóstico elaborado por un profesional de la psicología o de la psiquiatría que indica que la paciente es una mujer transexual, y es el requisito previo a cualquier otra fase terapéutica del proceso transexualizador. Muchas de estas mujeres, además de no tenerlo, no conocían el término ni sabían que necesitaran dicho certificado para continuar la atención en recursos especializados como la Unidad de Trastornos de Identidad de Género. De hecho, los retrasos que se están produciendo en la atención en la Unidad, se deben a que las personas que están llegando no disponen del certificado y tienen que hacerlo allí. Este proceso lleva entre tres y seis meses.

Respecto a las prácticas de administración de hormonas, descubrimos que ocho mujeres de las treinta y cuatro de las que tenemos información (25%) nunca se han hormonado. Entre las que lo han hecho alguna vez, en torno a la mitad han tomado hormonas (generalmente combinando la vía oral y la parenteral) durante más de cinco años. 13 mujeres están tomando hormonas en la actualidad y 21 no.

Unas tres cuartas partes de las mujeres que se hormonan en la actualidad o lo han hecho en alguna ocasión lo hicieron sin prescripción médica. Debemos buscar varias causas a esta situación. Por un lado, las mujeres trans se anticipan a la posible exclusión y al prejuicio de algunos profesionales sanitarios. Además, resulta urgente acometer el proceso feminizador cuanto antes. En parte, para vivir más acorde con la identidad sexual, y también para aumentar el valor en el mercado sexual.



Si bien la auto hormonación parece ser una práctica frecuente, en el caso de las intervenciones quirúrgicas en torno a la mitad de la muestra asegura no haberse realizado implantes mamarios ni intervención de reasignación genital. Tan sólo tres mujeres indican que se han realizado dicha intervención, mientras que quince se han puesto implantes mamarios. Así mismo, nuestra percepción es que un porcentaje alto del total de las usuarias de Transmadrid han utilizado inyecciones de silicona líquida, en nalgas, pechos y cara.

La reasignación genital, en el caso de las trabajadoras sexuales, no es una prioridad tan alta como el proceso de feminización. La explicación de este hecho es la percepción de que al ser trabajadora del sexo transexual, esta operación no resulta rentable, puesto que la genitalidad masculina es lo que diferencia a las trans de las mujeres no transexuales.

En muchas ocasiones las trabajadoras del sexo transexuales son conscientes de las consecuencias negativas que tienen las prácticas de auto hormonación, de inyección de silicona como muestra la siguiente conversación que tuvo lugar durante el grupo de discusión.

“PARTICIPANTE 1. Por eso, es que quiero ver si me saco un poco de culo porque a una amiga le han sacado.

PARTICIPANTE 4. ¿Aquí?

PARTICIPANTE 1. No, en Ecuador (...) A una amiga le sacaron, porque se le estaba... tenía problemas en la columna, se estaba quedando inválida. Entonces yo quiero sacarme, porque yo tengo demasiado culo para mi porte. Como antes se llevaba el culo, y yo era tan ignorante, que no sabía lo que hacía, me ponía tantas cosas...”

4.3.2. Situación frente al VIH y otras ITS.

En nuestro país no es posible conocer cuál es la prevalencia al VIH de las trabajadoras del sexo transexuales debido a la ausencia de un registro de casos de infección por VIH y a la actual categorización de casos.

Epidemiológicamente las mujeres transexuales se incluyen erróneamente bajo la categoría de hombres que tienen sexo con hombres. Afortunadamente, algunos estudios y los registros de algunos centros están subsanando este error, dando luz sobre esta realidad. Datos del Centro Sanitario Sandoval y otros facilitados por la Dra. Colomo, del Programa de Prevención del VIH del Ayuntamiento de Madrid nos indican la situación de la población que describimos.

Según el Programa de Prevención del SIDA del Ayuntamiento de Madrid (Centro Sanitario C/ Montesa 22), en torno a un 4% de las mujeres transexuales trabajadoras del sexo que se hicieron la prueba del VIH en 2006-2007 en este centro tuvieron un resultado positivo. Este grupo de población que significó un 2,8% de todas las pruebas realizadas, supuso un 9,4% de todos los resultados positivos obtenidos por el centro⁵.

Entre 2004 y 2005, el Centro Sanitario Sandoval diagnosticó de infección por VIH a 260 personas. El 91.9% eran hombres, el 5.8% mujeres y el 2.3% transexuales.

Hay que tener en cuenta que estos datos corresponden a las personas que acuden voluntariamente a estos centros a hacerse la prueba. Frente a los resultados relativamente moderados, encontramos datos de otros estudios que vienen a elevar alarmantemente estas estimaciones de prevalencia.

En Australia se encontró en una muestra de pacientes de una clínica de salud sexual que el 43% de las transexuales atendidas ejercían la prostitución y que en los últimos tres meses un 35% de ellas informaron de algún episodio de penetración anal o vaginal no protegida. El 50% habían sido diagnosticadas de alguna ITS y el 7,5% eran seropositivas⁶.

En Estados Unidos los datos obtenidos en distintas muestras específicas por distintos estudios epidemiológicos, informes de CDCs y estimaciones son más dramáticas, ya que muestran estimaciones de prevalencias en la población de trabajadoras del sexo transexuales que pueden alcanzar hasta un alarmante 68%⁷.

Otros estudios disponibles sobre las personas transgénero y el VIH describen también altas tasas de VIH, principalmente entre quienes se dedican al trabajo sexual⁸. En España se ha encontrado, en un estudio realizado en 1999 con trabajadoras sexuales trans que se habían hecho la prueba del VIH (73%), una prevalencia de 58% entre quienes se habían inyectado drogas alguna vez y de 16,5% entre quienes no lo habían hecho (Plan Nacional sobre el Sida, 2003). Asimismo, se han documentado tasas más altas de seropositividad al

⁵ Datos facilitados por la Dra. Concha Colomo en conversación telefónica. Octubre 2007.

⁶ Hounsfield, V. Freedman, E.; McNulty, A.; Bourne, C. (2007) *Transgender People Attending a Sydney Sexual Health Service over a 16-year period*. *Sexual Health* Vol 4; n 3. P. 189-193

⁷ Elifson, K.W., Boles, J. Posey, E.; Sweat, M. ; Darrow, W. and Elsea, W. Male Transvestite Prostitutes and HIV risk. *American Journal of Public Health*. 83, 260-262.

⁸ Bockting, W.O., Robinson, B.E. y Rosser, B.R. (1998). Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10 (4).

VIH en transgéneros comparados con otros grupos de trabajadores sexuales en diversos estudios^{9 10 11 12}.

El principal estudio del que disponemos en nuestro entorno más inmediato insiste en esta prevalencia superior en comparación a otros grupos de trabajadores y trabajadoras del sexo¹³. Este estudio cifra la prevalencia de VIH/SIDA es de un 22% en mujeres transexuales, frente a un 12% en hombres y un 1% en mujeres no transexuales que ejercen la prostitución.

Esta cifra se ve ratificada por otro estudio de la misma autora¹⁴ que indica que un 22% de las transexuales entrevistadas eran seropositivas. La muestra de este estudio comprende 132 individuos transgéneros y transexuales de las cuáles el 56% eran españolas

En el caso de Transmadrid, de las 206 mujeres de las que hemos ofrecido información, tenemos datos sobre su estado frente al VIH de 34 de ellas en el momento actual. **De estas 34 mujeres, 12 (35%) declararon tener VIH.** Somos conscientes de que la muestra es aún demasiado pequeña para extraer conclusiones, pero parece bastante probable que una vez tengamos datos de más mujeres, la estimación de prevalencia se asemeje a la arrojada por los estudios de Belza.

La mitad de las mujeres asegura haberse vacunado de la hepatitis B y sólo una mínima parte indicó haberla padecido. Sin embargo, un porcentaje superior, algo menos de un tercio (10 mujeres) comentaron haber tenido a lo largo de su vida un diagnóstico de sífilis. De ellas, 6 mujeres tenían además VIH. 4 mujeres reportaron un diagnóstico de gonorrea, en ninguno de los casos, de forma simultánea al VIH o a la sífilis. Otras tres mujeres señalaron tener diagnosticada alguna otra ITS (VHS y VPH).

4.3.3. Consumo de sustancias.

No hemos identificado hasta el momento prácticas de consumo de drogas por vía parenteral. Sin embargo un tercio de las mujeres que hemos entrevistado hasta el momento indicaron consumir alcohol y cocaína de forma ocasional. **En el caso de la cocaína muchas de las mujeres señalaron que el consumo se realizaba durante el trabajo, a demanda del cliente.**

⁹ Elifson, K.W., Boles, J. Posey, E.; Sweat, M. ; Darrow, W. and Elsea, W. Male Transvestite Prostitutes and HIV risk. *American Journal of Public Health*. 83, 260-262.

¹⁰ Kenagy G (2002). HIV among transgendered people. *AIDS Care*, 14 (1), 127-134.

¹¹ Meléndez RM. y Pinto R (2007). "It's really a hard life": Love, gender and HIV risk among male to female transgender persons. *Culture, Health and Sexuality*, 9 (3), 233-245.

¹² Clemens-Nolle, K.; Marx, R.; Guzman, R. ; Katz, M. HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons : Implications for Public Health Intervention. *American Journal of Public Health*. Vol 91, nº 6, 915-921.

¹³ Belza, MJ (2001). *Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales que ejercen la prostitución en la calle.*

¹⁴ Belza, MJ. (2001) *Situación epidemiológica de la infección por VIH en las personas que ejercen la prostitución en España*, UHM.



“Pero ¿sabéis por qué? Porque hay clientes, que exigen, te (enfáticamente) exigen que te metas droga. Pero si (...) llegas al grado de meterte mucha droga y sigues en ese mundo, sin ningún tipo de expectativas de salir de ese mundo, es que acabas, pues eso...”
(participante grupo de discusión)

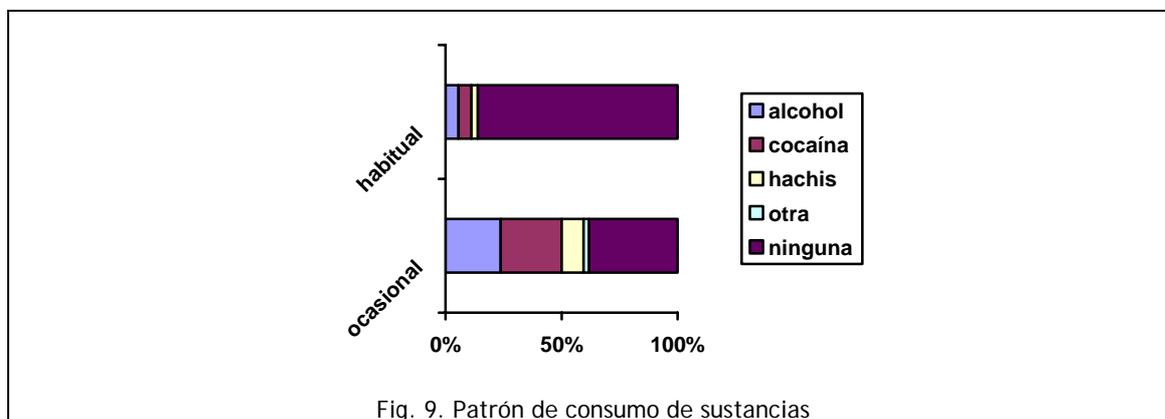


Fig. 9. Patrón de consumo de sustancias

4.4. Pautas de protección y conocimientos sobre la transmisión de VIH.

Como se indicó, en octubre de 2007 se pasó un cuestionario a todas las mujeres que acudieron a retirar material preventivo a la sede del Programa Transmadrid. Se dieron como válidos 16 cuestionarios.

De las 16 participantes, 13 tienen una relación frecuente con el programa ya que acuden más de una vez por mes, y hasta 10 de ellas acuden semanalmente.

| 1-2 veces/semana | 2-3 veces/mes | 1 vez mes | > 1 vez mes |
|------------------|---------------|-----------|-------------|
| 10 | 3 | 1 | 0 |

Tabla 2. Periodicidad con que retiran material preventivo.

La siguiente tabla nos permite afirmar que las usuarias de Transmadrid están satisfechas con el material y la cantidad entregada. En una escala de 1 a 5 todos los cuestionarios marcaron 4 o 5. La también alta valoración de la atención recibida nos confirma que el modelo de atención y entrevista que estamos teniendo con las mujeres transexuales es adecuado y debe mantenerse.

Dos mujeres manifiestan no utilizar lubricante hidrosoluble. El rechazo al lubricante hidrosoluble también aparece en el grupo de discusión y muchas usuarias no quieren llevarse lubricante o piden cantidades menores de las que entregamos

“PARTICIPANTE 4: “Los lubricantes (...), bueno, al menos a mí, yo cuando follo a veces uso lubricante. No me gusta mucho porque sufro un poco de alergia, al... al...”

PARTICIPANTE 3. Sí, yo también...

PARTICIPANTE 5. No, yo nunca he usado lubricante, a mí nunca me ha gustado el lubricante”

| ATENCIÓN | CONDONES | LUBRICANTES | CANTIDAD |
|----------|----------|-------------|----------|
| 4,9375 | 4,8125 | 4,928571429 | 4,875 |

Tabla 3. Valoración de la atención recibida en Transmadrid

Respecto a los accidentes de rotura del preservativo, 6 mujeres manifestaron que esto les ocurrió en el último año (2 de ellas tuvieron 2 episodios). Otras dos mujeres indican no estar seguras de no haber tenido algún episodio de rotura.

Respecto a los centros de realización de pruebas diagnósticas y tratamiento de ITS, debemos señalar un alarmante desconocimiento, ya que como podemos ver en la siguiente tabla, nos encontramos con numerosos errores:

| DONDE REALIZARSE LA PRUEBA DEL VIH (señala todos los que te parezcan correctos) | | | | | | | | |
|---|---------|----------|-----|-------|-----------------|---------|------------------------|--------------|
| CENTRO SALUD | MONTESA | SANDOVAL | PAI | COGAM | MADRID POSITIVO | OTRO | CONTESTA ADECUADAMENTE | CONOCE TODOS |
| 10 | 6 | 7 | 2 | 4 | 5 | 2 (MDM) | 8 | 1 |

Tabla 4. Conocimiento de centros donde realizarse la prueba del VIH

Cuatro mujeres señalaron erróneamente que el Programa de Atención e Información a Homosexuales Y Transexuales de la Comunidad de Madrid y COGAM realizan la prueba del VIH. Debemos indicar que en conversaciones con las usuarias se señaló que esta posibilidad sería aceptable y altamente valorada. Tan sólo la mitad contestó adecuadamente (entendiendo por tal que se señala uno o más de los emplazamientos correctos). Sólo una mujer señaló acertadamente todos los dispositivos, incluyendo los móviles como el de Madrid Positivo o el de Médicos del Mundo (que fue señalado por dos mujeres).

La mayoría de las encuestadas indicaron su centro de salud como espacio donde realizarse pruebas serológicas. Nos alarma que ni siquiera la mitad recordara haber oído hablar de centros tan consolidados como Sandoval o Montesa.

Con respecto a la identificación del momento adecuado para realizarse la prueba del VIH, los 16 cuestionarios que se analizaron en octubre mostraron lo siguiente:

| PRACTICA RIESGO | DE FORMA PERIODICA | CUANDO NOTO MOLESTIAS | CUANDO TENGO TIEMPO | CUANDO PUEDO | NO SE DONDE |
|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------|
| 6 | 8 | 2 | 2 | 5 | 0 |

Tabla 4. Cuándo realizarse la prueba del VIH

Lo primero que nos llama la atención es que ninguna de las encuestadas señaló que no saber donde realizarla fuera un motivo, lo que contrasta claramente con el hecho de que una buena parte de ellas no supieron indicar acertadamente al menos un sitio donde realizársela como vimos más arriba.

Dos mujeres indicaron en el cuestionario que no acuden a realizársela porque ya tienen un diagnóstico de VIH. Señalamos también que la mitad de las mujeres indican que se realizan la prueba de manera periódica (algunas comentan que cada seis meses), lo que indicaría un patrón superior de control y seguimiento superior al de otras poblaciones.

Pero también tenemos una población de personas que se realizan la prueba del VIH cuando sencillamente tienen la oportunidad de hacerlo, gracias sobre todo al acercamiento de unidades móviles a sus zonas de trabajo. 7 de las 16 mujeres que contestan el cuestionario no tenían tarjeta sanitaria. Recordemos que del total de las 206 usuarias de Transmadrid, un 28% no disponen de ella. No tenerla podría ser un indicador del valor que se otorga a la salud como prioridad o bien de la confianza que se deposita en las instituciones.

Para sondear el grado de conocimientos de nuestra población acerca de la transmisión del VIH, escogimos siete sentencias para las que pedimos a las encuestadas que mostraran su acuerdo o desacuerdo.

- 1. Es posible tener una infección de transmisión sexual y no tener síntomas*
- 2. Si tengo relaciones con un hombre que tiene el VIH y yo no lo tengo, es más fácil que me infecte si me penetra él a mi, que si yo lo penetro a él.*
- 3. Si tengo relaciones con un hombre con VIH, sin condón, podría infectarme aunque no eyacule dentro*
- 4. Puedo protegerme del VIH utilizando condón correctamente cuando practico la penetración anal, tanto si penetro como si soy penetrada*
- 5. Es posible hacerse la prueba del VIH de forma gratuita y anónima, sin tarjeta sanitaria*
- 6. Si utilizo lubricante para la penetración anal, es más difícil que se rompa el condón*
- 7. Puedo protegerme de las infecciones de transmisión sexual utilizando preservativo para el sexo oral*

La tabla nos muestra el número de respuestas correcta para cada una de las siguientes frases

| CONOCIMIENTOS VIH - CONTESTAN CORRECTAMENTE | | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------|--------------------|
| FRASE 1 | FRASE 2 | FRASE 3 | FRASE 4 | FRASE 5 | FRASE 6 | FRASE 7 | CONTESTAN TODAS | CONTESTAN 2, 3 Y 4 |
| 11 | 12 | 15 | 14 | 12 | 8 | 14 | 3 | 11 |

Tabla 6. Conocimientos frente al VIH

Quizá debamos empezar por resaltar el aceptable nivel informativo de la población. El mayor grado de desacuerdo se muestra en la afirmación número 6, referida al uso del lubricante (50%). Este resultado está acorde con la literatura acerca del rechazo al uso de lubricante para penetración anal por parte de las mujeres transexuales. También hemos indicado previamente cómo se manifestó dicho rechazo en el grupo de discusión realizado, así como en las atenciones.

ONUSIDA construyó para el caso de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) un indicador de buen nivel informativo respecto al VIH cuando se conocía simultáneamente las afirmaciones siguientes

1. Un hombre VIH negativo es más fácil que pueda infectarse por el VIH si es penetrado analmente por un hombre VIH positivo que si él penetra a un hombre VIH positivo.
2. Incluso si no eyacula en el ano, un hombre VIH positivo puede pasar la infección por el VIH penetrando analmente a un hombre VIH negativo
3. Los hombres pueden protegerse a sí mismos utilizando un condón correctamente cada vez que tienen sexo anal, tanto cuando penetran como cuando son penetrados

Estas afirmaciones vendrían a corresponderse con las que en nuestro cuestionario figuran como 2, 3 y 4. De las 16 mujeres trans, 11 de ellas contestaron acertadamente las tres (68,75%). En el estudio "Cuidate.info"¹⁵ coordinado por stop sida con la participación de COGAM y Col·lectiu Lambda, se mostraba que este indicador para el caso de los HSH (conocer simultáneamente las tres) era de un 49,2%.

Once mujeres contestaron adecuadamente al menos cinco de las siete frases propuestas. Señalamos que sólo dos de estas mujeres indicaron haber acudido a algún curso sobre VIH e infecciones de transmisión sexual recientemente. Fueron dos de las tres que contestaron correctamente todas las afirmaciones. Ello muestra el impacto que estos cursos tienen en el nivel de conocimientos de las mujeres trans trabajadoras del sexo.

No obstante, al menos un tercio de la muestra mostró carencias informativas, por lo que es importante que la información preventiva tenga una mayor

¹⁵ stop sida (coord) y Ministerio de Sanidad. Cuidate info. 2004.

presencia durante las atenciones individuales realizadas, dada la imposibilidad de que todas las mujeres se beneficien de un curso informativo.

En la última tabla que mostramos podemos confirmar otro dato frecuentemente indicado por la literatura respecto a las personas que ejercen prostitución: las trabajadoras sexuales se protegen cuando trabajan aunque lo hacen menos con sus parejas afectivas.

En el cuestionario, la totalidad de las 16 encuestadas usaba preservativo siempre para trabajar, en todas sus prácticas sexuales (cuatro de ellas no practican la penetración insertiva). A estos datos, sumamos los de los treinta y tres expedientes que hemos conseguido rellenar entre septiembre y febrero. En todos los casos, las mujeres indicaron utilizar preservativo en todas sus prácticas sexuales con parejas comerciales.

En cuanto a las parejas no comerciales la muestra está más polarizada entre las que no usan condón nunca o lo hace ocasionalmente y las que afirman utilizarlo siempre.

El aspecto positivo de este dato es que muestra que algunas de estas mujeres pueden imponer un criterio de protección y cuidados en sus prácticas sexuales con las parejas afectivas. Aunque sin datos cualitativos que lo confirmen también podría significar que el uso del preservativo es una imposición de sus parejas asociada a un estigma como trabajadoras sexuales y que, de hecho, ellas pudieran estar dispuestas a abandonar el uso del preservativo como forma de ganar en intimidad y en otorgar un valor a la pareja.

El uso del preservativo para el sexo oral fue menor en el caso de parejas no comerciales. La siguiente tabla muestra los datos recogidos sumando los datos del cuestionario y los de los con el cuestionario de octubre y con los 33 expedientes completados (en total, 49 mujeres).

| | Nunca | | A veces | | Casi siempre | | Siempre | |
|-------------------------|--------|---------|---------|---------|--------------|---------|---------|---------|
| | Pareja | Cliente | Pareja | Cliente | Pareja | Cliente | Pareja | Cliente |
| Sexo oral | 26 | | 3 | | 7 | 1 | 8 | 48 |
| Penetración anal activa | 3 | | 2 | | | | 7 | 37 |
| Penetración anal pasiva | 14 | | | | 2 | | 16 | 49 |

Tabla 7. Uso autodeclarado del preservativo

Lo que hemos podido concluir de nuestras entrevistas con las usuarias de Transmadrid es el valor general otorgado a la pareja, que en algunas ocasiones son otras trabajadoras sexuales, transexuales o no. Su situación de vulnerabilidad y rechazo percibido hace que encontrar un entorno afectivo se viva como un espacio donde es posible abandonarse y confiar.

5. CONCLUSIONES

Con este informe y con el trabajo continuado en el proyecto Transmadrid estamos consiguiendo arrojar más luz y obtener información sistematizada sobre la población de las mujeres transexuales que trabajan en el sexo y sus necesidades.

La mayoría de las mujeres, y particularmente las inmigrantes, tienen estudios hasta el grado secundario y un porcentaje nada despreciable ha alcanzado grados de formación superior, lo que debería desmontar la idea que se tiene socialmente de estas mujeres como personas iletradas. Sin embargo, su condición de transexuales imposibilita su entrada en el mercado laboral convencional. Debemos señalar también que el peso que tiene la construcción del género en Latinoamérica dificulta por partida doble su inserción laboral. Por un lado asumen que su condición de mujeres les imposibilita a la hora de solicitar un trabajo para el que se formaron antes de iniciar el proceso transexualizador y por otro, la propia construcción del género culturalmente muy distinto a la construcción del género en España dificulta el acceso al mercado laboral convencional.

El 28% de las mujeres que hemos atendido no tienen una tarjeta sanitaria madrileña, lo que en la práctica les imposibilita el acceso a la sanidad normalizada y a recursos especializados que reducirían riesgos para su salud como los asociados a la autohormonación y a las inyecciones de silicona líquida. Esto implica que la propia salud no es un derecho asumido ni ejercido. Es por ello que se hace necesario establecer estrategias de información y sensibilización para hacerlas conscientes de su derecho a la atención sanitaria.

Con respecto al trabajo sexual, queremos señalar que la práctica totalidad de las mujeres que participaron en este proyecto trabajan en la prostitución de forma voluntaria. Su situación laboral es extremadamente precaria, viéndose dicha precariedad multiplicada a la vista de las políticas municipales que lejos de luchar contra “la explotación sexual” solo consiguen empeorar las condiciones laborales de las mujeres y aumentar los riesgos que asumen.

No obstante es igualmente necesario que se habiliten alternativas factibles, realistas y que permitan la subsistencia para aquellas mujeres que viven mal realizar trabajo sexual. Nuestra propuesta pasaría por la necesidad de invertir en formación, en inserción sociolaboral y en sensibilización del empresariado, a través de los sindicatos y de la Administración.

Es igualmente necesario prevenir la transfobia social, desde el sistema educativo, como proponen las protagonistas de este informe:



“Ahora ya los niños dan educación sobre la maternidad o tal, y un niño ahora de diez o doce años ya sabe ahora de qué va la maternidad (...) que vayan aprendiendo lo que es la transexualidad y que vayan... respetando y que vayan tomando la conciencia de este asunto. Y es muy importante. (participante grupo de discusión)

Las mujeres transexuales trabajadoras del sexo mostraron un nivel aceptable de información sobre la transmisión y prevención del VIH, al haber sido objeto de numerosas intervenciones preventivas, tanto por parte de educadores y educadoras de calle, unidades móviles y programas de educación sexual específicamente dirigidos a ellas. Esto hace recomendable mantener dichos programas.

Particularmente porque se han identificado prevalencias altas de infección por VIH que sugieren la necesidad de trabajar más específicamente aspectos médicos, psicológicos y emocionales relacionados con la infección y la adherencia a los tratamientos. Y además, porque también hemos registrado un elevado porcentaje de prácticas de autohormonación e inyección de silicona líquida.

Es necesario también, como se muestra en el estudio hacer más accesible la prueba del VIH a esta población, teniendo en cuenta sus particularidades.

La idea de la mesa y las tres patas para equilibrar...

Por último queremos apostar por la necesidad de dar voz a las trabajadoras del sexo y facilitar que puedan participar en programas de atención como Transmadrid, como forma de empoderizar, de facilitar su bienestar y de promocionar su autonomía como personas.

“...yo me he planteado ser voluntaria aquí una vez a la semana (...) Más que nada, ¿sabes por qué lo he hecho? Porque digo yo, que ellos nos dan, también hay que aportar un poquito, unas horitas ¿me entiendes? (...) Pues entonces te dije “Albertito ¿sabes qué? Hoy día, que quiero ser voluntaria una vez a la semana porque quiero aportar algo de mí” (participante grupo de discusión y posterior voluntaria de Transmadrid)

Pues crear una plataforma, para ir a hablar directamente con los políticos. Nosotras. Y sentarnos delante de ellos y decirles “mira, vosotros no queréis que haya prostitución en la calle, como ha pasado aquí en Madrid, bueno, estupendo. Pues ayudadnos, pero ayudadnos de verdad”. (participante grupo de discusión)