

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**EXPERIENCIAS TRANS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA
REGIÓN DE LOS RÍOS.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

ALENRAY MELIN CARIAGA
PAULINA RUIZ CUYUL

VALDIVIA – CHILE
2019

Profesor Patrocinante:

Nombre: Debbie Elena Guerra Maldonado
Profesión: Antropóloga
Grado: Doctorado en Ciencias Humanas
Instituto: Estudios Antropológicos
Facultad: Filosofía y Humanidades

Firma:



Profesores Informantes:

Nombre: Yolanda Gloria Patricia Triviño Vargas
Profesión: Enfermera
Grado: Magister en Enfermería
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:



Nombre: Romané Silvana Veliz Lobos
Profesión: Enfermera
Grado: Magister en Desarrollo Rural
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:



DEDICATORIA

A todxs quienes sufren las consecuencias de la tiranía del paradigma binario, a aquellas almas luminosas que irradian a la cisheteronormatividad esquiva y fotosensible. Para ellxs, todo nuestro respeto, admiración y compañerismo en la lucha.

AGRADECIMIENTOS

A lxs cinco participantes de este estudio, por abrimos las puertas de sus casas y de sus corazones.

A nuestra profesora patrocinante, Debbie Guerra Maldonado, por su constante apoyo, paciencia y disposición para llevar a cabo este trabajo.

A Nicole Reyes y Valdiversa por su ayuda en el contacto de personas de la comunidad trans y en el desarrollo de este trabajo.

“A mi mamá, María Isabel Cuyul, y a mi papá, Mauricio Ruiz, por educarme en el amor por la diversidad, el conocimiento y la justicia y por apoyarme incondicionalmente en cada año de mi vida”

Paulina Ruiz

“A mi familia y David por su apoyo incondicional durante todo este proceso”

Alenray Melin

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN	9
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1 SEXO Y GÉNERO.....	11
3.2 (DES) PATOLOGIZACIÓN TRANS	13
3.3 SER TRANS EN CHILE.....	16
3.4 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y POBLACIÓN TRANS: PANORAMA ACTUAL NACIONAL.	18
4. OBJETIVOS.....	23
4.1 OBJETIVO GENERAL:.....	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	23
5. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	24
5.1 METODOLOGÍA Y MÉTODO.....	24
5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE ESTUDIO	25
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
5.5 ANÁLISIS DE DATOS.....	28
5.6 CRITERIOS DE CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
5.6.1 CREDIBILIDAD	29
5.6.2 CONFIRMABILIDAD	29
5.6.3 TRANSFERENCIA	29
5.7 CRITERIOS ÉTICOS.....	30
5.7.1 VALOR SOCIAL/ CIENTIFICO	30
5.7.2 VALIDEZ CIENTÍFICA	30
5.7.3 SELECCIÓN EQUITATIVA DE LOS PARTICIPANTES	31
5.7.4 RELACIÓN FAVORABLE ENTRE RIESGOS Y BENEFICIOS	31
5.7.5 REVISIÓN INDEPENDIENTE.....	31

5.7.6	CONSENTIMIENTO INFORMADO	31
5.7.7	RESPECTO A LOS/AS PARTICIPANTES	32
6.	ANÁLISIS DE DATOS: RESULTADOS	33
6.1	VIVENCIA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA	33
6.1.1	MOTIVO DE CONSULTA	33
6.1.2	PRIMER CONTACTO CON EL PERSONAL	35
6.2	PERCEPCIÓN DEL TRATO RECIBIDO	36
6.2.1	FUNCIONARIO/A ADMINISTRATIVO/A.....	37
6.2.2	MÉDICOS	39
6.2.3	ENFERMERA Y TENS.....	42
6.2.4	OTROS/AS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	43
6.2.5	RESPECTO AL NOMBRE SOCIAL/ USO DE PRONOMBRES CORRECTOS	44
6.2.6	SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DURANTE/POSTERIOR A LA ATENCIÓN EN SALUD.....	48
6.3	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	49
6.3.1	SIGNIFICACIÓN SUBJETIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL	50
6.3.2	EXPECTATIVAS DE PERSONAS TRANS, RESPECTO A UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	50
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	54
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
9.	ANEXOS.....	64

1. RESUMEN

El concepto trans es utilizado para denominar a aquellas personas cuya identidad de género difiere de su sexo biológico. Este tema se ha visibilizado durante los últimos años, transformándose su discriminación y patologización en una problemática de derechos humanos. Sin embargo, su visibilización no ha mejorado la calidad de vida de las personas trans, en cuanto a inclusión social y despatologización. En Chile ha habido avances en torno al tema, principalmente con las circulares de atención en salud a personas trans en la red asistencial y la reciente Ley de Identidad de Género pero ¿cómo se ha reflejado esto en las experiencias de atención en salud de la comunidad trans local?

Con el fin de dar respuesta a esta interrogante, se establece como objetivo general “describir la experiencia de personas trans, respecto a atenciones de salud recibidas en el sistema público de la Región de los Ríos durante los últimos tres años”. Para esto, a través de un estudio cualitativo y un método de estudio de casos, se indaga en las vivencias de cinco personas trans mayores de 18 años. Durante la investigación, se respeta en todo momento la confidencialidad e integridad de los y las participantes, a través del uso del consentimiento informado, reemplazo de nombres y contactando a la y los participantes de la investigación a través de personas de su confianza.

Los resultados de la investigación arrojan que, en los casos estudiados, el respeto al nombre social y a la identidad/expresión de género continúan asociados a la voluntad del personal y, según la percepción de los y las participantes, varía de acuerdo con el rango etario y nivel de conocimientos sobre la temática de diversidad de género. A la vez, expresan la necesidad de generar espacios para la comunidad trans, en donde puedan acceder a información y también el fortalecimiento del rol de atención primaria.

En conclusión, los cuatro roles de enfermería resultan fundamentales para el avance en la inclusión y respeto a la diversidad de género en los distintos niveles de la atención en salud, por ejemplo, el rol educativo dirigido hacia el equipo de salud y la comunidad, el desarrollo de nuevas investigaciones que permitan generar conocimientos derivados en cuidados basados en evidencia, la gestión de procesos aplicables a la atención holística y oportuna de una persona trans, entre otros.

SUMMARY

The trans concept is used to name people whose gender identity differs from their biological sex. This topic has been visible in recent years, being discrimination and pathologization considered as an human rights subject. However, their visibility has not improved the trans people quality of life, in terms of social inclusion and depathologization. In Chile there has been progress on the issue, mainly with the circulars of health care to trans people in the health care network and the recent Gender Identity Law, but how has this been reflected in the trans community health care experiences?

In order to answer this question, it was established as a general objective “to describe the experience of trans people, regarding health care received in the public system of the Region de los Ríos during the last three years”. For this, through a qualitative study and a case study method, the experiences of five transgender persons over 18 years of age were investigated. During the investigation, the confidentiality and integrity of the participants was respected at all times, through the use of informed consent, replacement of names and contacting the participants of investigation through a person they trust.

The results of the research indicates that respect for the social name, the gender identity and the gender expression depends of the health team and, according to the perception of the participants, it varies according to the age range and level of knowledge on the subject of gender diversity. At the same time, they expressed the need to generate spaces for the trans community, where they can access information and also strengthen the role of primary health-care centers.

In conclusion, the four nursing roles are fundamental for the advancement in the inclusion and respect for gender diversity at different levels of health care, for example, the educational role directed towards the health team and the community, the development of new research in this regard to generate knowledge derived from evidence-based care, the management of processes applicable to the holistic and timely care of a trans person, among others.

2. INTRODUCCIÓN

Esta investigación describe las experiencias de personas trans en el ámbito de la atención en salud que brinda el sistema público de la Región de los Ríos durante los últimos tres años. A través de sus relatos, se conocen las experiencias vividas en este contexto, y como ellas y ellos perciben la atención, la inclusión y el trato recibido por parte del personal de salud.

La identidad de género está presente en el ser humano durante todo su ciclo vital y determina la forma en que éste/a se desarrolla personal y socialmente, por lo que no se reduce sólo a la sexualidad ni a la genitalidad. Sin embargo, existe en la sociedad la concepción de que el sexo y género están directamente relacionados, donde el primero define al segundo. Además existe una lógica binaria de género que segrega a las personas que no se identifican con el binario femenino-masculino. Dicha segregación se alimenta, entre otros, de la visión biomédica patologizante (que a pesar de la eliminación de la etiqueta diagnóstica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), persiste en la comunidad médica) que no ha ayudado en la inclusión de personas trans, por el contrario, perpetúa el círculo de violencia transfóbica e invisibilidad de la diversidad de género (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En Chile, no hay certeza de cuántas personas trans y de género no binario habitan en el país y en el último Censo (realizado en 2017) las opciones de género incluidas en la encuesta seguían siendo binarias. Sin embargo, existen esfuerzos en algunas áreas para avanzar hacia la inclusión, por ejemplo, el lanzamiento de circulares sobre atención integral en salud para personas trans destinado a la red asistencial el año 2011, la creación del primer protocolo de atención en salud destinada a personas trans en el Hospital Las Higueras y en 2018, se promulga la Ley N°21.120 que “reconoce y da protección al derecho a la identidad de género”. También cabe destacar el desarrollo de la Encuesta T, primer estudio con el objetivo de caracterizar a la población trans y de género no binario en Chile, en el año 2017.

Para alcanzar el objetivo de esta investigación se utiliza la metodología cualitativa con un método de estudio de caso, para describir intensiva y holísticamente la experiencia y analizar el fenómeno de la atención en salud integral dirigida a la diversidad de género. Se

realizan cinco entrevistas en profundidad con personas trans de la ciudad de Valdivia y sus alrededores.

En el desarrollo del estudio se contemplan los criterios éticos de valor social y científico, validez científica, justa selección de los sujetos, positiva relación riesgo beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto por la autonomía y bienestar (Agar, 2004).

Este estudio entregará información necesaria para contribuir al debate acerca del alcance que tiene la atención integral en salud en la comunidad trans y sobre la necesidad de protocolizar la atención de salud acorde al contexto y realidad local, lo cual, a largo plazo, podría aportar al desarrollo de una atención integral e inclusiva en salud en nuestra región.

En el desarrollo profesional, es importante considerar que, la identidad de género, al ser una vivencia biopsicosocial que no solo se reduce a la sexualidad de la persona, requiere ser valorada a través del Proceso de Atención de Enfermería. Así, la enfermera será capaz de brindar cuidados holísticos, humanizados y adaptados a la realidad de la persona que requiere atención. Para esto, es necesario tener conocimiento y las competencias básicas para integrar la inclusión en cada atención brindada y este conocimiento, además de estar presente en la literatura, puede ser extraído de la narración de los y las protagonistas de esta realidad. Esto también debe ser extrapolado a todo el equipo multidisciplinario, por lo que los y las invitamos a la lectura de esta investigación para adentrarse en la realidad local de estas personas y así comprender la importancia del conocimiento del tema y la sensibilización al respecto, buscando lograr en conjunto una atención en salud de calidad.

3. MARCO TEÓRICO

En esta sección se abordan conceptos básicos relacionados a sexo, género y orientación del deseo, los cuales se deben conocer y comprender desde una perspectiva biopsicosocial, para poder adentrarse en la temática expuesta y entender la problemática que se arrastra hasta nuestros días, puesto que, aún existe confusión y conocimiento colectivo deficiente que desemboca en prejuicios, patologización, discriminación y violencia transfóbica (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Además, se desarrollan las bases del actual modelo de atención integral en salud para apoyar la importancia y necesidad del desarrollo de políticas en salud que integren y beneficien a las personas trans.

3.1 SEXO Y GÉNERO

El sexo corresponde, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), a las “características biológicas (genéticas, endocrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina”. También agrega que estas características se manifiestan de forma gradual por lo que no son mutuamente excluyentes y establecen una segregación humana binaria polarizada que considera los caracteres sexuales primarios y secundarios como criterios únicos que diferencian al macho de la hembra desde el nacimiento (OPS, 2013). En caso de que los genitales sean ambiguos, serán el sexo cromosómico u hormonal, los considerados para determinar el sexo de la persona. (Grumbach, Hughes, y Conte, 2003; McLaughlin y Donahoe, 2004; Money y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000, como se cita en OPS, 2013).

Esto orienta a analizar la existencia de una percepción binaria desde lo biológico, es decir, la noción colectiva de “[...] una relación mimética entre género y sexo, en la cual el género refleja al sexo o, de lo contrario, está limitado por el” (Butler, 2007). Esta concepción se puede observar en que, médica y científicamente, incluso reconociendo la existencia de ambigüedad sexual (intersexualidad), se exige la definición entre macho y hembra.

En este contexto, la actitud hacia la persona intersexual es hostil, de carácter correctiva, buscando remodelar el cuerpo de manera que se adecúe al sistema de dos sexos (Fausto-Sterling, 2006). Por lo anterior mencionado, se puede decir que el sexo es una decisión social y esta decisión puede ser asistida por el conocimiento científico, mas no definida a cabalidad, para esto además necesitamos de la concepción del género (Fausto-Sterling, 2006).

El género, por su parte, es descrito y analizado en la literatura como una entidad independiente del sexo cromosómico que se construye culturalmente. Según Butler (2007): “Si el género es los significados culturales que acepta el cuerpo sexuado, entonces no puede afirmarse que un género únicamente sea producto de un sexo”. Esto último dirige la discusión hacia la pluralidad de expresiones y vivencias relacionadas al género percibido como propio.

Los Principios de Yogyakarta son una serie de estándares legales para regular la legislación internacional en temas de diversidad sexual y de género, que en su documento oficial, definieron la identidad de género como:

“La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo... También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (Principios de Yogyakarta, 2007).

Desde esta perspectiva, la identidad de género puede ser comprendida como una “construcción social y cultural, que es vivenciada como necesaria para el bienestar psicológico y social de la persona” (Rubio, 2009), por ende, es dinámica e histórica y el cuerpo puede ser considerado una superficie transformable acorde al sentir de la persona. (Farji, 2013)

El adjetivo “transgénero” es utilizado para describir a personas cuya identidad de género difiere de su sexo biológico. Suele contrastarse con el adjetivo “transexual” que se refiere, en términos médicos, a las personas que han modificado su cuerpo de forma hormonal y/o quirúrgica para lograr la congruencia de su sexo biológico con su identidad de género. En este caso, “transgénero” sería la condición en donde la persona no ha modificado o no

desea modificar sus caracteres sexuales con el fin de dicha congruencia (OPS, 2013). Como término general que aborda ambas realidades, se utiliza la palabra “trans”, y éste puede ser contrastado con el término “cis” o “cisgénero”, que se refiere a personas cuyo sexo asignado al nacer corresponde con su identidad de género (OPS, 2013). Se denomina mujer trans a la persona que nace con caracteres sexuales correspondientes con el sexo masculino pero que se identifica con el género femenino y, de la misma forma, se denomina hombre trans a la persona nacida con genitales y físico femenino pero que se identifica con el género masculino (Movimiento de Integración y Liberación Homosexual MOVILH, 2007).

La orientación sexual es la capacidad de sentir atracción emocional, afectiva y sexual por personas del sexo opuesto (heterosexualidad), del mismo sexo (homosexualidad), por personas del mismo sexo y, a la vez, del sexo opuesto (bisexualidad) o independiente del género (pansexual). Sin embargo, la orientación sexual no se determina por la conducta sexual, que se refiere a la historia sexual de la persona. Esta conducta puede ser influenciada por el contexto social, por ejemplo, personas heterosexuales que tienen relaciones homosexuales mientras cumplen condena en un recinto penitenciario (MOVILH, 2007).

Por otra parte, no se debe confundir “transexualidad” con “travestismo”, ya que el último se refiere a la utilización de indumentaria y de otras expresiones de género culturalmente relacionadas al género opuesto, lo cual puede ser la etapa inicial hacia la modificación corporal de la persona transgénero o con fines artísticos (transformismo), sin rechazo hacia su cuerpo, por ende, sin la necesidad de modificarlo. También existen personas trans travestidas que no desean la adecuación corporal (Rubio, 2009).

3.2 (DES) PATOLOGIZACIÓN TRANS

A pesar del impacto y la controversia que últimamente ha generado este tema en los medios de comunicación, el concepto de “transexualidad” ya se había usado por primera vez en los años 40’ para denominar a personas que manifestaban incongruencia entre su sexo biológico y el género con el que se sentían identificados, y que querían someterse a cambios físicos para que ambos aspectos coincidan. Este concepto fue masificado en la siguiente década, cuando en 1953 el endocrinólogo Harry Benjamin lo introdujo en la comunidad científica en su obra “The Transsexual Phenomenon”, identificándolo como “disconformidad de género” (Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género, 2002; MOVILH, 2007)

En la década de 1970, la activista estadounidense Virginia Prince utiliza por primera vez el término *transgenderist*, el cual formuló para referirse las personas que viven en un género distinto al asignado al nacer pero sin tener el deseo de modificar su genitalidad quirúrgicamente y, de esta forma, visibilizar experiencias distintas a la transexualidad quirúrgica. Más tarde, en los 90', el término transgénero se popularizó en el ámbito activista gracias a la teoría *queer* (Valentine, 2007; citado por Farji, 2013).

En 1973, el transexualismo, así como otros trastornos de identidad de género, son incluidos en la etiqueta “Síndrome de disforia de género” propuesta por Norman Fisk y se hablaba de una insatisfacción derivada de la incongruencia sexo-género. En 1980, el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición) incluye el diagnóstico “transexualismo”, que fue posteriormente reemplazado en la siguiente edición de 1994 por “trastornos de identidad de género” (TIG), para designar a personas que se identifican fuertemente con el sexo opuesto y a la vez, que sienten insatisfacción constante de su sexo biológico. Por otra parte, la CIE – 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición) indica al transexualismo como una de las cinco formas de TIG. (De La Hermosa, 2013; Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género, 2002; MOVILH, 2007) Más tarde, en el año 2013, el transexualismo es eliminado del DSM-V, siendo entonces, quitado de la esfera clínica y psiquiátrica. Esto fue resultado de la manifestación creciente de grupos trans que defienden su condición como distinta a un trastorno mental por lo que pedía su remoción (Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), 2017). Además, consideraban estigmatizante que la temática se aborde como un diagnóstico psiquiátrico, por lo que la Asociación Americana de Psicología (APA) propuso cambiar a “incongruencia de género” en lugar de “trastorno” para evitar esta estigmatización, no obstante, surgió la posibilidad de que, con el uso de esta etiqueta, se patologice a personas que expresan su género de forma no binaria sin sentir insatisfacción.

Finalmente se utiliza la etiqueta diagnóstica “disforia de género” ya que se considera semánticamente apropiado, además de ser un término conocido y utilizado por especialistas desde hace varios años (De La Hermosa, 2013). Aunque etimológicamente disforia sería lo opuesto a euforia, esta palabra no se encuentra en el diccionario de la Real Academia Española (RAE), por lo que este concepto está presente sólo en textos referentes a psicopatologías psiquiátricas como síntoma de múltiples trastornos, sin embargo, pocos textos se centran en la definición propiamente tal del concepto de disforia y su utilización (De La Hermosa, 2013).

Incluso con la eliminación de la etiqueta diagnóstica “Trastorno de la identidad de género”, esto no ha cambiado la patologización de transgéneros/transexuales. Por ejemplo, aún se habla del criterio de incongruencia entre identidad de género, expresión de género y anatomía, lo cual transmite implícitamente la idea de que debe existir esta congruencia. Por otra parte, se sitúa dentro de una perspectiva de género binario a pesar de nombrar la posibilidad de pertenencia a otro/s género/s ya que se asocia la diversidad a un patrón de sufrimiento inherente e insatisfacción (De La Hermosa, 2013).

Desde 2007 se ha desarrollado un movimiento activo para la despatologización trans que se basa, según Suess (2015), fundamentalmente en cuatro líneas temáticas resumen que explican esta perspectiva: “1. Cuestionamiento de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental; 2. Análisis de la interrelación entre patologización y dinámicas de discriminación, exclusión social y violencia transfóbica; 3. Crítica al binarismo de género y 4. Perspectiva de derechos humanos”. Otros aspectos que desmentirían la asociación trans – trastorno mental, pueden ser el considerar que de las personas que consultan en Unidades de Trastornos de Identidad de Género, “no presentan un mayor índice de patología psiquiátrica grave que la población general” (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999; citado por De La Hermosa, 2013) o que el criterio de dificultades de funcionamiento y sociales referido en manuales diagnósticos “tampoco está presente en todos las personas que acuden a las unidades” (Bower, 2001; citado por De La Hermosa, 2015).

La Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (STP) en 2009, lanzó la convocatoria Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans que tiene lugar en el mes de octubre, en donde se realizan actividades en distintas partes del mundo con el fin de visibilizar a la comunidad trans y reivindicar a favor de la despatologización. También en ese año, este grupo publicó en su página web un manifiesto que denunció públicamente la psiquiatrización de sus identidades de género y las graves consecuencias del concepto de “trastorno de identidad sexual o de género”.

Otro objetivo del activismo trans es el reconocimiento del derecho de las personas trans a decidir sobre sus cuerpos e identidades de género, y asegurar la cobertura de salud del tratamiento hormonal-quirúrgico de la persona trans que lo requiera, pero sin ser estigmatizada a través del diagnóstico de trastorno mental (Seuss, 2015).

Después de años de estas campañas de despatologización, finalmente en 2018, la OMS publica en su página oficial lo que será la nueva Clasificación de Enfermedades (CIE-11) que entrará en vigor en 2022. En esta nueva edición, se elimina la transexualidad del apartado “trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”, así como otras categorías consideradas discriminatorias por el activismo trans como “fetichismo travestista” y “travestismo de doble rol”, agregando que existe evidencia de que la transexualidad no es un trastorno mental y que al ser clasificada como tal genera estigma social hacia este grupo humano. Sin embargo, la transexualidad permanece listada, pero ahora en el apartado de salud sexual. La OMS justifica esta modificación en lugar de su eliminación total afirmando que “permanecen significativas necesidades de atención sanitaria que pueden satisfacerse mejor si esta condición está codificada en el CIE” (OMS, 2018).

3.3 SER TRANS EN CHILE

No se sabe con exactitud cuántas personas trans y del espectro *genderqueer* habitan en Chile, lo cual deja implícita una invisibilidad de esta comunidad para fines estadísticos del Estado Chileno. En el último Censo realizado en 2017, la tabulación de los datos destaca por incluir sólo el sexo de la persona encuestada, definido en el documento como “condición biológica de la persona, que puede ser hombre o mujer” (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2017), sin hacer referencia a los casos de intersexualidad y sin incluir al género como atributo importante en la población que requiera ser caracterizado a través de la encuesta. Para llenar este vacío de información, que no sólo existe en Chile, sino que también en otros países, se utiliza una cifra estimada, proporcionada por el gobierno holandés, en donde por cada 11.900 mujeres biológicas existe una mujer transexual, mientras que por cada 30.400 hombres biológicos uno es transexual masculino (MOVILH, 2007). Según esta estimación, existirían unas 753 mujeres trans y unos 282 hombres trans (por 8.972.014 mujeres biológicas en total y 8.601.989 hombres biológicos en total, según INE, (2017)), aproximadamente.

En el año 2017, se desarrolló la llamada Encuesta “T”, estudio cuali-cuantitativo que tuvo por objetivo caracterizar a la población trans y de género no binario, realizado por la asociación Organizando Trans Diversidades (OTD) en donde participaron personas de varias regiones de Chile a través de un formulario online diseñado por la propia comunidad trans y en la Región Metropolitana, a través de entrevistas semiestructuradas que describían experiencias en distintos sectores (educación, salud, etc).

En el año 2012, se promulgó la Ley N°20.609, también conocida como Ley Antidiscriminación o Ley Zamudio, que establece medidas contra la discriminación arbitraria, entendiéndose esta última como:

“Toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales ... en particular cuando se funden en motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales... el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad” (Ministerio de Secretaría General de Gobierno, 2012)

El objetivo de esta ley es “instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho cuando se cometa un acto de discriminación” (Ministerio de Secretaría General de Gobierno, 2012, pág. 1). A través de este documento legal se reconoce la identidad de género como concepto aparte de la orientación sexual y forma un precedente en protección de los derechos de las personas trans ya que añade un agravante penal a la agresión, el cual aumenta la responsabilidad penal del imputado (Alarcón, 2012).

Otro avance histórico en el ámbito legal es la promulgación de la Ley N°21.120, conocida popularmente como Ley de Identidad de Género en el año 2018, la cual “reconoce y da protección al derecho a la identidad de género” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018) cuyas garantías no dependen de la readecuación corporal y/u hormonal, sino que establece la libre elección de estas opciones sin que la falta de éstas vaya en desmedro de su identidad trans ante la ley.

Sin embargo, aún persisten otras problemáticas como la violencia transfóbica, el prejuicio social que relaciona la transexualidad femenina al comercio sexual y la invisibilización de la transexualidad masculina. Ambas inciden en la calidad de vida de la persona trans, traducándose en: dobles vidas, intentos suicidas, abandono familiar y social y automedicación riesgosa (tratamiento hormonal) (MOVILH, 2007).

3.4 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y POBLACIÓN TRANS: PANORAMA ACTUAL NACIONAL.

En el contexto del retorno a la democracia en 1990, se comienzan a generar una serie de modificaciones al sector salud, en donde inicialmente el objetivo principal fue restablecer la infraestructura y el funcionamiento del sistema público de salud (Infante y Paraje, 2010). Posteriormente, en la década del 2000, se produce uno de los principales hitos en la historia sanitaria del país, lo cual está dado por el cambio sociodemográfico de la población, en donde se ha producido un aumento progresivo de la población adulta y de la tercera edad, donde las causas de mayor morbilidad, mortalidad y de disminución de la calidad de vida ya no son las enfermedades infectocontagiosas, sino que las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades degenerativas y de salud mental, formando el pilar para impulsar una nueva reforma de salud por parte del Estado Chileno (MINSAL, sf). Esta reforma se sustenta en cinco valores y principios que la rigen; derecho a la salud, equidad en salud, solidaridad en salud, eficiencia en uso de recursos y participación social en salud. Lo cual se traduce finalmente, en garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (MINSAL, 2003).

Considerando este contexto se genera una transición de un paradigma biomédico, basado principalmente en la enfermedad, a un paradigma biopsicosocial que incorpora estos aspectos inherentes al ser humano durante todo el ciclo vital. Basado en este paradigma, se desarrolla un modelo de atención en salud integral por el MINSAL (2005, pág. 9), definido como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

Según este modelo, la atención debe ser biopsicosocial, centrada en el/la usuario/a y con enfoque familiar, intersectorial, con uso de tecnología apropiada para la atención y evaluación constante de la utilización de esta para medir resultados, accesibilidad, eficacia y eficiencia, tener énfasis en promoción y prevención en salud, con participación conjunta de la comunidad y los centros de salud y debe reflejar una buena organización de los

funcionarios del sector salud a través del buen trato a los/las usuario/as, entendiendo siempre de que se habla de usuarios/as activos/as, responsables y partícipes de su propia salud, pero también con expectativas de recibir una atención digna, informada, oportuna y resolutive por parte de los servicios de salud públicos (MINSAL, 2005).

En el marco de este nuevo enfoque adoptado por el sistema de salud chileno, y, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población trans y para conocer la realidad de este grupo humano, MOVILH propone al Ministerio de Salud general un protocolo y circular de salud en Chile destinado a la atención integral de personas trans (MOVILH, 2007). Una vez recibida la propuesta, el MINSAL comienza un trabajo en conjunto con el MOVILH de cuatro años, logrando finalmente el 09 de septiembre del 2011 la publicación y difusión a todos los servicios de salud del país de la “Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género” (MOVILH, 2007), este documento contiene las intervenciones pertinentes, sus objetivos, secuencia, criterios de elegibilidad, y disposición para su prescripción y algunas especificaciones técnicas para su aplicabilidad en las redes asistenciales, todo esto con el fin de facilitar el acceso a la salud a las personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género (MINSAL, 2010). Junto a esto, en septiembre de ese año se difunde la Circular N° 34 de atención en salud, que “instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial” (MINSAL, 2011). Considerando como una forma de disminuir la dificultad en el acceso a una atención integral para personas trans, MINSAL (2011) establece las siguientes medidas a seguir por parte de los servicios asistenciales:

1. Identificación de la persona. Se espera que, en los diferentes establecimientos de la red asistencial, el uso del nombre social con el cual la persona se identifica durante la atención y en los diferentes registros empleados a la identificación de la persona.

2. Registro en fichas clínicas. Todos los registros derivados de la atención en salud (ficha clínica, documentos para la solicitud de exámenes, procedimientos, prescripción de medicamentos y brazalete de identificación) deben contemplar en primer lugar el nombre legal (consignado en carnet de identidad) y en segundo lugar el nombre social.

3. Hospitalización. El equipo de salud debe considerar la hospitalización en el sector hombres, mujeres o camas de aislamiento según el aspecto externo del usuario o usuaria,

considerando la disponibilidad del establecimiento de salud. Se añade, que la información sobre el estado de salud, las orientaciones generales de visita para acompañamiento diurno y nocturno, orientaciones al alta y hospital amigo según corresponda, puede ser entregada a personas cercanas no familiares, como parejas o según determine el/la usuario/a.

Posteriormente, en 2012, MINSAL reitera instrucción sobre la atención de personas trans, difundiendo Circular N° 21 que además profundiza las instrucciones entregadas, añadiendo que:

“En caso de que una persona trans o intersex no pida voluntariamente, ser identificada según su nombre social y género, se le debe informar la existencia de esta circular y preguntar cómo prefiere ser inscrita y tratada. (...) contemplar en los registros en primer lugar el nombre legal de la persona y en segundo lugar el nombre social (...) a los tarjeteros, interconsultas y registros con fines estadísticos. (...) El equipo de salud debe considerar relevante dentro de la anamnesis los antecedentes de tratamientos hormonales administrados, los antecedentes quirúrgicos y/o uso de implantes, así como si está cursando alguna etapa descrita en la vía clínica” (MINSAL, 2012).

Ambas circulares suponen un importante avance, considerando que con anterioridad no existía ningún documento que regule o que estableciera medidas a seguir para brindar una atención integral o equitativa a las personas trans, sin embargo a casi ocho años de su implementación no existe información disponible acerca de revisiones o evaluaciones de la puesta en marcha de estas circulares, dejando un vacío en cuanto a la efectividad, cumplimiento y difusión de los contenidos a los funcionarios de la salud por parte de los establecimientos de la red asistencial.

Con este avance hacia la despatologización de la transexualidad, se han implementado ciertas medidas de atención en salud para usuarios/as trans en distintas regiones de Latinoamérica, en Chile, el Hospital Las Higueras es pionero en la instauración del primer protocolo de atención y derivación para usuarios/as trans en 2013, el cual genera los espacios para capacitar e informar a sus funcionarios/as y usuarios/as de la red asistencial y cuyo objetivo general es “estandarizar el procedimiento de ingreso de las personas trans a la atención secundaria, desde los establecimientos de la red asistencial del Servicio de Salud Talcahuano” (Servicio de Salud Talcahuano [SS Talcahuano], 2013), el cual además incluye

las especialidades de urología, ginecología, salud mental, cirugía plástica y endocrinología, generando una atención completa a usuarios/as trans.

Es importante mencionar además que este protocolo incluye un flujograma que da protagonismo a la Atención Primaria en Salud y el requerimiento de profesionales informados y sensibilizados, que puedan brindar derivación correcta y oportuna (Fig.1)

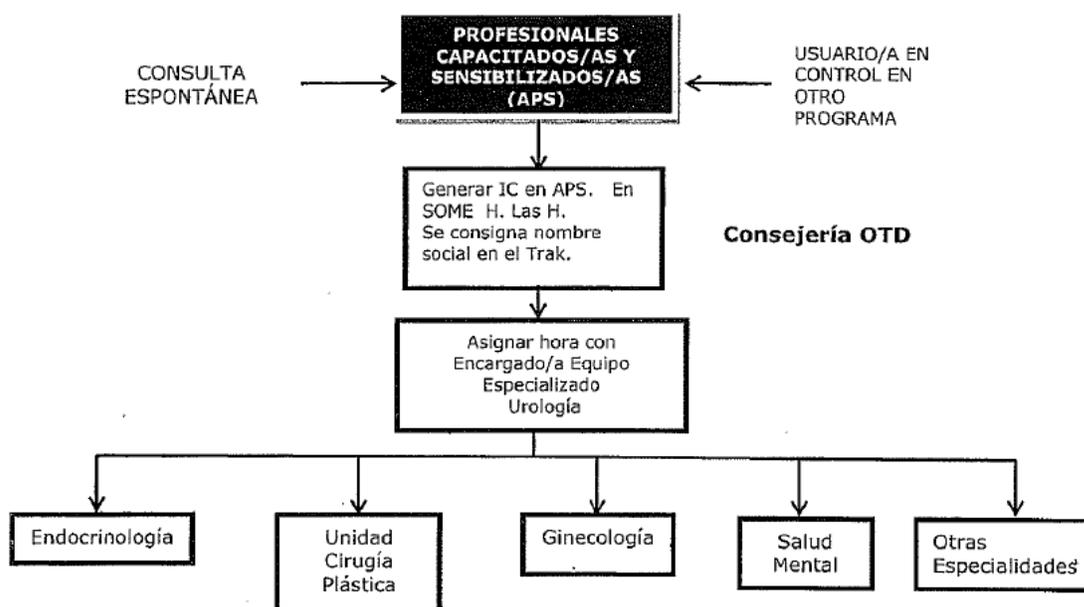


Figura 1. Flujograma de Protocolo de atención y derivación usuarios/as SST. Servicio de Salud Talcahuano (2014) Protocolo de atención y derivación para usuarios/as trans.

Cabe destacar que este protocolo fue elaborado en conjunto con la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (OTD) y se extrapoló a los distintos centros del Servicio de Salud Talcahuano, inspirando un protocolo a nivel regional establecido en 2016 por el Gobierno Regional del Bío Bío, que incluye una evaluación anual a través de un informe enviado al Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG) Bío Bío y SEREMI sobre consultantes trans, una evaluación de satisfacción usuaria y un reporte anual de los Servicios Públicos respecto a personas trans (Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género, 2017)

En Chile, las personas trans tienen el mismo acceso a la atención en salud respecto al resto de la población, pero esto no satisface sus necesidades ya que ellos/ellas poseen otros requerimientos en salud pública, que no están del todo cubiertos (MOVILH, 2007). Para que una persona trans pueda acceder con la adecuación corporal al género con el que se identifica, debe pasar por la evaluación psiquiátrica que determina si posee los criterios de elegibilidad y disposición para la prescripción de este tratamiento hormonal y quirúrgico. (MINSAL, 2010) Según FONASA (2015), en su cuenta pública participativa, las prestaciones para cirugías de reasignación de personas trans que incluiría atención psiquiátrica, endocrinológica y quirúrgica “no ha sido posible concretar por razones presupuestarias.

Durante los últimos años, en el sector salud se han creado espacios para abordar integralmente las necesidades de la población trans en este ámbito. En septiembre de 2015, el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso inaugura su Policlínico de Identidad de Género, después de años acogiendo a personas trans en su tránsito por lo que, a partir, de estas experiencias anteriores nace la necesidad de brindar un abordaje integral. En 2018, el Hospital Sótero del Río implementa el primer programa de identidad de género de la Región Metropolitana, con enfoque multidisciplinario que incluía a médicos especialistas (endocrinólogos, psiquiatras y ginecólogos), psicólogos y asistentes sociales. El denominado Poli Trans, tiene como objetivo entregar una atención en salud integral a las personas trans, otorgar las prestaciones correspondientes para el tránsito hacia el género con el que se identifican y brindar acompañamiento a las personas y sus familias. En su inauguración, se hablaba de 65 personas inscritas en el programa. (Hospital Sótero del Río, 2018). Otros centros como el Hospital El Pino también han adoptado medidas para una atención inclusiva e integral para pacientes trans.

A nivel local, en la Región de Los Ríos no existe protocolo ni centro especializado en atención integral de salud a personas trans.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir la experiencia de personas trans, respecto a atenciones de salud recibidas en el sistema público de la Región de los Ríos durante los últimos tres años.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las vivencias de personas trans en atención en salud del sistema público de la Región de los Ríos.
- Identificar la percepción de personas trans sobre el trato recibido por parte del equipo de salud durante la atención en salud del sistema público de la Región de los Ríos.
- Determinar el significado que dan las personas trans al concepto de “atención integral en salud”.
- Conocer expectativas de personas trans, respecto a una atención integral en el Sistema Público de Salud.

5. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

La enfermería, como refiere De la Cuesta (2010): “[...] es una disciplina plural, diversa y en crecimiento”, por lo que, durante el último tiempo, ha surgido la necesidad de comprender los significados que posee el ser humano sobre determinados eventos, en donde la finalidad de la indagación de nueva información es entender las necesidades de las personas y conocer cómo cuidar mejor de ellas. Además, con el Modelo de Salud Integral vigente en el sistema de salud de nuestro país se reconoce a las personas no sólo como un ser biológico, sino como entidades en donde convergen aspectos sociales, psicológicos y culturales que determinan la percepción y por ende, el significado subjetivo de cada vivencia.

5.1 METODOLOGÍA Y MÉTODO

Por lo anterior, en esta investigación se utiliza la metodología cualitativa puesto que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, sf) y el tipo de estudio es descriptivo ya que describe propiedades y características de personas, comunidades o cualquier otro fenómeno de análisis (Dankhe, 1986, citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2014). En esta investigación se busca conocer las experiencias de las personas trans, respecto a la atención en salud brindada en el sistema público, es decir comprender este fenómeno tal cual como ellos/as lo experimentan, desde su propio punto de vista.

Las características del paradigma cualitativo hacen posible la adaptabilidad del estudio en caso del surgimiento de nuevos objetivos o cambios en la pregunta de investigación, así como el surgimiento de nuevas categorías de análisis (Vasilachis et al., 2006). Al estar basada en la comunicación y recolección de relatos descriptivos de las experiencias de otros (Morse, 2005; citado por Vasilachis et al., 2006) corresponde para los objetivos de esta investigación.

Se utiliza el método de estudio de casos, cuyo objetivo es “comprender el significado de una experiencia” (Pérez Serrano, 1994; citado por Álvarez, 2012) y se caracteriza por priorizar el caso particular reemplazando en importancia a la validez de la generalización (Stake, 1999) lo cual se adecúa al fenómeno de la atención en salud a personas trans ya que el interés se concentra en conocer la experiencia de un grupo minoritario, respecto a la población cisgénero, cuyas vivencias han sido invisibilizadas históricamente por lo que no se elige el caso porque sea representativo de otros, sino porque este caso por sí solo es de interés, y cada informante es importante (Álvarez, 2012).

5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE ESTUDIO

La unidad de análisis corresponde a la experiencia de cuatro hombres y una mujer trans en atenciones de salud recibidas en sistema público de la Región de los Ríos durante los últimos tres años. La unidad de estudio corresponde a personas trans que hayan recibido atención en centros de salud del sistema público de la XIV región durante los últimos tres años.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para el desarrollo de esta investigación se utiliza un muestreo “por conveniencia”, a través de la técnica de bola de nieve ya que la muestra está limitada a un pequeño subgrupo de la población. El contacto con los y las participantes del estudio se realiza a través de personas de la comunidad LGTBIQ+ local y de la comunidad de la región de Los Ríos.

Se contacta a cinco personas trans, de los cuales cuatro personas corresponden a hombres trans y una corresponde a mujer trans. Además de los/as sujetos de investigación señalados, se contacta a dos mujeres y un hombre trans que decidieron no participar por motivos personales.

La caracterización de los/as sujetos de investigación es la siguiente;

M1 es una mujer de 28 años, no ha iniciado adecuación hormonal ni quirúrgica. Su expresión de género la demuestra a través de elementos que socialmente han sido catalogados como “femeninos”: maquillaje y prendas “femeninas”. Manifiesta que desde hace un año adopta su nombre social y con ello comienza a visibilizar en el entorno su identidad de género, sin embargo, refiere que durante su niñez comienza a manifestar su identidad. Ella nos relata tres experiencias de atenciones en el sistema público de salud, todas en diferentes establecimientos. Su primer relato corresponde a una atención de urgencia en el Servicio de Atención de Urgencias (SAPU) del CESFAM Angachilla de la comuna de Valdivia, su segunda experiencia fue en urgencias del Hospital Base Valdivia (HBV) y el tercer relato corresponde a la posta rural de Pichirropulli.

H2 es un joven de 18 años, no posee adecuación hormonal ni quirúrgica, comienza a expresar su identidad de género durante la enseñanza media, mediante prendas catalogadas como “masculinas” y corte de cabello. Nos relata tres experiencias en atenciones de salud pública, el primer relato se sitúa en contexto de atención de urgencia hospitalaria y el segundo relato, corresponde a una consulta médica de morbilidad, ambas en el hospital de Corral. La tercera experiencia narrada corresponde a atenciones con kinesiólogo.

H3 es un joven trans de 19 años, en tratamiento hormonal desde hace más de un año y hace aproximadamente cuatro años que ha visibilizado su identidad de género en su entorno. Relata tres atenciones de salud en el sistema público, todas en el Hospital de Valdivia, su primer relato corresponde a una atención de control en el Policlínico de Inmunología, el segundo relato se sitúa en urgencias y el tercer relato en el Policlínico de Endocrinología.

H4 es un joven de 22 años, posee adecuación hormonal y quirúrgica, es el único de los participantes de esta investigación que ha realizado el cambio de su nombre legal. Expresa su identidad desde los 15 años, realizando cambios físicos como cortes de pelo, entre otros. Sus experiencias de atención en el sistema público de salud corresponden a consulta con médico general en CESFAM y a atenciones en el Policlínico de Endocrinología del HBV.

H5 es un joven de 18 años, refiere que desde muy pequeño identifica su identidad de género incongruente con el que le asignaron al nacer, sin embargo, comienza a visibilizar su identidad de género con su grupo más cercano hace algunos meses. Su relato corresponde a atenciones con psicóloga en CESFAM.

5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Inclusión:** Personas que se identifican como trans, con o sin adecuación corporal quirúrgico y/u hormonal, mayores de 18 años, que hayan recibido atención en los centros de salud de la red pública durante los últimos 3 años.
- **Exclusión:** Personas trans cuya última atención en el sistema público de salud haya sido anterior a la expresión pública de su identidad de género.

5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de información se realizan entrevistas en profundidad, permitiendo a las investigadoras una mayor flexibilidad, encuentros cara a cara entre éstas y los/as informantes, dirigido “hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como la expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 2000). Siendo la pregunta orientadora: ¿cómo describiría de principio a fin su última atención en el sistema público de salud?, aplicada para conocer en profundidad sus tres últimas experiencias.

Las entrevistas se realizan, cuatro en sus hogares y una, por preferencia del entrevistado, en dependencias de la universidad. Se busca brindar la mayor comodidad y privacidad posible para la realización de las entrevistas.

Con el fin de facilitar la recopilación de información requerida para esta investigación, se utilizan notas de campo para complementar la información y grabaciones de audio para una posterior transcripción de los datos. Las entrevistas son grabadas con previo consentimiento informado de las y los participantes para posteriormente transcribirlas fielmente teniendo en cuenta aspectos de la comunicación no verbal, para después realizar relecturas intencionadas.

Para mantener la confidencialidad de los y las informantes, se utiliza la clave M para referirse a la única mujer trans participante y la clave H para los cuatro hombres trans, seguido de un número asignado según el orden cronológico de las entrevistas.

5.5 ANÁLISIS DE DATOS

La recolección y el análisis de información son indisolubles como lo señala Taylor (1987). Para esto, desde un inicio se identifican las principales temáticas y conceptos a abordar durante el transcurso de la investigación, para así realizar las entrevistas en profundidad, transcribirlas y en conjunto leer las notas de campo para complementar la información recogida con aquellos aspectos del entorno y lenguaje no verbal. Una vez transcritas las entrevistas, se realizan lecturas reiteradas de ellas para así organizar las primeras ideas y realizar la codificación, de este modo, organizar y filtrar la información relevante para relativizar los datos obtenidos.

Previo a iniciar las entrevistas, se establecieron las siguientes categorías: 1) Vivencia de la atención recibida; 2) Percepción del trato recibido y 3) Atención Integral en Salud, derivándose de éstas algunas subcategorías descritas a continuación:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Vivencia de la atención recibida	Motivo de consulta
	Primer contacto con el personal
Percepción del trato recibido	Funcionarios/as administrativos/as
	Médicos
	Enfermeras y Técnicos en Enfermería (TENS)
	Otros/as profesionales de salud
	Respeto al nombre social/ Uso de pronombres correctos

	Sentimientos y emociones durante/posterior a la atención en salud
Atención Integral en Salud	Significación subjetiva de atención integral en salud
	Expectativas para una atención integral

5.6 CRITERIOS DE CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

5.6.1 CREDIBILIDAD

Según Castillo y Vásquez (2003), la credibilidad alude a “Cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas” (p. 165), en este sentido, en esta investigación este criterio ha sido desarrollado a cabalidad pues, las transcripciones de las entrevistas son enviadas a cada participante, para que de este modo corroboren la fidelidad de estas transcripciones y realicen algún tipo de modificación en sus relatos, ya sea quitando o añadiendo información relevante para lograr una mejor comprensión de sus relatos.

5.6.2 CONFIRMABILIDAD

Guba y Lincoln (1981) se refieren a este criterio como “La habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho” (citado en Castillo y Vásquez, 2003, p.165). Esto fue desarrollado a partir del registro y de la documentación de todo el proceso investigativo, mediante la realización de grabaciones de audio, transcripciones y registro de los escenarios físicos, sociales y particularidades de los informantes mediante las notas de campo.

5.6.3 TRANSFERENCIA

Guba y Lincoln (1981) señalan que “Se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto” (citado en Castillo y Vásquez, 2003, p.166). En esta

investigación fueron detalladas las características de los y las participantes y también, la situación a nivel local y nacional sobre la inclusión en salud de la población trans, comprendiendo ese contexto, se puede establecer que es posible extender los resultados a otras poblaciones con características similares.

5.7 CRITERIOS ÉTICOS

5.7.1 VALOR SOCIAL/ CIENTIFICO

Esta investigación refleja aspectos relevantes de la atención en salud desde la percepción de los/as usuarios/as trans, pues en sus relatos se evidencian contenidos que deben ser profundizados en el sector salud y también desde la formación académica, para que finalmente se logre una atención integral en salud para esta comunidad.

5.7.2 VALIDEZ CIENTÍFICA

El propósito de esta investigación es generar conocimiento válido respecto a la vivencia trans en la salud pública local, para esto se utilizó el método de estudio de caso por sus características descritas anteriormente, ya que se resulta la más idónea para el fenómeno de estudio, dada su naturaleza no generalizadora, que nos permite conocer y describir cada caso como único, adecuado al contexto de la realidad local.

La muestra es escogida “por conveniencia” y se excluye a menores de edad para proteger su integridad. Por otra parte, si bien sólo una mujer trans de las tres contactadas acepta participar, se podía prever que la cantidad de mujeres trans en el estudio sería menor, respecto de los hombres trans, ya que las cifras estimativas de población transgénero en Chile (mencionadas en el Capítulo 2) indican que el número de mujeres trans es menor.

Las entrevistas son grabadas, transcritas y enviadas a los/as informantes para la revisión de la fidelidad de estas transcripciones y, en algunos casos, para edición (cuando manifestaron el deseo de eliminar ciertas palabras y/o frases).

Para el análisis de datos se preestablecieron categorías y subcategorías en relación con la vivencia, la percepción del trato digno y el concepto de atención integral en salud. Se realizó una lectura reiterada de las entrevistas para definir los discursos pertenecientes a cada categoría.

5.7.3 SELECCIÓN EQUITATIVA DE LOS PARTICIPANTES

Como se ha mencionado anteriormente, se utiliza el muestreo por conveniencia a través de la técnica bola de nieve para generar los contactos con los/as informantes, de las cuales cinco personas aceptaron participar voluntariamente, cumpliendo con todos los criterios de inclusión para satisfacer los objetivos de esta investigación.

5.7.4 RELACIÓN FAVORABLE ENTRE RIESGOS Y BENEFICIOS

La proporción entre riesgos y beneficios fue beneficioso para los/as participantes, ya que si bien, al narrar sus atenciones de salud pudo ocasionar recuerdos y sentimientos de connotación negativa, los resultados de esta investigación pueden, sin embargo, contribuir a la sensibilización y visibilidad sobre la diversidad de género en los/as profesionales de salud.

5.7.5 REVISIÓN INDEPENDIENTE

Durante el desarrollo de la investigación, esta tesis fue evaluada de manera objetiva y sin conflictos de intereses por académicas de la Universidad Austral de Chile, conecedoras sobre la temática investigada y también, sobre las metodologías utilizadas.

5.7.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todos/as los/as participantes firman de manera voluntaria un consentimiento informado con previa lectura de él, en donde se explicita el propósito, los objetivos, y otros

aspectos como el énfasis al resguardo de su identidad, la duración de las entrevistas y una pequeña presentación de las investigadoras. También se les señala de que tenían la autonomía de detener y/o retirarse de la entrevista en cualquier momento sin ningún tipo de represalias en su contra.

En el primer anexo se puede encontrar el Consentimiento Informado que se entrega a cada participante, cabe destacar que el archivo tiene una extensión de dos planas, por lo que se imprime a doble cara para mantener la transparencia en el proceso.

5.7.7 RESPETO A LOS/AS PARTICIPANTES

Se estableció el nexo mediante intermediarios que poseían una mayor confianza con el/la informante, esto con la finalidad de respetar su privacidad e identidad trans. En todo momento se evita contactarlos directamente y en lugares no adecuados, para evitar incomodidad y un trato irrespetuoso. Una vez realizado el contacto con las personas trans, se les informa del propósito y los objetivos de la investigación para una posterior entrega del consentimiento informado, el cual es firmado voluntariamente y con pleno conocimiento de la investigación. Por otro lado, se mantiene el anonimato de los/as sujetos e investigación durante todo el desarrollo de la tesis.

6. ANÁLISIS DE DATOS: RESULTADOS

6.1 VIVENCIA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

Según la información existente respecto a la situación de salud de la comunidad trans, el principal diagnóstico es la violencia transfóbica como una de las amenazas de salud más inmediatas (OPS, 2013), así como problemas de salud mental (como resultado de la marginación y violencia y no asociados a la condición trans en sí), infecciones de transmisión sexual (ITS), consumo de alcohol y otras drogas y complicaciones derivadas de adecuación hormonal o física sin supervisión médica (OPS, 2013). Esto se suma a problemáticas de salud derivadas de la discriminación social, así como, al igual que en la población cisgénero, pueden existir factores de riesgo y otros problemas de salud relacionados a rango etario, sexo biológico, tipo de alimentación, estacionalidad, entre otros, por lo que también estas personas pueden acudir a servicios de salud por morbilidad o urgencias médicas.

A pesar de ello, las personas trans que participaron de esta investigación tienden a evitar el contacto con los centros de salud por temor a la discriminación, rechazo o violencia de la que son víctimas a diario.

“No me gusta ir mucho al hospital por los mismos temas de que aún no he tenido mi cambio de nombre... igual es incómodo para mí” (H2)

6.1.1 MOTIVO DE CONSULTA

A pesar de la información aportada por los organismos internacionales en relación con la violencia transfóbica, esta no fue motivo de consulta en las últimas tres atenciones de salud recibidas por los y las colaboradores de este estudio. Sin embargo, esto no quiere decir que el problema no exista en nuestra realidad local ya que aún son pocos los estudios y estadísticas al respecto en la Región de los Ríos. Las atenciones de la/los sujetos de estudio se sitúan, en su mayoría, en consultas por afecciones agudas de baja complejidad.

Así por ejemplo, M1 se refiere a tres atenciones en distintos establecimientos de salud de la siguiente manera:

“Fui porque tenía 39° de fiebre y me sentía así pésimo, pésimo, pésimo” (Servicio de Atención Primaria de Urgencias, SAPU)

“... En la noche, comencé con retorcionas horribles” (Hospital Base)

“Ya me dolía mucho el estómago y (una amiga) me dijo: oye pero vamos aquí a la posta” (Posta Rural)

Los demás participantes describen atenciones de baja complejidad y, al igual que M1, resueltas tanto en atención de urgencias intrahospitalaria como en Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU):

“Creo que me había resfriado” (H2)

“Era para ver cómo estaban mis pulmones de flema” (H3)

“Fui por una fractura de codo” (H4)

Otro motivo de consulta es la atención en salud mental, referida en el archivo de la OPS (2013) como un problema frecuente en la comunidad trans:

“Me habían llevado al doctor porque tenía problemas como... con, depresión por decirlo así, entonces un doctor tenía que derivarme al psicólogo” (H2)

“Mi última atención fue con la psicóloga de mi sector en el CESFAM” (H5)

Por último, sólo uno de los informantes refirió atención reciente por diagnóstico de VIH+.

“Es la atención que te hacen post contagio de VIH, como para darte los medicamentos y te hacen un estudio completo de tu consumo de drogas, de tus hábitos sexuales, de todo poh (...) era una consulta super amplia donde me hicieron preguntas pero de todo, de, este... todo lo que hago en mi vida, tenían que hacer un espectro, un esquema completo de mí” (H3)

En vista de lo anterior, se estableció que en los casos estudiados, las personas trans entrevistadas acuden a los establecimientos de la red asistencial principalmente por cuadros de salud de baja complejidad muy frecuentes en la población general y que sus experiencias de salud en el sistema público no solo se reducen a especialidades asociadas a la salud trans, como por ejemplo, especialidades de endocrinología y cirugía.

6.1.2 PRIMER CONTACTO CON EL PERSONAL

El primer acercamiento con el establecimiento de salud se genera mediante el primer contacto con un personal administrativo, quienes son los responsables del ingreso de los datos del usuario/a al sistema, y también la “cara visible” del establecimiento, ahí radica la relevancia de la actitud que adopte el/la funcionario/a con las personas trans, pues por un lado, repercutirá en la vivencia propia del usuario trans y por otro, es probable que condicione la información obtenida, y como señala OPS (2013) esto “resulta fundamental para la prestación de servicios”. Es en esta instancia donde, en tres casos de los relatos obtenidos, se enfrentan a una primera dificultad asociada a la atención de salud: el cuestionamiento de sus identidades de género, lo cual genera un impacto negativo en sus vivencias, a saber:

“Ellos me preguntan mi nombre y todo pero mi mamá les da lo que está en mi carnet (...) normalmente nunca me han dicho nada pero siempre los funcionarios públicos o aparte de medicina y todos, siempre a uno quedan mirándolo por el carnet, que uno tiene el pelo largo o corto o porque también sinceramente miran caleta eso y a uno le incomoda” (H2)

“... Y yo llego así, y le digo ‘soy yo’, y me dice ‘no, no eres tú’, y le digo ‘sí, soy yo’, era una señora (...) Y la loca me dijo: ‘no, es que no eres tú’ y yo le dije ‘si, si soy yo,

para qué me va a discutir si soy yo, si no hay nadie más que se llame así acá’ y me empezó a discutir poh, porque me dijo que no era yo y ¡cómo si sí soy yo! Eso, eso es como lo más fome que te puede pasar, como que una persona convencidamente te diga ‘no, es que no puedes ser tú’ (H3)

“Yo como entré, cachai, así lo típico: hola me llamo tanto tanto, vengo por fractura, me duele el brazo y la persona que está atendiendo en la mesa me dice ‘lo que pasa es que tu RUT no está en el sistema, aparece otro nombre’ y yo como que le dije ‘¿aparece otro nombre?’ y me dice ‘sí, es nombre de mujer, no eres tú cierto?’ y yo como ‘sí, soy yo’ y le pasé mi carnet con el mismo RUT, así como para comprobar, porque siempre te cuestionan lo mismo, así ‘¿cómo podis ser tú?’ ” (H4)

Entonces, cuatro de los casos coinciden en que el primer contacto que se establece con el centro de salud es con un personal administrativo, quienes, según los relatos de los/a colaboradores/a, realizan el primer cuestionamiento a sus identidades de género. Es por ello la relevancia de que estos funcionarios sean incluidos en los espacios de capacitación sobre diversidad de género que se generen en el establecimiento de salud.

6.2 PERCEPCIÓN DEL TRATO RECIBIDO

“Trato” se define según la Real Academia Española (RAE) como “acción y efecto de tratar”, mientras que la definición de “tratar” en una de sus múltiples acepciones, hace referencia a la acción de “comunicarse y relacionarse con alguien” (RAE, 2018).

En nuestro país, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley N°20584), establece y regula los derechos que se deben garantizar al usuario durante la atención de salud, por ejemplo, el derecho a la seguridad del paciente durante la atención, a tener compañía y asistencia espiritual, derecho a la privacidad, entre otros (MINSAL, 2012). En este contexto, se establece el trato digno como un derecho del usuario/a que debe ser garantizado en la atención de salud y éste, en el párrafo descriptivo, desglosa en los artículos cada uno de los elementos que forman parte del trato digno que el prestador debe brindar. Estos elementos son, principalmente: uso de un lenguaje adecuado y comprensible, asegurar que personas con dificultad en la comunicación puedan recibir la información necesaria,

tratar al usuario/a amablemente y por su nombre y proteger la privacidad del paciente (Superintendencia de Salud, 2013).

Para el equipo multidisciplinario de salud puede que el concepto de trato digno y su implicancia parezca evidente y claro a la hora de entregar una atención, sin embargo, este significado puede o no ser compartido por los y las usuarios (as). En un estudio para determinar los componentes de un trato digno según la percepción usuaria, realizado por la Superintendencia de Salud en 2013, se evidenció la existencia de cuatro elementos que desglosan el concepto de trato digno, éstos son: “lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un médico comprometido/responsable y la atención oportuna” (Superintendencia de Salud, 2013).

En esta investigación se hace énfasis en el respeto al nombre social al cual hace referencia la Circular N°34 y posterior N°21, ya que dice relación con el “trato al usuario/o por su nombre” lo cual constituye un elemento esencial de la dignidad del trato.

6.2.1 FUNCIONARIO/A ADMINISTRATIVO/A

En relación con el primer contacto al momento de su llegada al centro de salud, dos de los entrevistados describen “miradas poco discretas” recibidas por parte de funcionarios/as, con las cuales sintieron incomodidad, y las asocian a su identidad trans, ya que su percepción es que estos funcionarios/as no miraban de la misma manera a las/os usuarios/as cisgénero presentes en el centro de salud.

“El más incómodo yo creo que fue el principio, cuando uno entra (...) te quedan mirando (...) te miran mucho” (H2)

“Igual te miran raro (...), fue más con las caras del principio cachai, al darse cuenta, pero después todo normal” (H4)

Cabe señalar que la salud de las mujeres trans se ve mayormente afectada por la violencia física, exclusión y descalificación a la que suelen ser expuestas (Camacho, 2017), acentuándose si éstas no poseen adecuación hormonal ni quirúrgica, no obstante en esta investigación la única mujer trans participante no refiere un trato discriminatorio con el personal administrativo. Lo anterior, puede relacionarse a que, en ambas atenciones de urgencias (en SAPU y Servicio de Urgencias HBV), dada su condición de salud (fiebre, dolor, malestar general) era inscrita en SOME (Servicio de Orientación Médico-Estadístico) por sus padres, con su nombre legal, no viéndose enfrentada al funcionario en el primer contacto.

M1 describe:

“Como que llegué y no fue así como que se hubiera sorprendido ni nada (...) del caballero de la ventanilla, era un tono normal”

En el caso de H5, el primer contacto en las atenciones psicológicas que recibe en CESFAM es con una funcionaria administrativa de su sector. Refiere no sentir discriminación por parte de esta:

“Fue como cualquier otro, no fue distante ni nada, fue amable dentro de lo que cabe...” (H5)

En resumen, las experiencias de atención de salud narradas coinciden en que los/as sujetos perciben una reacción de “sorpresa” por parte de los/as funcionarios/a respecto de sus identidades trans y expresiones de género y, por consiguiente, se sienten observados/as e incómodos/as, a pesar de no manifestar ser tratados con desdén o agresividad. Por otra parte, en los casos de atenciones recurrentes como en CESFAM o Policlínicos, este elemento no está presente debido a que los/as funcionarios/as se familiarizan con cada paciente y disminuye esta sensación de “extrañeza” frente a la persona trans.

6.2.2 MÉDICOS

Los relatos se sitúan en contextos de atención distintos unos de otros, tales como, en Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Subdepartamento de Urgencias del Hospital Base Valdivia y en Policlínicos (Inmunología y Endocrinología) por lo que existen ciertos matices en las experiencias, éstos relacionados directamente con las características de cada atención. En los relatos, las personas trans refieren que durante la atención recibida por parte de los médicos es variada, sin embargo en la mayoría de los relatos indican una percepción negativa, pues en el lenguaje no verbal de estos funcionarios, sintieron disgusto o rechazo.

“... Entonces de repente que te arruguen los ojos o que no te miren a la cara o que eviten mirarte, eso uno lo nota, entonces yo creo que por parte del médico yo sentí un poco eso, como que evitó un poco” (M1)

“Era como que su lenguaje corporal me decía así como que quería pasar rápido” (M1)

Uno de los factores mencionados como condicionante de la percepción de la atención recibida es el tiempo destinado, siendo más breve en los servicios de atención de urgencias intra y extrahospitalarios, lo cual, según los relatos de los/as colaboradores/as del estudio, esto constituye una barrera a la hora de “explicar” su identidad trans.

Respecto a esto, en el contexto de una atención en SAPU, H2 señala:

“Los doctores siempre... ‘Tengo un paciente acá y otro acá’ (...) cómo más rápido pero igual es como... no sé... darle entender a alguien que está intentando ser lo más rápido posible (...) igual es como más... penca intentar explicarle que uno no quiere que lo estén tratando todo el rato así”

En otros relatos, en SAPU y en Servicio de Urgencias HBV respectivamente, existe la misma percepción en relación con el tiempo de duración y el trato recibido. En cuanto al tiempo, la rapidez se explica por los objetivos establecidos para la atención de urgencia, como “lograr tiempos de atención pertinentes a la complejidad de cada paciente” (MINSAL, 2018).

En los casos relatados, los motivos de consulta son de baja complejidad y la brevedad en las atenciones fue percibida como un factor importante en la calidad de trato brindado:

“Fue así como, un minuto, fue como que apareció, me preguntó “¿qué sientes?” yo le dije y me dejó las indicaciones ahí (...) el médico no saludó” (M1)

Esta percepción de calidad del trato, dado por el carácter resolutivo y breve de las atenciones, también puede existir en la población cisgénero. No obstante, es necesario considerar la salvedad de que la persona trans requiere de un ambiente de confianza para “explicar” su identidad a cada funcionario/a y así lograr un trato digno. Además, las experiencias negativas de la población trans en los centros de salud pueden condicionar una actitud más alerta ante el trato del personal (OPS, 2013).

De esta forma, la brevedad de la atención es relacionada a una percepción de falta en la cordialidad y amabilidad por parte de los y las profesionales de este estamento en contraste con las atenciones de mayor duración, es decir, atenciones programadas en consultorios, policlínicos, etc., en donde se realiza una anamnesis más exhaustiva y se puede generar una relación de confianza con el/la profesional. Es en este contexto en el cual se perciben experiencias más positivas respecto a la atención médica.

“Fue consulta general, entonces ellos se lo toman con mucha más calma (...) es que me atendieron dos veces, uno me atendió una doctora y otro me atendió un doctor, y por lo menos los dos ellos eran súper buena onda, e igual entendieron el hecho de que yo me sintiera más cómodo (...) igual uno intenta dar su punto de vista que uno tiene que andar con estas cosas y por qué uno quiere tener otro nombre y eran super buena onda esos doctores esa vez” (H2)

Respecto a las atenciones de salud programadas, se señala una relación respecto al rango etario del profesional y al conocimiento previo que poseía el médico sobre la diversidad de género en el momento de la atención con el trato percibido. Si bien no hay estudios específicos respecto a la aceptación de la diversidad de género y el rango etario, existen algunas aproximaciones en la literatura que manifiestan la existencia de una discriminación menor por parte de los grupos más jóvenes y que está relacionada con las

transformaciones y cambios culturales y generacionales a los que están expuestos (INDH, 2011).

“... Que hay profesionales que llevan... adultos que llevan harto tiempo y pucha, desconocen el tema trans, o qué significan ciertos términos, como que desconocen o no les interesa mucho ahondar en el asunto...” (M1)

“Ahí me atendieron dos (médicos) jóvenes y uno viejo. Y se notó claramente la diferencia (...) igual el viejo que me atendió era bien viejo, así como 60, 70, igual se... No se tiraba comentarios pencas porque igual yo creo que viene de otro círculo, un poco más educado, pero, hacen preguntas, así como raras, o sea, como extrañas (...) Pero eso, la gran diferencia es entre la cosa generacional, se nota demasiado, nunca me ha tocado una persona joven o bajo los 40 que me trate como mal” (H3)

Para una atención sensible y respetuosa a personas trans es necesaria la capacitación y desarrollo de competencias culturales con el fin de que el/la profesional sea consciente del fundamento de una atención específica e integral para la comunidad trans. (OPS, 2013) Respecto a lo anterior, los y las sujetos de estudio perciben que la inclusión se relaciona con el nivel de instrucción de el/la profesional respecto a la diversidad de género.

Así H3 y H4 relatan atenciones en el Policlínico de Endocrinología con médico especialista, quien poseía conocimientos actualizados y pertinentes sobre la materia trans. A esto también se añaden las competencias blandas que posee el profesional de salud, complementando así la percepción final del trato recibido.

“(El médico) Igual sabe la diferencia de identidad de género y orientación sexual, como que la tiene clara y si por ejemplo uno no la tiene clara, te la explica, eso igual es bacán, como que tiene la información, las capacidades y la intención de que si llega un paciente como con el... eso, como que igual te educa” (H3)

“... El doctor como que siempre apoya, sabe del tema y se nota que hace capacitaciones, como que se está educando constantemente para tener las herramientas para trabajar con las personas” (H4)

En el contexto de una atención en el Servicio de Urgencias, en donde no siempre existen capacitaciones al equipo respecto a la temática trans, M1 relata:

“... De pronto cuando hay personas que se tienden a sorprender un poco, tal vez fue, puede ser por un poco de falta de información porque que queden así como... como congelao, o que no saben cómo reaccionar, o como no saber cómo referirse a una”

Considerando lo expuesto con anterioridad, los/la colaboradores/a de esta investigación establecen diferencias significativas al momento de informar su identidad trans y que ésta sea respetada por el/la profesional médico, estas diferencias están dadas por la duración de la atención, el rango etario del profesional y los conocimientos que posee éste/a sobre la materia de diversidad de género. Siendo estos factores los que influyen finalmente en la percepción del trato recibido por parte de estos/as profesionales de la salud.

6.2.3 ENFERMERA Y TENS

Sólo cuatro de los/a cinco participantes relataron atención con enfermeras y/o TENS, refiriendo la percepción de un trato humanizado por parte de estos/as profesionales lo que suscita un ambiente de comodidad y confianza durante la atención recibida.

“Él fue súper empático (...) él fue... de todas las personas que me atendieron, el que sentí más cercano” (M1)

“Fue mucho más cómodo (...) más confiable o el hecho de que era más joven e igual intentaba entender que uno no quería tener el nombre que tenía en la ficha” (H2)

“Ella era muy comprensiva, o sea la enfermera que me toco ese día era ella era super buena onda” (H2)

Los/as colaboradores/as perciben que en los/as profesionales de enfermería, el rango etario también es un factor para diferenciar aspectos relacionados a la empatía e inclusión del o la profesional. Por ejemplo, H2 y H3 describen experiencias positivas con enfermera y TENS jóvenes, respectivamente:

“Igual ellas...las enfermeras normalmente son más buena onda, las que atienden antes, entonces como igual son más jóvenes ellas como dan el concepto a entender cómo te sientes más cómodo” (H2)

(Atención con TENS) *“Sí es que en general son gente joven, como, como gente como ustedes, enfermeras jóvenes, que están ahí, te tratan bien.” (H3)*

En contraste, H4 enfatiza la edad de la profesional al momento de describir una experiencia desfavorable con profesional de enfermería:

“Igual se confundió, vio el nombre que decía y considerando que estaba ahí igual con apariencia masculina, como que le chocó e hizo caras raras (...) era enfermera, igual de como 38-40”

Por lo tanto, los sujetos de estudio, al igual que en el caso de la atención con profesionales médicos, establecen el rango etario del profesional de enfermería como un elemento que condiciona aspectos relacionados a la inclusión (mayor inclusión por parte de profesionales jóvenes) y con ello, la percepción del trato recibido.

6.2.4 OTROS/AS PROFESIONALES DE LA SALUD

Sólo dos colaboradores relataron experiencias de atenciones de salud con otros profesionales, ambos en los CESFAM correspondientes a sus domicilios. En estos casos, refieren buenas experiencias, ya que percibieron un trato respetuoso y empático.

H2 describe una atención de kinesiología, de carácter programada y constante, con el mismo profesional en cada sesión:

“Los kinesiólogos o las personas que hacen atenciones más... como con horarios más largos... ellos igual se dan el tiempo de entenderlo a uno”

Respecto a su atención psicológica, también programada y con la misma profesional en cada atención, H5 refiere:

“Es bastante familiar en su manera de atender...de atenderme especialmente porque siempre se muestra cercana a uno, trata incluso de aconsejar, en varios sentidos (...) yo siempre he sentido que usan un tono de voz bastante amable, ni muy fuerte o como distante, siempre he sentido eso como cercano y amable”

Ambos coinciden en que el tiempo destinado a este tipo de atenciones (más extensas y con continuidad en el tiempo) favorece la creación de un clima de confianza entre los y las profesionales de salud con el/la usuario/a trans.

6.2.5 RESPETO AL NOMBRE SOCIAL/ USO DE PRONOMBRES CORRECTOS

«Los nombres no son símbolos arbitrarios sino parte vital de lo que definen»

Jorge Luis Borges

En la revisión bibliográfica del capítulo tres, se mencionan las circulares enviadas a los Servicios de Salud de todo el país, en donde se entregan instrucciones para la atención de personas trans. En este documento, se señala no sólo el respeto al nombre social de la persona, sino que además explicita que si la persona trans o intersexual no pide voluntariamente ser tratada por su nombre social, “se le debe informar de la existencia de esta circular y preguntar como prefiere ser inscrita y tratada” (MINSAL, 2012). En relación con esto último, en la mayoría de los casos, al ser el primer contacto con un/a funcionario/a administrativo, los y

las informantes no señalan que en algún momento se les haya consultado por su identidad trans o uso de nombre social. Cabe destacar que en el momento de la atención, su expresión de género (con y sin modificaciones corporales) era acorde a su identidad.

“No, mi carnet decía nombre legal (...) el carnet lo presentó mi mamá. Yo estaba parada al lado así, como con la cabeza en la pared (...) me recibieron el carnet y ningún problema, no me hicieron ninguna pregunta, nada” (M1)

“...Cuando uno entra siempre te llaman por el nombre de ficha, entonces igual es incómodo” (H2)

También, en algunos casos, asocian el respeto al nombre social a la voluntad y empatía de cada funcionario/a o profesional, lo cual varía en los relatos. M1 refiere en una atención con TENS:

“Yo le comenté lo que hacía mientras me pasaba el medicamento entonces ella terminó llamándome por mi nombre social (...) Ella si me trató como, con pronombre femenino”

Respecto a su identidad trans, H2 describe en una atención en SAPU:

“Lo hice saber y mi mamá igual lo hizo saber (...) el médico no respetó mi nombre social (...) La enfermera por el hecho de que era más joven igual intentaba entender que uno no quería tener el nombre que tenía en la ficha” (H2)

En un contexto similar de atención de urgencias, esta vez en el Hospital Base Valdivia, H3 refiere que el énfasis que le da el o la funcionario/a administrativo al uso de nombre social en los registros clínicos, es importante para lograr el respeto de éste en todo el equipo de salud:

“Sí, ahí le dije al caballero que estaba en la entrada si me podía llamar por otro nombre y creo que si me llamaron por otro nombre. Sí. Es que siempre depende de

la persona a la cual se lo digas y con cuanta relevancia lo anota, con cuantos asteriscos al lado lo pone, cosas así poh”

Por otra parte, además de la voluntad del funcionario, también se destacan algunas estrategias adquiridas para facilitar el respeto al nombre social. Por ejemplo, a través del establecimiento de un vínculo amistoso, apelar a la sentimentalidad y solidaridad del o la funcionario/a en pos de un compromiso por el bienestar de la persona trans. Esto puede lograrse en una atención de carácter periódico, como es en controles de salud de atención primaria o secundaria, entre otros.

H3 nos relata lo siguiente, en el contexto de una atención en Policlínico de Endocrinología:

“Soy amigo de casi todas las secretarias, o sea, me hago amigo de ellas porque finalmente, son las únicas que te pueden ayudar, en ese sentido, porque ellas son las que te ponen el nombre”

H5 describe una situación similar, no con un vínculo amistoso, sino que respecto al vínculo que se desarrolla en una atención exclusiva y periódica, como lo es su atención con psicóloga en el CESFAM que corresponde a su sector. En este caso, también existe respeto al nombre social:

“... Conversamos todo de manera muy respetuosa, respetando mi nombre, los artículos con el género que me identifico”

Se reconoce como otra limitante en el trato por el nombre social, las barreras tecnológicas en el sistema de registro existente actualmente en los servicios de salud. Por ejemplo, el nombre social tiende a ser escrito manualmente en los documentos y/o formularios utilizados en las atenciones de salud:

“Entonces la última vez que fui, no me llamaron por mi nombre social, por lo general si lo hacen, pero la última vez, no lo hicieron (...) me llamaron por el otro nombre pero es porque el doctor no vio (el nombre social escrito en la ficha)” (H3)

Otra característica descrita por los/as colaboradores/as es que en el sistema computacional utilizados por administrativos/as de SOME, el nombre social no aparece o aparece con menor énfasis que el nombre legal, lo cual incide en la forma en la que son llamados/as al solicitar atención.

“... Como que la única lata es que cada vez que llegas a alguna como, estas casillas con la secretaria, siempre tienes que decirles, siempre, no es como que lo dices una vez y queda registrado en el sistema sino que cada vez que vas, tienes que decirle que ojalá me llamen por el otro nombre, y es un ojalá, porque no siempre, pero por lo general... sí” (H3)

En cuanto al uso de pronombres correctos, los/as colaboradores/as relacionan la fluidez de su uso con la expresión de género congruente con los modelos binarios preestablecidos (mujer-femenina y hombre-masculino) en nuestra cultura. En el caso de H3, un joven trans en tratamiento hormonal, él percibe menos dificultad para ser tratado con sus pronombres preferidos y esto lo asocia a su imagen masculina:

“Cuando usan pronombres, usan masculino por lo general, porque me ven así, como que les confunde menos la imagen que ven al frente, que es un hombre (...) si hubiera decidido no tomar hormonas, yo creo que me seguirían llamando ‘ella’”

En el caso de una mujer trans, por causa de los estereotipos implantados respecto a lo femenino y la feminidad, se dificulta la percepción del “ser mujer” por parte de las personas cisgénero. El paradigma binario de género y la expectativa machista respecto al cuerpo sexuado son una barrera en la aceptación de la identidad trans sin adecuación corporal quirúrgica ni hormonal. M1, mujer trans que no ha realizado intervenciones corporales, describe una actitud más reticente respecto al uso de pronombres correctos:

“Como que... evitaban un poco ponerme un pronombre (...) no refiriéndose a género específico”

En conclusión, los y la participante de este estudio refieren que no se respeta el nombre social en la mayoría de los centros asistenciales referidos. Esto se debe a múltiples factores, relacionados con características propias del sistema (registros clínicos físicos y en línea, duración de la atención de salud), de los y las funcionarios/as (edad y nivel de conocimientos respecto al tema) y de la sociedad actual (paradigma binario y machismo).

6.2.6 SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DURANTE/POSTERIOR A LA ATENCIÓN EN SALUD

La interacción que se produce durante una atención en salud entre el profesional y el/la usuario/a, sin duda generará un impacto emocional para ambos, sin embargo, la importancia de esto radica en que, como señala Bericat (2012): “Las experiencias emocionales también causan un impacto y dejan una marca, a veces indeleble, que condiciona las futuras disposiciones del sujeto.”

En las experiencias relatadas, las emociones experimentadas por los y las sujetos del estudio varían según la vivencia subjetiva de cada atención, generando sentimientos negativos como el rechazo, malestar e incomodidad aquellas experiencias de atención donde su nombre social no fue respetado.

“Igual era como tener algo en el pecho por el hecho de que igual te vulneraron por decirlo así, por haber pasado a llevar tu nombre...” (H2)

“Normalmente siempre que salgo de un lugar público con el hecho de no haber tenido el cambio aún (cambio de nombre), me siento súper incómodo, pero igual era como más rápido entonces mientras más rápido terminara la atención era un alivio mejor para uno” (H2)

“Me molesté más que nada cuando entré pero cuando salí fue como filo si igual me atendieron” (H4)

Las experiencias relatadas como más inclusivas, en las cuales se les respetó el nombre social y sus expresiones de género, generaron un ambiente de confianza y

comodidad, ocasionando sentimientos positivos en las personas trans posterior a la atención de salud. También, al no ser discriminados/as por los profesionales de salud implicó una percepción de seguridad y confianza con el centro de salud donde fueron atendidos.

“Salí como contenta, porque de verdad la atención la sentí integral de principio a fin” (M1)

“Era mucho más cómodo y me sentía mucho más en confianza con él por el hecho de que él aceptara y pudiera utilizar bien el nombre social que yo presenté” (H2)

“Yo me fui aliviado, me fui tranquilo y me fui feliz porque sé que no me van a discriminar en el centro de salud que me atiende” (H5)

En todos los relatos de este estudio, refieren experimentar sentimientos posteriores a la atención recibida, el carácter positivo o negativo varía según aspectos intrínsecos del profesional de salud como las habilidades blandas y conocimiento sobre diversidad de género y también, según las características propias de cada atención, como la duración de ésta y periodicidad de controles.

6.3 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La definición que establece el MINSAL en el documento de “Modelo de Atención Integral en Salud” del 2005, actúa como lineamiento para que las y los profesionales de salud proporcionen, en consecuencia, una atención integral a cada usuario. Sin embargo, los y las participantes consideran otros aspectos durante la atención para considerarla integral desde su perspectiva y también, para satisfacer sus expectativas de la atención de salud.

6.3.1 SIGNIFICACIÓN SUBJETIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL

Los y la participante de esta investigación refieren que el significado que ellos/as le asignan al concepto de “atención integral” tiene relación con las habilidades blandas que poseen los y las funcionarios/as del establecimiento de salud durante la atención, ya sean profesionales y/o personal administrativo, siendo reiterativo el énfasis en la empatía e inclusión como criterio para determinar lo integral de la atención recibida.

“Que las personas que están atendiendo sean empáticos, amables, que sean educados...” (M1)

“Es que integral viene de incluir” (H4)

“Para mí el concepto de salud integral (...) es que al final de cuentas a todos nos traten por igual...” (H5)

Según los relatos obtenidos, la noción que poseen los y la entrevistada respecto de una atención integral comprende aspectos vinculados a las habilidades blandas del profesional de salud y al nivel de respuesta que otorga el centro de salud. Esto evidencia que el significado subjetivo para atención integral no dista de lo comúnmente expresado por la población general.

6.3.2 EXPECTATIVAS DE PERSONAS TRANS, RESPECTO A UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Los sistemas de salud deben responder a las necesidades y demandas de las diversas poblaciones (OPS, 2013). Dicho esto, la comunidad trans no queda exenta de estas demandas, pues como el resto de la población, poseen expectativas respecto a la atención brindada por parte de los y las profesionales del sistema público de salud.

En los relatos destacan que, como usuarios/as, esperan que los y las profesionales de salud estén informados y capacitados respecto a aspectos básicos de diversidad de género, identidades trans y sobre expresiones diversas de género, para brindar una atención de calidad:

“Ellos están insertos en un sistema en el cual van a ver constantemente... donde una se va a ir a atender o sea, y lógicamente va a querer que todas esas personas estén informadas pero al cien por ciento, no que una llegue a informarlos a ellos (...) El ideal es llegar a un lugar y que uno sienta que está en las manos correctas, en buenas manos, no en manos de una persona que de partida no sabe cómo tratarte” (M1)

También se hace referencia a la necesidad de capacitación de los y las profesionales en cuanto a procesos de atención de personas trans, con el fin de realizar las derivaciones correctas pertinentes a cada caso y evitar largos tiempos de espera. Esto último va en desmedro de su calidad de vida.

“Yo creo que mantengan información de como aconsejarlos a uno, especialmente cuando alguien quiere empezar cosas, como, por ejemplo, su tratamiento hormonal (...) es como ‘no sé cómo atenderte, te voy a mandar con este otro a ver si sabe’ entonces es algo importante igual en la vida de una persona trans, que quiere empezar a vivir su cambio (...) es tiempo que se pierde y que también significa un tiempo donde se vive mucha discriminación por la misma apariencia o la misma voz que algo muy importante al reconocer una persona” (H5)

Además, esperan que los centros de salud generen instancias para reunirse con la comunidad trans y también desarrollar espacios donde las personas trans puedan generar redes de apoyo para compartir experiencias e información en temas relacionados con experiencias propias de la transición, así como aspectos de promoción y prevención de salud con un enfoque trans:

“Yo creo que la mayoría no está informada de eso, sobre todo los más chiquititos porque pucha recién empiezan, entonces yo creo que para una persona transgénero (...) como más integral sería como eso de apoyo (...) yo creo que es mucho más, como positivo, tener como un grupo (...) es mucho más integral que sólo te llegue a

la consulta, te digan 'ya, pásame tus exámenes de sangre mañana y ahí tienes tus medicamentos' y ahí quedaste, ¿cachai?, 'ahora intenta vivir tu identidad como puedas y busca que el mundo te acepte y no mueras'” (H3)

Otra expectativa para una atención integral es la capacitación destinada al resto de la población usuaria, lo cual implica una contribución importante en el desarrollo de la inclusión y respeto a la diversidad en la comunidad general.

“Incluiría un espacio de capacitaciones igual (...) que se dé información no sólo en temas de salud física o cosas así, si no en salud mental (...) y también información de minorías, que hay muchos CESFAM que se cierran a la posibilidad de entregar este tipo de informaciones” (H5)

La discriminación social, la estigmatización y la marginación que sufren las personas trans, a menudo se ven agravadas por la falta de documentos legales que reflejen adecuadamente su identidad de género (OPS, 2013). En los servicios de salud, el sistema de registro muchas veces dificulta o interfiere en que las personas trans se sientan cómodos/as y respetados/as al momento de recibir la atención en salud, pues si bien la ficha clínica impresa posee un ítem de “nombre social” este por lo general no suele ser utilizado o al estar escrito manualmente da pie a que el o la funcionario/a no comprenda lo que está escrito o se guíe por el nombre impreso, es decir, el nombre legal, generando incomodidad en el/la usuario/a trans y constituyendo una vulneración a sus derechos.

“Que tu ficha tenga todo, no solo la mitad, es que encuentro tan penca que solo diga con un lápiz pasta y que en algunos papeles si y otros no, encuentro que eso debería ser integrado al sistema y que el sistema esté más completo, o sea, el sistema al nivel del computador y todo eso...” (H3)

“Yo esperaría que al menos algo tan simple como mi nombre se respete, quizás los artículos con los que se me van a dirigir van a ser un poco confuso (...) pero yo creo que algo mínimo que la gente debe respetar es el nombre, porque es lo primero por lo que la gente empieza... uno llama a alguien en la calle y reacciona por el nombre, entonces es algo básico en cómo tratar a alguien” (H5)

Una última expectativa manifestada, dice relación con el carácter voluntario que tiene actualmente la inclusión en los centros asistenciales, siendo posible la inclusión real sólo si se considera el género no binario como parte de la cotidianidad de una atención:

“Yo pondría... primero que nada no lo pondría binario, o sea no podis como solamente tener femenino o masculino en la ficha cachai? Debería aparecer como no conforme o trans (...) Como que me gustaría que incluyeran los géneros más... como para que la gente pudiera sentirse respetada y que el nombre social esté en el sistema (...) depende mucho de la buena onda de la persona y no debería ser así porque es una ley” (H4)

Los y la entrevistada refieren muchos elementos factibles dentro de sus expectativas, como son: educaciones y capacitaciones a los equipos de salud y a la población general, espacios de promoción y prevención de salud destinado a personas trans y el desarrollo de una comunidad que reúna a estas personas y constituya una red de apoyo.

En definitiva, desde la percepción de los y la participante, aún existen vacíos en los intentos actuales por llegar a una atención de salud inclusiva para la comunidad trans. Según los relatos, estos están dados principalmente por la falta de conocimientos y los sistemas de registros presentes en los centros de salud. Es necesario vincular éstos a un protocolo de atención en salud a personas trans, que permita guiar a los profesionales y esclarecer conceptos que puedan parecer confusos, además de incluir pautas de evaluación de la atención para asegurar calidad y mejoramiento continuo del proceso.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Considerando los resultados obtenidos, podemos establecer que dentro de las atenciones que relataron los/as colaboradores/as, la primera barrera a la cual se enfrentan para acceder a salud es el cuestionamiento a su identidad de género por parte de los funcionarios administrativos. Al ser el/la primer funcionario/a con el cual los/as usuarios/as trans generan una interacción en el establecimiento de salud, es de vital importancia que estos funcionarios estén instruidos sobre buenas prácticas en la atención a pacientes transgénero y “estar adecuadamente capacitados para desarrollar las habilidades necesarias para atender a los usuarios con tacto, empatía, respeto, paciencia y calidez” (OPS, 2005), ya que si su actitud o trato otorgado es percibido como descortés es probable que desistan en emplear el servicio (OPS, 2005). Además, si el/la usuario/a no refiere su identidad desde un inicio, es la o el funcionario quien debe preguntar cómo prefiere ser inscrita y tratada durante toda su atención (MINSAL, 2012).

En esta investigación se refleja que los motivos de consulta de salud de los y las participantes fueron variados, todos relacionados a problemas de salud agudos que presenta la población en general, ajenos a su condición trans en sí, esto indica que las consultas en salud de las personas trans no están limitadas a especialidades estigmatizadas como endocrinología, urología, cirugía o inmunología.

Por otro lado, dentro de los relatos recopilados surgen tres aspectos relevantes durante la atención de salud: la duración destinada a ésta, el rango etario del/la funcionario/a y los conocimientos e información que posee previamente el profesional de salud respecto a la diversidad de género. Estos factores condicionaron la vivencia y percepción de la atención en salud del usuario/a trans y constituyeron un rol significativo al momento de informar su identidad de género y de que ésta se les respetara.

Considerando lo anterior, es necesario que los profesionales de la salud tengan las herramientas y capacitaciones adecuadas para ofrecer una atención de calidad a este grupo de la población, pues como señala OPS (2005) “El personal y los proveedores en cualquier ámbito de la atención de la salud deben estar capacitados y preparados para ser sensibles y

respetuosos con las personas con identidades de género y expresiones diversas”, pues las personas trans, al igual que el resto de la población poseen necesidades de salud e independiente de la especialidad y nivel de atención al cual acudan, como profesionales de la salud debemos estar preparados para satisfacer las demandas y necesidades de las personas trans, y con ello, brindar una atención integral.

El significado subjetivo al concepto de “salud integral” de los y las informantes se enlazaron al trato humano brindado por parte del profesional de salud. “La empatía, la sensibilidad, el tacto y el respeto son habilidades y actitudes necesarias que todos los proveedores de servicios deben desarrollar y poner en práctica al interactuar con cualquier usuario y, en particular con las personas trans” OPS (2005). Entonces, si como profesionales de la salud otorgamos una atención integral con un impacto emocional favorable para el/la usuario/a trans, es probable que éste genere una mejor disposición para consultar o asistir a futuros controles de salud, lo cual, al ser una población con diversos factores de riesgo, es beneficioso para la contribución al acceso a salud. OPS (2005) menciona “Una actitud o comportamiento percibido como hostil o irrespetuoso puede evitar que las personas trans utilicen el servicio”.

Por otra parte, las expectativas de los/as participantes de esta investigación, para una atención integral en salud estuvieron delimitadas principalmente por competencias intrínsecas del/la profesional de salud, como el manejo o la capacitación en diversidad de género que éstos posean al momento de otorgar una atención en salud y aspectos relacionados a la inclusión como el respeto al nombre social y la existencia de documentos de registros en el establecimiento público de salud que faciliten el cumplimiento de su nombre social. Esto refuerza la necesidad que, para otorgar una atención integral, se deben completar adecuadamente los registros en los apartados de “nombre social” de la ficha clínica, con letra clara y legible para que todos/as los/as profesionales que brinden una atención a una persona trans sean capaces de advertir la condición de la persona y de este modo no generar una vulneración en sus derechos.

Hace siete años, MINSAL lanzó dos circulares que tenían la intención de instruir al personal respecto a la atención de personas transgénero y de la diversidad sexual, sin embargo, en esta investigación impresiona la unanimidad de los relatos respecto a la omisión de la consulta sobre uso de nombre social, siendo esto abordado en las circulares ya mencionadas. Cabe destacar, que estos documentos no incluyen un protocolo de atención exclusivo para las personas trans.

La disciplina de enfermería es particularmente esencial en el camino hacia el respeto a la diversidad en los Centros de Salud. Sus cuatro roles, asistencial, educación, gestión e investigación, permiten abordar la temática de la diversidad, siendo la gestión del cuidado para ese objetivo, el elemento distintivo y representativo de la autonomía de la profesión. El rol asistencial permite brindar una atención de salud basada en evidencia, empática, respetuosa y de calidad al usuario/a trans. El rol educativo manifestado a través de programas de capacitación y sensibilización para los equipos multidisciplinarios de salud y también orientado a las personas trans y a la comunidad en general, especialmente en los centros de atención primaria, contribuye a la construcción conjunta de un entorno más amigable y seguro para la diversidad.

Para ello, es necesario profundizar los conocimientos de enfermería desde la formación universitaria de pregrado y durante el ejercicio de la profesión ya que aún queda mucho conocimiento por desarrollar. Por ejemplo, en la nueva edición de la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros, vigente hasta 2020, no existen diagnósticos de riesgo o bienestar destinados a la promoción de salud y prevención de complicaciones de salud derivadas, no de la condición trans en sí, sino del contexto social agresivo que los rodea (NANDA, 2017). Así como en los Modelos y Teorías de Enfermería existentes, no se considera a la población trans, dado que estos Modelos y Teorías se basan en cuidados estandarizados para toda la población sin considerar las necesidades de la diversidad sexual y de género (Alligood y Marriner Tomey, 2011).

En la revisión de Modelos y Teorías de Enfermería, la Teoría Transcultural de Madeleine Leininger (1960) si bien está orientada para el trabajo en culturas distintas a la occidental, con énfasis a las distintas concepciones del mundo, la salud, la enfermedad y la muerte, posee ciertos postulados que resultan útiles a la hora de justificar la necesidad de cuidados culturales en presencia de una comunidad diversa y, por otra parte, la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson (1985) basado en valores humanísticos y la armonía mente-cuerpo-alma, guía hacia la entrega de un cuidado cimentado en el compromiso moral y la conexión con el/la paciente, contribuyendo a la sensibilización del/la profesional hacia una atención centrada en la persona trans, sin embargo, esta teoría no incluye en los cuidados aspectos relacionados a la comunidad que, en este caso, rodea a la persona trans (Alligood y Marriner Tomey, 2011).

Dicho lo anterior, es interesante la investigación y el trabajo que el/la profesional de enfermería pueda realizar al respecto, para contrastar y complementar estas afirmaciones y así, establecer nuevos lineamientos útiles para la atención integral de esta población, enriqueciendo el conocimiento enfermero. Además, se puede generar conocimiento valioso para brindar cuidados de enfermería basados en evidencia, al comprender las necesidades de la población trans y extrapolar esta información en el contexto de una atención de salud, ya que, como manifestó Leininger, las personas pueden guiar e informar a los/as profesionales para recibir una atención pertinente a sus necesidades y deseos género (Allgood y Marriner Tomey, 2011). Esta autora señala, además, que los diagnósticos médicos y de enfermería cuando no poseen conocimiento cultural se tornan problemáticos para la comunidad y conducen a resultados desfavorables, por lo que al brindar “cuidados culturalmente coherentes” los y las pacientes sienten satisfacción por recibir una atención integral y esto se traduce en “una fuerza de recuperación de la calidad de la salud” (como se cita en Allgood & Marriner-Tomey, 2011, p. 463).

La sensibilización del/la profesional es otro factor importante a considerar, ya que según lo narrado por la y los participantes, al no existir protocolos y/o pautas de evaluación para este tipo de atenciones, el respeto al nombre social y el buen trato a personas de diversidad sexual y/o de género dependen de la voluntad del profesional.

Como análisis final, las fuentes teóricas consultadas y los relatos de la y los participantes sustentan lo anterior y generan una invitación a el/la profesional a buscar las instancias para aumentar los conocimientos y posteriormente difundirlos. La investigación realizada abre nuevas preguntas y temas de investigación como, por ejemplo, describir experiencias de usuarios/as trans en otras ciudades y regiones; comprender mitos, prejuicios y aprensiones presentes en los equipos de salud respecto a la atención de pacientes transgénero y/o medir conocimientos en la temática en profesionales del equipo multidisciplinario, entre otros. También es necesario destacar el rol social que cumple el sector salud, en especial la profesión de enfermería al ser humanista ya que convergen aspectos culturales, sociales, psicológicos y espirituales del ser humano, por lo que la posibilidad de impacto en la comunidad hacia el avance en la inclusión de la diversidad sexual y de género es fundamental para contribuir en la construcción de una sociedad más justa.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar C. (2004) La ética de la investigación en ciencias sociales en el contexto de la globalización: de la investigación cuantitativa a la cualitativa. Acta Bioethica 2004; año X, N°1
- Alarcón, C. (2012) Tratamiento de la transexualidad en el campo jurídico chileno. Recuperado de: <https://www.iguales.cl/wp-content/uploads/2012/10/Tratamiento-de-la-Transexualidad-Chile.pdf>
- Alligood, M., Marriner-Tomey, A. (2011) Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier, pp. 71-487.
- Alvarez, C., San Fabian, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.html
- Bericat, E. (2012). Emociones. Sociopedia.isa, p. 12. Doi: 10.1177/205684601261
- Butler, Judith. (2007) El género en disputa. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A, pp.45-99.
- Camacho, M. (2017). Victor y Victoria: Transexualidad y políticas públicas. Estudio de caso de un transmigrante económico latinoamericano en Barcelona (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, p.68.
- Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2009) Manifiesto. Recuperado de: <http://stp2012.info/old/es/manifiesto>
- Castillo, E., Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia médica, 34 (3), 165
- De la Cuesta, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto & contexto enfermagem, 19(4), Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400020>

- De la Hermosa, M. (2013). Repensando los orígenes de la disforia de género. Revista de estudios de juventud n° 103. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/3%20Repensando%20los%20or%C3%ADgenes%20de%20la%20disforia%20de%20g%C3%A9nero.pdf>
- Díaz, L., Torruco, G., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación educación médica, 2(7).
- Farji, A. (2013). La identidad de género como derecho humano. Análisis del tránsito de un concepto en los discursos del Estado de la ciudad de Buenos Aires (período 2003-2010) Revista Punto Género N° 3. p123 – 145. Recuperado de: <http://www.revistapuntogenero.uchile.cl/index.php/RPG/article/viewFile/30272/32034>
- Fausto-Sterling, A. (2006). Cuerpos Sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona: Melusina, pp.15-140.
- Fondo Nacional de Salud. (2015). Cuenta pública participativa 2015. p6. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://participacionciudadana.fonasa.cl/sites/default/files/Documento%20de%20Respuesta%20Publica%20Nacional%202014.PDF>
- Gendered Intelligence. (2013). Non-binary gender identities: Information for trans people & allies. Recuperado de: <http://cdn0.genderedintelligence.co.uk/2013/02/12/12-35-49-nonbinary0213.pdf>
- Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. (2002). Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. Endocrino Nutr 2003;50(1):19-33 Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-trastornos-identidad-genero-guia-clinica-S157509220374491X>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. México D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A, p.71.
- Hospital El Pino (2018) En Hospital El Pino se realizó primer encuentro nacional de salud pública y organizaciones civiles de personas trans. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://hospitalelpino.cl/wphep/?p=469>

Infante, A., y Paraje, G. (2010). La reforma de salud en Chile. Recuperado de: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_Reforma_salud_2010.pdf

Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2011) X Informe Anual: Derechos Humanos de la Diversidad Sexual Chilena (Hechos 2011). Recuperado de: <http://www.movilh.cl/documentacion/informe...2011/Informe-ddhh-Movilh-Chile-2011.pdf>

Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2017) Informe Anual.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2017). Censo, todos contamos: Entrega de resultados preliminares. Recuperado de: <http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/08/Proceso-Censal-Resultados-preliminares-31-08-2017.pdf>

Ley N° 21120. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 10 de diciembre de 2018. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1126480&idVersion=2222-02-02>

Ley N° 20609. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 24 de julio de 2012. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092&idVersion=2019-05-02>

Ley N° 20584. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 24 de abril de 2012. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Mari, R., Bo, R. y Climent, C. (2010). Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *Ciències de l'Educaci*, 118-119.

Martínez, M. (sf). Criterios para la Superación del Debate Metodológico "Cuantitativo/Cualitativo".

Ministerio de Salud (MINSAL). (2003). Evaluación de los procesos e impactos de la reforma sanitaria al sistema de salud de Chile. Recuperado de: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3917_recurso_1.pdf

Ministerio de Salud (MINSAL). (2005). Modelo de atención integral en salud. p11-17 Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2010). Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d126e58ba4cb53f5e040010165017912.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2018) Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Redise%C3%B1o-al-proceso-de-atenci%C3%B3n-de-urgencia-de-adulto-en-las-unidades-emergencia-hospitalaria.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2011). Circular N°34. Recuperado de: <http://www.movilh.cl/documentacion/trans/Circular-Salud-Trans.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2012). Circular N° 21. Recuperado de: <http://www.movilh.cl/documentacion/CIRCULAR21MINSAL.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (s/f). Historia del MINSAL 2° parte. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/historia-del-minsal-2a-parte/>
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH). (2007). Asesorías y atención médica a personas transexuales en Chile: Propuesta para protocolo y circular de salud en Chile. Recuperado de: <http://www.movilh.cl/documentacion/trans/Transexualidad%20en%20Chile.pdf>
- Nanda International. (2017). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Madrid, España: Elsevier España, pp. 137-447.
- National LGBT Health Education Center. (2016). Atención afirmativa para personas transgénero y de género no conformista: Las mejores prácticas para el personal de atención de salud de primera línea. Recuperado de: https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/13-017_TransBestPracticesforFrontlineStaff_v1SP.pdf
- Noreña, A., Moreno, N., Rojas, J. y Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de:

<http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>

Principios de Yogyakarta. (2007). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado de: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>

Real Academia Española. (2019). Diccionario de la lengua española. (23° ed.). Madrid, España.

Rubio, J. (2009). El tercer género. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/181/18101703.pdf>

Sanz, A., (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y documentos personales. Asclepio, 57(1)

Stake, R. (1999). Investigación con estudio de caso. Madrid, España: Morata.

Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (2017) Resolución Exenta N°92/Región del Bío Bío Recuperado de: https://transparencia.sernam.cl/docs/2017/06/08_00092_20170704_124108.pdf

Servicio de Salud Talcahuano (SS Talcahuano). (2013). Protocolo de atención y derivación para usuarios/as trans. Recuperado de: http://www.sstalcahuano.cl/file/diversidad/Resolucion_y_Protocolo_Trans.pdf

Suess, A. (2015). Tesis doctoral: “Transitar por los géneros es un derecho: Recorridos por la perspectiva de despatologización”. Universidad de Cantabria, España. Recuperado de: <http://otdchile.org/wp-content/uploads/2016/10/25681710.pdf>

Superintendencia de Salud (2013) Informe Global: ¿Qué es “trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Recuperado de: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

Taylor, S., Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Recuperado de: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

Terrasa S, Mackintosh R y Piñero A. (2011). La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (segunda parte). Evid Act Pract Ambul. 14(3):104-105. Recuperado de: <http://www.fundacionmf.org.ar/files/lesbi%20y%20gay.pdf>

Vasilachis, I., Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Soneira, A. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Arquichan, 3. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004

9. ANEXOS

ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es proporcionar información necesaria para su participación en este estudio, que es requisito para optar al grado de Licenciatura en Enfermería. Ud. está siendo invitado a participar de una investigación que tiene como propósito conocer su percepción acerca de la atención recibida en centros del sistema público de salud y sus experiencias en este contexto.

Esta investigación será llevada a cabo por Paulina Ruiz Cuyul y Alenray Melin Cariaga, estudiantes de cuarto año de enfermería de la Universidad Austral de Chile, la cual será patrocinada por la Sra. Debbie Guerra Maldonado, docente del Instituto de Estudios Antropológicos de dicha casa de estudio.

Su participación en esta investigación consiste en una entrevista de una duración aproximada de 50 minutos, en ella se le consultará acerca de sus experiencias centros del sistema público de salud durante los últimos tres años. Para esta entrevista se le solicita autorización para ser grabada en sistema de audio con el fin de transcribir lo más fielmente la información que ud. brinde, para su posterior transcripción y así evitar errores, tales como una mala interpretación, siendo el archivo almacenado por un período aproximado de seis meses y posteriormente eliminado. Su identidad se resguardará en todo momento estableciendo un código, el que será resguardado por una de las estudiantes, los datos obtenidos sólo serán utilizados con fines académicos, en el documento de tesis ya sea en formato papel o digital, en presentaciones en congresos o artículos en revistas científicas.

Su participación es totalmente voluntaria, por lo que tiene derecho de retirarse de la investigación si así lo desea en cualquier momento, sea en la etapa de contacto o durante la entrevista sin que ello implique algún perjuicio a su persona. Además, le debemos mencionar que no recibirá ninguna retribución monetaria por participar en esta investigación, sin embargo, su testimonio contribuirá a visibilizar a la comunidad trans en el marco de una atención integral en salud.

En caso de cualquier duda o inquietud que tenga puede manifestarlas en este instante, o después de haber realizado la investigación con las siguientes personas y sus respectivos medios de contacto:

Correo electrónico de contacto	Teléfono de contacto	Tesista
Saludtrans.tesis@gmail.com	+56984889719	Alenray Melin Cariaga.
	+56959785539	Paulina Ruiz Cuyul.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, he sido informado(a) por las Srtas. Alenray Melin Cariaga y Paulina Ruiz Cuyul, estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile, sobre el trabajo de investigación que están desarrollando, titulado: “EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE USUARIOS Y USUARIAS TRANS BRINDADA EN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS”. He leído la información y he tenido la oportunidad de realizar preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Es por ello que yo:

_____ACEPTO, *de manera libre, voluntaria* y sin haber sido persuadido o amedrentado anteriormente, *a ser partícipe en su trabajo*, relatando mi percepción acerca de la atención recibida en centros del sistema público de salud y las experiencias que he tenido en este contexto y autorizo a las Srtas. Alenray Melin Cariaga y Paulina Ruiz Cuyul, a grabar la entrevista y utilicen la información proporcionada sin dar a conocer mi identidad. Además se me ha informado(a) que puedo dejar de colaborar en esta investigación en cualquier momento, previo o durante la entrevista.

_____RECHAZO participar de esta investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

(Día/mes/año)

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

(Día/mes/año)

