



FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y ARTES VISUALES

ACCESIBILIDAD DE LOS GRUPOS LGBTI A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN  
EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO. ESTUDIO DE CASO:  
POBLACIÓN TRANS. AÑOS 2013-2014

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Licenciada en Periodismo

Profesora Guía  
MSc. Mariana de Jesús Velasco Tapia

Autora  
Catherine Alejandra Cruz Almeida

Año  
2015

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

-----  
Mariana de Jesús Velasco Tapia  
Licenciada en Periodismo y Magister en Gerencia Educativa  
C.C.1703853109

### **DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE**

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

---

Catherine Alejandra Cruz Almeida  
C.C.1714827746

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, les agradezco a mis padres quienes por amor han sacrificado parte de sus vidas por ayudarme a construir la mía propia. Le agradezco a mi hermano por ser el primer mejor amigo que tuve en la vida. Le agradezco también a mi futuro esposo, el amor de mi vida, por crecer a mi lado y luchar junto a mí en cada dificultad del camino. Gracias a mi familia política porque en ellos siempre encontré el apoyo necesario para culminar mi carrera. Gracias a mis profesores y profesoras, siempre dispuestos a dar oído a mis preguntas e inquietudes. Gracias a todos por sostenerme, escucharme, ayudarme a cumplir mis sueños, y no dejar que me rinda. Y gracias a Dios por dejarme estar aquí.

## **DEDICATORIA**

A mi hijos, para quienes si no puedo dejar un mundo mejor, sí espero dejar una mejor manera de verlo, apreciarlo y entenderlo. A mi familia, a quien le debo mi formación. A las personas trans quienes luchan día a día por legitimar sus derechos, reivindicarse en la sociedad, y por alcanzar sus sueños. Para quienes no temen mostrarse como son ante la sociedad.

## RESUMEN

La investigación realizada tiene por objetivo general develar las características del cumplimiento de acceso a la salud que tuvo la población trans en el Distrito Metropolitano de Quito, en el período 2013-2014. Y como objetivos específicos: visibilizar la situación de salud de las personas trans en la ciudad de Quito; crear conciencia de la existencia y las necesidades generales y específicas de las personas trans en la capital a través de la difusión de información veraz sobre la temática; y sugerir la creación de políticas públicas de salud que amparen a la población trans. El método elegido para el trabajo de titulación fue el estudio de caso mediante el cual se puede conocer a la población estudiada de una manera más cercana a través de entrevistas a profundidad, observación participante y no participante, entre otras. El estudio de caso permite diagnosticar y ofrecer soluciones en el ámbito de las relaciones humanas. Como conclusiones se obtuvo que la situación sanitaria de la comunidad trans en el país no es la mejor, y es necesario que esto sea visibilizado para que se los considere dentro la creación de políticas públicas de salud y normativas legales. Se determinó que existen barreras en el acceso a la salud pública de las personas trans, así como ausencia de información adecuada para solucionar sus necesidades de atención a la salud generales, y particulares. Falta capacitación del personal médico sobre la salud trans, así como faltan guías de atención a la comunidad LGBTI, y la capacidad resolutive adecuada a sus problemas de salud. Por parte de los activistas LGBTI, las cosas entre los años 2013 y 2014 han avanzado en cuanto a la apertura del gobierno a tratar temas sobre minorías, dentro de las cuales se encuentran las minorías sexuales, pero esto solo en temas superficiales. Las personas trans aún piden el cambio de género en su cédula de identidad para que los y las identifique mejor y puedan acceder a la totalidad de sus derechos, incluido el derecho a la salud.

## ABSTRACT

The general objective of this research is to reveal the characteristics of the fulfillment of access to health that the trans population had in the Metropolitan District of Quito, between the years 2013-2014. And as specific objectives: to visualize the health situation of trans people in the city of Quito; raise awareness of the existence and the general and specific needs of transgender people in the capital through the dissemination of accurate information on the subject; and suggest the creation of public health policies which protect trans people. The method chosen for the research was the case study through which it is possible to meet the population studied in a closer way through depth interviews, participant and non-participant observation, among others. The case study can diagnose and offer solutions in the field of human relations. In conclusion, it was found that the health status of the trans community in the country is not the best, and this fact needs to be made visible so that they are considered in the development of public health policies and legal regulations. It was determined that there are barriers in access to public health of transgender people and no adequate information about their general and specific health care needs. There is an absence in the training of medical staff about transgender health care, as well as there is a lack of guides for LGBTI community. Also there is missing an appropriate capacity of response to their health problems. By LGBTI activists, things between 2013 and 2014 have been evolve as to the openness of the government to address issues of minorities, among which are sexual minorities, but this is only in superficial matters. Trans people are still calling for change gender on their identity cards, so they can access to all of their rights, including the right to health.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
1. CAPÍTULO I. ¡SALUD POR LA IGUALDAD EN LA DIVERSIDAD!.....	4
1.1 Sexualidad, construcción de género e identidad.....	4
1.1.1 Desarrollo psicosexual e identidad sexual .....	8
1.1.1.1 Identidad de género.....	8
1.1.1.2 Roles de género: Feminidad y masculinidad.....	10
1.1.1.3 Orientación sexual.....	12
1.1.2 Precisiones sobre sexo y género .....	13
1.1.3 La norma ‘hétero’ como imposición social.....	15
1.1.3.1 Violencia simbólica: Lo ‘hétero’ y lo ‘homo’.....	17
1.1.4 Grupos LGBTI: Identidades que rompen la norma.....	20
1.1.4.1 Surgimiento de grupos LGBTI en Ecuador .....	21
1.1.5 Una mirada queer a las identidades de género.....	24
1.1.5.1 Teoría queer en América Latina .....	25
1.2 La salud en el Ecuador.....	26
1.2.1 La salud: un concepto integral .....	26
1.2.1.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS) .....	29
1.2.2 Consideraciones históricas sobre el Sistema de Salud en Ecuador.....	30
1.2.3 Contexto de la Salud en el Ecuador.....	32
1.2.4 Configuración de un Sistema Nacional de Salud .....	35
1.2.4.1 El Sistema Nacional de Salud (SNS) ecuatoriano .....	36
1.2.4.2 Funciones y objetivos del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano (SNS).....	37
1.2.4.3 Entidades o actores que forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS).....	38
1.2.5 SNS Ecuador: El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) .....	39



1.2.5.1	Principios del Modelo de Atención Integral de Salud .....	40
1.2.5.2	Niveles de atención: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) en el SNS.....	42
<b>2.</b>	<b>CAPÍTULO II. ACTUALIDAD: LAS LEYES VERSUS LA REALIDAD .....</b>	<b>44</b>
2.1	<b>Población LGBTI en Ecuador: Marco legal actual .....</b>	<b>45</b>
2.1.1	Constitución Política de Ecuador 2008: Punto de partida para la garantía de los derechos.....	45
2.1.1.1	Modelo de Desarrollo ecuatoriano: Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017 .....	49
2.1.1.2	Derecho a la salud: Normas pertinentes de la Constitución del Ecuador .....	50
2.1.2	Tratados y convenios internacionales sobre LGBTI .....	53
2.1.2.1	Organización de las Naciones Unidas: Campaña ‘Libres e Iguales’ .....	57
2.1.3	Ley Orgánica de Salud 2006.....	59
2.1.3.1	Ley Orgánica de Salud: Sobre la salud sexual y reproductiva... 61	
2.1.3.2	Proyecto Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud .....	62
2.1.3.2.1	Aportes del colectivo LGBTI al Proyecto Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud .....	63
2.1.4	Ordenanzas Metropolitanas .....	65
2.1.4.1	Ordenanza Metropolitana No. 554.....	65
2.1.4.2	Ordenanza Metropolitana No. 494.....	66
2.2	<b>Panorama de la situación de personas LGBTI en Ecuador: Derechos y salud .....</b>	<b>67</b>
2.2.1	Cronología de los hitos en la historia LGBTI nacional.....	67
2.2.2	Primera Agenda Pro Derechos de las Diversidades Sexo Genéricas del Ecuador.....	71
2.2.3	Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición ....	73

2.2.4 ¿Qué dicen los medios de comunicación?: Demandas LGBTI sobre el ejercicio de su derecho a la salud (2013- 2014).....	83
2.2.5 Clínicas de deshomosexualización .....	86
2.3 Políticas Públicas de Inclusión Social para las personas LGBTI.....	90
2.3.1 A nivel del Estado.....	90
2.3.2 A nivel del Municipio de Quito .....	90
<b>3. CAPÍTULO III. DE “TRÁNS”ITO: ENTRE UN ‘ÉL’ Y UNA ‘ELLA’ .....</b>	<b>94</b>
3.1 ¿Qué significa ser ‘trans’? .....	95
3.1.1 Lo trans : Transgénero es.....	98
3.1.2 Lo trans: Transexual es... ..	99
3.1.3 Lo trans: El travestismo es... ..	99
3.2 La salud de las personas ‘trans’ en Quito .....	100
3.2.1 ¿Qué barreras existen para las personas trans en el acceso a la salud en la ciudad de Quito? .....	107
3.2.1.1 Posición de activistas sobre el cambio de la palabra ‘sexo’ por ‘género’ en la cédula de identidad .....	112
3.2.1.2 Agenda Pro Derechos de las Personas LGBTI: Derechos igualitarios a la salud .....	116
3.3 Prestadores de servicios de salud en Quito y población trans .....	117
3.3.1 Problemas de las personas trans en Quito con los prestadores de servicios de salud.....	121
3.4 Experiencia de las personas trans y los servicios de salud..	133
3.5. Identificación de los problemas de salud mas recurrentes en la población trans .....	144
3.5.1 Salud mental .....	144
3.5.2 En la transición de hombre a mujer: Trans femenina o mujer trans .....	145

3.5.2.1 Efectos de la terapia estrogénica y anti-androgénica .....	147
3.5.2.2 Mujeres trans y silicona .....	149
3.5.2.3 Testimonio: Claudia Alejandra “Nena” Boada, trans femenina (Asociación ALFIL).....	150
3.5.3 En la transición de mujer a hombre: Trans masculino u hombre trans .....	151
3.5.3.1. Testimonio de Álex Guayasamín, trans masculino, director Asociación Silueta X en Quito .....	152
3.5.4 Riesgo de cáncer .....	153
3.6 ¿A dónde acude la población trans para acceder a su derecho a la salud en Quito? .....	154
3.7 Avances en el acceso de la población trans y LGBTI -en general- a los servicios de salud públicos. ....	155
3.7.1 Trabajo a nivel del Ministerio de Salud Pública.....	155
3.7.2 Avances a nivel de Municipio Metropolitano de Quito .....	163
3.7.3 Los avances en salud según la sociedad civil LGBTI.....	166
<b>4. CAPÍTULO IV. PROPUESTA PERIODÍSTICA .....</b>	<b>171</b>
4.1 Planteamiento de la Propuesta Periodística.....	171
4.2 Objetivos .....	171
4.2.1 Objetivo General .....	171
4.2.2 Objetivos Específicos .....	172
4.3 Estudio Técnico .....	172
4.3.1 Nombre de la institución que representa al proyecto .....	172
4.3.2 Título del Proyecto .....	172
4.3.3 Lugar donde se desarrolla el proyecto .....	172
4.3.4 Público .....	173
4.3.5 Materiales de Difusión.....	173
4.3.5.1 Reportaje testimonial – perfil: Geovanny Jaramillo, trans masculino .....	174
4.3.5.2 Radio teatro .....	174
4.3.5.3 Revista con testimonios.....	175

4.3.5.4 Plataforma Digital .....	175
4.4 Presupuesto del Proyecto .....	176
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>177</b>
CONCLUSIONES .....	177
RECOMENDACIONES.....	180
REFERENCIAS .....	182
ANEXOS .....	185

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estado del Proyecto de Ley Orgánica General de Salud en la Asamblea Nacional. ....	62
Figura 2. Carta enviada a la Asamblea Nacional con los aportes del colectivo LGBTI al Proyecto Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud.....	64
Figura 3. Manifiesto LGBTI al Ecuador: Por nuestros derechos y la igualdad. ....	73
Figura 4. Nivel de instrucción de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.....	76
Figura 5. Afiliación y acceso a los beneficios del Seguro Social de población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.....	77
Figura 6. El acceso a la salud no cubre todavía al 100% de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.....	78
Figura 7. Los establecimientos públicos que más atienden a la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.....	79
Figura 8. Grupos de ocupación de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.....	80
Figura 9. Rango de ingresos de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición. ....	81

Figura 10. Trabajo sexual y los medios de contacto que hizo el colectivo de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.....	82
Figura 11. Las cifras del odio. Situación legal de las clínicas de deshomosexualización.....	88
Figura 12. Las cifras del odio Sucesos en las clínicas con permiso.....	89
Figura 13. Las cifras del odio. Denuncias ante las autoridades. ....	89
Figura 14. Carta abierta al presidente de la República del Ecuador por parte de Activistas LGBTI, DIVERSIDAD, Red LGBTI Ecuador.....	92
Figura 15. Artículo de Pamela Troya, activista LGBTI: Activismos, derecho, Estado y Gobierno.....	93
Figura 16. Diferencias y relaciones entre ‘Identidad de Género’ y ‘Orientación Sexual’.....	97
Figura 17. Presentación del Informe Análisis Situacional Necesidades de Salud Población LGBTI en Ecuador.....	102
Figura 18. Percepción de los prestadores de los servicios de salud Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador.....	120
Figura 19. Documentos incluidos para el Metaanálisis de guías internacionales sobre salud primaria de personas LGBTI.....	126
Figura 20. Frecuencia de los motivos de inaccesibilidad en centros sanitarios según el Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia el VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012. ....	135
Figura 21. Necesidades de atención de salud personas LGBTI según el Informe Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador.....	144
Figura 22. Cambios corporales realizados en porcentaje. ....	146
Figura 23. Jerarquía de las instituciones públicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador encargadas de dar atención a la salud de las personas LGBTI. ....	155

Figura 24. Jerarquía de las instituciones públicas del Municipio de  
I Distrito Metropolitano de Quito encargadas de dar atención a la salud  
de las personas LGBTI..... 163

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Funciones del Sistema Nacional de Salud. ....	37
Tabla 2. Presupuesto. ....	176



## INTRODUCCIÓN

El Ecuador ha atravesado una época de transformaciones políticas, económicas y sociales desde que el Gobierno del economista Rafael Correa Delgado se instaló en el poder en enero del 2007. Para septiembre del 2008, el Ecuador ya contaba con una nueva Constitución, la misma que fue redactada por la Asamblea Constituyente convocada mediante consulta popular en abril del 2007. Esta nueva Carta Política, convertida en un hito dentro de la historia de la normativa ecuatoriana, contempla algunos avances e innovaciones respecto de la Constitución de 1998 en materia de derechos y garantías para los y las habitantes de este país, y marca sin duda una pauta para la convivencia y el bienestar de la compleja y evidentemente diversa sociedad ecuatoriana.

Los miembros de los grupos de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero, Transexuales e Intersexuales (LGBTI) no solo forman parte del día a día de la sociedad ecuatoriana así como del paisaje urbano de la ciudad capital, ellos y ellas son sin excusas sujetos de derechos conforme recoge la Carta Magna actual. Su buena calidad de vida también está garantizada dentro del presente marco legal nacional, debido a su condición –aparente- de minoría que los incluye dentro de los grupos vulnerables de población. Y como lo asegura el numeral dos del artículo 11 del texto ya citado: “Toda forma de discriminación será sancionada por la Ley”. Esto incluye los servicios públicos de atención a la salud, a los que las personas LGBTI tienen derecho de acceder sin discriminación o limitación alguna.

Este artículo de la Constitución, en especial, merece vital atención ya que funge de eje transversal para este trabajo de investigación. Según este artículo, “todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades”. Y en especial, la frase siguiente que resulta atractiva para propósito de esta tesis recita que “Nadie podrá ser discriminado por razones de (...) sexo, identidad de género (...), orientación sexual, estado de salud, portar VIH (...), diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva,

temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos”. Se dijo que la frase resultaba atractiva porque es aquí dónde se reconoce la categoría de ‘identidad de género’ como algo distinto a la categoría ‘sexo’. Y porque les garantiza a las personas LGBTI y especial a las personas trans, el pleno goce de sus derechos -sin discriminación- por el mero hecho de ser seres humanos.

Aquí radica la importancia de develar las características del acceso a los servicios de salud pública que tuvo la población transgénero en el Distrito Metropolitano de Quito, en el período 2013-2014. Se sabe que la sociedad quiteña sigue llevando auestas el peso de ser un lugar colonial y tradicionalmente conservador, “curuchupa” y patriarcal, donde aún no queda claro si la comunidad trans ya ha sido aceptada, o si sigue luchando para tener acceso pleno a la salud. Y en otras palabras, el derecho a la salud no es más que la reivindicación del derecho a la vida.

Se conoce, gracias a los medios de comunicación, y principalmente al activismo social que existe por parte de miembros de estos grupos, que el trato que recibe esta comunidad en los establecimientos tanto de educación, salud y trabajo no es precisamente justo.

Con esta investigación se podrá conocer, entre otras cosas, si la sociedad quiteña mantiene la tendencia a los prejuicios o si ha progresado en cuanto al respeto de los Derechos Humanos, los mismos que permiten mantener una vida digna. Esto es importante ya que el estado emocional, psíquico y psicológico de un individuo prepondera al momento de realizar una variedad de actividades diarias como aquellas que lo beneficien económicamente. Así como es importante conocer si existen las políticas públicas pertinentes que protejan a la población trans del país.

Esta investigación se realizará conforme los objetivos 2 y 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 los cuales son respectivamente: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad; y, mejorar la calidad de vida de la población.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición (CDT), realizaron entre noviembre del 2012 y enero del 2013 la Primera Investigación sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social, y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador. La misma que se enfocó en la situación de las diversidades sexuales y de género en el país, e incluyó aspectos como la caracterización de la población, participación ciudadana, educación, justicia, condiciones laborales, discriminación y exclusión, y también salud. Para lo cual se entrevistaron a 2 805 personas LGBTI en 11 ciudades del país.

Según esta investigación, citada por el diario El Universo en su publicación del domingo 27 de octubre del 2013, fecha en la que se presentaron los resultados del estudio, el 70,9% de esta población asegura haber experimentado discriminación. En cuanto a los datos de salud, un 58% del total de la población entrevistada no está afiliada al seguro social, ni tiene acceso a otro tipo de seguro de salud. Mientras que el 31% está afiliado y el 11% cuenta con un seguro de salud privado. También se pudo conocer que del total de personas consultadas el 60,1% fue atendido en establecimientos de salud públicos y un 37,9% en privados. Lo que quiere decir que el acceso a la salud no cubre todavía al 100% de la población en cuestión.

Esta tesis de titulación periodística pretende visibilizar la realidad y el contexto de salud de la población trans en cuanto a si existe acceso a la salud y cuáles son las condiciones del mismo. En cuatro capítulos se abordarán: los conceptos que dan forma a este estudio, los resultados obtenidos mediante la metodología del estudio de caso, y se ofrecerá una variada oferta de productos periodísticos que muestren las conclusiones de la investigación.

## **1. CAPÍTULO I. ¡SALUD POR LA IGUALDAD EN LA DIVERSIDAD!**

Con el objetivo de entender esta investigación y su contexto es necesario establecer en primer lugar, como marco teórico, los conceptos principales sobre temática LGBTI. En este capítulo encontrará una breve descripción de las teorías de género sociológicas y psicoanalíticas que avalan este estudio, se realizará una revisión histórica sobre el reconocimiento de la diversidad de identidades sexuales y de género en el país, y se abordará aspectos relacionados a la configuración del vigente Sistema de Salud Pública en el Ecuador.

### **1.1 Sexualidad, construcción de género e identidad**

Existen tantas teorías y conceptos sobre género y sexualidad, como mentes capaces de crearlas. Sin embargo, solo algunas han sido popularizadas, entre otros motivos, por la innovación que presentaron en comparación con la época en la que surgieron. El concepto de género en su acepción más reciente fue introducido en sus inicios entre las feministas americanas que querían insistir en la cualidad fundamental social de las distinciones basadas en el sexo, según explica Joan W. Scott (1986, s/pp.) en artículo “El género: una categoría útil para el análisis histórico”.

Para esta tesis se han seleccionado teorías con las que se permitirá explicar qué significa sexualidad, qué construcción de la categoría ‘género’ se utilizará y la diferencia de esta con la categoría ‘sexo’, qué elementos componen la identidad de una persona, entre otros temas de interés. Solamente se utilizarán extractos de las teorías seleccionadas ya que no se considera necesario ahondar en ellas.

En primer lugar, es preciso determinar el valor de la categoría ‘sexualidad’ para este estudio, dado que la población que se va a examinar se encuentra dentro de las que son consideradas sexualidades no normativas. Es importante iniciar la investigación en este punto ya que el acceso o no a los servicios de salud

que obtienen los grupos LGBTI está estrechamente relacionado con su autoidentificación tanto de género como por su sexualidad.

Para Dixon Mueller, la sexualidad comprende tanto la capacidad física para la excitación y el placer como los significados personales y socialmente compartidos, relacionados con el comportamiento sexual y con la constitución de las identidades sexuales y de género. (Dixon Mueller, 1996, pp.137-153). Mueller describe esta definición con la explicación de las siguientes interrelaciones:

- a. Dimensiones comportamentales y objetivas. Por ejemplo, lo que las personas hacen sexualmente con otras personas o con ellas mismas, y cómo hablan y actúan acerca de la sexualidad.
- b. Dimensiones culturales y/o psicológicas. Por ejemplo, los significados adscritos culturalmente al cuerpo, a lo que se considera erótico y ofensivo, y a lo que es apropiado hacer o decir para los hombres y las mujeres.

La sexualidad constituye una porción de la identidad personal. Tanto hombres como mujeres poseen ideas, juicios y dogmas acerca de ellos y ellas mismas como seres sexuados, y sobre cuál debe ser su accionar frente a la sociedad.

En su texto 'Cuerpo e Identidad' (1995, pp. 62), Marta Lamas explica que la identidad se construye en tanto los seres humanos son a la vez cuerpos sexuados y seres socialmente contruidos, que se definen sobre la base de procesos identificatorios culturales y psicológicos y no solo en relación con las diferencias sexuales corporales o anatómicas. Afirma también que los primeros pasos del proceso de construcción de la identidad se desarrollan en relación con el cuerpo. Para Lamas, el género es la "simbolización cultural de la diferencia anatómica" que va a expresarse tanto en las prácticas, las ideas y los discursos que determinan lo que es propio de los hombres y de las mujeres, como en la forma en que estos perciben e interpretan el mundo.

Por otro lado, Emilce Dio Bleichmar (1992, pp. 28) considera que el género corresponde al “sexo asignado”, que define como “el dimorfismo de respuesta que generan los progenitores a partir de la forma de los órganos sexuales externos del bebé”. O dicho en otras palabras,

“El género es un conjunto de prescripciones y prohibiciones para el ejercicio de una conducta, así como un sentimiento del ser que se reconoce femenino o masculino, por desempeñar las actividades y conductas propias de su condición, y es reconocido por los otros en tanto se ajusta a ese desempeño”. (Dio Bleichmar, 1992, pp. 28).

Es así que la sexualidad, para muchos pensadores de este último siglo, se ha aceptado como algo que no es “natural” sino que tiene una dimensión cultural y subjetiva, de modo que la manera en la que los sujetos la expresan varía según el contexto histórico y cultural al que pertenecen.

En segundo lugar, conforme señala Marta Lamas (1999, pp.155) en ‘Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género’, los seres humanos “simbolizamos un material básico, que es idéntico en todas las sociedades”, que viene a ser la diferencia corporal, específicamente, el sexo. Para Lamas, la biología muestra que los seres humanos se dividen en dos sexos, sin embargo asegura que son más las combinaciones que resultan de las cinco áreas fisiológicas de las cuales depende lo que se ha llamado hasta ahora el ‘sexo biológico’ de una persona. Para la autora las cinco áreas fisiológicas son los genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y órganos reproductivos externos o genitales. (Lamas, 1999, pp.155).

Lamas (1999, pp.156) sugiere que estas áreas controlan cinco tipos de procesos biológicos en continuum – en un proceso continuo-, (...) cuyos extremos son lo masculino y lo femenino. Menciona además, al tiempo que cita a Anne Fausto Sterling, que las investigaciones más recientes en el tema

señalan que, para entender la realidad biológica de la sexualidad es necesario introducir la noción de intersexos.

Dentro de este conjunto de procesos biológicos, añade Lamas (1999, pp.156), se pueden encontrar una variedad de posibilidades combinatorias de caracteres, cuyo punto medio es el hermafroditismo. Entonces los intersexos serían, justamente, aquellos conjuntos de características fisiológicas en que se combina lo femenino con lo masculino.

Se cree que el 4 por ciento de la población mundial está compuesta por hermafroditas desde el punto de vista biológico según señala Lamas en su texto ya citado, o dicho en otras palabras, por personas que poseen características fisiológicas de los dos sexos. Marta Lamas (1999, pp.157.) creó una clasificación rápida, de estas combinaciones en la cual se reconocen por lo menos cinco 'sexos' biológicos:

- a. Varones. Es decir, personas que tienen dos testículos.
- b. Mujeres. Personas que tienen dos ovarios.
- c. Hermafroditas o herms. Personas que tienen al mismo tiempo un testículo y un ovario.
- d. Hermafroditas masculinos o merms. Personas que tienen testículos pero que presentan otros caracteres sexuales femeninos.
- e. Hermafroditas femeninos o ferms. Personas con ovarios pero con caracteres sexuales masculinos.

Lamas asegura que esta clasificación tendría sentido sólo si se consideran los órganos sexuales internos y los caracteres sexuales 'secundarios' como una unidad. Sin embargo, afirma que conforme a la multitud de posibilidades que pueden dar lugar las combinaciones de las cinco áreas fisiológicas ya señaladas, se vería que la dicotomía hombre/mujer es, más que una realidad biológica, una realidad simbólica o cultural. Esta dicotomía se refuerza por el

hecho de que casi todas las sociedades hablan y piensan binariamente y así elaboran sus representaciones. (Lamas,1999, pp.157).

Para Lamas (1999, pp.158), la sexualidad es de lo más sensible a los cambios culturales, a las modas, a las transformaciones sociales. Lamas cita a Foucault quien inició un análisis histórico para mostrar que en el pasado el sexo existía como una actividad o una dimensión de la vida humana, mientras que en la actualidad se establece como una identidad. Como indica Foucault, por primera vez el sexo deja de ser una parte arbitraria o contingente de la identidad para inaugurar una situación inédita: ya no hay identidad sin definición sexual. Para Foucault, el sexo no tuvo siempre la posibilidad de caracterizar y constituir tan poderosamente la identidad de los sujetos.

### **1.1.1 Desarrollo psicosexual e identidad sexual**

El desarrollo psicosexual es un concepto que podría explicar mejor el proceso de socialización sexual de los individuos. Este se define como el proceso mediante el cual “una persona adquiere la identidad de género, adquiere los roles sexuales, se orienta hacia la elección de objeto sexual y los comportamientos sexuales que la llevan a aparearse y reproducirse en una sociedad que lo tipifica genéricamente”. (Carranza, s/a, pp. 88).

Dicho de otro modo, los componentes del desarrollo psicosexual se definen como identidad de género, roles sexuales, orientación sexual, adquisición del patrón de cópula, y aprendizaje del comportamiento erótico y afectivo.

#### **1.1.1.1 Identidad de género**

La identidad de género viene a ser el ‘sexo psicológico’ y psíquico que una persona cree poseer. En una manera simple de explicar, la identidad de género se traduce al hecho de sentirse hombre o de sentirse mujer. Que no es lo mismo que ser hombre o ser mujer debido a las características sexuales biológicas descritas con anterioridad. La identidad de género forma parte de la



identidad sexual en la que intervienen tanto la orientación sexual como el rol de género que desempeña un individuo en una determinada sociedad.

Y la identidad genérica de las personas varía sin duda, de cultura a cultura, de sociedad a sociedad en cada momento histórico. El modo en el cual se interpreta y simboliza la diferencia sexual también cambia, sin embargo permanece la diferencia sexual como referencia universal que da pie tanto a la simbolización del género como a la estructuración psíquica. (...) (Lamas, 1999, pp.153).

La misma autora (1999, pp.160) afirma que la identidad de género se construye mediante los procesos simbólicos que en una cultura dan forma al género. Por ejemplo, de acuerdo a lo que es considerado femenino o masculino en la sociedad ecuatoriana, se espera que un niño tenga actitudes y gustos que vayan conforme su identidad sexo-genérica. Es decir, que si se lo pone a escoger entre usar un vestido o un pantalón este muestre un rechazo evidente hacia el vestido. Mientras que una niña mostrará una predilección por el vestido.

Lo mismo sucede con la selección de los colores que decoran la vestimenta de los pequeños. En el contexto ecuatoriano el celeste identifica a los varones y el rosado a las mujeres. Las elecciones de los sujetos irán de acuerdo a sus identidades, las mismas que han sido históricamente construidas correspondientemente a lo que la cultura considera 'femenino' o 'masculino'. Lamas menciona que estos criterios se han ido transformando con el tiempo.

Por otro lado para Judith Butler, (1982, pp. 314) la identidad de género descansa sobre el inestable lecho de roca de la invención humana. Es decir, que no existe un concepto o un significado único para definir a la identidad de género. Como es un invento del ser humano es variable, depende de cada sociedad y momento de la historia. Un día puede significar algo y al siguiente puede significar inmediatamente lo opuesto.

Para Mabel Burin (1996, s/pp.), de acuerdo al artículo “Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables”, la noción de género suele ofrecer dificultades, específicamente cuando se lo asume como un concepto totalizador, que invisibiliza a la variedad de determinaciones con las que se construyen las personas como sujetos: raza, religión, clase social, nivel educativo, etc.

Según Burin, estos factores son lo que se entrecruzan en la constitución de la subjetividad, es decir en la creación de un sujeto. Burin sugiere que el género nunca se muestra en su forma pura, sino entrecruzado con otros aspectos determinantes de la vida de las personas como son su historia familiar, sus oportunidades educativas, su nivel socio-económico, etc. Sin embargo, asevera la autora, se considera necesario mantener la categoría de género como instrumento de análisis de algunas problemáticas específicas de mujeres y varones que permita ampliar la comprensión tradicional. (Burin, 1996, s/pp.).

#### **1.1.1.2 Roles de género: Feminidad y masculinidad**

Según Valeria Calderón Pinto (1999, pp. 27), en cuanto a la adquisición y desarrollo de los roles propios de cada género (femenino y masculino) y de los contenidos genéricos de estos, existe de por medio un proceso de socialización en el que toman parte la familia, los sistemas educativos, los medios de comunicación, los grupos de individuos semejantes, entre otros. Todos ellos transmiten mensajes verbales y no verbales que moldean las actitudes y comportamientos en relación con la sexualidad.

Los roles de género han sido vistos tradicionalmente como complementarios. La construcción social y psicológica del género es el pilar de la construcción de la inequidad social y de la discriminación y marginación de la mujer, y de lo femenino, de las esferas del poder social, económico, político y religioso (Calderón, 1999, pp.28). Siempre lo masculino ha ocupado un lugar privilegiado con respecto a lo femenino. Y esto se traslada a la situación que

viven en la actualidad los grupos LGBTI en relación a las personas heterosexuales o sin una disforia de género evidente. -La disforia de género es la incomodidad con el rol de género que a un individuo le toca vivir.- Los heterosexuales por representar a la mayoría ostentan el poder sobre quienes pertenecen al grupo de las personas con sexualidades marginales.

Según afirma Judith Butler (1986, pp.319) en el artículo 'Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Witting y Foucault', "el género y la forma de encarnarlo es una elección. Y la elección de asumir determinado tipo de cuerpo, vivir o vestir el propio cuerpo de determinada manera, implica un mundo de estilos corpóreos ya establecidos". Menciona también que adoptar un género es interpretar las normas de género recibidas de un modo tal que las reproduce y organiza de nuevo.

Del mismo modo (1986, pp. 319), comenta que:

"Los constreñimientos sociales acerca del acatamiento y la desviación de género son tan enormes que mucha gente se siente profundamente herida si se les dice que ejercen su masculinidad o feminidad inapropiadamente. En la medida en que la existencia social requiere una afinidad de género que no sea ambigua, no es posible existir en un sentido socialmente significativo fuera de las normas de género establecidas".

Conforme a Michael S. Kimmel (1997, pp. 4) en el texto "Homofobia, temor, vergüenza y silencio de la identidad masculina", en cuanto a la masculinidad se refiere, el autor asegura que histórica y evolutivamente se ha definido la masculinidad como la huida de las mujeres o el repudio de la feminidad.

Menciona que desde los planteamientos de Freud se ha llegado a entender que en términos evolutivos, la tarea que los niños deben enfrentar a lo largo de su vida es desarrollar una identidad segura de sí mismos como hombres.

Kimmel cita al proyecto edípico de Freud que es un proceso de la renuncia del niño a su identificación con el profundo vínculo emocional con su madre, reemplazándola entonces por el padre como objeto de identificación. (Kimmel, 1997, pp.5).

### **1.1.1.3 Orientación sexual**

Es la tendencia o inclinación sexual de cada sujeto. Es decir por quién se siente deseo o atracción sexual. Según Kimmel (1997, pp. 8), la masculinidad es una aprobación homosocial, es decir, los hombres siempre buscan la aprobación de otros hombres para validar su hombría en la sociedad. Kimmel destaca que si la masculinidad es entonces una aprobación homosocial, su emoción más relevante es el miedo.

Kimmel (1997, pp.8) asevera que en el modelo de Freud:

“El miedo del poder del padre aterra al muchacho joven llevándolo a renunciar al deseo por su madre y a identificarse con él. Este modelo une la identidad de género con la orientación sexual: la identificación del niño pequeño con su padre (que lo lleva a ser masculino) le permite ahora comprometerse en relaciones sexuales con mujeres (se vuelve heterosexual). Este es el origen de cómo se puede leer la orientación sexual de alguien a través del exitoso desempeño de la identidad de género”. (Kimmel,1997, pp.8).

Por otro lado, aclara que si el muchacho en la etapa preedípica se identifica con su madre, ve el mundo a través de los ojos de su madre. Así, cuando se confronta con su padre durante su gran crisis de la etapa edípica, experimenta una visión dividida entre como ve su madre a su padre, -con una combinación de temor, maravilla, terror, y deseo- y simultáneamente como él quisiera verlo, -como el objeto no de deseo pero sí de emulación-. Surge así un deseo homoerótico que según el mundo heteronormado debe ser suprimido.

La homofobia en palabras de Kimmel (1997, pp.5 ) es el esfuerzo por suprimir el deseo homoerótico que sienten los hijos por sus padres del mismo sexo para purificar todas las relaciones con otros hombres, con las mujeres, con los niños, y para asegurar que nadie pueda confundir a un individuo con homosexual.

La orientación sexual no depende del género del individuo. Siendo así que una persona puede autoidentificarse como hombre, ser femenino pero poseer una orientación sexual hacia las personas del sexo biológico opuesto. O viceversa, una mujer, con representaciones masculinas de su ser, puede sentir atracción sexual por un hombre.

### **1.1.2 Precisiones sobre sexo y género**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. La OMS señala que las diferentes funciones y comportamientos de hombres y mujeres pueden generar desigualdades de género, o dicho de otro modo, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. (OMS, 2014).

Por otro lado, el sexo es definido por la OMS como “las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer”. El sitio [www.who.int](http://www.who.int) menciona que si “bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres”. (OMS, 2014).

En palabras simples, el sexo es la diferencia biológica entre hombres y mujeres, y el género es un constructo social que encarna esa diferencia representada por los genitales femeninos o masculinos. Estas características

marcan los procesos de desarrollo de los individuos, y dan la pauta de comportamiento individual y colectivo desde el momento del nacimiento hasta la muerte.

Gayle Rubin, en su destacado ensayo 'The Traffic in Women: Note on the Political Economy of Sex', define el sistema sexo-género como el "conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas". (Rubin, 1975, pp. 97).

Del mismo modo que han opinado otras autoras, el género se resume en una categoría construida "social, histórica y culturalmente. Es, la institucionalización social de la diferencia de sexo" (Santa Cruz, 1994, pp. 49). Esta categoría define las formas en que las personas deben estructurar sus vidas, es decir, seguir los roles socialmente aceptados y esperados, según sean mujeres u hombres y actuar de un modo femenino o masculino.

La asignación de tareas dependiendo del género de los seres humanos ha permitido sustentar las desigualdades sociales que subordinan a las mujeres, y la asimetría global que existe en las relaciones masculino/femeninas, en términos de roles sexuales (Barbosa y Villela, 1996).

En cuanto a la categoría 'género', Marta Lamas (1999, pp.87) afirma en "Género, diferencias de sexo y diferencia sexual" que teóricas feministas han conceptualizado el género como:

"(...) El conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es 'propio' de los hombres (lo masculino) y lo que es 'propio' de las mujeres (lo femenino)".

### 1.1.3 La norma 'hétero' como imposición social

La forma dominante de sexualidad es la heterosexualidad, está estrechamente vinculada con la regulación social de la sexualidad, y está condicionada por el género.

Parafraseando a Lamas (1999, pp.89), la lógica del género se ve reflejada en la ley social. Y esta construye una escala de valores e ideas que parten de la oposición binaria hombre-mujer y, sus determinadas conductas y sentimientos.

A través del género se ha "naturalizado" la heterosexualidad, excluyendo a la homosexualidad de una valoración simbólica equivalentemente aceptable. Pese a que en la cultura y sociedad actuales se acepte la homosexualidad, el deseo homosexual queda fuera de la lógica del género, y tiene un estatuto (simbólico, moral y jurídico) diferente al de la heterosexualidad: está fuera de la ley. (Lamas, 1999, pp. 89).

En Lamas (1999, pp. 86) se establece que estudios feministas han arrojado reflexiones pioneras sobre lo que simbolizaría la supresión del marco binario hombre-mujer con el que se construye la categoría género y, por consiguiente, con el se que piensa y sanciona la orientación sexual. Estos planteamientos utópicos y radicales como sugiere Lamas, se parecen a una idea señalada ya por Freud a principios de siglo. Freud estableció la idea de la calidad indiferenciada de la libido sexual.

Es decir, para Freud el ser humano es básicamente un ser sexual, cuya pulsión lo llevaría a una actividad sexual indiferenciada o "perversa polimorfa" si no fuera porque la cultura orienta artificialmente la conducta hacia la heterosexualidad. (Lamas, 1999, pp.85). Dicho de otro modo, para Freud el ser humano es un sujeto fundamentalmente bisexual que puede sentir atracción por los hombres o las mujeres sin distinción, y es la sociedad y su estructura héteronormada la que lo hace inclinarse por la heterosexualidad.

La comprensión de la hegemonía de unos significados sociales sobre otros permite conocer cómo estos pueden ser transformados. La comprensión de la heterosexualidad, explica Lamas, conduce a una disputa que pretende redefinir una nueva legitimidad sexual, ya que es innegable que la normatividad heterosexual impuesta a la humanidad es limitante y opresiva, pues no da cuenta de la multiplicidad de posiciones de sujeto y de identidades de personas que habitan el mundo. (Lamas, 1999, pp. 85).

Pese a que la teoría muestra que únicamente existen dos géneros válidos de acuerdo a la significación sexual biológica que representan, la experiencia da muestra de que existe una gama extensa de 'tonalidades sexuales' que se ubica en la mitad de estos polos opuestos que son lo masculino y lo femenino. Sin tener que interpretarlos como estados 'anormales'. Si bien se quiere describirlos de algún modo, podrían ser descritos como tonalidades sexuales poco comunes. No existe lo normal o lo anormal, sino lo más común.

Citando textualmente a Marta Lamas (1999, pp. 85):

“Investigar la genealogía de nuestros arreglos sexuales vigentes conduce a denunciar cómo un conjunto de supuestos sobre la "naturalidad" engendran ciertas prácticas opresivas y discriminatorias. Cualesquiera sean los orígenes genéticos o psíquicos de la homosexualidad, lo que podemos transformar son los efectos sociales. Los significados negativos sobre la forma en que millones de personas organizan su vida sexual deben ser puestos en tela de juicio. No se trata de defender el derecho de las "minorías sexuales" sino de cuestionar la heterosexualidad como la "forma natural" alrededor de la cual surgen desviaciones "antinaturales". El camino es comprender que las identidades sexuales de las personas responden a una estructuración psíquica donde la heterosexualidad o la homosexualidad son el resultado posible. La lógica del género valoriza una y devalúa la otra. Por otra parte, las identidades de género son inventos culturales,



ficciones necesarias que sirven para construir un sentimiento compartido de pertenencia y de identificación”.

### **1.1.3.1 Violencia simbólica: Lo ‘hétero’ y lo ‘homo’**

Tradicionalmente se ha violentado a lo que se percibe como lo ajeno a uno mismo, a lo diferente, a lo ‘raro’. Desde el mundo heteronormado se margina a todo aquello que proviene del mundo homosexual. Dentro de la cultura el género de los individuos marca a los seres humanos, y es el género el que forma las percepciones de todo aquello que identifica a una comunidad. Lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano está marcado por la lógica del género, la misma que es una lógica de poder, de dominación. Según Bourdieu, sociólogo francés, esta es una forma paradigmática de violencia simbólica, que se entiende como aquella violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento.

De acuerdo a Martha Lamas (1999, pp.103), para Bourdieu existe gran dificultad para analizar la lógica del género ya que se trata de (...) una institución que ha estado inscrita por milenios en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales, por lo que el analista tiene toda la posibilidad de usar como instrumentos del conocimiento categorías de la percepción y del pensamiento que debería tratar como objetos del conocimiento.

Según Bourdieu, el orden social masculino- en este caso el orden social heterosexual- está tan profundamente arraigado que no requiere justificación: se impone a sí mismo como autoevidente, y es tomado como "natural" gracias al acuerdo "casi perfecto e inmediato" que obtiene de, por un lado, estructuras sociales como la organización social de espacio y tiempo y la división sexual del trabajo, y por otro lado, de estructuras cognitivas inscritas en los cuerpos y en las mentes. (Lamas, 1999, pp. 103).

Menciona también que estas estructuras cognitivas se inscriben mediante el mecanismo básico y universal de la oposición binaria (hombre-mujer). De modo tal que:

“(…) Las personas dominadas,- en este estudio los grupos LGBTI-, aplican a cada objeto del mundo (natural y social) y en particular a la relación de dominación en la que se encuentran atrapadas, así como a las personas través de las cuales esta relación se realiza, esquemas no pensados de pensamiento que son el producto de la encarnación de esta relación de poder en la forma de pares (alto/bajo, grande/pequeño, afuera/adentro, recto/torcido, etcétera) y que por lo tanto las llevan a construir esta relación desde el punto de vista del dominante como natural”.

Para Lamas, Bourdieu señala que la eficacia masculina -heterosexual- radica en el hecho de que legitima una relación de dominación al inscribirla en lo biológico, que en sí mismo es una construcción social biologizada.

La dominación de género muestra mejor que ningún otro ejemplo que la violencia simbólica se lleva a cabo a través de "un acto de cognición y de falso reconocimiento que está más allá de, o por debajo de, los controles de la conciencia y la voluntad". Según Bourdieu, este acto se encuentra en las oscuridades de los esquemas de hábitos, esquemas que a su vez son de género y engendran género. (Lamas, 1999, pp.103).

Lamas asegura que la supuesta "tolerancia" hacia las personas homosexuales solo es lo que Bourdieu llama una "estrategia de condescendencia" que lleva a la violencia simbólica a un grado más alto de negación y disimulación. (Lamas, 1999, pp. 105).

Según Foucault (1988, pp. 241), en su texto 'El sujeto y el poder' que habla sobre la dinámica y la naturaleza de las relaciones de poder, se puede deducir

que entre las personas heterosexuales y las homosexuales o pertenecientes a algún sexualidad no normativa, también se aplica la misma manera de relacionarse.

Por ejemplo, en el apartado que trata sobre la objetivación del sujeto, existen prácticas divisorias las mismas que entran en juego cuando un sujeto se divide a sí mismo o es dividido por los otros. Este proceso lo objetiva o convierte en objeto. Los ejemplos más comunes de estas prácticas divisorias son los opuestos: loco-cuerdo, sano-enfermo, criminal- 'los buenos muchachos'. (Foucault,1988, pp.241). En la actualidad otro opuesto, resultado de las prácticas divisorias viene a ser heterosexual-homosexual.

Sobre la naturaleza de las relaciones, según el autor, el sujeto se sitúa en relaciones de producción y de significación. Es decir se sitúa en relaciones de poder complejas. Menciona que la 'resistencia' que podría ejercer uno de los dos bandos serviría para encontrar las relaciones de poder, ubicar su posición, indagar su punto de aplicación y los métodos que usa. (Foucault,1988, pp.249).

De acuerdo a esto, Foucault subraya que existen varios tipos de luchas para resistirse ante el poder que un grupo ejerce sobre el otro. Las luchas antiautoritarias son el primer tipo. Estas cuestionan el estatus del individuo. Son conocidas como las luchas contra el 'gobierno de la individualización'.

Para Foucault, (1988, pp. 253) otro tipo son las luchas/resistencia cuyo principal objetivo es atacar una forma de poder, o en otras palabras de atacar la técnica que se utiliza. Una forma de poder que se aplica a la inmediata vida cotidiana que categoriza al individuo, le asigna su propia individualidad, lo ata en su propia identidad, le impone una ley de verdad sobre sí que está obligado a reconocer y que otros deben reconocer en él. Esta es una forma de poder que hace sujetos individuales. Para el autor existen dos tipos de sujetos:  
Sujeto 1: Sujeto a alguien por medio del control y de la dependencia.

Sujeto 2: Ligado a su propia identidad por conciencia o autoconocimiento.

También asegura que las luchas pueden clasificarse como:

Contra la forma de dominación: Es decir, étnica, racial, religiosa. En este tipo de lucha se encuentra ubicada la población LGBTI que experimenta una forma de dominación social y religiosa, debido a fenotipo del éxito. El mismo que señala que para sobresalir en la sociedad es necesario tener las siguientes características: ser un hombre blanco joven heterosexual, y pudiente.

Contra lo que liga al individuo a sí mismo, y lo somete a otros en esta forma (lucha contra la sujeción, contra formas de subjetividad y de sumisión): Los grupos LGBTI también promulgan este tipo de lucha que se evidencia contra lo heteronormado. Ellos y ellas sienten una sujeción ante las leyes que no los reconocen en su totalidad. Las personas LGBTI luchan por una nueva subjetividad.

El no reconocimiento de la población LGBTI y sus derechos aún pese a sus luchas, los convierte en un segmento violentado y sometido ante las representaciones mistificadoras de la sociedad que sigue siendo leída con lentes patriarcales y héteronormativos. Si la balanza ahora se inclina por una vida 'heterosexual' preponderante en las relaciones de poder actuales, es necesario recordar que mientras existan dichas relaciones de poder siempre existirá cabida para una posible lucha. (Foucault, 1988, pp.257).

#### **1.1.4 Grupos LGBTI: Identidades que rompen la norma**

Según Simone de Beauvoir (1949, pp.19 ), en su texto 'El segundo sexo', "la humanidad se divide en dos categorías de individuos cuyos vestidos, rostro, cuerpo, sonrisa, porte, intereses, ocupaciones son manifiestamente diferentes". Se refiere a hombres y mujeres y asegura que si acaso esas diferencias sean superficiales; tal vez estén destinadas a desaparecer. Asegura que por el momento esas diferencias existen con "deslumbrante evidencia".

La evidencia biológica divide a la humanidad en hombres y mujeres dependiendo de sus genitales, o de su sexo biológico. Beauvoir establece que el primer sexo es el hombre y el segundo sexo es la mujer. Entre varias de sus afirmaciones se encuentran las siguientes que indican por ejemplo, que ninguna colectividad se define jamás como Una sin colocar inmediatamente enfrente a la Otra.

En este caso los grupos LGBTI pertenecen a los 'otros', de quienes se piensa no poseen ni las cualidades ni las necesidades que ellos mismos demandan del Estado. Para efectos de este estudio, ese requerimiento es la salud.

La autora insinúa que es la desigualdad numérica la que, con frecuencia, confiere ese privilegio: la mayoría impone su ley a la minoría o la persigue. "El hombre blanco relega al negro a la condición de limpiabotas, y de ello deduce que sólo sirve para limpiar botas". (Beauvoir, 1949, pp.23). Esta es una comparación metafórica de la situación LGBTI, en la que por motivos de exclusión en el ámbito educativo y posteriormente laboral, los miembros de este grupo no cuentan con los recursos para tener otras maneras de 'ganarse la vida' que no sean dedicarse a área de la belleza y la estética femenina y/o masculina.

Para Beauvoir (1949, pp.23), se descubre en la conciencia misma del sujeto una hostilidad fundamental con respecto a toda otra conciencia, es decir al reconocimiento de que existe alguien más a parte uno mismo; el sujeto no se plantea más que oponiéndose: pretende afirmarse como lo esencial y construir al otro en inesencial, en objeto. Lugar que ocupan hoy las personas LGBTI.

#### **1.1.4.1 Surgimiento de grupos LGBTI en Ecuador**

Según el artículo de Sofía Argüello Pazmiño (2012, s/a.), 'La explosión de grupos GLBT en Ecuador', publicado por el portal web País Canela es en los años noventa que gracias a la despenalización de la homosexualidad (1997) y la ley antidiscriminación por orientación sexual, la explosión de los grupos y

agendas LGBTI en el país encuentra un detonante. En año 1998 se organiza el primer desfile del Orgullo Gay en la ciudad de Quito.

Argüello menciona que después del proceso de despenalización de la homosexualidad, en Ecuador se inicia una campaña de proyectos para combatir el virus del VIH Sida, auspiciada principalmente por agencias internacionales. Empero, a inicios de 2000 se observa “una vertiginosa presencia de grupos y organizaciones que se van formando y fortaleciendo en los procesos de trabajo que se desencadenaron desde 1994”. (Argüello, 2012).

Las distintas necesidades y evidentes diferencias de los grupos LGBTI de la época permiten que se generen proyectos organizativos propios de cada segmento de los grupos LGBTI. Los hombres gay por ejemplo, construían demandas por fuera de los proyectos en contra del virus VIH. Argüello argumenta que tanto la despenalización como la ley antidiscriminación “volvieron público el debate de las diversidades sexuales, lo que supuso la visibilidad de los grupos, sus problemáticas, sus propuestas en los medios de comunicación”. Esto provocó que varios actores afines al proceso de reconocimiento LGBTI salieran a la luz.

Las agendas LGBTI en el Ecuador se conforman, en primera instancia, cuando se generan las propuestas para forjar cambios legales y de reconocimiento desde los espacios institucionales del Estado, es decir, cuando se plantea modificar la Constitución Política del país. (Argüello, 2012) Esto dio lugar a que se pusiera en evidencia ante la sociedad la diversidad de identidades sexuales existentes en el Ecuador. También surgen protagonismos personales e institucionales dentro de la organización que hasta entonces representaba a los grupos GLBT conocida como la Fundación de Estudios, Acción y Participación Social (Fedaeaps). Se crearon varios grupos con diferentes intereses lo que llevó a una ruptura evidente de la organización.

Es en el año 2001 que la gente empieza a procesar e internalizar la dimensión del cambio. Fueron los travestis y transgéneros que desde la organización

Coccinelli mostraron el rostro público de la población homosexual en ese entonces.

“Luego de estos hitos la explosión de organizaciones se presenta como un eje articulador importante. El “espacio propio” genera un lugar común de acción. Los colectivos GLBT se enfrentan con sus propias diferencias internas. Lo que inicialmente podría unir a hombres gays no lo haría con mujeres lesbianas o travestis”. (Argüello, 2012).

Argüello ratifica que se vivió un “estallido de conformación de grupos de diversidad sexual que visibilizaban ya no solo a grupos de hombres gays sino también a la irrupción de grupos de lesbianas, travestis, transformistas, DragQueens”. Añade que esta irrupción de agrupaciones indicaba la “visibilización de otras identidades sexuales que no entraban en la escena de lo que fueron las primeras travesías de la constitución de estos grupos”. No eran únicamente los hombres gays quienes se reunían y proponían agendas. El riesgo de contraer VIH Sida, la vulnerabilidad, epidemia o prevención, ya no se encontraban como el eje central del trabajo de las organizaciones. El discurso cambió “de la prevención y la “condonización” hacia agendas incluyentes de derechos”. (Argüello, 2012).

En los últimos años, según el artículo ‘El GLBTI, colectivo que gana espacios’ del diario El Universo publicado en el año 2103, han sido varios los avances que han alcanzado los grupos LGBTI en el país. Por ejemplo, la inclusión en diversos cuerpos legales de la no discriminación por orientación sexual, la inclusión de la identidad de género, la legalización de las uniones de hecho entre personas del mismo sexo, la tipificación de crímenes de odio por orientación sexual, y otros.

Según el sitio web de la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, ente gubernamental creado en el 2009, existen 19 organizaciones LGBTI inscritas en el país. La página menciona que en Quito hay 10, en Guayaquil 6; y en Salinas, Cuenca y Machala existe una organización, respectivamente. Para Diane Rodríguez, primera candidata

transexual que participó en una elección (2013) para asambleísta en el Ecuador, existen más. (El Universo, 2013).

Según el artículo, en septiembre del 2013, activistas y colectivos LGBTI propusieron una reforma a la Ley del Registro Civil vigente, tramitada por la Comisión de Gobiernos Autónomos de la Asamblea. Cuya principal modificación es que en la cédula de ciudadanía se cambie la palabra sexo por género. La población trans considera que el género es una categoría mucho más amplia, y esta permite identificar la opción sexual con la que una persona se define, sea femenina o masculina. Las agrupaciones proponentes creen que el 'sexo' debería ir en la ficha de identificación (partida de nacimiento) y no en el documento de ciudadanía. (El Universo, 2013).

### **1.1.5 Una mirada queer a las identidades de género**

Judith Butler (1990, pp.164), primera teórica queer que aborda la separación entre género y sexo, en su obra *El género en Disputa*, propone una desnaturalización de conceptos como el sexo, el género y el deseo debido a que son construcciones culturales de normas que violentan a aquellos sujetos que no participan de las mismas.

La teoría queer, una hipótesis sobre género y sexualidad, establece que los géneros, las identidades sexuales y las orientaciones sexuales de las personas son el resultado de construcciones sociales y que no están esencial o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, sino que se trata de cuestiones variables y/o moldeables. En tanto para sus críticos, la orientación sexual y la clasificación sexual no pueden ser considerados construcciones sociales debido que a cada ser humano nace de uno u otro modo, de acuerdo a lo establecido por un sistema binario (hombre-mujer). (Butler, 1990, pp.165).

Como cita Butler (1990, pp.165), Simone Beauvoir estableció que:

“Se nace con un sexo, como un sexo, sexuado, y que ser sexuado y ser humano son términos paralelos, simultáneos, el sexo es un atributo analítico de lo humano (...) Pero el sexo no crea el género; no se puede



afirmar que el género refleje o exprese el sexo. El género se adquiere (...) es la construcción cultural variable del sexo: las múltiples vías abiertas de significado cultural originadas por un cuerpo sexuado". (Butler, 1990, pp. 225).

Según explica Butler, la separación entre género y sexo nos diría que los cuerpos sexuados pueden ser o pertenecer a muchos géneros diferentes. El género no se limita necesariamente a los dos géneros habituales. Si el sexo no limita al género, entonces quizás haya géneros, o formas de interpretar el cuerpo sexuado- que no estén en absoluto limitados por la dualidad aparente del sexo. (Butler, 1990, pp. 170).

Por lo tanto, la clasificación de masculino o femenino sería válida únicamente para cumplir con fines económicos y reproductivos. Lo heteronormado no quiere decir en sí lo natural si no lo que a través de la historia ha venido siendo lo que más se ha puesto en práctica. La teoría queer se resume en la libertad de elegir la identidad sexo-genérica que cada individuo quiera para sí.

#### **1.1.5.1 Teoría queer en América Latina**

Se considera a lo queer como teorías y prácticas políticas de contestación y resistencia a las políticas de identidad, según lo establece el *dossier* '¿Cómo se piensa lo "queer" en América Latina?' de los autores María Amelia Viteri, José Fernando Serrano y Salvador Vidal-Ortiz (2011, pp. 48). Los autores plantean que lo queer funciona como una forma de ubicarse en los debates sobre sexualidades y género y observar sus 'márgenes', normas y hegemonías. También se percibe a lo queer como las prácticas transgresivas que redefinen la relación establecida con la familia, la nación o la ciudadanía.

Para los autores, existe una cierta tendencia posmoderna a criticar estructuras y saberes, haciendo que lo queer deje de lado las nociones minoritarias de la sexualidad para enfocarse en los sistemas de opresión y los mecanismos que definen los procesos de subjetivación. (Viteri, Serrano, Vidal-Ortiz, 2011, pp. 49).

En el dossier se establece que al trasladar la teoría queer y el concepto de lo queer no existe traducción, ni equivalente en español para esta palabra.

Según el dossier '¿Cómo se piensa lo queer en América Latina?':

“Entender lo queer como desestabilizante es central y mucho más productivo que verlo como gai o lésbico, pues en ese primer sentido se fusionan tanto las políticas queer (no académicas) como las políticas de conocimiento en los estudios queer. Lo útil de lo queer es que permite observar que el deseo o la sexualidad no son aspectos menos importantes para la comprensión de las sociedades como la economía o la religión”. (Viteri, Serrano, Vidal-Ortiz, 2011, pp. 54).

Para Viteri, Serrano y Vidal-Ortiz, la noción de diversidad sexual y de género ha sido una de las formas en las que se viene trabajando en la región latinoamericana las cuestiones de sexualidades no normativas o construcciones de género no dicotómicas.

Para concluir, el texto aclara que las maneras a través de las cuales se nombra la diferencia sexual y de género están directamente relacionadas con procesos transnacionales utilizados por grupos de personas marginadas para nombrarse en la construcción de nación, racialización, colonización, o explotación de clase. (Lind, Pág. 12, 2009). De manera que localizar una discusión alrededor del sexo, el género y la sexualidad implica al mismo tiempo un tipo de traducción cultural. (Viteri, Serrano, Vidal-Ortiz, 2011, pp.57).

## **1.2 La salud en el Ecuador**

### **1.2.1 La salud: un concepto integral**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud implica que todas las necesidades

fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Conforme a lo descrito en la página oficial de la OMS, esta cita proviene del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. (OMS, 2014).

De acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural del Sistema Nacional de Salud (MAIS-FCI) (2012) elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la salud es entendida en una doble dimensión:

“Como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo. La salud se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones”. (MAIS-FCI, 2012).

La salud se divide en tres áreas fundamentales: salud física; salud mental y emocional; y, salud sexual y reproductiva. En cuanto a la salud física, esta se refiere al estado de bienestar del cuerpo o del organismo en concreto. El ejercicio, una buena alimentación, buenas rutinas de higiene y los controles preventivos periódicos con especialistas de la salud permiten mejorar la calidad de vida y evitar posibles enfermedades.

La salud mental y emocional, por su parte, según la OMS (2014) es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades diarias y puede

hacerle frente al estrés normal de la vida, es capaz de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. La salud emocional, específicamente, se ve reflejada cuando un individuo tiene la capacidad de manejar responsablemente sus sentimientos, pensamientos y comportamientos, además de ser capaz de tomar decisiones asertivas. La salud mental y emocional es entonces la base del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad según la organización. (OMS, 2014).

La salud sexual y reproductiva, según Amada Izquierdo Hernández (2013) en la revista Cubana de Enfermería, es “ fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones”. Esta área de la salud implica que los individuos puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, del mismo modo que puedan tener la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia quieren reproducirse, teniendo en cuenta que gozan del derecho a informarse y el acceso a métodos de anticoncepción o en su defecto de fertilización. Para la autora existen cinco aspectos esenciales de la salud reproductiva y sexual que son:

“Mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual”. (Izquierdo, 2013).

La salud sexual y reproductiva, puede parecer la más relevante en este estudio de titulación, sin embargo, es precisamente este paradigma que relaciona a lo LGBTI únicamente con la sexualidad y la salud sexual el que se quiere deconstruir. Las personas LGBTI no solo necesitan atención especializada en esta área de la salud específicamente, sino en toda aristas de su salud de manera holística.

### 1.2.1.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Para la OMS, los determinantes sociales de la salud son:

“Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”. (OMS, 2014).

Según el sitio oficial de la OMS, en respuesta a la progresiva preocupación originada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud instauró en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que brindara asesoramiento respecto al modo de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, divulgado en agosto de 2008, se plantean tres recomendaciones generales: mejorar las condiciones de vida cotidianas; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y, medición y análisis del problema. (OMS, 2014).

Los determinantes sociales elaborados por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son clasificados en: contexto socioeconómico y político; posición socioeconómica; los determinantes intermedios o factores intermediarios; y los determinantes medio ambientales.

Sin embargo, de manera más precisa y clara, existe otra segmentación de los determinantes antes mencionados. Según Marck Lalonde (1974, s/pp.), los determinantes de la salud se pueden dividir en:

- a. Determinantes conductuales: Hábitos, costumbres, creencias, actitudes, comportamientos.

- b. Determinantes biológicos: Genes, edad, género, nutrición, inmunidad, vigor.
- c. Determinantes ambientales: Aire, agua, tierra, fuego.
- d. Determinantes sociales: Relaciones familiares, situación financiera, trabajo, comunidad y amigos, libertad personal, valores personales.

### **1.2.2 Consideraciones históricas sobre el Sistema de Salud en Ecuador**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su publicación del año 2008 'Perfil de los Sistemas de Salud de Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma', establece que a lo largo de la historia, el Sistema de Salud Pública en Ecuador se ha caracterizado por ser segmentado y por poseer un modelo de gestión centralizado.

La OPS asegura que la oferta se ha concentrado en temas de carácter curativo y hospitalario, con un menor énfasis en el fortalecimiento de la gestión del sistema, la calidad de los servicios y el incremento de la cobertura (OPS, 2008). Del mismo modo, la respuesta institucional pública se ha limitado a la solución de problemas coyunturales y, por consiguiente, ha existido una escasa planificación de carácter estratégico y una falta de alineación de la política estatal de salud. (Villacrés, 2008, s/pp).

En 'La salud de la población medio siglo de cambios', Margarita Velasco (2011, s/pp.) establece que el nacimiento de la atención de salud estatal se encaminó al cuidado a los más pobres, la atención salubre en la actividad portuaria y la sanidad marítima orientada a la agroexportación. En 1967 se institucionaliza la necesidad de responder a la realidad epidemiológica de la población a través de la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP), como entidad rectora del sistema. Fue en 1972 cuando se realizó el primer esfuerzo para consolidar un "Sistema estatal de salud" y hasta la década de los noventa que se empezó a visualizar a la Atención Primaria en Salud como estrategia para consolidar dicho sistema. (Velasco, 2011, s/pp).

Simultáneamente al entorno político de la época marcado entre los años 1992 y 2006 de un alto grado de inestabilidad, los repetidos cambios de autoridades, con planes y programas propios -nueve ministros entre el 2001 y 2005-, debilitan al MSP como autoridad sanitaria y dificultan la sostenibilidad de los procesos de cambios. (OPS, 2008).

De este contexto histórico emerge la estructura general del sector salud del Ecuador, actualmente caracterizado por la interacción de diferentes actores que mantienen un esquema organizacional, de gestión y financiamiento diferenciado. (Flores, Castillo, 2012). De modo que, el sistema institucional que proporciona servicios de salud al 75% de la población ecuatoriana conforme lo sugieren María Gabriela Flores y Anabel Castillo, comprende la participación de instituciones de tres subsistemas: público, privado y mixto.

El modelo público de provisión de servicios de salud está compuesto por cuatro instituciones Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Issfa), e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Isspol). La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca), por su parte, corresponden a las entidades dentro del grupo clasificado como instituciones de carácter mixto, considerando que su financiamiento es heterogéneo. (OPS, 2008).

El MSP es la institución rectora encaminada en la regulación, dirección y control de entes públicos, privados y mixtos. Asimismo, presta servicios de salud a alrededor del 30% de la población ecuatoriana. (MSP, 2007). El MSP es apoyado en su actuación como rector por el Consejo Nacional de Salud (Conasa), creado en 1980, cuyo objetivo es entablar consensos en la política pública y desarrollar mecanismos de coordinación para la organización del Sistema Nacional de Salud (SNS). (Conasa, 2011). La función del Conasa, ente nacional, es concertar entre los 17 integrantes del Sistema Nacional de Salud sobre la aplicación de la política nacional de salud. (Flores, Castillo, 2012).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), oficialmente institucionalizado en 1981, es por su lado la entidad que en el marco de la Ley de Seguridad Social busca “proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte”. (IESS, 2011). Como gestor de la seguridad social, su aporte dentro del sistema de provisión de servicios de salud se realiza en torno al Seguro de Salud y el Seguro Social Campesino. El IESS constituye la principal institución aseguradora dentro del sistema. (MSP, 2007).

Por su parte, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Issfa), y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Isspol) son entes de aseguramiento y prestaciones médicas enmarcadas en el régimen de las Fuerzas Armadas del Ecuador (FFAA) y la Policía Nacional del Ecuador, respectivamente. (Flores, Castillo, 2012).

El Issfa fue creado en 1992, como respuesta a la necesidad de institucionalizar la iniciativa del Seguro Social Militar, la Ley de Retiro Militar, y la Ley de Pensiones aprobadas en 1928 (Issfa, 2011). La creación del Isspol se desarrolla simultáneamente a la aprobación de la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional en 1995. Así, el Isspol surge como “un servicio público obligatorio y un derecho irrenunciable del profesional policial” (Isspol, 2011).

### **1.2.3 Contexto de la Salud en el Ecuador**

De acuerdo al Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de cambios conforme a la ideología del gobierno conocida como de la Revolución Ciudadana, impulsada desde el año 2007. Conforme esta visión, la salud es reconocida como un derecho fundamental e inalienable garantizado por el Estado ecuatoriano, y se instaura en un eje estratégico para el desarrollo y el alcance del Buen Vivir. (MAIS, 2012).



La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o 'Sumak Kawsay'. (MAIS, 2012). De igual manera, el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, establece las políticas y metas que favorecerán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

Según lo asegura el texto ya descrito, la mirada social y multidimensional del proceso salud-enfermedad definido en el marco legal vigente, redimensiona e imprime obligatoriamente nuevos retos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto. (MAIS, 2012).

Profundizar la Revolución en Salud se configura como el desafío del momento, mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales. Entre los cambios se encuentran: El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; el reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud; la reingeniería institucional pública y privada; la articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado; y, la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social. (MAIS, 2012).

Según manifiesta el Ministerio de Salud Pública (2012):

“Pese al reconocimiento sobre la importancia de que la atención en salud se encuentre organizada por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades, la escases e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad

resolutiva y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud. De igual manera, el III nivel de atención, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad sufrió el embate del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión”. (MAIS, 2012).

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud debe afrontar estos problemas y también nuevos retos y necesidades que sobrevienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico del país.

Conforme esto, desde el año 2007 el gobierno actual en función del cumplimiento del ‘Sumak Kawsay’ o el Buen Vivir (que constituye la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones), decidió priorizar el sector social y el sector de la salud a través del incremento del presupuesto. Además, correspondientemente con lo que dicta la Constitución se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. “Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país”. (MAIS, 2012).

En primer lugar, se participó en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se puso en marcha el fortalecimiento del I Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

Según el MSP, las coberturas de atención se beneficiaron gracias a la política de gratuidad y la inversión en unidades del Ministerio de Salud Pública. Del mismo modo, se reposicionó los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de las necesidades.

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud. La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2013- 2017, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud. (MAIS, 2012).

#### **1.2.4 Configuración de un Sistema Nacional de Salud**

Para iniciar esta sección es primordial definir qué es un Sistema de Salud. Según la OMS en su 'Informe sobre la salud, en el mundo' del año 2000, un sistema de salud "abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud". Según el estudio 'Una mirada desde la sociedad civil a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud' publicado en el 2012, María Gabriela Flores y Anabel Castillo, en el año 2007, en el 'Marco de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud', el concepto evoluciona estableciéndose que "un Sistema de Salud está formado por todas las organizaciones, personas, y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud". Entonces, los objetivos fundamentales de un Sistema de Salud son mejorar la salud de la población a la que atiende, un financiamiento ecuánime, y mayor acceso y cobertura acorde a las expectativas de la población. (OMS, 2000; OMS, 2007).

Con el fin de alcanzar estos objetivos, un Sistema de Salud desempeña varias funciones, siendo su función primordial su capacidad de gobernar, liderar o ejercer la rectoría en salud. Esta función se refiere al ejercicio de capacidades

institucionales, responsabilidades y competencias para conducir, regular, e implementar decisiones y acciones públicas. (OPS, 2004). Paralelamente a la función rectora, según la OMS (2007), un sistema de salud se enfoca en:

- a. Provisión de servicios: entrega efectiva, equitativa y de calidad de servicios de salud a la población.
- b. Financiamiento: generación de fondos adecuados para asegurar el acceso universal a servicios de la salud.
- c. Gestión de personal sanitario: conducción y dirección de los proveedores de servicios y personal de salud.
- d. Generación de información: producción, análisis, difusión y uso de información de salud en el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud.
- e. Gestión de productos médicos, vacunas y tecnología: distribución equitativa y racional de medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías con seguridad, eficacia y costo-efectividad.

#### **1.2.4.1 El Sistema Nacional de Salud (SNS) ecuatoriano**

Conforme manifiesta el Manual del MAIS-FCI, el marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del SNS y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Losns), detallando en su Art. 2 que “tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará compuesto por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”. (Flores, Castillo, 2012)

## 1.2.4.2 Funciones y objetivos del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano (SNS)

El SNS desempeña cinco funciones fundamentales que se detallan en el cuadro explicativo a continuación:

Tabla 1. Funciones del Sistema Nacional de Salud.

FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD				
RECTORÍA	COORDINACIÓN	PROVISIÓN DE SERVICIOS	ASEGURAMIENTO	FINANCIAMIENTO
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadores de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el Issfa e Isspol.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

Fuentes: Constitución de la República del Ecuador, 2008. Losns, 2002. Elaboración: Grupo FARO.

Tomado del texto Historia del Ministerio de Salud Pública. Año 2011.

Mediante el ejercicio de estas funciones el SNS busca cumplir con cinco objetivos principales que se detallan en el artículo 3 de la Losns que son:

- a. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
- b. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- c. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- d. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.

- e. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

#### **1.2.4.3 Entidades o actores que forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS)**

Son diecisiete las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Y ellas son:

- 1) Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
- 2) Ministerios que participan en el campo de la salud.
- 3) El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Issfa; e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, Isspol.
- 4) Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
- 5) Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
- 6) Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- 7) Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Solca.
- 8) Cruz Roja Ecuatoriana.
- 9) Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales.
- 10) Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
- 11) Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG), servicios pastorales y fiscomisionales.
- 12) Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
- 13) Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
- 14) Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
- 15) Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.

- 16) Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
- 17) Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

#### **1.2.5 SNS Ecuador: El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. (MAIS, 2012).

Por consiguiente, el MAIS-FCI precisa cómo van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida. (MAIS, 2012).

El propósito del MAIS-FCI es orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. Al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI,) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano. (MAIS, 2012).

Su objetivo es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados

paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. (MAIS, 2012).

#### **1.2.5.1 Principios del Modelo de Atención Integral de Salud**

Los principios del modelo son: Universalidad progresiva; integralidad; puerta de entrada a los demás niveles de atención; equidad; continuidad; participativo; desconcentrado; eficiente, eficaz y de calidad; mejor relación médico-paciente; y, gestión con resultados en impacto social. (MAIS, 2012).

- La universalidad progresiva en el acceso y la cobertura implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud. (MAIS, 2012).

- Integralidad desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas). (MAIS, 2012).

- Puerta de entrada. Una nueva organización de los servicios que pasen de una estructura jerarquizada en la cual el hospital es el centro del sistema, a una estructura en Red que modifica la forma en que los niveles e instancias de atención se coordinan y se distribuyen sus funciones con la finalidad de acercarse a la población fundamentalmente a quienes más lo necesitan (equidad). El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, es decir al II y III nivel. (MAIS, 2012).



- Equidad. Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas. (MAIS, 2012).
- Continuidad. Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación. (MAIS, 2012).
- Participativo. Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado. (MAIS, 2012).
- Desconcentrado. Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento. (MAIS, 2012).
- Eficiente, eficaz y de calidad. Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos. (MAIS, 2012).
- Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano. (MAIS, 2012).

- Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población. (MAIS, 2012).

#### **1.2.5.2 Niveles de atención: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) en el SNS**

I Nivel de Atención. El I Nivel es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia adecuada, y asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a normas emitidas por la autoridad sanitaria. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (MAIS, 2012).

El primer nivel de atención se ubica en los Distritos de Salud, es el centro de la red y la puerta de entrada OBLIGATORIA al SISTEMA, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la salud enfermedad de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. La prestación se llevará a cabo por los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención al que se incorporarán los Técnicos en Atención Primaria de Salud. (MAIS, 2012).

II Nivel de Atención. El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). (MAIS, 2012).

Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a nivel II se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a I nivel. (MAIS, 2012).

Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles quirúrgicas y de especialidad, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud. Se desarrollan actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en ambos niveles. (MAIS, 2012).

III Nivel de Atención. Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley. (MAIS, 2012).

## 2. CAPÍTULO II. ACTUALIDAD: LAS LEYES VERSUS LA REALIDAD

En la actualidad y a nivel mundial las personas LGBTI reclaman sus derechos y el empoderamiento de los mismos. En el país lo propio se replica, esto se debe en gran parte a que existe un marco legal vigente que los y las respalda, y sobre todo, protege.

La situación, en general, de los grupos en estado de vulnerabilidad en el Ecuador se ha visto favorecida con la realización de la nueva Carta Constitucional del 2008. Pese a que los grupos LGBTI no se encuentren formalmente reconocidos en la misma como grupos de atención prioritaria, ellos y ellas también se ven amparados con la nueva carta política.

Contrariamente al gran número de artículos en la Constitución, leyes y ordenanzas que permiten la reivindicación de los derechos humanos de estos habitantes, la realidad se muestra apenas ligeramente más benévola que lo que solía ser años atrás. El reconocimiento de derechos en el marco normativo no ha implicado procesos orientados hacia una transformación de patrones socioculturales. Y la brecha entre igualdad formal e igualdad real -para las personas LGBTI-, lejos de estrecharse parece ampliarse. (Esquel, 2014).

Existe una normativa pero todavía no queda claro si existen políticas públicas eficaces que pongan en práctica lo que recita el papel, ni queda claro si existen las instancias ejecutoras de dichas políticas. No obstante, cabe mencionar que los primeros pasos para cambiar este escenario, efectivamente ya se han dado. Todos los actores involucrados en este cambio de paradigma cuentan con trabajo pendiente.

A continuación se relatarán aspectos de la actualidad relacionada al tema de investigación. Para ello se hará uso de una serie de notas periodísticas y de artículos tomados de los cuerpos legales existentes y vigentes en el Ecuador. Así como también se utilizarán textos elaborados por las organizaciones y asociaciones LGBTI del Ecuador.

## **2.1 Población LGBTI en Ecuador: Marco legal actual**

### **2.1.1 Constitución Política de Ecuador 2008: Punto de partida para la garantía de los derechos**

La Constitución es la norma suprema que rige en un Estado de derecho soberano. En ella se detallan los límites y se definen las relaciones entre los poderes del Estado y los ciudadanos, entre otras cosas. La Carta Magna, como también es conocida la Constitución Política de un Estado, es un documento que pretende garantizar a la ciudadanía sus derechos y libertades. El Ecuador ha contado con 20 constituciones a lo largo de su vida republicana debido a su historial de inestabilidad política. Actualmente el país se rige por la Constitución elaborada en el año 2008.

En dicho año, la Asamblea Nacional Constituyente de Montecristi redactó una de las constituciones más extensas del mundo y la más larga de las cartas magnas que se han adoptado en el territorio ecuatoriano. Esta posee 444 artículos, divididos en nueve títulos, 40 capítulos, 93 secciones, 29 disposiciones transitorias, una disposición derogatoria, un Régimen de transición y una disposición Final.

Este documento incluyó alrededor de 40 artículos referentes a la garantía de igualdad sin discriminación alguna –que beneficia a las personas LGBTI- entre los cuales se destacan los siguientes:

El artículo 11, numeral dos, del capítulo de Derechos expone que nadie podrá ser discriminado por su identidad de género, orientación sexual y portar VIH, entre otros aspectos fundamentales. Este artículo posee una importancia primordial al momento de la delimitación de los siguientes artículos de la Constitución.

El artículo 21 por ejemplo, menciona que los y las ecuatorianas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural como derecho cultural,

incluida la libertad estética. Es decir, cada sujeto en el país tiene en pleno de derecho de manifestar su identidad mediante su vestimenta e imagen corporal conforme lo crea conveniente.

Del mismo modo, en la sección de Derechos de Libertad se incluyó el artículo 66, numeral cuatro, sobre el derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación; y numeral nueve sobre el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y la orientación sexual. El artículo asegura que será el Estado quien promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

En el mismo artículo numeral 11, se recoge una dimensión específica del derecho a la intimidad. En este artículo se consagra el “derecho a guardar reserva sobre sus convicciones. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre las mismas. En ningún caso se podrá exigir o utilizar sin autorización del titular (...) datos referentes a su vida sexual, salvo por necesidades de atención médica”. (Constitución, 2008).

En el numeral 28 del artículo mencionado con anterioridad, la Constitución consagra el derecho a la identidad en las siguientes dimensiones: derecho a la identidad personal y derecho a la identidad colectiva, ambos como derechos de libertad.

De igual manera, se adhirió el artículo 67, en que el Estado reconoce a la familia en sus diversos tipos. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. Esto a pesar de que, en su segundo párrafo, discrimina el tema de los matrimonios, restringiéndolos a un derecho solo de heterosexuales.

Por otro lado, el artículo 68 manifiesta que: “La unión estable y monogámica entre dos personas libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de

hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, generará los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio”. (Constitución, 2008). Circunstancia que fue parte de la propuesta de campaña del candidato Rafael Correa en 2006, como también de las organizaciones de mujeres del país. A pesar que en el segundo párrafo del artículo, discrimina el tema de las adopciones, restringiéndolas a un derecho solo de parejas heterosexuales. (País Canela, 2011).

Así mismo, la nueva Constitución incluye el artículo 83, numeral 14, el mismo que establece el respeto y el reconocimiento a las diferencias étnicas, nacionales, sociales, generacionales, de género y la orientación e identidad sexual.

En la sección de Régimen del Buen Vivir, en la parte de Seguridad Humana, se encuentra el artículo 393 que menciona que será el Estado quien garantizará la seguridad humana a través de políticas integradas, para asegurar la convivencia pacífica de las personas, promover una cultura de paz y prevenir las formas de violencia y discriminación, y la comisión de infracciones y delitos. Con el fin de cumplir con estos objetivos, el artículo 393 manifiesta que la planificación y aplicación de estas políticas será encargada a órganos especializados en los diferentes niveles de gobierno.

Según Agustín Grijalva, (2009) en su análisis para el Institut de Recherche et Débat sur la Gouvernance denominado “Principales innovaciones en la Constitución de Ecuador del 2008”, la Constitución vigente “vincula y relaciona los derechos sociales a la noción andina de ‘Sumak Kawsay’ o ‘Buen Vivir’, así como al modelo de desarrollo asumido oficialmente”. Cabe mencionar que la aplicación de este concepto de filosofía política contemporánea, ‘Sumak Kawsay’, está solamente presente en las Constituciones de Ecuador y Bolivia. El modelo de desarrollo asumido oficialmente se detalla en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017, elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades), organismo técnico responsable de la planificación nacional.

Para Grijalva, la Constitución del 2008 establece y describe los derechos sociales y ambientales de acuerdo al modelo mencionado anteriormente (del “Buen Vivir”). Entre ellos se encuentran por ejemplo el artículo 12, que trata el derecho al agua, el artículo 32 sobre el derecho a la salud, y el artículo 71 sobre los derechos de la naturaleza. (Lo que convierte al Ecuador en el primer país en reconocer los derechos de la naturaleza en su Constitución). Varios de estos artículos innovadores en comparación con textos constitucionales anteriores.

Esta nueva Constitución, como se ha demostrado ya, se muestra más benévola con los grupos LGBTI, quienes pueden encontrar en ella un articulado que les asegura su bienestar integral. De este modo, por ejemplo dentro del Capítulo primero: Principios de Aplicación de los Derechos y del Capítulo segundo: Derechos del Buen Vivir pertenecientes al Título II sobre Derechos, y dentro Capítulo primero sobre Inclusión y Equidad del Título VII sobre Régimen del Buen Vivir se recopilan los artículos que tienen incidencia en la temática LGBTI y la relación de estos con el ejercicio de sus derechos sociales como el derecho a la salud. Eje transversal de esta investigación que se centrará en el cumplimiento de los derechos a la salud de los miembros LGBTI en la ciudad de Quito.

El problema radica en que los grupos LGBTI (o con identidades de género, identidades sexuales, inclinaciones u orientaciones sexuales diferentes) no tienen acceso a los sistemas de atención a salud del modo que lo tienen los heterosexuales, o las personas que si muestran mediante su cuerpo el género con el que se identifican, o en su defecto, quienes si corresponden al binomio sexo-género: hombre-masculino/mujer femenina.

Según entrevistas realizadas para la elaboración del anteproyecto de este trabajo, no se cumplen las leyes en su totalidad. Ni el personal médico está capacitado para manejar la situación LGBTI, ni existen las políticas que garanticen el pleno ejercicio y goce de sus derechos.



A pesar de que el Ecuador cuenta con una Constitución catalogada como una de las más avanzadas en materia de derechos de la comunidad LGBTI, no se ha logrado incorporar aún de manera real y efectiva a las personas no heterosexuales, ni brindarles igualdad de oportunidades en los distintos campos de la vida cotidiana. (Esquel, 2014).

#### **2.1.1.1 Modelo de Desarrollo ecuatoriano: Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017**

El Gobierno del Presidente Rafael Correa realizó un redimensionamiento de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades), con el fin de devolver las funciones claves al Estado. El primer plan de desarrollo en crearse fue el Plan Nacional de Desarrollo 2007–2010, y se originó con el objetivo de realizar una planificación a largo plazo de las Políticas Públicas del país y así evitar la improvisación en el ordenamiento del Ecuador.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 es el tercer plan a escala nacional realizado por el Gobierno. “Contiene un conjunto de 12 objetivos que expresan la voluntad de continuar con la transformación histórica del Ecuador”. (Buen Vivir, 2014) Según el texto del Plan Nacional para el Buen Vivir vigente, se plantean varias revoluciones como son: la equidad, el desarrollo integral, la Revolución Cultural, la Revolución Urbana, la Revolución Agraria y la Revolución del Conocimiento.

Conforme recita el Plan Nacional del Buen Vivir:

“El Programa de Gobierno 2013-2017 plantea la desmercantilización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida de las personas. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable”. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2013).

De este modo, este es otro de los textos que prometen garantizar el acceso a la salud como instrumento para alcanzar o que el Gobierno llama el Buen Vivir. Esta investigación se realizará conforme los objetivos dos y tres del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 los cuales son respectivamente: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad; y, mejorar la calidad de vida de la población.

Con esta investigación, se pretende conocer si la sociedad quiteña mantiene la tendencia a los prejuicios o si ha evolucionado en cuanto al respeto de los Derechos Humanos fundamentales y básicos. Los mismos que permiten mantener una vida digna. Esto es importante ya que el estado emocional, psíquico y psicológico de un individuo prepondera al momento de realizar una variedad de actividades diarias como aquellas que lo beneficien económicamente. Así como menciona el Plan Nacional del Buen Vivir:

“La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales”. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2013).

#### **2.1.1.2 Derecho a la salud: Normas pertinentes de la Constitución del Ecuador**

El derecho a la salud es promovido y está protegido en varios artículos de la Constitución. Por ejemplo, en el Título I de la Constitución del Ecuador sobre los Elementos Constitutivos de Estado, en el Capítulo I de Principios Fundamentales se encuentra el artículo 3, el mismo que recita que son deberes primordiales del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Del mismo modo, más adelante en la Carta Política en la sección de Principios de Aplicación de los Derechos, el artículo 10 -sobre los titulares de derechos- manifiesta que las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales. De modo que, tanto el colectivo LGBTI como los individuos que lo componen son titulares de los derechos que reclaman: trato justo y equitativo en el ámbito educativo, laboral, civil y en el cumplimiento de sus derechos de acceso a los servicios de salud.

El artículo 11 -del que ya se habló con anterioridad-, establece que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades, de modo que nadie podrá ser discriminado por razones de:

“(...) etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación”. (Constitución, 2008).

En este artículo se establece que será el Estado quien adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad. De modo tal que los grupos LGBTI, quienes están en situación de desigualdad, y además a quienes el Estado reconoce como titulares de derechos deben contar con medidas de acción afirmativa realizadas por parte del Estado para promover su igualdad real, del mismo modo que se hace con otros grupos vulnerables de personas heterosexuales.

En la sección séptima sobre Salud en cuanto a los derechos del Buen Vivir, el artículo 32 señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya

realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Según el texto de la Constitución este derecho será garantizado por el Estado mediante:

“Las políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (Constitución, 2008).

Como ya se estableció al principio de este capítulo, el artículo 66 de Derechos de Libertad, reconoce y garantiza en el numeral dos que los y las ecuatorianas tienen derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda (...), educación, trabajo (...), descanso y ocio (...), y otros servicios sociales necesarios. (Constitución, 2008).

Por otro lado, en la sección segunda sobre Salud, ubicada en el Capítulo I Inclusión y Equidad (Régimen del Buen Vivir), el artículo 358 asegura que el Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El texto asevera que el sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

El artículo 359 por su parte, ratifica que:

“El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las

dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social". (Constitución, 2008).

Y para finalizar, conforme lo necesita este estudio, se ha tomado en cuenta el artículo 362 que menciona que la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. También afirma que los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Y concluye al asegurar que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (Constitución, 2008).

Este artículo es otro de aquellos que merecen vital importancia debido a que trata sobre la atención a la salud como servicio público, además de que establece las características que debe tener este servicio. La población LGBTI utiliza este artículo, entre otras premisas, como bandera de lucha con el fin de que lo que se encuentra escrito en el papel se convierta en una realidad totalizadora.

El afirmar que los servicios de salud "serán seguros, de calidad y calidez", es para las personas LGBTI un principio que no se cumple en su caso y que debe ser reconsiderado por las autoridades pertinentes.

### **2.1.2 Tratados y convenios internacionales sobre LGBTI**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Unión Europea (UE) han instaurado principios internacionales relacionados a la población LGBTI que inciden en sus estados miembros. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales, y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la mujer o CEDAW por sus siglas en inglés, son ejemplos en cuanto reconocen los derechos de las personas LGBTI consagrados en la Constitución ecuatoriana, además de que agregan señalamientos con respecto del sentido y alcance de su ejercicio. (País Canela, 2011).

Existen también los Principios de Yogyakarta, cuya denominación completa es Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Estos extienden explícitamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos a las personas homosexuales, bisexuales, transexuales y transgénero, cuyos derechos ya estaban incluidos implícitamente en el artículo dos de la ya citada Declaración Universal de manera genérica como: ‘o de cualquier otra índole’ y ‘o cualquier otra condición’.

“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 2014).

El Ecuador está comprometido a emprender las acciones necesarias para asegurar que todos los ciudadanos y ciudadanas ecuatorianas se encuentren en condiciones de ejercer y gozar de sus derechos. El Estado ecuatoriano tiene la obligación de garantizar los derechos que constan en los instrumentos internacionales ratificados por él mismo.

Los Estados firmantes y ratificantes de los tratados y convenios internacionales tienen la obligación también, de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención Interamericana de Derechos Humanos

a toda persona sujeta a su jurisdicción. Lo que implica que los Estados partes deben organizar el aparato gubernamental y todas las estructuras del Estado a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. (País Canela, 2011).

Los siguientes son algunos de los tratados internacionales que establecen normas para la protección de la población LGBTI:

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) (1966). Este es un pacto de gran importancia al ser el principal convenio internacional sobre derechos civiles y políticos. En 1991, el residente tasmano Nicholas Toonen denunció ante el Comité de Derechos Humanos la violación al derecho a la privacidad establecida en el artículo 17 del PIDCP, y del derecho a igual trato y protección de la ley, establecido en el artículo 26, debido a que según su juicio el Estado Australiano mostraba injerencia en la vida privada de Toonen. Tal tratado, que desarrolla la Declaración Universal de Derechos Humanos, prohíbe, en su artículo 17, las injerencias arbitrarias del Estado en la privacidad de las personas.

El caso judicial fue conocido como el caso Toonen contra Australia y finalizó con la revocación del Comité de las últimas leyes contra la sodomía australianas, ya que éste dictaminó que el código penal de Tasmania suponía un quebranto de las obligaciones de Australia como estado parte del PIDCP. En respuesta, Australia derogó los artículos del código penal de Tasmania que criminalizaban las relaciones sexuales entre homosexuales.

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1981). Esta convención protege en caso de discriminación a lesbianas, mujeres bisexuales y transexuales.

- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes (1984). Para este tratado la definición de tortura se entiende como:

“A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término ‘tortura’ todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia”. (Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes, 1984).

- Alto Comisionado de la ONU Para los Refugiados. Desde abril de 1993 el Alto Comisionado de la O.N.U para los Refugiados (ACNUR) ha reconocido a las personas LGBTI como miembros de un grupo social especial según la Convención de Refugiados de 1951 y el Protocolo de 1967, sobre el Estatuto de los Refugiados. En la publicación ‘Protegiendo a los refugiados’ ACNUR asegura que:

“Los homosexuales pueden ser o llegar a ser reconocidos como refugiados con base en persecución basada en la pertenencia a un determinado grupo social. Es política del ACNUR el que las personas que se enfrentan a ataques, tratamientos inhumanos o a una seria discriminación a causa de su homosexualidad, y cuyos gobiernos son incapaces o no desean protegerlos, sean reconocidos como refugiados”.

- Los Principios de Yogyakarta, por su parte, constituyen una garantía para defensa y reconocimiento de los derechos de las personas de diversidades sexo genéricas. Este es un documento que contiene una serie de principios legales cuyo fin es la aplicación de las normas de derecho internacional de los derechos humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género. El escrito señala los esquemas básicos para que las Naciones Unidas y los



demás Estados evolucionen las Naciones Unidas y los Estados progresen con el fin de garantizar las protecciones a los Derechos Humanos a las personas LGBTI.

El origen del documento se remonta al año 2006, cuando 54 Estados del Consejo hicieron un llamamiento para que se respondiera ante las violaciones a los derechos humanos de lesbianas, gais, bisexuales, personas transexuales, transgénero e intersexuales.

El principio 17, de los 29 existentes en el código, es el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, con derecho de consentimiento informado. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho. (Principios de Yogyakarta, 2007).

- La Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos establece, en su artículo 53, que los estados combatirán toda forma de discriminación a individuos por motivos de su orientación u opción sexuales, con arreglo a las legislaciones nacionales y para ello, prestarán especial atención a la prevención y sanción de la violencia y discriminación contra las personas con diversa orientación y opción sexual, y la garantía de recursos legales para una efectiva reparación por los daños y perjuicios derivados de tales delitos.

#### **2.1.2.1 Organización de las Naciones Unidas: Campaña ‘Libres e Iguales’**

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Es lo que recita el artículo primero de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Y bajo el lema de ‘Libres e Iguales’ nace la campaña de educación pública de las Naciones Unidas con el mismo nombre.

‘Libres e Iguales’, es una cruzada sin precedentes a favor de la igualdad afectiva de derechos para las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) con el fin de crear mayor conciencia de las persistentes violencia y discriminación homofóbicas y transfóbicas, y promover un mayor respeto a los derechos de las personas LGBTI en todo el mundo. Así se pretende iniciar el diálogo y animar millones de conversaciones sobre los obstáculos con los que se enfrentan las personas LGBTI para disfrutar de sus derechos a diario, así como también se pretende alentar a la gente a tomar la iniciativa en sus propias comunidades.

De acuerdo a ONU, todos los días las personas LGBTI sufren estigmatización, violencia, y discriminación. Son víctimas de acoso escolar o ‘bullying’, expulsadas de sus casas o rechazadas por sus propias familias. Millones ocultan su identidad de género u orientación sexual por temor a sufrir una agresión o a ser detenidas.

La discriminación es más evidente en sus lugares de trabajo, en los servicios de salud, en el ámbito educativo y en otros aspectos de la vida diaria. A diferencia del Ecuador, en 76 países (11 en América Latina y el Caribe) las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo están consideradas como delito, y en cinco de ellos se castigan con la pena de muerte, según afirma el estudio realizado entre el 2012 y 2013 en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) por Kathryn Ann Wilkinson.

En Ecuador, amparados por la Constitución y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se lanzó la campaña ‘Libres e Iguales’ con base en el principio de que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, sin excepción.

Como resultado de un trabajo conjunto entre la sociedad civil, distintas entidades del Estado y de las Naciones Unidas, tuvo lugar el lanzamiento de la campaña el 27 de noviembre del 2013 en Ecuador. En el evento, la Ministra de Salud Pública, la Viceministra de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, el

Defensor del Pueblo, el Coordinador Residente de la ONU, además de representantes de la Alcaldía de Quito y de la sociedad civil, suscribieron una declaración conjunta a través de la cual se comprometieron a sumar esfuerzos para poner fin a la violencia y la discriminación en contra de las personas LGBTI en el país.

La declaración reconoce que la población LGBTI es víctima cotidiana de la discriminación y la violencia en varios ámbitos, por lo que las instituciones firmantes se comprometieron a fortalecer acciones en el marco de sus competencias, con el objetivo de garantizar el pleno disfrute de derechos de estos grupos. El lanzamiento fue concebido como el paso inicial de un trabajo conjunto que tuvo lugar a lo largo del 2014.

### **2.1.3 Ley Orgánica de Salud 2006**

Se debe señalar que la Ley Orgánica de Salud vigente –utilizada a continuación- data del año 2006. Sin embargo, cabe destacar que hasta la fecha de realización de este trabajo de titulación, el proyecto de ley denominado Proyecto de Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud se encontraba en su primera fase en el Pleno de la Asamblea Nacional.

En cuanto a la finalidad de esta ley, se encuentra establecido en el artículo primero: el regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la Ley. Esta Ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. (Nota: La Constitución Política en mención corresponde a la Constitución Política de 1998, que fue derogada por la vigente Constitución de la República 2008). (Ley Orgánica de Salud, 2006).

El artículo tercero que habla expresamente sobre el Derecho a la Salud, menciona que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asevera que este es un “derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables”. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Por otro lado, el artículo seis, numeral tres señala que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. Este artículo reafirma la obligación que tiene el Estado –a través del Ministerio de Salud- con las personas LGBTI y sus condiciones particulares.

El artículo siete indica que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene -en relación a la salud- el derecho al acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; y el derecho al respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

En lo referente a la violencia, el artículo 31 asegura que el Estado reconoce a la violencia como un problema de salud pública. Y encarga la responsabilidad a la autoridad sanitaria nacional, a los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, de contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

### **2.1.3.1 Ley Orgánica de Salud: Sobre la salud sexual y reproductiva**

La salud reproductiva se establece en la Ley Orgánica de Salud como el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos e implica el derecho de las personas a tomar decisiones respecto a ella. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Y se expone que la salud sexual es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, que permita a la persona en forma libre y responsable disfrutar de una vida sexual plena, placentera, libre de abuso sexual, coerción o acoso y de enfermedades sexualmente transmisibles. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Así mismo el artículo seis, numeral seis remarca como responsabilidad de la Ministerio de Salud el formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva son legitimadas en el artículo 20. Donde se garantiza el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuyan a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Por su parte, en el artículo 26 se establece que los integrantes del Sistema Nacional de Salud: “implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los

adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones úblicas”. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

### 2.1.3.2 Proyecto Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud

Como se dijo con anterioridad, el proyecto de ley denominado Proyecto de Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud se encuentra –a la fecha de realizada esta tesis- en su primera fase en el Pleno de la Asamblea Nacional. Momento en el cual comisionados reciben observaciones de autoridades del sector salud y de la sociedad civil.

**SISTEMA DE FORMACIÓN DE LA LEY**

Proyecto presentado: Proyecto de Ley Orgánica General de Salud

Comisión Asignada: Seleccione una Comisión

Proponente: Buscar por Proponente

Año: Buscar por Año

Buscar Limpiar

Fecha de Presentación	Descripción	Proyecto Presentado	Calificación Cal	1.er Debate	2.do Debate	Aprobación del Pleno	Ejecutivo Objeción Parcial	Objeción Total	Texto Definitivo	Registro Oficial	Estado
2012-05-22	Proyecto de Ley Orgánica General de Salud (Código Orgánico de Salud) CARLOS ALBERTO VELASCO ENRIQUEZ VÍCTOR MANUEL QUIROLA FERNÁNDEZ	Pdf	Pdf	--	--	--	--	--	--	--	En Proceso

Figura 1. Estado del Proyecto de Ley Orgánica General de Salud en la Asamblea Nacional.

Tomado de la página web oficial de la Asamblea Nacional.

El proyecto contiene la regulación del Sistema Nacional de Salud, la vigilancia y el control sanitario; así como la seguridad ambiental, entre otros temas. El texto se compone de 440 artículos y deroga 33 cuerpos legales, entre ellos la Ley Orgánica de Salud (2006) vigente en la actualidad.

Dicha iniciativa fue ideada por los asambleístas miembros de la Comisión de Salud, Carlos Velasco y Víctor Quirola, con el objetivo de aglutinar en este cuerpo legal las leyes dispersas en materia sanitaria existentes en el Ecuador. El proyecto fue presentado el 15 de mayo del 2012 y el Consejo de

Administración Legislativa (CAL) lo calificó para trámite desde el 16 de julio del mismo año.

#### **2.1.3.2.1 Aportes del colectivo LGBTI al Proyecto Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud**

La organización Asociación Silueta X, presidida por Diane Rodríguez y creada el 12 de mayo del 2010, presentó sus aportes al Proyecto de Ley Orgánica General de Salud (Código Orgánico de Salud) por primera vez el pasado 30 de agosto del 2013 a la Comisión especializada permanente de derecho a la salud, en la Asamblea Nacional.

En una ceremonia solemne fueron exhibidas las contribuciones de la Asociación en cuanto consideraron necesario expresar “la importante y necesaria inclusión de un lenguaje integrador para el aterrizaje en ejercicio del respeto e inclusión de las personas con orientación sexual e identidad de género distintas a las normadas”. (Aportes LGBTI, 2013).

**Siluetax.COM**  
TI.GB

Guayaquil, 30 de Agosto del 2013

Carlos Velasco  
Presidente  
**Comisión especializada permanente de derecho a la Salud.**  
Victor Quirola Fernández  
Asambleísta  
**Comisión especializada permanente de derecho a la Salud.**

**De mis consideraciones:**

Reciba usted un cordial saludo de la Asociación Silueta X, organización de Base creada el 12 de Mayo del 2010, según acuerdo MIES #9989. Nuestra Asociación es sin fines de lucro, cuya misión es la lucha por los derechos sexuales, reproductivos y la diversidad sexual en general. Así mismo, trabajamos en salud integral y la reducción del impacto del VIH, SIDA e ITS.

Considerando que la constitución de la República del Ecuador, es una de las constituciones más ricas en Derechos humanos, y por ende la más incluyente, la población LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales), en análisis al borrador del Proyecto de Ley Orgánica General de Salud (Código orgánico de Salud), se permite sugerir la falta de inclusión de la Orientación Sexual e Identidad de Género.

En este sentido expresamos la importante y necesaria inclusión de un lenguaje integrador para el atermizaje en ejercicio del respeto e inclusión de las personas con Orientación Sexual e Identidad de género distintas a las normadas. Por tanto, sugerimos lo siguiente:

**Aportes al Proyecto de Ley Orgánica General de Salud**  
(Código orgánico de Salud)  
Comunidad LGBTI de Ecuador

Artículo	Borrador 1 Código orgánico de Salud	Propuesta
Página 4	Considerando...	Que el numeral 2 del artículo 11 de la carta magna consagra que nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos.
Art. 5	No mencionado	j) A acceder a tratamientos Psicológicos de ser requerido por cualquier causa que afecte su libre

Dirección: Córdova 325 entre Juan Montalvo y Padre Aguirre  
Web: [www.siluetax.com](http://www.siluetax.com) Mail: [siluetax@gmail.com](mailto:siluetax@gmail.com)  
Teléfono: 042562964 - 099659426 Twitter: @SiluetaX  
Guayaquil - Ecuador

**ASAMBLEA NACIONAL**  
DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA  
CASA LEGISLATIVA GUAYAS  
RECIBIDO  
RECORRIDO 06/09/2013 HORAS 11:30  
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

Figura 2. Carta enviada a la Asamblea Nacional con los aportes del colectivo LGBTI al Proyecto Ley Orgánica General de Salud o Código Orgánico de Salud.

Tomado de la página web oficial de SiluetaX.com.

Según lo afirma Rodríguez, los aportes fueron presentados a la Asamblea Nacional por segunda vez en octubre del 2014. El borrador final del Proyecto de Ley aún no ha sido redactado y se desconoce la fecha en la que la misma entrará en primer y –posteriormente- segundo debate. Motivo por el cual la Asociación ignora si se han incluido o no sus aportaciones a 25 artículos del texto.



## **2.1.4 Ordenanzas Metropolitanas**

### **2.1.4.1 Ordenanza Metropolitana No. 554**

La Ordenanza Metropolitana No. 554, expedida en mayo del 2014, es sustitutiva de la Ordenanza Metropolitana No. 240, por la cual se garantiza el respeto y la inclusión de la diversidad sexo-genérica en el Distrito Metropolitano (DM) de Quito.

Mediante la Ordenanza Metropolitana No. 240, reformada mediante la Ordenanza Metropolitana No. 275, sancionada el 29 de diciembre del 2008, se expide la normativa municipal referente a la inclusión de la diversidad sexual LGBTI (lesbiana, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales).

El objeto de esta Ordenanza es instaurar los mecanismos que permitan afirmar el respeto de los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas, cualquiera que sea su identidad sexo-genérica, dentro del territorio del Distrito Metropolitano de Quito; incluir políticas de acción afirmativa que logren la inclusión de las personas LGBTI; y, eliminar la discriminación en función de la diversidad sexo-genérica, fortaleciendo el reconocimiento y la construcción de la identidad de género y orientación sexual desde temprana edad. (Ordenanza Metropolitana No.554, 2014).

El artículo cinco de esta ordenanza, sobre 'Medidas para la promoción y el ejercicio de los derechos, indica que la entidad encargada del eje social y la inclusión social en el Municipio Metropolitano de Quito, es decir, la Secretaría de Inclusión Social del Municipio, se encargará de: la educación y promoción de derechos; la salud; y la comunicación en torno a la defensa de los derechos LGBTI.

En lo referente a la salud, se decreta que la Secretaría de Inclusión Social desarrollará protocolos y guías de atención de salud para personas LGBTI con programas de seguimiento, monitoreo e investigación en atención de salud y

cambios en calidad de vida así como acceso a la salud para todas las personas del Distrito, de conformidad a lo dispuesto en la Ordenanza Metropolitana No. 494 -Ordenanza Metropolitana sobre la salud-. (Ordenanza Metropolitana No.554, 2014).

#### **2.1.4.2 Ordenanza Metropolitana No. 494**

Esta es la Ordenanza sustitutiva de la Ordenanza Metropolitana No.205, referente a la organización y articulación de las acciones de salud de competencia del Municipio del DM de Quito.

La finalidad de esta ordenanza es contribuir, mediante acciones de promoción, prevención, prestación de servicios de salud y vigilancia, al desarrollo del territorio saludable en el DM de Quito, como garantía para el ejercicio del derecho a la salud de sus habitantes. Su objetivo es normar, organizar, y articular las acciones en que el ámbito de salud realice el Municipio del DM de Quito, en concordancia con lo determinado con la Constitución, leyes y demás normas relacionadas vigentes. (Ordenanza Metropolitana No.494, 2014).

De acuerdo al artículo cuarto de esta ordenanza, en Salud como Derecho Humano, el Municipio del DM de Quito promoverá las condiciones sociales que contribuyan y permitan garantizar a todos los ciudadanos que habitan en el territorio del Distrito, sin discriminación alguna, la plena vigencia y el efectivo goce del derecho a la salud y demás derechos relacionados. (Ordenanza Metropolitana No.494, 2014).

“Se instituye como principio de atención y gestión de la salud, el respeto e inclusión a la diversidades, igualdad de género, generacional e interculturalidad, para garantizar el ejercicio de este derecho a los grupos de atención prioritaria en el DM de Quito. En dicha atención se incluirá a las personas de identidad de género diversa, a quienes se les reconocerá como tal en todas las acciones e instrumentos utilizados por los prestadores de salud en el Municipio del DM de Quito”. (Ordenanza Metropolitana No.494, 2014).

En lo relacionado a la gestión de los servicios municipales de salud, el artículo 12 puntualiza que la Red de Servicios Municipales de Salud estará integrada por las unidades metropolitanas de salud, que funcionan articuladamente con la Red Pública Integral de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 360 de la Constitución. (Ordenanza Metropolitana No.494, 2014).

## **2.2 Panorama de la situación de personas LGBTI en Ecuador: Derechos y salud**

El Ecuador se reconoce a sí mismo como un país intercultural, plurinacional y diverso. La Constitución Política creada en el 2008 nace como una respuesta, entre otras cosas, a la necesidad de alcanzar “una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades”. (Constitución, 2008). En ese sentido, la salud de los ecuatorianos y las ecuatorianas se encuentra dentro de ese marco de respeto a la dignidad tan presente a lo largo de la Carta Magna ecuatoriana.

En la actualidad, y como ya se mencionó anteriormente, los grupos LGBTI en el país luchan por la legitimización de todos sus derechos como miembros del Estado ecuatoriano. Dentro de esta lucha, el derecho a la salud y el acceso igualitario a la misma, junto al derecho al trabajo y a la educación, son las metas que se quieren alcanzar por las personas LGBTI.

Al dar un breve vistazo a la historia LGBTI en el Ecuador, se puede establecer que es desde hace cerca de 20 años que se han producido avances cualitativos considerables en relación al reconocimiento a los derechos de las personas no heterosexuales. Tiempo en el cual se dieron hitos históricos para esta población. (Esquel, 2014).

### **2.2.1 Cronología de los hitos en la historia LGBTI nacional**

- a) Primero, se ubica la despenalización de la homosexualidad el 27 de noviembre de 1997, por parte del Tribunal Constitucional, mediante la Resolución N° 106.

- b) Como segundo hito se encuentra la inclusión del respeto a la orientación sexual en la Constitución del 1998. En el mismo año, y a manera de respuesta, en Quito se llevó a cabo la primera marcha del orgullo LGBTI.
- c) Como tercer hito, en junio de 2001 se redactan los primeros "Planteamientos Jurídicos GLBT en el Marco del Plan Nacional de Derechos Humanos", que contienen una propuesta de reformas a distintos cuerpos legales, y que evolucionará en los siguientes años.
- d) Como cuarto hito, a finales de 2002 se conforma la nueva Subcomisión de Diversidad Sexual con participación plural, a la vez que se publica el Plan Operativo de Diversidad Sexual 2003 al 2005 recogiendo los aportes de varios sectores de la sociedad civil en cuatro regiones del país.
- e) El quinto hito se da en el año 2004, cuando la coalición de organizaciones "Acción contra la discriminación (ACD)" presenta al Congreso Nacional un Proyecto de Reformas al Código Penal para la tipificación de conductas homofóbicas, lesbofóbicas y transfóbicas, reforma que es aprobada en 2005. Por primera vez se aborda en una propuesta de ley ecuatoriana la especificidad trans.
- f) Como sexto hito, la emisión de la Ordenanza Metropolitana No.240 por parte del Municipio de Distrito Metropolitano de Quito en diciembre del 2007.
- g) Como séptimo hito, el reconocimiento de la igualdad de todas las personas a través de la Constitución de 2008 en su artículo 11, numeral 2 que recita que: "Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser

discriminado por razones de sexo, identidad de género, orientación sexual. La ley sancionará toda forma de discriminación”.

h) El octavo hito se sitúa en junio del 2011, cuando se emite una resolución de antidiscriminación por parte del Gobierno Provincial de Guayas, que incluye a los grupos vulnerables por su orientación sexual, y que rige para toda la provincia. Se establece la creación de un Consejo de Igualdad, presidido por la vice prefectura y que compromete al Prefecto y Alcaldes/Alcaldesas a que aprueben las ordenanzas respectivas, en no más de 180 días. (País Canela, 2011).

i) En noviembre de 2011, la organización pro LGBTI Fundación Causana, inició una petición en Change.org solicitando al ministro de salud que cierre más de 200 clínicas de tortura o también conocidas como clínicas de ‘deshomosexualización’. El objetivo de estas clínicas era ‘curar’ mediante violaciones sistematizadas y demás torturas, especialmente a mujeres lesbianas. Estos centros operaban como si fueran lugares de rehabilitación contra las drogas. A mediados de ese año solo 27 clínicas fueron cerradas.

j) En 2012, el Presidente Rafael Correa Delgado designó a Carina Vance, una conocida activista lesbiana, como la ministra de Salud del Ecuador. Pese a no ser doctora, Vance fue asesora y técnica en el sector social, tiene una maestría en Salud Pública de la Universidad de Berkeley, California, y tiene experiencia en planificación, gerencia y administración Pública especialmente en el área de salud. En enero de ese año Vance clausuró tres clínicas de ‘deshomosexualización’ en Quito.

k) Tras las elecciones presidenciales en febrero 2013, el pastor evangélico y candidato presidencial menos votado, Néstor Zavala, fue sentenciado por el Tribunal Contencioso Electoral (TCE) a pagar una

multa de 3 180 dólares (diez salarios mínimos) por proferir comentarios homofóbicos durante su campaña, y también perdió sus derechos políticos por un año. Zavala calificó como ‘pecadoras’ e ‘inmorales’ a las personas LGBTI y dijo que padecían de una ‘severa desviación de la conducta’.

l) En agosto del 2013, varios grupos activistas pro LGBTI iniciaron una campaña nacional denominada ‘Matrimonio Civil Igualitario’, con el fin de legalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo biológico. La campaña se dio tras la petición de la activista Pamela Troya y su pareja Gabriela Correa de contraer matrimonio en el Registro Civil en la ciudad de Quito. Ambas presentaron una acción de protección en días posteriores, luego de ser rechazada su petición inicial por parte de la entidad pública. Días después en Guayaquil, la pareja conformada por Santiago Vincés y Fernando Saltos realizó la misma petición con la misma respuesta negativa.

m) Los resultados de la primera encuesta realizada en Ecuador referente a la situación de las personas LGBTI o de diversidades sexo-genéricas se dieron a conocer por el INEC en octubre del 2013. Dentro de esta encuesta -de la que se hablará posteriormente- se tomaron en cuenta aspectos relacionados a la salud de las personas LGBTI, hecho que no se había estudiado por parte de ninguna institución del Estado hasta ese momento. Dejando visibilizada parte de la realidad, no toda, de estos grupos. Pese a que la muestra fue pequeña y el estudio realizado mediante un muestreo no probabilístico, la misma refleja una porción de la ‘foto’ completa, por decirlo de algún modo, de lo que viven a diario en el país las personas de diversidades sexo genéricas.

n) Primera Agenda Pro Derechos de las Diversidades Sexo Genéricas del Ecuador es publicada en julio del 2014 por la Fundación Esquel.

ñ) El 22 de agosto de 2014 se publica la resolución 174, que deroga otra del 2010 que impedía el registro de la unión de hecho en la cédula de identidad. Tanto parejas heterosexuales como aquellas conformadas por personas del mismo sexo pueden registrar en la notarias su unión de hecho y registrar su estado civil en su cédula de ciudadanía.

### **2.2.2 Primera Agenda Pro Derechos de las Diversidades Sexo Genéricas del Ecuador**

Según asegura la Primera Agenda Pro Derechos de las Diversidades Sexo Genéricas del Ecuador publicada en julio del 2014 por la Fundación Esquel, en conjunto con las organizaciones de la sociedad civil, -que a nivel de país trabajan por la promoción y defensa de los derechos de las personas LGBTI- la participación social y política de las personas no heterosexuales, su visibilización y uso de espacios públicos, constituyen ejemplos del camino recorrido por la comunidad LGTBI en su búsqueda por restituir y ampliar el ejercicio de todos sus derechos como ciudadanas y ciudadanos.

Para la creación de la ya mencionada agenda se consideraron cuatro ámbitos de derechos sobre los cuales se presentan elementos de situación y experiencia en relación con el ejercicio de los derechos de las personas LGBTI. Estos ámbitos son: educativo, salud, laboral y civil. (Esquel, 2014).

En lo referente a la salud, la agenda manifiesta que por lo general se vincula a este aspecto de la vida humana únicamente con temas relacionados con prácticas sexuales, sin que exista una visión de salud integral.

“Las intervenciones y el abordaje de la salud se enfocan en la curación y en la prevención de las enfermedades por transmisión, sin que se consideren otros aspectos relevantes. Además, no se han estructurado protocolos de atención diferenciada, y sobre todo, no se ha particularizado en formas de atención en salud específica para cada

población en específico (no es lo mismo trabajar con población de gays, que de lesbianas, o de personas trans, bisexuales o intersex). Aún el tratamiento de su salud sexual y salud reproductiva se enfoca hacia la heterosexualidad”. (Esquel, 2014).

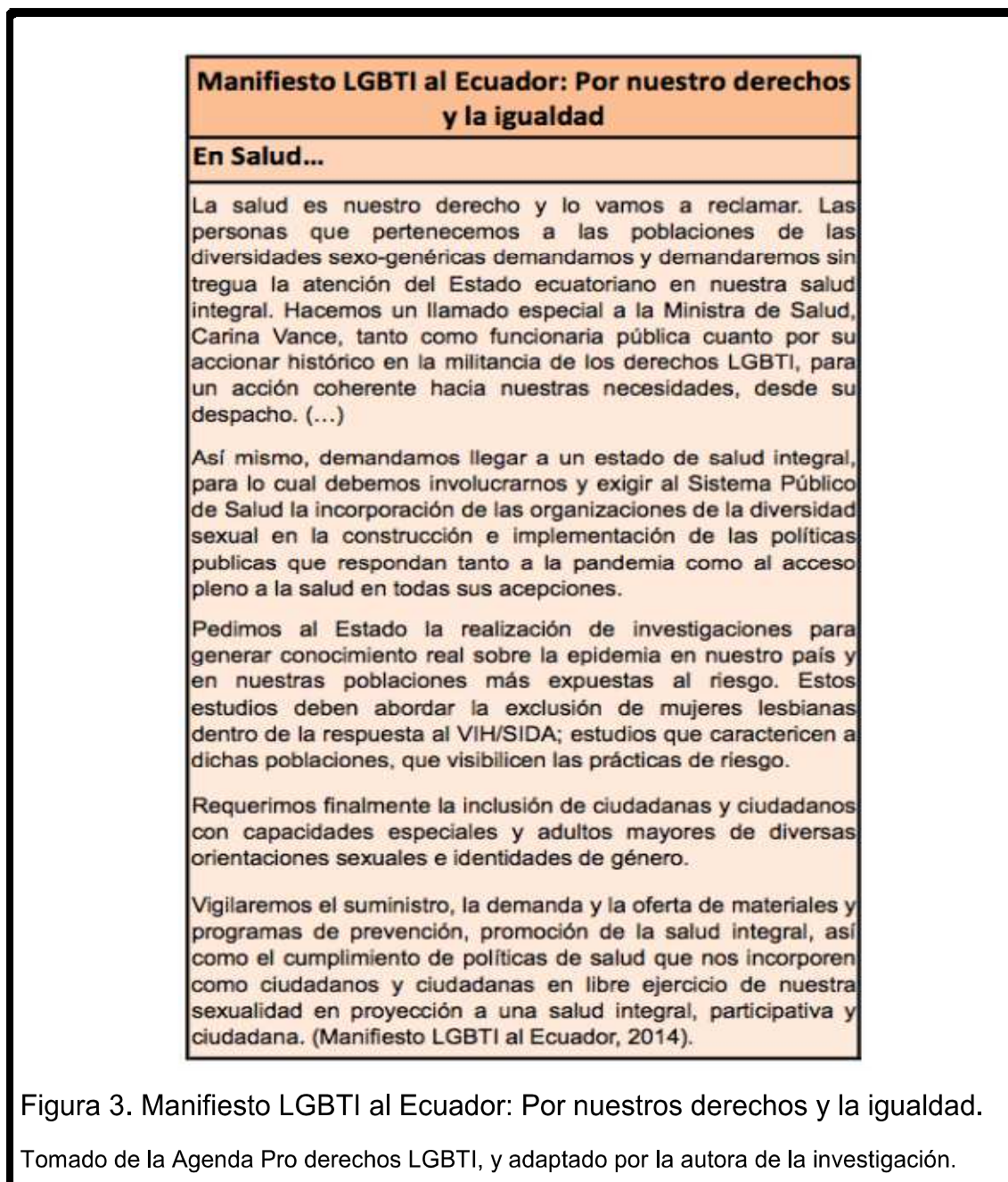
Esta agenda permite que se haga expreso el abordaje de temas que se consideran relevantes por parte de las personas LGBTI organizadas, con miras a que sus demandas sociales sean atendidas. De este modo sus peticiones se encuentran reunidas en este documento trabajado por las y los representantes de distintas organizaciones, originarias de ciudades como Cuenca, Machala, Portoviejo, Ibarra, Ambato, Quito y Guayaquil. Este texto recoge los avances, retos y estrategias a implementarse para cumplir ciertas metas planteadas por los grupos LGBTI.

“El contexto social, político y económico que vive actualmente la sociedad ecuatoriana y, muy especialmente los grupos poblacionales históricamente excluidos, ha generado la necesidad de contar con acuerdos, consensos, determinaciones y delimitaciones que permitan avanzar en la construcción de procesos que, contruidos participativamente, redunden en acciones mancomunadas, dirigidas a una meta común: la inclusión social y la obtención de una vida digna, de lo que se ha denominado el “Buen Vivir”.” (Esquel, 2014).

La agenda incluye además el manifiesto denominado ‘Manifiesto LGBTI al Ecuador: Por nuestro derechos y la igualdad’, el mismo que fue creado en el marco de la planificación de la Agenda el 10 de abril del 2014.

El manifiesto destaca el reclamo por sus derechos de acceso a empleo, salud integral, educación, justicia y participación ciudadana como ingredientes fundamentales e irrenunciables hacia el ‘Buen Vivir’.





### **2.2.3 Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición**

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Comisión de Transición para la definición de la institucionalidad pública que garantice la igualdad entre hombres y mujeres desarrollaron la primera investigación sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de personas LGBTI, con una muestra de 2.805 personas de esta población, mayores de 18 años. Este

estudio abarcó temas de derechos humanos, participación ciudadana, educación, salud, condiciones laborales, justicia, discriminación y exclusión.

La investigación se realizó entre noviembre del 2012 y enero del 2013. Sus resultados fueron expuestos a la opinión pública en octubre del 2013. Para el desarrollo de este estudio, realizado con encuestadores de cada uno de los colectivos, el INEC y la Comisión de Transición, se utilizó la metodología de muestreo no probabilístico, mediante la técnica de 'bola de nieve', que permite obtener información de poblaciones ocultas y consiste en que cada informante refiera a personas de su misma población para llenar la encuesta.

Lo que a diferencia de otras investigaciones hechas por el INEC, muestra que este es un estudio de caso y proporciona cuantitativamente el total de la población LGBTI, pero si ofrece un panorama cualitativo de la realidad de las personas LGBTI. (INEC, 2013). Empero, el muestreo no probabilístico es una técnica donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. Y la desventaja evidente de usar un muestreo de bola de nieve es que difícilmente sea representativa de la población.

Para algunos activistas, esta primera encuesta de investigación sobre la situación de los LGBTI en Ecuador es una herramienta para crear políticas contra la discriminación, además de ser la oportunidad de crear espacios de debate que fomenten la vida en sociedad. Para otros, la encuesta no aporta datos nuevos ni relevantes a diferencia de otros estudios elaborados desde y con la organización de la sociedad civil. Además dudan de su validez por ser un estudio mediante un método no probabilístico.

Según el diario El Telégrafo (2013), por orientación sexual o identidad de género se entrevistó a 818 casos de gays, 662 lesbianas, 446 bisexuales, 800 transfemeninas, 35 transmascullinos, 40 transexuales y otros 4 que representan a la población que se denomina '*queer*', dicho en otras palabras, una persona

que no se define sexual ni genéricamente o se resiste a hacerlo. El 66,7% de la población investigada se concentra en los grupos de edades entre los 20 y 34 años, el 29,1% a personas entre 20 y 24 años y el 0,2% a 65 y más años de edad.

Según esta investigación, se estableció que de quienes reportaron haber vivido alguna experiencia de discriminación en el entorno familiar, un 72,1% mencionó haber sufrido algún tipo de control; un 74,1%, imposición; un 65,9%, rechazo; y, un 61,4%, violencia. La sociedad ecuatoriana, en todos sus espacios, no reconoce o pasa por alto la normativa vigente de acuerdo a la no discriminación por identidad de género, sexo e inclinación sexual.

El INEC obtuvo además como resultado datos que aseguran que la exclusión que vive la comunidad LGBTI se encuentra más presente en los espacios privados con el 71,4%. Y establece que en los propios hogares de las personas LGBTI el nivel de rechazo es más alto de parte del padre, con el 13%, frente al 9% de parte de la madre, y el 5% de los hermanos.

Por otra parte, la violencia, con un 65,6%, y la discriminación con un 55,8%, tienen lugar con más frecuencia en los espacios públicos. De acuerdo a su educación, se supo que el 40,6% de la población tiene al menos un año de instrucción superior, el 94,5% está empleado y de estos el 45,6% recibe hasta dos salarios básicos. Mientras que en el ámbito de servicios (comercios y mercados) trabaja el 49,5%.

Las siguientes ilustraciones muestran gráficamente los resultados de la encuesta en cuanto al: Nivel de instrucción de la población entrevistada; afiliación y acceso a los beneficios del Seguro Social; la cobertura del acceso a la salud; atención de los establecimientos a personas LGBTI; las ocupaciones de las personas entrevistadas; el rango de ingresos de la población LGBTI; y el trabajo sexual.

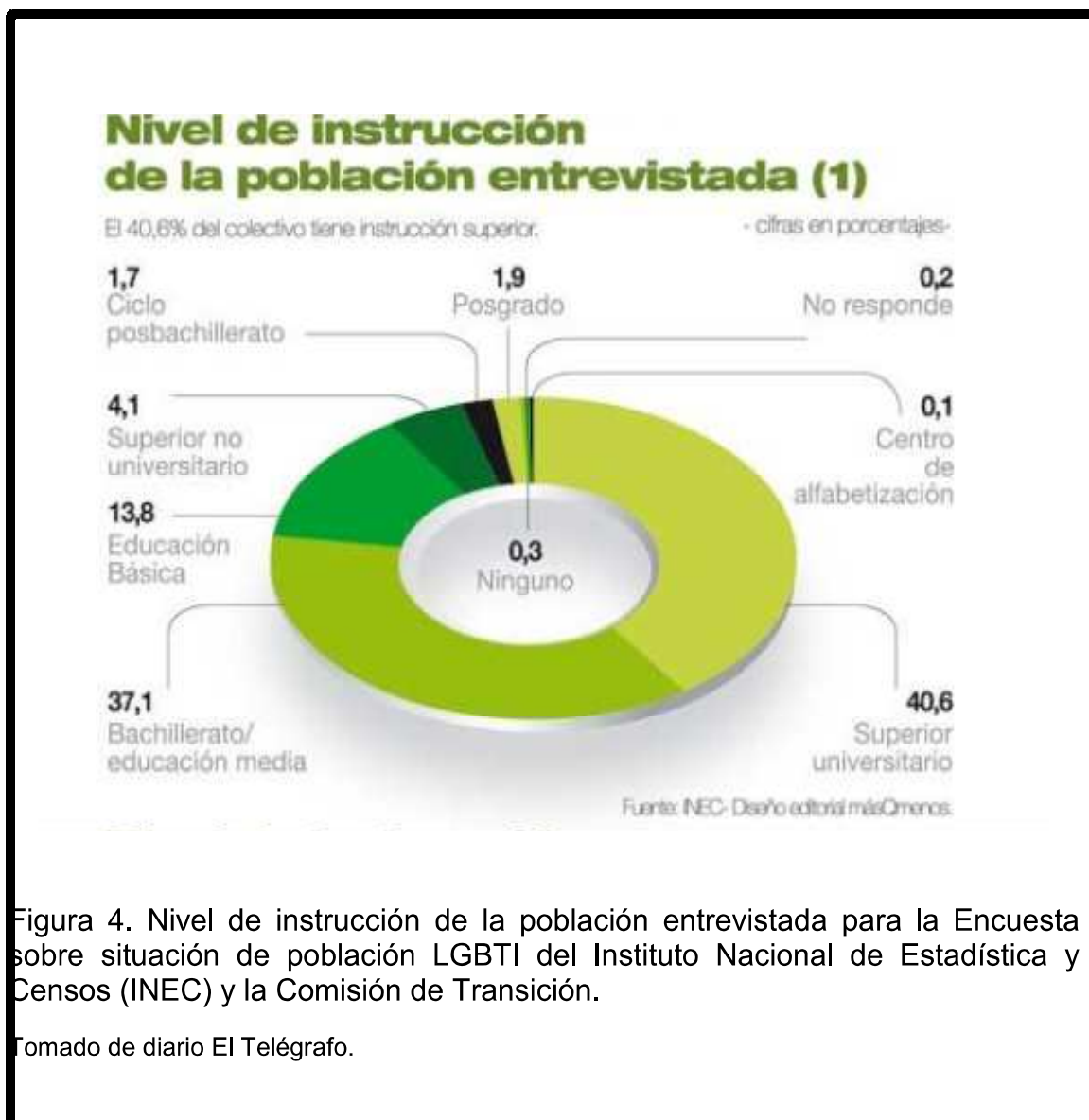
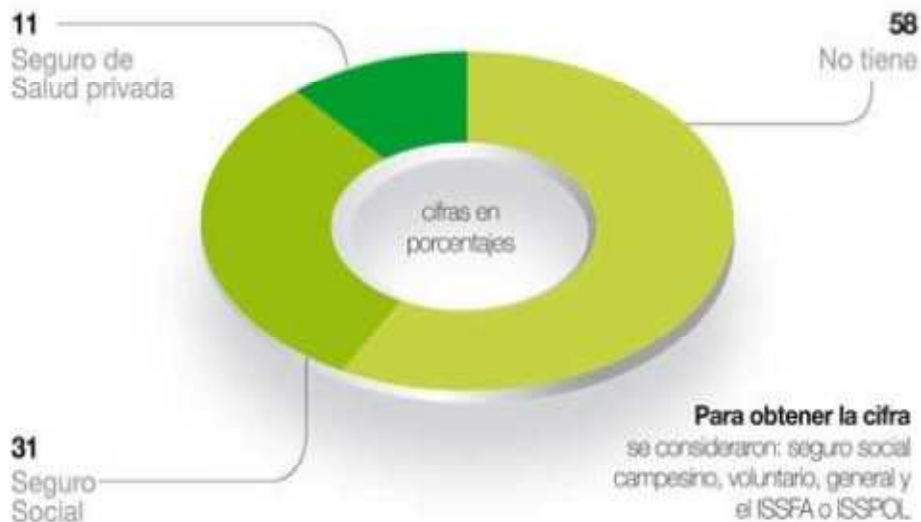


Figura 4. Nivel de instrucción de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.

## Afiliación y acceso a los beneficios del Seguro Social (2)

El 58% no goza de estos beneficios sociales.



Fuente: INEC- Diseño editorial másQmenos.

Figura 5. Afiliación y acceso a los beneficios del Seguro Social de población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.

## El acceso a la salud no cubre todavía al 100% de la población (3)

El 84,1% de la población tuvo al menos una atención durante 2012.



Fuente: INEC. Diseño editorial másQmenos.

Figura 6. El acceso a la salud no cubre todavía al 100% de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.

## Los establecimientos públicos son los que más atienden (4)

El 60,1% acudió a esos centros y el 37,9%, a establecimientos privados.

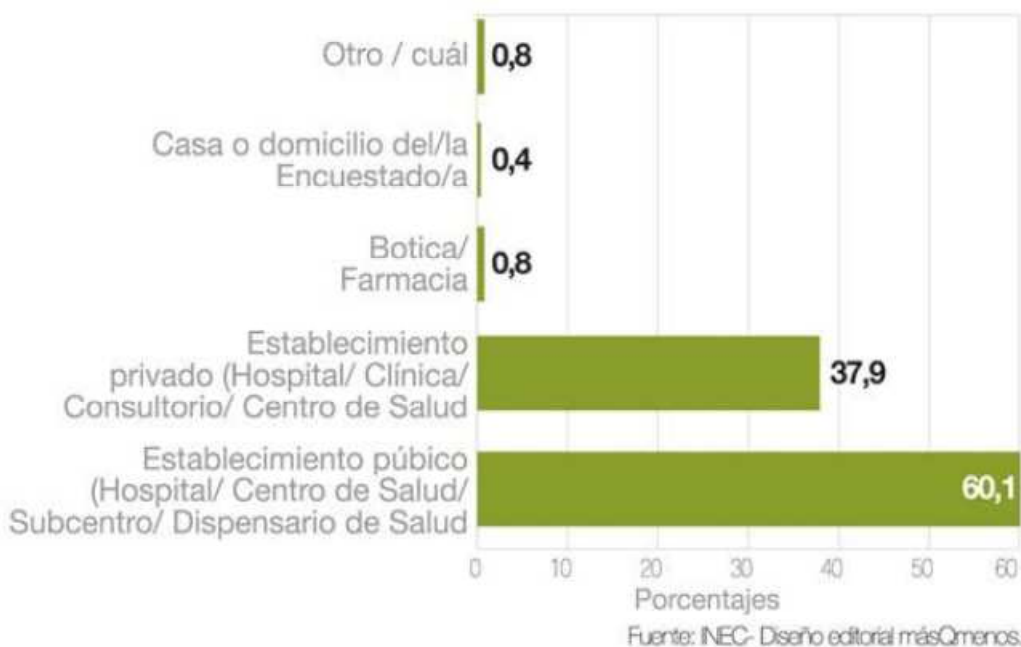


Figura 7. Los establecimientos públicos que más atienden a la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.

## Grupos de ocupación de la población entrevistada (5)

Los trabajadores de servicios y vendedores de comercio lideran el segmento.

- cifras en porcentajes -



Fuente: INEC- Diseño editorial másQmenos.

Figura 8. Grupos de ocupación de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.



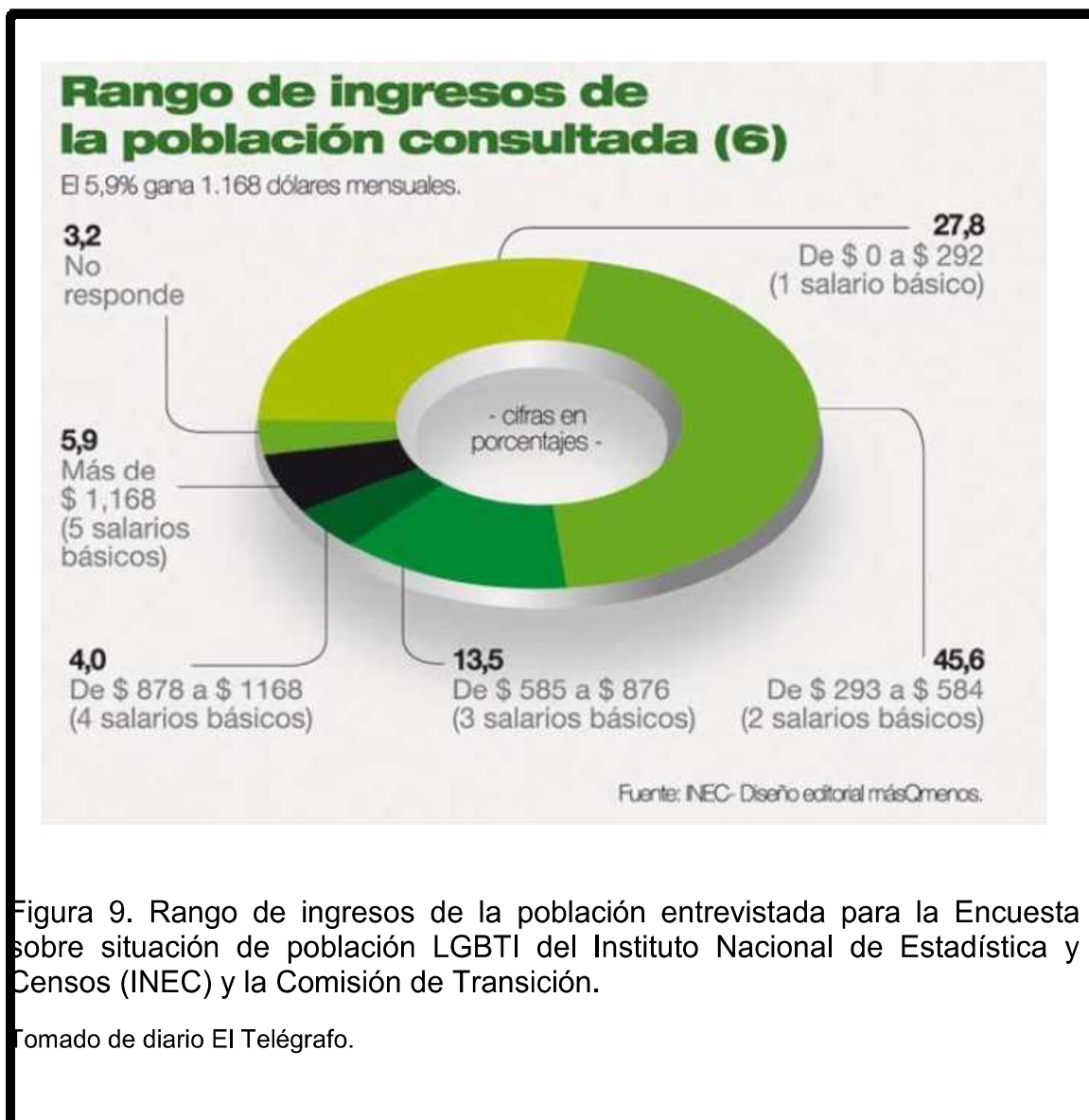


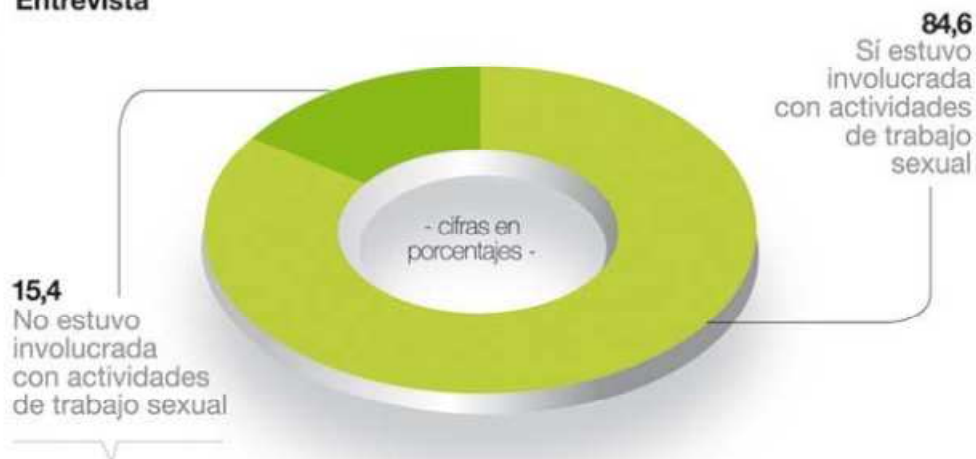
Figura 9. Rango de ingresos de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.

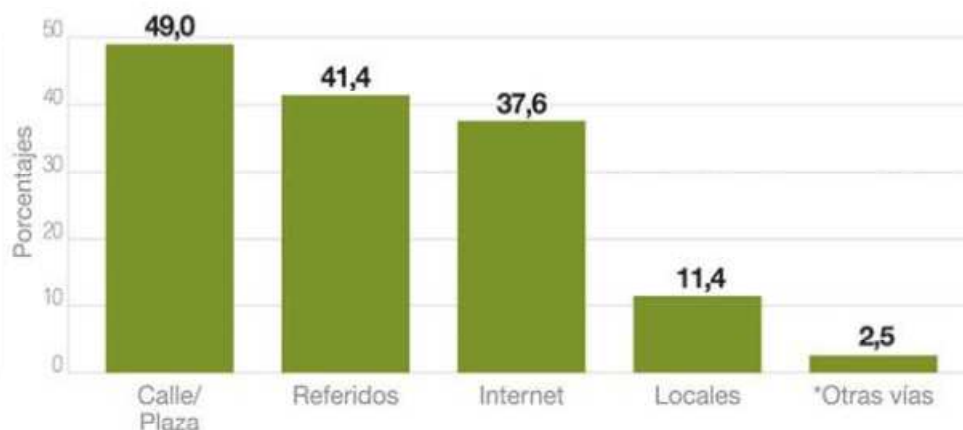
## Trabajo sexual y los medios de contacto que hizo el colectivo (7)

Internet es un medio importante para este tipo de contactos.

### Entrevista



### De este 15,4%



\*Incluye: bares, menajes por tv, saunas

Fuente: INEC- Diseño editorial másOmenos

Figura 10. Trabajo sexual y los medios de contacto que hizo el colectivo de la población entrevistada para la Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición.

Tomado de diario El Telégrafo.

#### **2.2.4 ¿Qué dicen los medios de comunicación?: Demandas LGBTI sobre el ejercicio de su derecho a la salud (2013- 2014)**

Para algunos y algunas activistas LGBTI, el nombramiento de Carina Vance Mafla como Ministra de Salud en el 2012 fue motivo de alegría. El beneplácito se exteriorizó a través de comunicados de prensa y redes sociales, según asegura el diario de cobertura nacional El Universo en su publicación del día jueves 19 de enero del 2012. La nota titulada ‘GLBTI celebra que Vance esté en Ministerio de Salud’, comunica que Vance, quien fuera en primer lugar subsecretaria de Planificación del Ministerio de Salud Pública (MSP), fue designada para el cargo en lugar de David Chiriboga, por el Presidente Rafael Correa.

Vance es considerada “una activista visiblemente lesbiana”, y su nombramiento se constituye como la primera ocasión en la historia del Ecuador que “una activista por los derechos de las mujeres diversas alcanza un puesto de tal importancia y compromiso”, según manifestó Efraín Soria, presidente de la Fundación Equidad y representante del colectivo político Igualdad de Derechos Ya (que lucha por los derechos de los LGBTI del país) en este y otros artículos de prensa relacionados.

En enero del 2013, el artículo ‘La comunidad GLBT pide más acceso al servicio de salud’ publicado por diario El Comercio, afirma que a pesar de que la ley proclama la garantía de los derechos de salud de los grupos LGBTI, en la práctica esos derechos se quedan en el papel. Según lo asegura Paola la primera entrevistada de la nota, quien es una mujer transfemenina, siente que su derecho de acceso a la salud no está del todo garantizado. “Fui a un centro de salud y me vieron de pies a cabeza. Les dije lo que sentía (fiebre, dolor muscular, deshidratación) y me dijeron que no había atención. Luego vi que entraron más personas al consultorio”. (El Comercio, 2013).

De acuerdo a la nota de diario El Comercio, un estudio de la iniciativa Amfar (2012), cuya muestra fueron 759 trans femeninas de la Costa, evidenció que

un 55% denunció la inaccesibilidad a los centros de salud, y más del 90% aseguró recibir un trato diferente por su condición de trans. (El Comercio, 2013).

Paola acudió a la Clínica del Hombre (centro médico creado por la Fundación Equidad, especializado en la atención en salud de hombres que tienen sexo con hombres), fundada en 2008 y en la cual trabajan 15 personas. Según Luis Fernando Galarza, coordinador de la clínica, “el personal -de este lugar- está sensibilizado con la realidad GLBTI. Más allá de ser buenos médicos o psicólogos, saben tratar a los pacientes como seres humanos y logran su confianza”.

Conforme expresa el doctor Demetrio Magallanes –miembro del centro de salud-, son 1 250 usuarios anuales (no solo LGBTI sino también heterosexuales) quienes acuden a la clínica. La cifra aumenta en 10% cada año. Al inicio, el dispensario solo realizaba controles de VIH- sida, ahora aparte de esta actividad también realizan consultas por enfermedades como sífilis, gonorrea, y dan consejos en cuidado de la salud y familiar.

“Pese al esfuerzo, la atención en salud es aún limitada para la comunidad GLBTI. “Somos víctimas de burlas”, “nos sentimos incómodas”, “no hay confianza con el médico”. Esas son algunas de las respuestas que ha recogido la fundación Silueta X (1 200 miembros) de una encuesta que realizan para abrir un centro de salud ‘trans-lesbi’ en Guayaquil”. (El Comercio, 2013).

Por su parte diario el Telégrafo, en marzo del 2013 publicó el artículo ‘Cuatro veedurías para la comunidad GLBTI se establecerán en el Ecuador’. En el cual informó que la Defensoría del Pueblo del Ecuador (DPE) y la Asociación Silueta X organizaron el primer Taller Nacional de Diagnóstico GLBTI. La finalidad del taller fue “obtener conclusiones y planes por seguir a favor de los derechos de los gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersex (GLBTI) a nivel

nacional, en base al análisis de la Constitución ecuatoriana y de las leyes actuales que están vigentes con respecto a 4 ejes: salud, trabajo, educación y justicia”.

Las cuatro mesas de trabajo fueron conformadas por los representantes de organizaciones de siete provincias. Sobre la salud, el grupo expuso su análisis con el Ministerio de Salud sobre los servicios de salud que reciben actualmente los integrantes de esta comunidad. “Los doctores deberían ser capacitados para brindar un mejor trato a los GLBTI en los centros y subcentros de salud”, dijo Diane Rodríguez, titular de la Asociación Silueta X. (El Telégrafo, 2013).

En mayo del 2013, se publica la nota informativa ‘La salud GLBTI con espacio propio’. Esta es transmitida por diario Hoy y habla sobre la apertura e inauguración en Guayaquil de un centro de atención médica para los grupos sexuales. Este consultorio fue un proyecto de la fundación guayaquileña Silueta X y se adaptó en la misma sede de la organización.

Al acto de inauguración asistió Patricio Aguirre, asesor de la ministra de Salud, Carina Vance, quien mencionó que este proceso “permite ir consolidando la atención a las personas trans, lésbica del país, de una manera articulada, integrada, con un enfoque de garantía de derechos. Es un día muy importante porque se están consolidando estas iniciativas de integración, de respeto a los derechos humanos”. (Hoy, 2013).

En agosto del 2013, el canal de televisión nacional, Ecuavisa, realizó una nota denominada ‘Quito cuenta con la primera clínica para grupos GLBTI del Ecuador’. Pese a la poca certeza del titular, el reportaje se refiere al consultorio establecido en las instalaciones de la organización Asociación Alfil, dirigida por Rashell Erazo, especializado en brindar servicios de salud a personas gays. Lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales.

Erazo comenta para Ecuavisa, que este centro de salud es el primer consultorio de este tipo que funciona en la capital, y no solo brinda consultas

en medicina general, sino también se realizan pruebas gratuitas de VIH y sífilis, tratamientos hormonales para personas trans y terapias psicológicas.

### **2.2.5 Clínicas de deshomosexualización**

El caso de Zulema Constante Mera, de 22 años, quien estuvo recluida en contra de su voluntad en el Centro Terapéutico Femenino La Esperanza, en Tena (Napo), donde permaneció tres semanas para supuestamente curar su lesbianismo, fue el caso conocido más sonado en los medios de comunicación y las redes sociales. Durante este período, recibió maltrato psicológico, alimentación deplorable, incomunicación y encierro, como parte de la ‘terapia’ para alcanzar su ‘cura’.

Gracias a la presión mediática que inició su pareja, Zulema fue liberada por los propios dueños de la clínica. La pareja de Zulema recibió el apoyo de organizaciones como Mujer y Mujer, así como de varias activistas de los derechos humanos y algunos funcionarios públicos lo que provocó temor en quienes habían colaborado en el plagio de la joven y en su posterior confinamiento en el Tena. A su regreso a Guayaquil, de donde es originaria la joven mujer, hizo pública su historia, reactivando el debate sobre los delitos que se cometen en contra de las personas de la comunidad LGBTI en este tipo de lugares. A los que, en muchos casos, son enviados por sus familiares.

Su caso reabrió el diálogo sobre la falta de control a las clínicas que, a más de ofrecer curar a las personas adictas a las drogas y el alcohol, ofrecen también la deshomosexualización.

Karen Barba, directora de la Fundación Causana -organización que trabaja para prevenir y resolver casos de plagio y retención involuntaria de mujeres lesbianas en centros de rehabilitación en todo el país- explica que estos lugares habrían empezado a funcionar en el Ecuador después de la despenalización de la homosexualidad en 1997. Asegura que no existen registros confiables del número de clínicas que se dedican a estas actividades,

ya que “generalmente operan de acuerdo a los permisos que entrega el Ministerio de Salud, que son para prevenir y controlar las adicciones, pero de ninguna manera para estudiar o modificar patrones de conducta. Es decir, tienen la autorización para hacer una cosa y hacen otra, que además es ilegal”. (MAX revista, 2014).

De acuerdo con datos difundidos por la Comisión Ecuménica de los Derechos Humanos (Cedhu) hasta el año 2012, 321 centros de rehabilitación habían recibido los correspondientes permisos de funcionamiento en las 21 provincias del país. Empero, existe un desconocimiento oficial sobre los establecimientos que en realidad se dedican a la ‘deshomosexualización’, bajo el disfraz de la cura de adicciones o trastornos psicológicos. Y pese a que tampoco existe información sobre el número de pacientes ingresados en estos lugares, la observación y las denuncias muestran que las mujeres son las víctimas mayoritarias de estos intentos de cambio de orientación sexual.

De acuerdo a Anni Barragán, activista de Causana, en estos centros se mantienen sedadas a las pacientes, mal alimentadas, se les propinan castigos físicos y psicológicos, son encerradas en cuartos oscuros, muchas han sufrido acoso sexual y violación. Además se cree que se les administra hormonas irresponsablemente.

Jorge Medrana, también miembro de Causana, explica que el sistema jurídico del país no está preparado para dar continuidad a este tipo de procesos luego de que la denuncia es presentada. Medrana sostiene que estas clínicas han llegado a ser clausuradas, pero después de ese aspecto administrativo, se produce un estancamiento en la mayoría de instancias de la cadena de justicia. Asegura que hasta la fecha no existe un solo caso que haya sido sentenciado de la manera que deben ser tratados este tipo de casos, es decir, como delitos de odio, por tratarse de torturas.

A continuación, el siguiente cuadro explicativo contiene las cifras de la situación de las clínicas de deshomosexualización en el país.

# LAS CIFRAS DEL ODIO

## SITUACIÓN LEGAL DE LAS CLÍNICAS DE DESHOMOSEXUALIZACIÓN

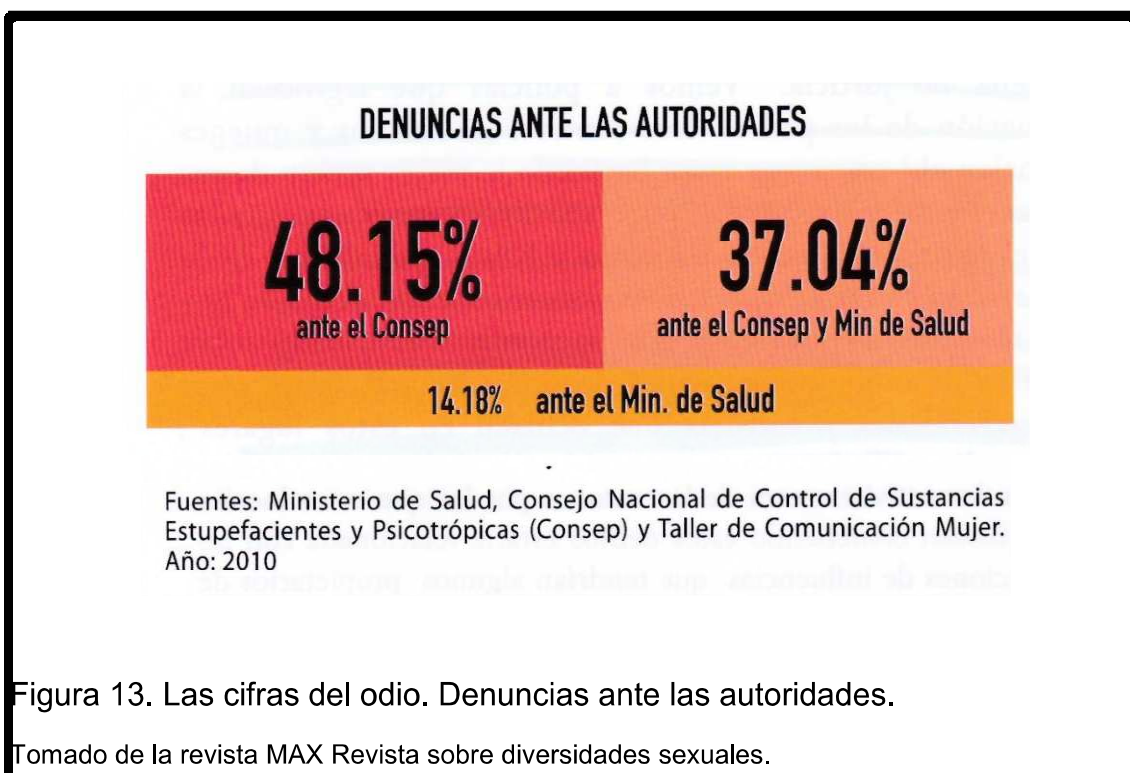
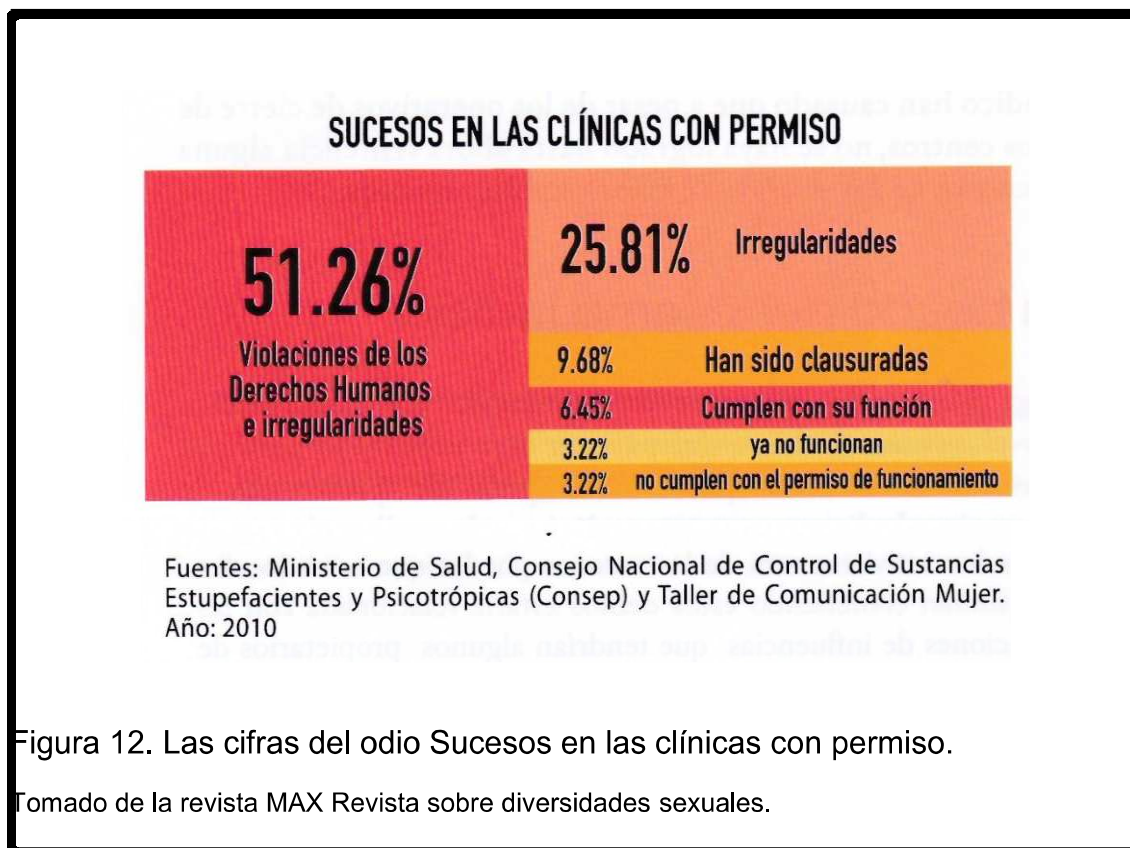


Fuentes: Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) y Taller de Comunicación Mujer.  
Año: 2010

Figura 11. Las cifras del odio. Situación legal de las clínicas de deshomosexualización.

Tomado de la revista MAX Revista sobre diversidades sexuales.





## **2.3 Políticas Públicas de Inclusión Social para las personas LGBTI**

### **2.3.1 A nivel del Estado**

Según el artículo 363 de la Constitución (2008) será el Estado el responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. También será el estado el encargado de universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. (Constitución, 2008).

Del mismo modo, deberá fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. Así como tendrá que asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral. (...)(Constitución, 2008).

Sin embargo, no existen políticas estatales que apoyen de manera frontal a las organizaciones LGBTI del Ecuador, quienes son las que han luchado y continúan haciéndolo a favor de sus necesidades. Aunque en principio, y de cierto modo, algunas instancias del Estado han incorporado en sus políticas la temática LGBTI, esto no se ha visto plasmado en la vida cotidiana. Las organizaciones y fundaciones pro LGBTI pretenden lograr que el Estado a través de sus distintas entidades generen políticas de inclusión y protección.

### **2.3.2 A nivel del Municipio de Quito**

El Municipio de Quito es el encargado de la prevención y promoción de servicios de salud, como ya se revisó con anterioridad en este capítulo. El cabildo es el responsable de la creación de los lineamientos de Política Pública con la ayuda de las propuestas enviadas desde la sociedad civil. La Secretaría de Inclusión Social del Municipio de Quito, en este caso, es la entidad que debe crear las Políticas Públicas referentes a las Diversidades Sexo Genéricas. Para eso se creó en el 2012 el Proyecto de Diversidades Sexo Genéricas.

A nivel de la ciudad de Quito, existe una normativa en cuanto a las políticas públicas sobre población LGBTI, pero la implementación de esta normativa todavía está en curso.

#### **2.4 Población LGBTI y Gobierno**

La posición del Presidente Rafael Correa sigue siendo incierta. Ha colaborado en días relevantes para la comunidad LGBTI, en años anteriores, como en el Día del Orgullo Gay delegando a su Ministra de Cultura para que asista al evento en representación suya. No obstante, ha mostrado también su rotunda negativa hacia al matrimonio igualitario.

La población LGBTI siente que el Gobierno está en deuda con ellos y ellas, al no haber sido cumplidas varias ofertas de campaña y compromisos de erradicar la discriminación. También reclaman una deuda en cuanto a la falta de reconocimiento de la identidad trans. Ya que estas personas siguen teniendo información sobre su sexo biológico en la cédula de ciudadanía. Así como denuncian el hecho de que aún no existen políticas públicas que garanticen las condiciones de vida dignas de las poblaciones LGBTI en lo que respecta al acceso a la vivienda, trabajo, educación y salud.

# CARTA ABIERTA AL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

Activistas LGBTI, DIVERSIDAD, Red LGBTI Ecuador

El proceso de la "Revolución Ciudadana" generó muchas expectativas en quienes hacemos activismo LGBTI. Vimos con esperanzas los compromisos y declaraciones del Presidente Correa para superar las estructuras sociales machistas y erradicar la discriminación; inclusive, pidiendo disculpas a las poblaciones LGBTI por haber utilizado en una sabatina, términos de contenido peyorativo, que hacían alusión al menoscabo de nuestra orientación sexual.

También vimos con total entusiasmo, la voluntad de la Comisión de Gobiernos Autónomos de la Asamblea Nacional del período 2009-2013, presidida por Virgilio Hernández, para que organizaciones y activistas LGBTI presentemos propuestas de reforma a la Ley del Registro Civil. De ahí que, luego de un proceso de diálogo sostenido, dicha Comisión aprobó en octubre de 2012 un informe para primer debate, que incluía la propuesta de nuestras/as compañeras/os de visibilizar su género en la cédula; y la obligatoriedad del Registro Civil de registrar las uniones de hecho.

Lamentablemente, toda expectativa que tuvimos en su momento no ha sido aterrizada en acciones concretas que favorezcan nuestros derechos. La "Revolución Ciudadana" está en deuda frente al reconocimiento de la unión de hecho como estado civil, a pesar de que el artículo 68 de la Constitución la eleva a la misma categoría del matrimonio, al establecer que la unión de hecho "generará los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio". La "Revolución Ciudadana" está en deuda ante el reconocimiento e inscripción de hijos/as de parejas del mismo sexo unidas de hecho, como es el caso de Satya.

La "Revolución Ciudadana" está en deuda frente a la existencia de centros clandestinos en los que se encierra a personas con orientación sexual diversa, sobre todo mujeres, para ser torturadas con el pretexto de ser "curadas". Seguimos conociendo de estos trágicos casos, a pesar del compromiso del Ministerio de Salud de erradicar esta situación.

La "Revolución Ciudadana" está en deuda frente al reconocimiento de la identidad trans. Recordemos que las personas transgénero y transexuales, a pesar de que su identidad está reconocida y sus derechos garantizados en la Constitución, siguen teniendo en sus cédulas el sexo biológico con el que nacieron y no su identidad de género. La "Revolución Ciudadana" está en deuda con nosotras y nosotros cuando solo existe la unión de hecho para legalizar nuestras uniones estables y significativas. Con eso nos está diciendo que NO somos suficientemente buenos/as para acceder al matrimonio y al reconocimiento social y jurídico que deviene de esta figura.

La "Revolución Ciudadana" está en deuda ante el establecimiento de políticas públicas que garanticen condiciones de vida dignas de las poblaciones LGBTI en lo que respecta al acceso a la vivienda, trabajo, educación y salud.

Saludamos, sin embargo, la iniciativa del Presidente Correa de reunirse con algunos/as activistas LGBTI. El auténtico activismo persigue metas concretas, no protagonismos personales. Por eso, las organizaciones y activistas hacemos un llamado público para que este diálogo tenga como finalidad el compromiso auténtico del Gobierno para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones LGBTI y el reconocimiento de nuestros derechos, de TODOS nuestros derechos. Pues toda buena intención queda en eso cuando no se materializa en acciones.

Figura 14. Carta abierta al presidente de la República del Ecuador por parte de Activistas LGBTI, DIVERSIDAD, Red LGBTI Ecuador.

Tomado de MAX Revista.

## Activismos, derechos, Estado y Gobierno.

Pamela Troya, activista LGBTI,  
 Vocera de DIVERSIDAD, Red LGBTI Ecuador

La Constitución de Montecristi ya tiene seis años de vigencia, en ella se habla de igualdad, no discriminación y del reconocimiento de los derechos, pero ¿qué han hecho el Estado y este Gobierno para cumplir dicho mandato en lo que respecta a las poblaciones LGBTI? La respuesta es sencilla: poco y nada.

Habrán quienes me cuestionarán duramente por esta aseveración, pues desde la lejanía de la comodidad de quien no se ha involucrado en el activismo LGBTI o no conoce de las luchas emprendidas en favor de nuestros derechos, puede verse a este Gobierno como el más abierto a las demandas de nuestras poblaciones. Finalmente, el activismo LGBTI ha tomado fuerza y resonancia mediática como nunca antes en la historia del país; el Presidente se ha reunido dos veces con algunas/os activistas LGBTI y ha dado paso a que el Registro Civil registre la unión de hecho en las cédulas ¿No es acaso este Gobierno el que más ha hecho por los LGBTI? La pregunta vuelve a ser sencilla de responder: ¡NO!

Ahora bien, que el Presidente se haya reunido con algunas/os activistas LGBTI no es lo cuestionable, sino que luego de siete años de Gobierno lo haya hecho y se lo quiera tomar como el gran suceso de la historia. La primera reunión devino en compromisos que no se cumplieron y en una sabatina dos semanas luego de dicha reunión, donde el Presidente parece desconocer sobre el género, el feminismo y sus demandas. De la segunda reunión se desprendieron otros compromisos, uno de ellos solventar la negativa del Registro Civil a registrar como estado civil nuestras uniones.

En menos de una semana, dicho tema se "resolvió" con una resolución donde se da paso a que se registren las uniones de hecho en las cédulas de ciudadanía como "dato complementario del estado civil", un término inventado que no existe en nuestro ordenamiento legal. Si realmente hay la voluntad política para subsanar esto, la Asamblea debe aprobar reformatorias a las normas de la Ley de Registro Civil y Ley que Regula las Uniones de Hecho para que sean coherentes con la Constitución en su artículo 68, que establece que las uniones de hecho generarán los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio.

Lo más lamentable, ha sido el juego en el que han caído algunas/os activistas LGBTI de darle la razón al Gobierno al decir que si tenemos unión de hecho, ¿para qué luchar por el matrimonio? O, al afirmar que luchar por el matrimonio es darle la espalda a luchas más importantes. Esto demuestra una visión miope sobre el alcance que deben tener nuestros derechos. Debemos exigirlo todo y buscar conseguirlo todo, no contentarnos con poco y encima dar gracias. La lucha por el Matrimonio Civil Igualitario no es una lucha para reivindicar esta institución, es una lucha por dignidad e igualdad ante la ley. Además, luchar por esto no le quita importancia a ninguna lucha, ya que todas deben pelearse en paralelo sin pisotearse las unas a las otras. Todas las luchas son necesarias y desde todas las trincheras, siempre y cuando no sean estas para complacer el discurso de una persona que goza de mucho poder y de poco entendimiento en nuestras temáticas.

Figura 15. Artículo de Pamela Troya, activista LGBTI: Activismos, derecho Estado y Gobierno.

Tomado de MAX Revista.

Para los activistas involucrados en la defensa y promulgación de los derechos de las personas LGBTI en el país, la posición del Gobierno y del Presidente Rafael Correa da muestra de un doble discurso. Por un lado designa líderes y lideresas como la cabeza de diferentes instituciones y entes públicos del país - no solo LGBTI, sino de varios grupos históricamente marginados-, y por otro se encuentra en franca oposición a temas como el matrimonio igualitario.

Lo que para ellos y ellas simboliza una estrategia política con el fin de 'neutralizar' a los representantes - en el caso de la designación de Carina Vance como ministra de salud- de la población LGBTI. De modo que los 'mantiene contentos' por un momento y deja de lado el tratamiento de temas relevantes para esta población.

### 3. CAPÍTULO III. DE “TRÁNS”ITO: ENTRE UN ‘ÉL’ Y UNA ‘ELLA’

¿Cómo se sentiría si un día despertara atrapado en un cuerpo que no le pertenece? ¿Si quien es dentro de su cabeza no corresponde con quien refleja su forma anatómica? Las personas trans tienen que vivir con esta realidad día tras día y a cada momento. No solo tienen que luchar por ser reconocidos por la sociedad, sino que tienen una batalla – incluso más importante- que vencer, y es consigo mismos. No solo tienen que sobreponerse a lo que los demás dicen y piensan de ellos y ellas, tienen también que superar a su propia conciencia, y tomar la decisión de asumir su verdadera identidad.

Las personas trans forman parte de la comunidad LGBTI (Lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales), y son sin duda alguna, el grupo más vulnerable de todos. Otros individuos de la población de diversidades sexo genéricas –gais, lesbianas o bisexuales- tienen la oportunidad de ‘camuflarse’ entre los demás y ocultar su identidad de género y/o su orientación sexual. Si su comportamiento se configura dentro de lo que dictan las normas sociales y morales dentro de la dicotomía sexo-género: hombre-masculino y mujer-femenina, pueden pasar desapercibidos y reservar sus convicciones, gustos y preferencias para practicarlas ‘puertas a dentro’, es decir en la intimidad.

Las personas trans no gozan de esa opción. Una vez que se han arriesgado a vivir una vida fuera de lo tradicional y heteronormado deben enfrentarse al rechazo. Nacer hombre y sentirse mujer, o nacer mujer y sentirse hombre, es decir identificarse con el género opuesto con el otorgado en el nacimiento conlleva una existencia dolorosa y confusa. No basta con mirarse en el espejo y ver en él el reflejo de sus deseos. Usar las prendas que correspondan con su identidad no llena el vacío ni calma la incertidumbre o la angustia de no sentirse dueños de su ser. Necesitan que el mundo legitime su derecho de existir y desarrollar una personalidad que les permita alcanzar la plenitud.

En esta investigación se abordará un aspecto fundamental en la vida de las personas trans: la salud. Ingrediente elemental para mantener una existencia

plena. En el siguiente estudio de caso se evidenciarán las características de la accesibilidad a los servicios de salud pública de las personas trans en la ciudad de Quito. Sin embargo, los resultados obtenidos pueden ser proyectados y relacionados con la situación de otras personas del colectivo LGBTI de la ciudad capital. El grupo seleccionado para la investigación permite un ejercicio de inducción del escenario de salud de estos sujetos quienes son tratados a partir de cómo son leídos por la sociedad.

### **3.1 ¿Qué significa ser ‘trans’?**

La expresión ‘trans’ sirve como un término paraguas para reconocer a las identidades que involucran experiencias de género en tránsito: transgénero, transexuales y travestis. Estas categorías se encuentran establecidas dentro de los conceptos de diversidad sexual y de género.

En este punto es necesario repasar varias orientaciones conceptuales tratadas a lo largo del trabajo de titulación con el fin de obtener un mayor entendimiento del mismo. Las siguientes explicaciones fueron recuperadas de la página web oficial de la Comisión de Transición para la Definición de la Institucionalidad Pública que garantice la Igualdad entre Mujeres y Hombres (CDT), 2013.

Sobre la diversidad sexual y de género:

- Es un término que abarca un abanico amplio de opciones sobre las expresiones de la sexualidad y el género de los seres humanos. En él se incluyen las distintas identidades de género y orientaciones sexuales que exteriorizan las personas. Generalmente ha sido utilizado como un término paraguas para incluir en él a gays, lesbianas, bisexuales, transgéneros, transexuales, travestis e intersexuales.

Sobre las diferencias entre sexo y género:

- Sexo: Es el conjunto de características biológicas -llámense

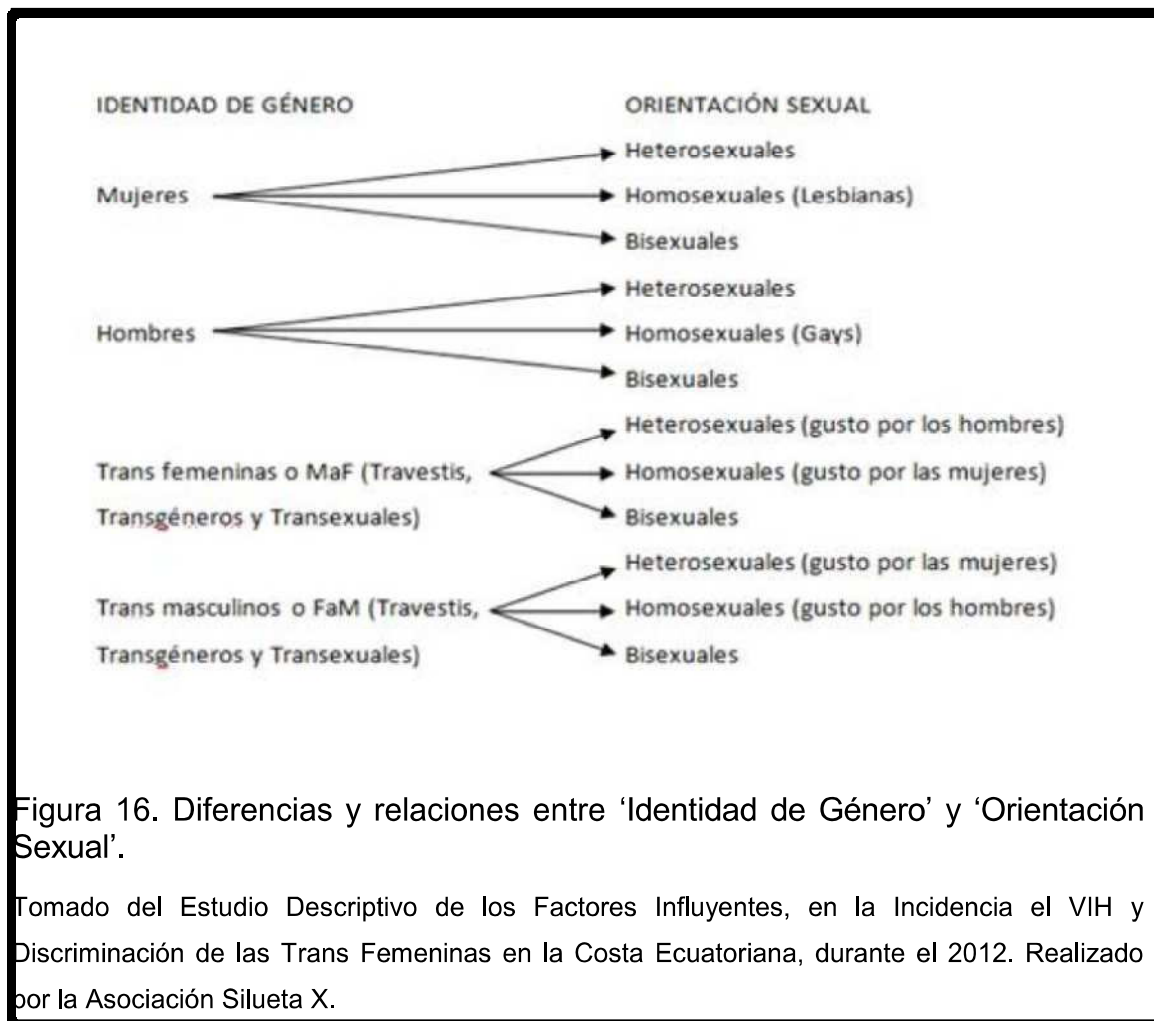
cromosomas, hormonas y gónadas- que definen a los seres humanos como hombres o mujeres.

- Género: Es la construcción social y cultural de las diferencias sexuales, o las diferencias marcadas por el sexo. El género alude a las consideraciones y creencias que están relacionadas con la masculinidad (hombres) y feminidad (mujeres) en las distintas sociedades y culturas. Muchos científicos consideran que el género no viene dado con la naturaleza sino que se construye y aprende, otros no están de acuerdo.

Sobre la identidad de género y la orientación sexual:

- Identidad de género: Es la identificación y expresión de la masculinidad o feminidad de una persona, independientemente de su sexo biológico de nacimiento. (CDT, 2013).
- Orientación sexual: Es la atracción física, emocional y sexual que una persona mantiene hacia otra. Las orientaciones sexuales pueden ser:
  - Heterosexual: Atracción por personas de distinto sexo
  - Homosexual: Atracción por personas del mismo sexo
    - Gais: Es el término político para identificar a hombres que admiten de manera abierta su orientación sexual por otros hombres.
    - Lesbianas: Mujeres que sienten atracción física, emocional y sexual por otras mujeres. Es un “término político que proviene históricamente de la Isla de Lesbos en la Grecia antigua, donde la poetisa Safo congregaba a las mujeres para exponer sus poemas de amor”. (CDT, 2013).
  - Bisexual: Atracción por personas de ambos sexos
    - Hombre bisexual o mujer bisexual: Que siente atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos. Se aplica con mayor exactitud a la orientación sexual.





Sobre la intersexualidad:

- Intersexuales: Personas que nacen con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos los intersexuales manifiestan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican dentro del binarismo sexual hombre-mujer.

Sobre el heterocentrismo:

- Heterocentrismo: Es la creencia de que la heterosexualidad es la norma, y es superior a cualquier otra forma de sexualidad humana. Y en la que estas otras formas son consideradas anormales, antinaturales o enfermedades. Se relaciona con el sexismo, el cual considera que lo masculino es siempre superior a lo femenino.

Sobre las LGBTIfobias (homofobia, bifobia, lesbofobia y transfobia):

- Homofobia: Miedo y rechazo a la homosexualidad o a las personas con orientación o preferencia homosexual, o que parecen serlo. Se expresa en rechazo, discriminación, ridiculización y otras formas de violencia. (CDT, 2013).
- Bifobia: Miedo y rechazo a la bisexualidad o las personas con orientación o preferencia bisexual. Se expresa en discriminación, ridiculización y otras formas de violencia. (CDT, 2013).
- Lesbofobia: Miedo y rechazo al lesbianismo o las mujeres lesbianas, o que parecen serlo. Se expresa en discriminación, ridiculización y otras formas de violencia. (CDT, 2013).
- Transfobia: Miedo y rechazo a la transexualidad, trangeneridad, o travestismo o las personas transexuales, transgéneros o travestis que se expresa en discriminación, burla y otras formas de violencia. (CDT, 2013)

### **3.1.1 Lo trans : Transgénero es...**

Una persona transgénero es aquella que construye un género distinto al que se le asigna socialmente, en este sentido las personas transgéneros pueden ser transgénero femenina o transgénero masculino. (CDT, 2013).

Mujer trans o trans femenina. Es un persona que nace con una biología de hombre y que construye un género femenino. Las transgéneros femeninas expresan mediante su comportamiento, habla y estética lo que usualmente se asigna a las mujeres en determinada sociedad o cultura. No necesariamente se realizan intervenciones corporales. En algunos casos se utiliza el término 'mujer trans'. (CDT, 2013).

Hombre trans o trans masculino. Es una persona que nace con una biología de mujer y que construye un género masculino. Los trans masculinos modifican su comportamiento, habla y estética para corresponder con lo que ha sido socialmente asignado a los hombres. No necesariamente se realizan intervenciones corporales. Se suele utilizar en muchas ocasiones la expresión 'hombre trans'. (CDT, 2013).

### **3.1.2 Lo trans: Transexual es...**

Una persona transexual es una persona transgénero que además de su expresión de género masculina o femenina, realiza intervenciones en su cuerpo que la alejan de su biología original. Las personas transexuales pueden ser mujeres transexuales u hombres transexuales. (CDT, 2013).

Mujeres transexuales. Transición de hombre a mujer. Realizan intervenciones en su cuerpo para adaptarlo a la biología femenina. Generalmente estos cambios incluyen la administración de hormonas femeninas, implantes de senos y en algunos casos una cirugía de reasignación genital (construcción de una vagina). (CDT, 2013).

Hombres transexuales. Transición de mujer a hombre. Intervienen su cuerpo para lograr una estética corporal masculina. Los cambios incluyen en algunos casos la administración de hormonas masculinas, extirpación de senos (mastectomía) y en algunos casos una cirugía de reasignación genital (construcción de un pene). (CDT, 2013).

### **3.1.3 Lo trans: El travestismo es...**

Una preferencia humana que se caracteriza por el uso de vestimenta, lenguaje, comportamiento, etc., que en una determinada sociedad se consideran propios del género opuesto. Una persona puede travestirse de forma permanente, frecuente o esporádica. No es una identidad de género ni tiene que ver con la orientación sexual. (CDT, 2013).

### 3.2 La salud de las personas ‘trans’ en Quito

Como ya se señaló, trans es una categoría paraguas que se emplea para referirse a todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género (travestis, transgénero y transexuales) Lo que implica transiciones en la identidad de género tanto en hombres, como en mujeres.

Aparte de compartir con el resto de la población las necesidades de salud habituales de cada ser humano, las personas trans poseen necesidades particulares dependiendo del tipo de transición que han realizado, el contexto socioeconómico en el que se desenvuelven, y los conflictos y la problemática que en ese proceso han ido eludiendo.

De acuerdo al ‘Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador’ realizado por el Dr. Édgar Zúñiga como una consultoría para el Ministerio de Salud Pública en septiembre del 2013, las necesidades particulares de atención de salud de la población LGBTI -en general- identificadas como prioritarias –debido a que tuvieron mayoritariamente demanda en los y las consultadas para el estudio- son las siguientes:

- a) Consulta de Salud Sexual (preventiva y curativa)
- b) Consulta de Salud Psicológica (emocional y relacional)
- c) Consulta Ginecológica [El 100% de población lésbica consultada, identifico como prioritaria este tipo de atención en salud].
- d) Consulta de Feminización/Masculinización (congruencia sexo-genérica) [El 100% de población trans consultada, identifico como prioritaria este tipo de atención en salud].

Para mayor información, según el informe ya citado (2013) el Dr. Edgar Zúñiga Salazar es “un profesional en salud con experiencia en atención integral en salud a población sexualmente diversa, vinculado con distintas facetas de la salud integral LGBTI”. Él conoce de primera mano las necesidades particulares

de mujeres lesbianas, hombres gais, mujeres y hombres trans, mujeres y hombres bisexuales, así como personas intersexuales. Es doctor en Medicina y Cirugía con una especialidad en Terapia Familia Sistémica. Además imparte la docencia de materias médicas en la carrera de Psicología de las universidades Politécnica Salesiana e Indoamérica, en la ciudad de Quito.

El informe citado fue presentado como la primera parte de la consultoría para la elaboración de la 'Guía de Práctica Clínica para Poblaciones LGBTI en el Marco de los Servicios de Atención Integral en el SSR del Ministerio de Salud Pública', que no ha sido publicado oficialmente y del que se hablará más adelante ya que presenta problemas de orden administrativo –para su publicación- dentro del Ministerio de Salud. Por lo que no constituye una fuente confiable y válida para este trabajo de titulación.

Como una de las conclusiones a las que llegó dicho trabajo de investigación se estableció que la Salud trans, -como se les denomina a los procesos de salud integral orientados a lograr una coherencia entre el sexo biológico, psicológico y social- se reconoce como prioritaria tanto en la población trans masculina (mujer a hombre), como en la trans femenina (hombre a mujer). “Pues la falta de acompañamiento profesional, permite que la población asuma riesgos de salud muy graves, que pueden ser incluso mortales”, señala el estudio.

## PRESENTACIÓN

La Constitución Política del Ecuador, garantiza que todas las personas somos iguales y gozamos de los mismos derechos, deberes y oportunidades, enfatizando que nadie podrá ser discriminado por razones de identidad de género u orientación sexual<sup>1</sup>. Uno de estos derechos es la salud que debe garantizar el Estado, a través del acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Esta responsabilidad estatal ha sido asumida en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, que entre los objetivos propuestos contempla: "Mejorar la Calidad de Vida", incluyendo la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos a través de la calidad en los servicios de salud.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los Principios de Yogyakarta que orientan los esfuerzos de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación a la Orientación Sexual y la Identidad de Género<sup>2</sup>.

En este contexto el Ministerio de Salud Pública, en su gestión tiene el objetivo de mejorar el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y la atención en servicios de salud para los y las ecuatorianas, con énfasis en grupos prioritarios. Reconociendo la inequidad en el acceso a servicios de salud por parte de la población de la diversidad sexual LGBTI, desea aportar en la reparación de esta realidad discriminatoria, y con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) convocan a una consultoría para elaborar la GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, PARA POBLACIÓN LGBTI.

El Dr. Edgar Zúñiga Salazar, es un profesional en salud con experiencia en atención integral en salud a población sexualmente diversa, vinculado con distintas facetas de la salud integral LGBTI, conociendo de primera mano las necesidades particulares de mujeres lesbianas, hombres gays, mujeres y hombres trans, mujeres y hombres bisexuales, así como personas intersexuales.

El 15 de agosto de 2013 arranca esta consultoría, la misma que entregará la Guía clínica de atención integral para población LGBTI como producto final. Dentro de la propuesta metodológica y plan de trabajo se planteó la necesidad de arrancar con un diagnóstico situacional, construido participativamente con la población LGBTI, que recoja de primera mano las necesidades de salud de la población.

El presente informe representa este producto entregable sobre las necesidades de salud LGBTI en Ecuador.

<sup>1</sup> Constitución Política del Ecuador Art. 11.2

<sup>2</sup> Principio 17

Figura 17. Presentación del Informe Análisis Situacional Necesidades de Salud Población LGBTI en Ecuador.

Captura de pantalla del Informe Análisis Situacional Necesidades de Salud Población LGBTI en Ecuador, facilitado por el Dr. Édgar Zúñiga. Año 2013.

Sumado a esto, un gran número de personas trans han vivido experiencias dolorosas y traumáticas tanto dentro como fuera de sus hogares. De acuerdo a la primera Encuesta sobre situación de población LGBTI del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición, de las personas consultadas que reportaron haber vivido alguna experiencia de discriminación en el entorno familiar, un 72,1% mencionó haber sufrido algún tipo de control; un 74,1%, imposición; un 65,9%, rechazo; y, un 61,4%, violencia. Todas estas son situaciones que poseen una incidencia directa e importante en la salud mental y emocional de las personas LGBTI.

El INEC obtuvo además como resultado datos que aseguran que la exclusión que vive la comunidad LGBTI se encuentra más presente en los espacios privados con el 71,4%. Y establece que en los propios hogares de las personas LGBTI el nivel de rechazo es más alto de parte del padre, con el 13%, frente al 9% de parte de la madre, y el 5% de los hermanos. Por otra parte, la violencia, con un 65,6%, y la discriminación con un 55,8%, tienen lugar con más frecuencia en los espacios públicos.

Lo que demuestra que hoy por hoy, por lo menos en el contexto de las personas encuestadas, no existen espacios para el pleno desarrollo de sus personalidades ni en ámbito personal o privado y menos en el público. Nuevamente, las estadísticas reflejan que las experiencias de estas personas afectan de manera continua al estado de completo bienestar al que tienen derecho ellas y ellos por la simple condición de ser seres humanos. Y que además está garantizada por mandato constitucional en el Ecuador.

Las historias de abuso físico y psicológico son reiterativas. Y para los sujetos que han tenido que vivir en la calle o han realizado trabajo sexual, los abusos se diversifican teniendo que enfrentar también circunstancias de abuso policial, violencia física y sexual, las mismas que dejan delicadas secuelas de salud – físicas, psicológicas y emocionales- y que en muy pocas ocasiones son atendidas.

Específicamente en la ciudad de Quito, se realizó en el año 2012 un ‘Estudio de Prevalencia y Comportamientos frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en Población Trans Femenina en Quito’ por parte del Ministerio de Salud Pública, la Corporación KIMIRINA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA, el cual arrojó información relevante sobre la salud – y el acceso a ella- de la población trans femenina en la capital.

Sin embargo, y según lo asegura León Sierra, director adjunto de la Corporación KIMIRINA, es por la presencia de dificultades técnicas que el Ministerio de Salud Pública no lo ha divulgado ya que “presenta inconvenientes en la metodología empleada para el análisis, conocida como de las ‘semillas’”.

Para él, esto se debe a que de acuerdo a las consideraciones de algunos científicos el estudio “no constituye una fuente de información fiable por la alta tasa de prevalencia de VIH en la población trans femenina en la ciudad de Quito”. La que lanza como resultado que aproximadamente 3 de cada 10 personas trans femeninas en la capital están contagiadas con el virus del VIH. (Dato revelado en entrevista con León Sierra y la autora de este trabajo).

El informe final del estudio y sus resultados se manejan de manera confidencial entre las organizaciones participantes, motivo por el cual las cifras ahí reflejadas no pueden ser utilizadas como datos estadísticos para la sustentación de esta tesis. Al no ser un documento oficial, no puede se puede referir a él como una fuente de consulta.

Por otro lado, en países vecinos sí existe información oficial al respecto y por ende sí puede ser utilizada como fuente de consulta. Es así que, según afirma la ‘Guía de Provisión de Servicios Afirmativos de Salud para personas LGBT’, para atender de manera respetuosa a las personas LGBT, realizada en Bogotá-Colombia por Marina Bernal en el año 2010, dentro de esta población es habitual encontrar personas con:



“procesos de deterioro físico profundo asociado a la desnutrición, la falta de atención a enfermedades crónicas o degenerativas y el uso de implantes en mal estado o de productos inyectables para moldear o modelar la figura, que van desde aceite mineral, parafina, silicona industrial o retinol”. (Bernal, 2010).

Procesos de detrimento que pueden conducir inclusive a la muerte o a la inmovilidad permanentes.

La guía mencionada es considerada por expertos como el Dr. Édgar Zúñiga, una herramienta de información ‘muy buena’ debido a que está planteada como una ‘Guía de Provisión de Servicios AFIRMATIVOS de Salud’. Y los servicios afirmativos implican la reivindicación de los derechos históricamente negados a un determinado grupo social, por ejemplo la población LGBTI. El doctor Zúñiga sostiene que dar un servicio afirmativo además, “significa que esas personas reciben un plus al momento de ser atendidas, es decir, tienen el derecho al trato equitativo y equiparado con las demás personas pero conjuntamente tienen el derecho a recibir algo extra para reivindicar un derecho antes negado, en este caso la atención de salud”.

Siendo así, para el desarrollo de la convivencia y la construcción de la ciudadanía quiteña de las personas trans, se hace necesario reconocer si existe igualdad real en su acceso a servicios de salud públicos, y en la creación de políticas públicas de salud en el Distrito Metropolitano de Quito, que respondan a sus necesidades generales y particulares de atención.

El eje transversal de esta investigación pasa por el reconocimiento de los derechos de las personas de diversidades sexo-genéricas. Puesto que existe una legislación vigente en relación al tema, es necesario saber si las disposiciones impuestas en cuanto a los Derechos Humanos de los miembros de la comunidad trans se están cumpliendo o no. Es necesario revelar si existe

la implementación de la normativa que se ha creado hasta el momento sobre personas LGBTI, y en especial sobre personas trans.

No es un secreto que las condiciones que experimentan los grupos LGBTI en Quito son inequitativas en comparación con sus pares heterosexuales. La ciudad capitalina es considerada para académicos como la periodista Amelia Rivadeneira, -ex profesora de la Universidad de Las Américas, y en la actualidad asesora de comunicación del Defensor Público-, un lugar donde existe una evidente 'mojigatería' y un doble discurso sobre la moral y los principios éticos. Por un lado, se critica un hecho y por el otro se comete el hecho antes criticado.

Para Amelia Rivadeneira, la situación de las personas trans tiene complicaciones desde diferentes aristas, debido a que este segmento de la población no concuerda dentro del fenotipo patriarcal, machista, discriminador y heterocéntrico del éxito: Hombre, blanco, heterosexual y rico.

Tradicionalmente todo lo que no entre o no 'cuadre' dentro de estas categorías resulta transgresor, molesto, ofensivo y desafiante para la sociedad religiosa y 'curuchupa'.

Lesbianas, gais, bisexuales, travestis, transexuales, transgénero e intersexuales tienen que atravesar por situaciones intensas incluso en sus propios hogares. El rechazo y la exclusión no solo forman parte de lo que tienen que vivir en lo público, esta condición incide en su vida privada, en lo emocional y psicológico.

En observaciones e investigaciones preliminares, miembros del colectivo aseguran que fueron sus propios familiares quienes los obligaron a vivir experiencias traumatizantes y desgarradoras que violentaron sus derechos humanos de maneras inefables. Desde negarles la oportunidad de estudiar si no 'corregían' sus inclinaciones sexuales, apartarlos de reuniones familiares, hasta internarlos en centros de 'deshomosexualización'.

Estas personas sin embargo, no se sienten cómodas al revelar sus identidades y prefieren mantenerse en el anonimato por miedo a represalias en su contra.

Se debe hacer hincapié, en que la salud de las personas trans, así como de otros segmentos del colectivo LGBTI, no solo se trata de la salud sexual o intrínseca con su identidad sexo-genérica, ni está únicamente vinculada con el contagio del virus del VIH u otras enfermedades de transmisión sexual. Cuando se habla de la salud de los individuos trans, se tiene que tomar en cuenta la salud como un estado de bienestar integral, conforme lo declara la Organización Mundial de la Salud (OMS). “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

### **3.2.1 ¿Qué barreras existen para las personas trans en el acceso a la salud en la ciudad de Quito?**

A través de la historia y en diario vivir, las personas trans y LGBTI en general han enfrentado diversas formas de discriminación, tratos inequitativos y desiguales en todos los ámbitos sociales tanto de naturaleza personal como institucional, de modo que la salud y el acceso a esta no es la excepción.

No obstante, durante la últimas dos décadas de han dado avances importantes en la identificación de la discriminación, el prejuicio y el estigma fundamentados en la orientación sexual, la expresión y la identidad de género, no solo a nivel internacional, sino también a nivel nacional. Aún así existe mucho por hacer, y todavía hay un largo camino por recorrer.

En los momentos de atención en general, y en los servicios de atención a la salud de las personas trans a diario se perpetran variados actos u omisiones que mudan de sutiles a brutales expresiones de odio, maltrato, violencia y discriminación. La mismas que muchas veces devienen de daños que ponen en riesgo o acaban con la vida de las personas trans.

Por lo general, la presión social, las situaciones de abuso, las amenazas, la violencia por parte de sus familiares y miembros de su comunidad son muros a los que se tienen que enfrentar y que les impiden desarrollarse en su entorno. De modo que se ven obligados y obligadas a huir y esconderse en las ciudades capitales sin el apoyo – ni económico ni moral- de nadie. En muchas ocasiones este acto de emancipación solo les deja la alternativa de convertirse en habitantes de la calle y/o trabajadoras sexuales, en el caso de las mujeres trans.

El círculo vicioso de falta de apoyo familiar que deviene en la falta de educación, posterior falta de empleo y vivienda, falta de acceso al seguro social, falta de acceso a la salud, y demás, perpetúan a las personas trans en un estado de pobreza, vulnerabilidad y riesgo continuos. El hecho de que no puedan acceder a educación formal debido a su condición, por ejemplo, los y las obliga a buscar empleos de alto riesgo que ponen en peligro su integridad psicológica y física, y por ende su salud.

Sin embargo y pese a todo lo descrito, en la Constitución ecuatoriana la población trans –colectivo LGBTI en general- no está reconocida en el artículo 35 como personas y grupos de atención prioritaria. Aunque las características de su realidad las ubiquen como personas en situación de riesgo, y víctimas de violencia doméstica y sexual, el Estado no las reconoce como ciudadanos merecedores de una protección especial. Lo que constituye otro de los requerimientos que tienen los activistas pro LGBTI que trabajan en esta área.

El artículo 35 recita que:

“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en

situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad". (Constitución, 2008).

No se debe descontar el hecho de que las personas LGBTI, y especialmente las personas trans, también forman parte de las Personas Viviendo con VIH Sida (PVVS) en el país. Ellas y ellos si cumplen el requisito dispuesto en el artículo 35 de adolecer de una enfermedad catastrófica o de alta complejidad para ser consideradas personas y grupos de atención prioritaria.

Como ya se dijo, el problema en el acceso a la salud de las personas trans en Quito radica en que estas aún no consiguen la reivindicación plena de sus derechos como ciudadanas y ciudadanos ecuatorianos, debido a la fuerte influencia conservadora y religiosa, católica en su mayoría, existente.

La LGBTIfobia (fobias contra personas LGBTI: homofobia, bifobia, lesbofobia y transfobia), la violencia, la discriminación, el rechazo, los abusos y en consecuencia la extrema vulnerabilidad son algunos de los efectos que produce el desconocimiento sobre la verdadera situación a la que son sometidos los miembros de los grupos LGBTI en la sociedad contemporánea quiteña. El miedo que viene desde el mundo heterosexual, 'heteronormado', androcéntrico, con modelos patriarcales y capitalistas hacia todo lo 'homo' y la negativa a aceptar las diferencias que existen en cuanto a la diversidad de identidades sexuales etc., reconocidas en este país trae consecuencias sociales y económicas para todos.

Por otro lado, los medios de comunicación han jugado un papel fundamental a la hora de realizar la cobertura de temas relacionados con miembros de minorías sexuales. Actualmente, cabe decir que el tratamiento que se le da a la información de este tipo no es el mismo que se le daba 10 años atrás. Es importante destacar que algunos medios de comunicación tanto privados como

públicos, realizan un trabajo profesional en torno al tema tratándolo desde una perspectiva que respeta los Derechos Humanos. Así como existen otros medios que permanecen haciendo lecturas y coberturas de los hechos desde el prejuicio y la ignorancia –no usada como insulto sino como estado de desconocimiento-.

Existen documentos y trabajos sociológicos y científicos que han estudiado la situación de esta población vulnerable en la capital del Ecuador; sin embargo, estos no han tenido una visión periodística, aparte de que cuentan con problemas administrativos que impiden su publicación y socialización. Por lo que sus resultados no han sido compartidos con la gente, de modo que no han causado impacto en la localidad, ni han sido difundidos oportunamente.

Otro de los impedimentos que tiene la población trans es que no existe apoyo de parte de la fuerza pública cuando existen altercados en los que están involucrados, por lo general como víctimas. Lo que trae de vuelta a la discusión la obligación de generar las reformas pertinentes para que se lleguen a concretar políticas públicas nacionales a favor de los LGBTI.

La sociedad quiteña se encuentra en el dilema de respetar los derechos de sus ciudadanos o seguir cargando con la idea de ser un lugar conservador y religioso. El avance de un Estado y la reforma de sus leyes debe responder a la evolución de la situación y el reconocimiento de las libertades y derechos de todos sus miembros.

La salud de los miembros del colectivo LGBTI es un tema tabú hasta el momento, ya que solo se relaciona a este aspecto de su vida con lo sexual y todo lo que ello implica. Se ha vinculado erróneamente a la salud de las personas trans, por ejemplo, con algo que cubre solamente el virus del VIH. Sin embargo, la población LGBTI, como cualquier persona heterosexual sufre de enfermedades propias de su calidad de seres humanos, las mismas que deben ser tratadas tanto por personal de entes de salud pública como privada, debidamente capacitado.

Existe información relacionada a la situación de la calidad de vida de las personas LGBTI en el país, pero únicamente en forma de encuestas. Estas generalizan los resultados y solo llegan a números como conclusiones. No se cuentan las historias ni los testimonios que este segmento vulnerable de la población tiene que lidiar con desconocidos elementos para ser atendido tal y como cualquier otro heterosexual.

Aunque es necesario señalar que los problemas con el acceso a los servicios de salud no son exclusivos de la población LGBTI, sino que son malestares generalizados en casi el total de población ecuatoriana que hace uso de los servicios de salud públicos. Es cierto que la situación actual de los servicios de salud públicos es mucho mejor en comparación de que lo que era años atrás, sin embargo todavía quedan cosas por resolver dentro de esta cartera de Estado, como su reestructuración.

Los procesos que deben seguir las personas heterosexuales para obtener una cita de salud en el seguro de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por ejemplo, tienen etapas de larga duración, y las respuestas de salud son solventadas a largo plazo. Lo mismo ocurre con todos los y las ciudadanas.

Y de los estudios realizados desde las organizaciones de la sociedad civil LGBTI poco se conoce o poco se ha difundido hacia el resto de la población. Es decir, no se han realizado procesos comunicacionales que involucren y de este modo sensibilicen a los y las ecuatorianas. Los datos se quedan como tal y no causan impacto porque no son relacionados con la vida un ser humano real.

Existe un evidente vacío entre lo que manda la Constitución, por ejemplo, y lo que sucede en la práctica con el escenario real al que tienen que enfrentarse para acceder a una atención a la salud digna y justa. Para las personas trans el que esté escrito su sexo en la cédula, en lugar de su género, es el mayor impedimento que encuentran para el pleno desenvolvimiento de su personalidad en los planos social público y privado.

El tener un nombre femenino o masculino escrito en la cédula de ciudadanía y que la referencia que se hace a su sexo biológico diga lo opuesto, crea una barrera en el acceso a todos los servicios a los que deberían acceder las personas trans. Esa letra escrita en el documento de ciudadanía hace que todas las puertas que deberían estar abiertas según manda la Constitución, se les sean cerradas por el desconocimiento, el estigma y el prejuicio.

### **3.2.1.1 Posición de activistas sobre el cambio de la palabra ‘sexo’ por ‘género’ en la cédula de identidad**

Las posiciones y opiniones que se utilizarán en este apartado del trabajo son extractos tomados del texto ‘Foros de Opinión: Identidad de Género y Demandas Ciudadanas de la Diversidad Sexual en el Ecuador’, producido por la Asociación ALFIL en noviembre del 2014, con apoyo de amfAR The Foundation for AIDS Research, con el apoyo de El Lugar Sin Límites, Festival de Cine GLBTI en Ecuador, la Red Trans de El Oro y la Secretaría de Inclusión Social del Municipio de Quito.

Dicho documento es una recopilación de las expresiones y puntos de vista de destacadas y destacados ciudadanos cuyo trabajo se relaciona directa o indirectamente con la defensa de derechos, la equidad de género y la sexualidad. Además, se autocalifica como una propuesta que pretende ser un aporte más al esclarecimiento y desmitificación de los imaginarios sociales relacionados con equidad de derechos de las diversidades sexuales. Este se configura como un documento de investigación y consulta, en el que la autoridad y trayectoria de los ponentes garantiza una visión más acertada y elocuente sobre el panorama actual en tema de derechos y la perspectiva con base en la actual coyuntura política.

Para su elaboración, se programó la realización de tres encuentros con enfoque de perspectivas que el activismo LGBTI puede elegir para hacer incidencia. Los espacios fueron abiertos al público con el objetivo de potenciar



la participación y discusión de estos temas y como aporte a la información y documentación temática.

Para la dinámica de los cine-foros se utilizaron proyecciones de temática LGBTI, cuyos temas fueron los siguientes:

- En la ciudad de Quito: 'Identidad de género en relación a personas trans' apoyado con la proyección del cortometraje 'Déborah Santacruz';
- En la ciudad de Guayaquil: 'Demandas ciudadanas de las diversidades sexuales en el Ecuador' apoyado con la proyección del documental 'Familias Diversas';
- En la ciudad de Machala: 'Identidad de género en relación a las personas trans'.

Geovanny Jaramillo, (hombre trans) activista independiente.

“Considero que los logros a partir del 2008 han sido muy importantes, tales leyes deben estar en sintonía con la Constitución. Sin embargo, otras legislaciones como la del Registro Civil o el Código Civil deben estar en concordancia con la Carta Magna. Para luchar por los derechos constitucionales, se necesita que la ley del Registro Civil cambie para que sea inclusiva hacia toda la diversidad sexual, pues actualmente se ven afectadas las personas trans. Esta propuesta de cambiar la ley de Registro Civil, fue creada por la Dra. Elizabeth Vásquez y apoyada por varios colectivos, resultando importante, ya que era difícil acceder a cualquier servicios público o privado visibilizando la identidad de género, pero legalmente sería otra situación.

Para nosotros, como personas trans, la cédula no identifica, aún existe la palabra sexo en lugar de la de género, y ese es el detalle que nos pone en desventaja. Sin embargo, me siento bien, cuento con el apoyo de todos mis familiares, tengo un hogar y cuento con un trabajo, pero me mantengo en lucha

por compañeros y compañeras trans que sus derechos a un trabajo o al estudio aún son truncados y es por eso, la prioridad en la atención a las personas trans en este proceso de desarrollo constitucional”.

Rashell Erazo, (mujer trans) presidenta de Asociación ALFIL.

(Sobre la proyección del cortometraje ‘Déborah Santacruz’) “Acota lo difícil que es ser una persona trans y más aún que en el documento de identidad, es decir en la cédula continúa la palabra sexo, definiendo la biología con la que una persona nace, mas no con el género con el que se siente identificada, como es el caso de las personas trans, en la cédula se aprecia la foto de una persona y no la genitalidad de su biología”.

Elizabeth Vásquez, activista lesbiana y directora de Proyecto Transgénero.

“(...) Es grato saber que en el Ecuador la Constitución del 2008 llevó a un activismo trans luchador para que exista una normativa constitucional, que favorezca más al contexto trans. (...)”

Sin embargo en el tema trans, Ecuador es uno de los pocos países en el mundo que reconoce la identidad de género como factor no susceptible de discriminación. Si la Constitución ha reconocido la categoría llamada identidad de género, la ley secundaria debe equipararse a la de la Constitución, ese es el principal argumento. Este es un tema de esta reforma a la ley del Registro Civil, aclarando que ésta no es la única reforma que se necesita en los temas trans.

Esta primera etapa, es decir la reforma del Registro Civil, pasó exitosamente un primer debate. Sin embargo, es necesario sostener la lucha para que en el segundo debate sea aprobada. Es una propuesta original elaborada con el apoyo de varios compañeros activistas y no una copia de otras similares, en las

que se necesita de certificados psiquiátricos para reconocer la identidad de género de una persona.

Ecuador posee un activismo importante y soberano que puede proponer cosas muy lindas al mundo y una de ellas es esta distinción civil entre sexo y género que se ha desglosado en tres principios que son el derecho a la igualdad, el derecho a la identidad y el derecho a la intimidad. El aspecto más público o como el derecho civil llamaría “Un Hecho Público y Notorio” es el género, es lo que la persona lleva a diario en sus interacciones cotidianas con el resto de la sociedad.

El género es lo primero que se ve pero a pesar de ser evidente y que la cédula sea el documento público por excelencia que recoge lo evidente, no lo hace. No en vano el género es una categoría constitucional, el sexo puede ser un dato de la biología que se puede modificar no solo por las personas trans sino por el resto de la población, mas no el género, ya que este se encarna en el cuerpo y por ello tiene categoría constitucional, por eso es parte del libre desarrollo de la personalidad, además es por este motivo de distinción, el género en lo público y el sexo en la partida (de nacimiento), que el género debe ser autodeterminado, con esta propuesta se pretende desmonopolizar la masculinidad y la feminidad ya que en la actualidad solo se reconoce una feminidad y una masculinidad biológicas, es decir personas con una vagina y un pene.

No es así. Hay otras masculinidades y feminidades encarnadas en otros cuerpos y ese es el argumento de identidad que se ha presentado ante la Asamblea Nacional, al igual que un argumento de igualdad el cual Geovanny Jaramillo dejó muy claro en su intervención y que sin duda es el más importante.

La cédula cierra o abre la puerta de muchos derechos que por ley se tienen y por ello que el argumento de igualdad debería primar.

Finalmente el tema de intimidad se lo adopta porque al tener un nombre masculino o femenino en la cédula y biológicamente ser lo opuesto, es decir que el sexo sea diferente al que consta en el documento, se ha argumentado que es una violación en la intimidad ya que identifica notoriamente un hecho que no siempre las personas trans quieren revelar.

En base a estos tres principios: igualdad, identidad e intimidad, se ha propuesto como primer paso dentro de lo que son los movimientos trans y las demandas actuales, terminar con la violencia institucional del sistema de identificación, presentar una demanda propia desde Ecuador que le diga al mundo que deje de “biologizar” la identidad porque es más importante el devenir personal de cualquier persona trans”.

### **3.2.1.2 Agenda Pro Derechos de las Personas LGBTI: Derechos igualitarios a la salud**

Por otra parte, de acuerdo a la Agenda Pro Derechos de las Diversidades Sexo- Genéricas del Ecuador presentada en el 2014, existen retos por delante a los que están enfrentadas las organizaciones de la sociedad civil LGBTI en el país.

Como por ejemplo la desheterosexualización (desmitificar el criterio de lo heteronormado) de la atención en salud, que hasta la fecha se contempla como un reto primordial.

“No es factible que el mismo Estado se convierta en un conculcador de los derechos sexuales de las personas al no reconocer la diversidad existente. Para ejemplo, la presunción de que la vida activa de las personas debe responder a la heteronormatividad impuesta; el uso de un mismo tipo de instrumento para la toma de muestra de Papanicolaou, a todas las mujeres que asisten a una consulta médica, da cuenta de la inexistencia de protocolos que faciliten la atención de la salud, con enfoque de derechos y de respeto a la orientación sexual e identidad de género de las personas”.

Del mismo modo la agenda establece que:

“La atención en salud, así como los recursos de cooperación internacional y del Estado mismo, no han estado dirigidos hacia la totalidad de la población LGBTI, lo que ha excluido de campañas de prevención de ITS y VIH/Sida –fundamentalmente- a mujeres lesbianas, bisexuales y trans masculinos, lo que evidencia un descuido de la atención sanitaria integral en cuanto a la salud sexual de este importante grupo de ciudadanas y ciudadanos.

Al respecto, se torna imperativo el diseño y la ejecución de estudios por parte de las organizaciones de la sociedad civil y de las entidades estatales vinculadas que den cuenta de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de estas poblaciones, a fin de que sean incorporadas en las grandes y masivas campañas de prevención y auto cuidado, en miras de precautelar su salud integral”.

El acceso a métodos de reproducción asistida para personas LGBTI, es considerado por las organizaciones encargadas de realizar la agenda como otro reto en materia de salud. El acceso a este tipo de reproducción creen debería ejecutarse “a través del Seguro Sanitario y la atención en salud a personas LGBTI tradicionalmente excluidas de los propios colectivos LGBTI y de las campañas sanitarias, como es el caso de las personas LGBTI con diversidad funcional o personas LGBTI de la tercera edad”.

### **3.3 Prestadores de servicios de salud en Quito y población trans**

Los servicios de salud son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

Conforme el ‘Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador’ realizado por el Dr. Édgar Zúñiga en septiembre del 2013, ante la consulta sobre la calidad de servicios de salud que han recibido –la población trans encuestada- y al solicitar una calificación de la misma, la gran mayoría de los y las consultadas califica a la atención en los servicios de salud como BUENA, aunque le sigue la calificación REGULAR.

El Dr. Zúñiga sostiene que lo que este dato no revela es que la atención que han tenido las personas trans encuestadas, que calificaron como buena a la atención, es que dicha atención proviene de centros de salud privados instituidos por las organizaciones pro LGBTI en sus propias oficinas. No es una cifra que hable del servicio público de salud. “No hay buena atención en salud pública, esto obliga a recurrir a servicios médicos privados”. (Frase mencionada por León Sierra, tomada de los resultados del estudio).

Otros de los testimonios usados para el trabajo de investigación del Dr. Zúñiga fueron obtenidos mediante grupos focales y entrevistas. Es así que por ejemplo, en uno de los grupos focales hechos en Quito, en la Fundación Ecuatoriana Equidad, la gente opinó que: “Deben ser los servicios como aquí en la fundación, porque son amigables”.

En la ciudad de Quito, los servicios de salud son brindados tanto por entes públicos como por entes privados. Dentro de los servicios públicos de salud, constan los hospitales, jefaturas de salud, centros, subcentros y puestos de salud del Ministerio de Salud Pública, las unidades de salud municipales, los servicios del Consejo Provincial de Pichincha y los dispensarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Pero no todos estos cumplen con los requisitos de atención ni tienen la información y los conocimientos necesarios para atender en su consulta a miembros de la población trans, y tampoco de la población LGBTI en general. Puede que exista la voluntad de hacerlo, pero no existen respuestas de salud oportunas para los requerimientos de las personas trans.

Según las averiguaciones hechas en la fase de investigación de campo de esta tesis, las personas trans en Quito han acudido de manera esporádica y en momentos distintos a tres centros de salud del Ministerio de Salud Pública. Estos son: Centro de Salud No. 1, ubicado en el Centro Histórico de Quito; Centro de Salud No. 2, ubicado en área Bartolomé de las Casas; y, Centro de Salud No. 3, situado en el barrio La Tola.

Las instituciones privadas que se dedican a la prestación de servicios de salud son también llamadas a atender las necesidades de salud de la población del Distrito Metropolitano de Quito. Sin embargo, en estas, los intereses económicos de los dueños de las casas de salud privadas prevalecen sobre la calidad de la atención de salud a las personas trans. Por lo general, en la capital las personas trans acuden a los centros de salud instalados dentro de las organizaciones pro personas LGBTI. Son instancias privadas que atienden a las necesidades de salud específicas y generales de las pacientes trans.

En cuanto a la percepción de los prestadores de los servicios de salud, según el 'Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador', es el personal médico quien mejor calificación recibe por parte de los y las usuarias de servicios de salud, con una mayoritaria percepción de BUENA e incluso MUY BUENA atención, seguidos del personal de laboratorio. Mientras que el personal de enfermería es quien peor calificación recibe entre REGULAR Y MALA, similar al personal de farmacia. El personal administrativo recibe mayoritariamente una calificación de atención REGULAR.

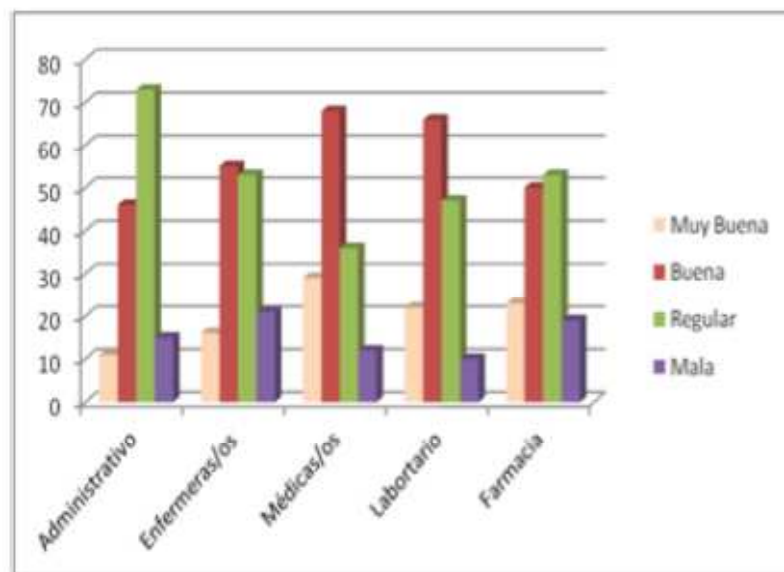


Figura 18. Percepción de los prestadores de los servicios de salud Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador.

Tomado del Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador. Facilitado por el Dr. Édgar Zúñiga.

Algunas personas LGBTI han vivido experiencias negativas en la atención de salud, ocasionadas por los prejuicios de los y las prestadoras de servicios de salud que refuerzan la discriminación y ocasionan la exclusión de la población LGBTI de los servicios de salud.

Sobre las características ideales que deberían cumplir los servicios de salud, la población encuestada reconoció algunas entre las que se destacan dos como las principales: confidencialidad, entendido como el sigilo en la información compartida en la consulta médica y que involucra a todo el equipo de salud; y el conocimiento sobre diversidades sexo-genéricas, que reconozca y permita dar respuesta a las necesidades específicas de la población LGBTI.



Las demás características son: la sensibilidad por parte del personal médico y de salud en general; la ausencia de juicios de valor; servicios personalizados; y la empatía.

### **3.3.1 Problemas de las personas trans en Quito con los prestadores de servicios de salud**

Se debe enfatizar el hecho de qué como lo asegura Diane Rodríguez (trans femenina), presidenta de la Asociación Silueta X de Guayaquil, UNA de las complicaciones –la principal complicación es la falta de políticas públicas estatales- que tienen los grupos de las diversidades sexuales “es no contar con datos estadísticos, tanto cualitativamente como cuantitativamente”. Lo que ha llevado a la sociedad civil a trabajar en ello durante los pasados años, desarrollando estudios científicos en los que a través del método científico “demuestran nuestras irrefutables quejas y denuncias”.

Rodríguez sostiene, en el resumen del ‘Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia del VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012’, que:

“La comunidad trans, se encuentra justamente en el penúltimo peldaño sobre el conocimiento y el acceso a nuestros derechos básicos. Las trans femeninas, como en este caso, no solo estamos en una constante lucha sobre el acceso básico a la identidad de género y sexual, sino sobre nuestras orientaciones sexuales también. En este sentido, estas, aún son íntimas, a diferencia de nuestra identificación de género, que resulta ser la carta de presentación en esta sociedad Cisgénera- hétero-patriarcal. Nosotras, somos muy complejas, posiblemente tan complejas como las interacciones fisiológicas y cromosómicas intersexuales, en contraste, de lo “trans” que sería, la forma sociológica.

Esta es una realidad que nos ha desafiado y hoy como en la mayoría de los casos, estamos respondiendo. El recibir las negativas paradigmáticas, de esta sociedad hegemónica, en la que prevalecen las

creencias occidentales, nos ha obligado a armarnos con la mejor herramienta que ha desarrollado la raza humana: el conocimiento y nuestra capacidad de transmitirlo de generación en generación.

Nuestra comunidad trans, pretende de-construir esta estratagema binaria de sistema, del cual nos han hecho creer desde la ciencia “fundamentalista”, que es el adecuado y legítimo. El hecho de ser trans, nos da la oportunidad de criticarlo y de contribuir para su reestructuración, a través de la ciencia humanista.

El presente estudio está basado en el método científico, con el apoyo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Guayaquil y el criterio de Ramón Aranguren, Psicólogo y Master en Neurociencias. Esto sin olvidar el apoyo de la Iniciativa amfAR y su seguimiento que nos ha fortalecido, no solo como organización, si no como población en Ecuador.

Hemos recolectado datos que por primera vez se analizan en todas las esferas vivenciales de las trans femeninas y que son la antesala de un sinnúmero de acciones que se deberán desarrollar en relación a este estudio. Con esto, tratamos de decir que el trabajo está iniciando y que todo lo antecedido ha sido un ejercicio empírico importante, que a partir de hoy estará sustentado bajo una base científica. Inclusive, puede repetirse este método en otros países a quienes estamos dispuestas a colaborar(...) “Una sociedad justa no se construye desde la integración, sino desde la inclusión”.

El estudio mencionado solo ha sido realizado en las provincias costeras del Ecuador. En Quito como ya se menciona antes en este capítulo, pese a que se han realizado proyectos similares, estos no son estudios concluyentes ni oficiales porque no han sido publicados por las instituciones que las han realizado. De modo que para contribuir con datos estadísticos para este trabajo de titulación, es necesario recurrir a la cifras obtenidas en el ‘Estudio

Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia del VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012'. Es un estudio que nace desde la sociedad civil y tiene validez.

Por otro lado y de acuerdo al estudio realizado por Marina Bernal (2010), existen un número de factores que impiden el relacionamiento apropiado y afirmativo de los prestadores de servicios de salud específicamente con la población trans. La investigación tuvo lugar en Colombia, mas la situación de las personas trans es la misma a nivel de la región, y las dificultades que enfrentan con el acceso a los servicios de salud se repiten en el país.

Los criterios descritos a continuación fueron compartidos y discutidos en entrevistas personales con personas trans en Quito, con especialistas en la salud, y con funcionarios públicos con el fin de comparar la situación de la capital del Ecuador con la que se vive en Colombia, lugar donde sí existe bibliografía oficial y publicable al respecto.

Según el estudio de Marina Bernal en Colombia, dichos problemas son:

- 1) Falta de sensibilidad del prestador o prestadora de servicios de salud y de educación sobre temas relativos a las personas transgénero.

Geovanny Jaramillo, (hombre trans) activista independiente concuerda con esta premisa. Para Jaramillo en la ciudad de Quito la situación de falta de sensibilidad de los prestadores de servicios de salud, así como la falta de educación sobre temas relativos a las personas transgénero y transexuales es un problema que se replica en la capital del Ecuador.

Por su parte, y de acuerdo con sus experiencias personales con los prestadores de salud privados y públicos, los mismos no están capacitados desde las aulas para atender a una persona trans. De hecho, en varias consultas que ha realizado a profesionales de la salud en diferentes especializadas y ramas de la medicina, el trato ha sido despectivo y “de lejitos”, sostiene.

En una visita a un traumatólogo privado, derivado por el Instituto de Seguridad Social (IESS), el médico no supo cómo abordar la situación particular de su paciente –Geovanny Jaramillo- y ni siquiera realizó la auscultación correspondiente. “Para diagnosticarme no me puso ni un dedo encima, me atendió desde su escritorio”.

Según las palabras de Jaramillo, esta visita médica no tuvo la respuesta que él demandaba para sanar sus dolencias, aunque si obtuvo “por lo menos” una orden para realizarse los exámenes pertinentes para diagnosticar su padecimiento. El mismo que está estrechamente relacionado con el uso permanente de una faja en la parte superior de su cuerpo con el fin de ocultar su busto. Mediante la radiografía pudieron detectarle una escoliosis en la cavidad derecha por el uso continuo de la faja, lo que permite que Jaramillo se realice una mastectomía con el apoyo del IESS por un asunto de salud, mas no de estética.

Jaramillo es funcionario público desde hace dos años y labora en el Ministerio de Cultura y Patrimonio, está afiliado al IESS. Y por este servicio paga una cantidad aproximada de 132 USD mensuales que son debitados de su salario. Motivo por el cual ha accedido al servicio de salud público –no gratuito- que le otorga el IESS. “Claro, yo estoy asegurado porque trabajo dentro del sector público, pero, ¿y los demás que no tienen trabajo? Yo soy uno de miles”.

Asegura que su situación es diferente a la de muchas personas trans del país, que se encuentran atrapadas en el círculo de falta de educación formal, falta de trabajo, falta de seguro de salud, lo que desemboca en el poco o nulo acceso a los servicios de atención de salud.

Desde hace aproximadamente un año Jaramillo realiza los procesos que le permitirán efectuarse la operación –mastectomía-. Comenta que la apertura del seguro social para personas como él sigue siendo pobre, aunque las condiciones hayan mejorado en los últimos tres años.

Geovanny manifiesta que la sociedad civil organizada ha sido la que desde hace aproximadamente 25 años ha obtenido los logros y avances en el reconocimiento de los derechos de las personas trans en Ecuador.

Por ejemplo, en relación a la educación sobre temas relativos a las personas transgénero la Fundación de Estudios, Acción y Participación Social (Fedaeaps) ha realizado desde el 2002 campañas de capacitación al personal médico, colegios municipales, la Policía Nacional, y al Ministerio de Educación y Cultura - conocido así en la época-. Por lo que el trabajo alcanzado en la actualidad no ha sido de la noche a la mañana sino que es el resultado de un proceso largo de gestión de los grupos pro defensa LGBTI.

Por su lado, el Dr. Édgar Zúñiga está de acuerdo en que existe una ausencia evidente de información sobre personas trans en las facultades de medicina de todo el país. Sobre la cantidad y la calidad de información que existe a nivel mundial Zúñiga asegura que es “un mito pensar que no hay suficiente información o investigaciones sobre la población trans y LGBTI”.

De acuerdo al Metaanálisis de Guías de Atención en salud LGBTI del Departamento de Práctica General de la Universidad de Melbourne, Australia, (Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review) existen aproximadamente 2 421 documentos identificados alrededor del mundo que hablan sobre guías de trato a personas LGBTI. De las cuales se aprobaron para el análisis 11 de ellas provenientes de Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos.

## PRIMARY CARE OF LGB PEOPLE

**Table 2. Documents Included in the Full Appraisal**

Country	Document No., Title, and Authors	Funder/ Publisher	Target	Type and Length
United States <sup>11,27</sup>	1. <i>Community Standards of Practice for Provision of Quality Health Care Services for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgendered Clients</i> ; GLBT Health Access Project	Massachusetts Department of Public Health	Public health care services	Booklet, 7 pages
United States <sup>31</sup>	2. <i>A Provider's Handbook on Culturally Competent Care: Lesbian, Gay, Bisexual and Transgendered Population</i> ; Kaiser Permanente National Diversity Council	Kaiser Permanente	Kaiser Permanente clinicians	Booklet, 71 pages
United States <sup>36</sup>	3. <i>Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients</i> ; GLMA	GLMA; sponsored by Pfizer US	Clinicians	Booklet, 45 pages + online
Canada <sup>2</sup>	4. <i>Caring for Lesbian and Gay People: A Clinical Guide</i> ; Peterkin and Risdon	None disclosed	Clinicians	Textbook, 378 pages + online
Australia <sup>33-35</sup>	5. <i>Health and Sexual Diversity. A Health and Well-being Action Plan for Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender and Intersex (GLBTI) Victorians</i> ; Leonard	Department of Human Services, Victoria	Health care services	Reports, 136 pages, and booklet, 4 pages + online
United Kingdom <sup>30</sup>	6. <i>Not 'Just' A Friend: Best Practice Guidance on Health Care for Lesbian, Gay and Bisexual Service Users and Their Families</i> ; Royal College of Nursing and UNISON	Royal College of Nursing & UNISON <sup>a</sup>	NHS health workers	Booklet, 12 pages
United States <sup>28</sup>	7. <i>Culturally Competent Care for GLBT People: Recommendations for Health Care Providers</i> ; Public Health, Seattle and King County	NNLM grant	Clinicians	Web site, 10 Web pages
United Kingdom <sup>29</sup>	8. <i>Fair for All—The Wider Challenge. Good LGBT Practice in the NHS</i> ; NHS Inclusion Project and Stonewall Scotland	NHS Scotland and Stonewall Scotland	Staff in all areas of NHS	Report, 51 pages
United States <sup>32</sup>	9. <i>Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health</i> ; Makadon et al	American College of Physicians	Primary care clinicians	Textbook, 526 pages
Canada <sup>30</sup>	10. <i>Caring for Lesbian Health: A Resource for Canadian Health Care Providers, Policy Makers and Planners</i> ; Hudspith	Health Canada	Canadian clinicians, policy makers, planners	Report, 37 pages
Ireland <sup>37</sup>	11. <i>Lesbian, Gay &amp; Bisexual Patients: The Issues for General Practice</i> ; Allen	Irish College of General Practitioners	Irish general practitioners	Report, 24 pages

GLMA = Gay and Lesbian Medical Association; NHS = National Health Service; NNLM = National Network of Libraries of Medicine.  
<sup>a</sup> UNISON is a trade union for public sector workers.

Figura 19. Documentos incluidos para el Metaanálisis de guías internacionales sobre salud primaria de personas LGBTI.

Tomado de Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review. Año 2010.

2) Limitaciones del sistema de salud. Para poder hacer sus transiciones a nivel clínico, las personas trans requieren en Colombia de ser diagnosticados con un desorden de la identidad de género, emitido formalmente por un o una psiquiatra. Ante esta dificultad, enfrentan respuestas negativas, dilaciones, burlas y maltratos por parte del personal de salud.

Para Geovanny Jaramillo, ese requisito es discriminatorio. El diagnóstico de desorden de la identidad de género o la disforia de género es una enfermedad.

Por lo que en Colombia necesitan declararse enfermos para acceder a las transiciones a nivel clínico. Sin embargo, en Colombia si se realizan operaciones como parte del tratamiento de congruencia de género a diferencia de Ecuador. Jaramillo reconoce que existen casos de mujeres trans que han viajado al país cafetero para proceder con las intervenciones que no son posibles en Ecuador.

El Dr. Édgar Zúñiga declara que en Ecuador no existe a diferencia de Colombia una legislación en salud sobre la necesidad de un diagnóstico de disforia de género para las personas trans. Además señala que las organizaciones de la sociedad civil pro LGBTI están luchando para que la 'disforia de género' sea excluida del CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) de la OMS, y no sea publicada en su versión CIE 11. Así como fue eliminada del DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión quinta) que será publicada en mayo del 2015.

- 3) Vacíos de política pública y regulación sobre cuestiones trans. No hay una política nacional formal para la atención de personas trans en Colombia. Esto hace que estén supeditadas "al azar y la suerte" de encontrar un proveedor de servicios de salud que entienda medianamente sus necesidades y problemáticas.

Geovanny Jaramillo está de acuerdo con este problema. Ecuador y Colombia comparten la característica de poseer vacíos en la política pública, y sobre ciertos temas específicos incluso Ecuador tiene una ausencia total de política pública. Existen vacíos legales en los reglamentos menores a la Constitución, como por ejemplo en la Ley del Registro Civil.

Ecuador cuenta con un marco legal poderoso en cuanto al reconocimiento de las diversidades sexuales, por lo que las leyes orgánicas y demás normativa nacional deben equipararse a la Constitución. Jaramillo afirma que en Ecuador existen instrumentos legales, lo que no existe es una política pública clara de atención a personas trans.

En relación a los proveedores de servicios de salud -que entiendan medianamente sus necesidades y problemáticas-, Jaramillo corrobora que en la ciudad de Quito los centros de salud No. 1, 2 y 3 dan, o dieron en algún punto, atención a las personas trans en la actualidad. Así como existen estos lugares medianamente género-sensibles, existen otros como el Centro de Salud de Chimbacalle al que el acceso de las personas trans está absolutamente negado por cuestiones de la estructura mental y los paradigmas impuestos desde la heteronormatividad sobre la comunidad trans.

El Centro de Salud No. 1, ubicado en el Centro histórico de la capital, atiende a las trabajadoras sexuales trans (femeninas) debido a que en este centro se les otorga el carnet de salud para ejercer su trabajo. Sin embargo, este lugar no es el preferido para que la población trans femenina acuda para encontrar respuesta a sus necesidades de salud generales: malestares estomacales, gripes, dolores de cabeza, corporales, etc.

Por su parte el Centro de Salud No. 2, situado en sector de las Casas, fue la sede de la Unidad de Salud Trans en algún momento, según Jaramillo. Pero por diferentes motivos este dejó de funcionar.

El Centro de Salud No. 3, de La Tola, recibe y atiende a personas trans en su consulta regular desde hace aproximadamente 4 años.

La falta de políticas no siempre significa una falta de interés por parte del Estado que es el encargado de generarlas. Este fenómeno responde más bien a la lentitud con la que se manejan los procesos burocráticos dentro de la administración de los entes regulatorios estatales.

- 4) Falta de información sobre las necesidades de salud y entrenamiento formal sobre cuestiones de salud transexual para personal médico y de enfermería.



Geovanny Jaramillo sostiene que por su biología -es decir debido a que posee genitales externos e internos femeninos- necesita acudir a una visita periódica al ginecólogo. Una vez, por ejemplo, trató de visitar a un médico privado especializado en esta rama y la respuesta que obtuvo de las encargadas de agendar la cita fue que: “No podían atenderme porque no sabían qué le iban a contestar a las mujeres que preguntaran por qué un hombre se está haciendo tratar en un centro de ginecología”. Y así le negaron la atención.

Considera que en el Ecuador está presente un profundo desconocimiento de la biología de las personas trans. Y que algunos ‘profesionales de la salud’ los tratan como ‘objetos exóticos’ y casos de estudio ‘raros’, y no como personas. Para él la comunidad trans es la más discriminada y vulnerada incluso dentro de la misma población LGBTI.

Según Marina Bernal (2010), esto es un modelo de atención no afirmativo, y se lo conoce como el modelo de la ‘Exotización’ que parte de una idea caricaturizada de las personas trans y LGBT en general, “en gran medida influida por las imágenes promovidas por los medios masivos de comunicación”.

“De modo que son consideradas personas excepcionales, alegres, frívolas, raras, curiosas y hasta divertidas. El trato busca en un cierto sentido aligerar el tema de la orientación sexual o identidad de género, tomándolo como broma o motivo de risa, a partir de la suposición de que son personas acostumbradas a ser objeto de burlas o a que su vida sexual o afectiva sea pública o tema abierto de conversación sin tanto pudor. También existe una serie de supuestos acerca de su vida y el tipo de relaciones que establecen, considerando que predomina la informalidad, la promiscuidad y la falta de compromiso en sus vínculos. Son consideradas como unas personas “sin moral” y proclives a tener sexo sin que medie la afectividad. Se les caracteriza como “artistas”, “liberales” o que presumiblemente de manera explícita o no, como trabajadores o trabajadoras sexuales”.

Geovanny tiene una hija biológica de 21 años de edad. Quedó embarazado como “producto del amor entre un hombre trans (él) y una mujer trans (madre de género de su hija)”, quien lamentablemente falleció en la época de León Febres Cordero a manos del Escuadrón Volante. (O como se lo conocía en la época el ‘Escuadrón Violante’). Fue un hombre embarazado y posteriormente un hombre trans ‘viudo’ que tuvo que cuidar de su hija sin el apoyo de su pareja sentimental. En ese momento, acudió a consultas en un centro de salud para población trans, ya desaparecido en la actualidad. Un doctor particular hizo el seguimiento de su embarazo y realizó los cuidados prenatales.

Este hombre trans ha acudido a consultas en las ramas de ginecología, mastología, genética, traumatología. Pero ni el trato que ha recibido (servicio público y privado) ni los especialistas se ajustan a sus necesidades particulares de atención de salud como hombre trans por el desconocimiento de la naturaleza de su biología.

Por su parte, Zúñiga indica que entrenamiento formal sobre cuestiones de salud transexual para personal médico y de enfermería es también causa y efecto de la carencia de políticas públicas entorno al tema. En ninguna de las mallas curriculares de las carreras de medicina del país se pueden encontrar materias que toquen el tema de la salud LGBTI, y menos de la salud transexual.

Tan solo en la ciudad de Cuenca en el año 2013 se llevó a cabo un Taller Preprofesional para Estudiantes de Medicina comandado por Jorge Betancourt de la organización Verde Equilibrante, para dar a conocer a los estudiantes información sobre la salud LGBTI. Lo que indica que es necesario que las políticas se trabajen desde distintas carteras de Estado en conjunto, combinadas. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública con el Ministerio de Educación, y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, por nombrar algunos.

- 5) Falta de rutas de atención. Dificultad de entender desde el primer nivel las necesidades particulares de las personas trans y por tanto hay una errónea referencia a servicios de segundo y tercer nivel.

En Ecuador de acuerdo al doctor Édgar Zúñiga, no existe una ruta de atención a la población trans porque no existe el servicio. Las personas trans acuden a los servicios de salud por 'suerte' como se dijo con anterioridad. Zúñiga plantea una ruta de atención lógica que debería seguir una persona trans que accede al servicio de salud pública y es la siguiente (esta fue planteada en la Guía presentada al Ministerio de Salud Pública por Zúñiga, pero que no ha sido publicada por problemas administrativos):

Primero. Se debería diagnosticar a la persona trans con incongruencia de género.

Segundo. Se la debería remitir donde un psicólogo y un endocrinólogo para iniciar la terapia de congruencia de género.

Tercero. Se debería proceder con las cirugías de congruencia de género, y posteriormente con las operaciones estéticas (de ser solicitado por el paciente).

La falta de información sobre la terminología que se debería utilizar es un aspecto recurrente en la atención de salud a las personas trans, al igual que la falta de capacitación del personal médico. Por ejemplo, se habla de 'congruencia de género' y de 'tratamientos de congruencia de género' ya que desde el lenguaje se deberían eliminar las connotaciones negativas a las que se incurre con un vocabulario inadecuado.

- 6) Falta de especialistas. La ausencia de una persona especialista en salud transgénero para supervisar la adecuación de servicios y rutas de atención para personas trans.

En Ecuador no existen especialistas en salud LGBTI, y “menos especialistas en salud transgénero”, sostiene Zúñiga. Lo que la autora de este trabajo de titulación pudo comprobar de primera mano, debido a que mediante el proceso investigativo de este estudio se quiso localizar a expertos en el tema, pero las puertas se encontraron cerradas por el desconocimiento y el temor que provoca en los profesionales de la salud el tema trans. (Por el uso de hormonas y sustancias ‘no naturales’.) De modo que el doctor Édgar Zúñiga fue el único profesional médico que pudo aportar con información relevante para este trabajo.

Zúñiga es autodidacta en el tema y no ha realizado estudios formales y específicos sobre salud LGBTI, sin embargo su experiencia con el colectivo desde el año 2008 avala su conocimiento al respecto. La ya desaparecida Fundación EUDES, que fungía como ‘Casa Hogar’ para personas con VIH en completo estado de abandono en el 2008, fue la puerta para el primer contacto de Zúñiga con la población LGBTI. En dicha fundación el galeno manejaba un abordaje integral de salud social y la salud mental de las personas que acudían al centro para realizarse la prueba de VIH.

Allí conoció cómo el autoestima y la autopercepción de las personas trans les afecta directamente en su salud mental. Conoció también las prácticas de automedicación a las que recurren por falta de apoyo y acompañamiento profesional. Y evidenció como es la sociedad civil la que está organizada para dar respuestas de salud, que no son solventadas por el sistema de salud público.

De acuerdo a la información que maneja Zúñiga, el relata que existe evidencia internacional que descubre que más personas trans mueren por falta de acceso a la salud que por VIH. Solo que mueren en la clandestinidad, en la soledad, y esto genera subregistros que invisibilizan los datos.

Para lo cual las organizaciones como Fundación Equidad y Asociación ALFIL, ambas en Quito, brindan servicios de salud especializados para la población

LGBTI y trans. En estos centros brindan sus servicios médicos como Zúñiga, quien ha colaborado para dar capacitación y asistencia en congruencia de género a otros –pocos- profesionales de la salud interesados en salud trans y LGBTI.

Conforme se obtuvo en la investigación de campo para este trabajo de titulación, se puede encontrar un limitado número de médicos que dan consulta a la población trans en Quito. (A parte del doctor Zúñiga que ha brindado sus servicios en Fundación Equidad, Asociación ALFIL y a través de consulta privada de manera totalmente gratuita).

- Dra. Gina Guerrero: Asociación ALFIL. Realiza tratamientos de congruencia de género.
- Dra. Laura Dávalos: Unidad de atención a población trans de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Psicología Clínica. (Esta entidad se fusionó con el Centro de Salud No. 2 –Las Casas-).
- Dra. Silvana Montenegro: Centro de Salud No. 3 (La Tola). Ginecología.

Esta ausencia de especialistas a nivel público y privado hace que las personas trans acudan a gente sin escrúpulos que las y los engaña, ofreciéndoles soluciones rápidas y costosas a sus problemas de incongruencia de género. Lo que en el ámbito privado lo vuelve un tema de comercial, más que de salud.

Existen cirujanos que ven a las personas trans como una vía rápida de obtención de ingresos. Buscan el lucro personal a través de las necesidades de la población trans.

### **3.4 Experiencia de las personas trans y los servicios de salud**

Los criterios descritos a continuación fueron compartidos y discutidos en entrevistas personales con personas trans en Quito, con especialistas en la

salud, y con funcionarios públicos con el fin de comparar la situación de la capital del Ecuador con la que se vive en Colombia.

Según el estudio de Marina Bernal en Colombia, dichos problemas son:

- 1) Temor a la discriminación y abuso. Temen ser discriminados/as y agredidos/as por el personal a partir de tener una historia de abusos y maltrato e instancias de provisión de servicios de salud.

De acuerdo al 'Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia el VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012', realizado por la Asociación Silueta X, los datos en cuanto a la accesibilidad percibida de los Centros de Salud mostraron que aproximadamente un 30% percibe falta de accesibilidad a los mismos, señalando un 35% que esto se debe al trato recibido por el personal médico, y otro 20% a las burlas de los pacientes. Es decir, que un 55% de las trans que perciben inaccesibilidad de los Servicios de Salud Públicos señalan motivos relacionados con la discriminación.

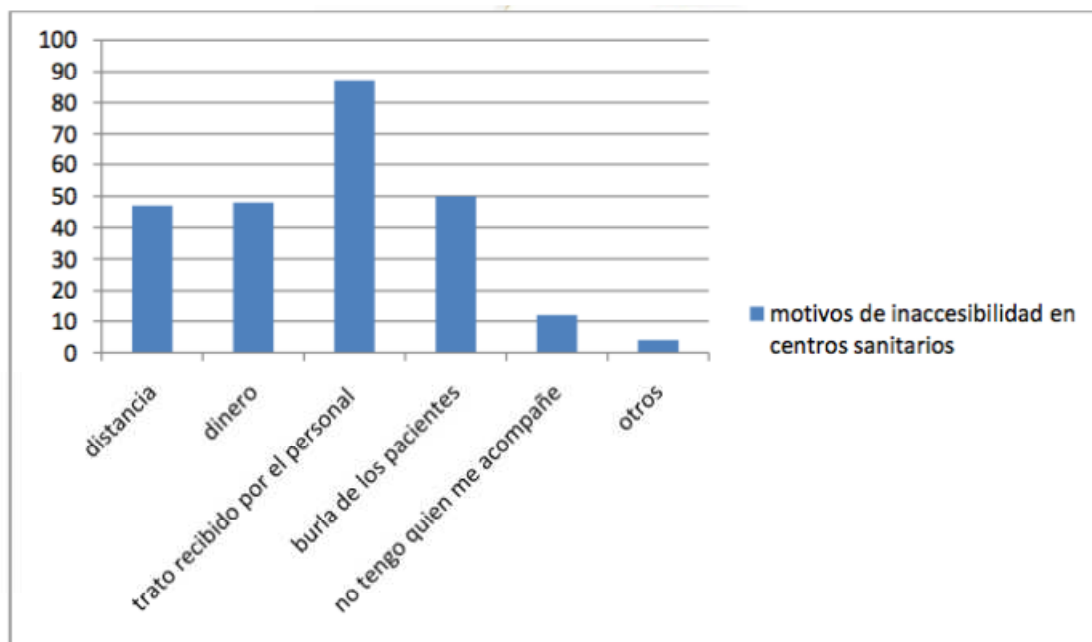


Figura 20. Frecuencia de los motivos de inaccesibilidad en centros sanitarios según el Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia el VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012.

Tomado del Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia el VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012. Realizado por la Asociación Silueta X.

Por su parte, Geovanny Jaramillo señala que la discriminación no es un fenómeno único en los servicios de salud, ya que prevalecen fuertes limitantes en el goce de todos los derechos elementales: educación, trabajo, vivienda, y también salud. Desde hace cinco años se ha visto un cambio de realidad, aunque prevalece en la comunidad trans el miedo al mal trato y a ser víctima de la violencia sistematizada y reiterativa que a veces es silenciosa por parte de las personas que brindan servicios en la ciudad en general, tanto públicos como privados y de toda índole.

- 2) Falta de cobertura en salud. Muchas personas trans no cuentan con seguro de salud ni con empleo. Quienes logran tener seguro de salud,

enfrentan con frecuencia que muchas de sus necesidades no están cubiertas por los seguros.

Según la 'Primera Investigación sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social, y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador', comandada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la Comisión de Transición (CDT), en cuanto a los datos de salud se estableció que un 58% del total de la población entrevistada no está afiliada al seguro social, ni tiene acceso a otro tipo de seguro de salud. Mientras que el 31% está afiliado y el 11% cuenta con un seguro de salud privado. También se pudo conocer que del total de personas consultadas el 60,1% fue atendido en establecimientos de salud públicos y un 37,9% en privados. Lo que quiere decir que el acceso a la salud no cubre todavía al 100% de la población en cuestión.

En la experiencia particular de Geovanny Jaramillo con los servicios de salud públicos (IESS), debido a sus padecimientos, considera que desde hace tres años y específicamente desde que empezó a trabajar en el sector público ha tenido una mayor cobertura de salud. Sin embargo, -y afirma que esto ocurre con la población en general- los procedimientos para sacar una cita toman demasiado tiempo y se tornan agotadores. Desde el seguro social le remiten por lo general a doctores o clínicas particulares ya que el IESS no se abastece para brindar sus servicios a la ciudadanía. Sin contar, que ni los médicos privados ni los públicos saben cómo deben ser tratadas o atendidas las personas trans. Se repite el factor del desconocimiento.

Además, para la realización de un solo examen, según comenta Jaramillo, los pacientes tienen que dar vueltas por la ciudad para ser atendidos. Es decir, desde la perspectiva de Jaramillo, los servicios de salud públicos podrían estar concentrados en un sitio específico para que la gente no tenga que trasladarse de un lugar a otro de la ciudad para obtener atención o para realizarse un examen médico, como le ocurrió en su caso.

En cuanto a la experiencia de Geovanny con los servicios de salud privados, comenta que quiso acceder –gracias a que tiene la capacidad económica y el



poder adquisitivo que le brinda la 'oportunidad' de tener un trabajo formal- a la contratación de un seguro de salud privado que añadía la opción de contratar un seguro de vida que deje como beneficiaria absoluta a su hija. Sin embargo, al momento de firmar los documentos se dio cuenta de que solo existían dos tipos de solicitudes: uno para hombre y otro para mujer.

Las preguntas que allí constaban fueron consideradas por Jaramillo como preguntas sexistas. Para esta compañía de seguros, "los únicos que pueden realizar actividades extremas o deportes de extremos son los hombres, y sus preguntas se basaban en eso. En cambio el formulario para las mujeres preguntaba si estaban casadas, cuántos hijos tenían, etc. Pero a ellas a diferencia de a los hombres no se les preguntaba si fumaban o bebían, por ejemplo".

Las personas trans son consideradas personas de alto riesgo para los seguros de vida y de salud. "Yo dejé ahí esa solicitud. Cómo voy a contratar un servicio que no me reconoce. Para esa empresa de seguros de salud las personas trans no existimos. Y yo estoy aquí ". Mientras tanto, los seguros de salud privados 'dicen' que si aseguran a personas trans así como a personas con enfermedades catastróficas, por mandato legal, porque se ven impedidos de discriminar por la normativa vigente a cualquier persona. Sin embargo, recalcan que no cubren operaciones estéticas. Aunque se remarca el hecho de que una persona trans las operaciones o tratamientos de congruencia de género no son estéticos, sino por cuestiones de salud emocional, mental y a la larga física.

Jaramillo confirma también, que las únicas personas trans que pueden o podrían acceder a la contratación de este tipo de seguros son aquellos quienes cuentan con la capacidad adquisitiva necesaria y que pertenecen a cierto estrato socio- económico. Sin embargo, en Ecuador la gran mayoría de personas trans tienen escasos recursos económicos. Lo que remite al insistente círculo vicioso de falta de: educación- trabajo poco remunerado- no salud, no vivienda etc.

Por otro lado, el 'Estudio de Prevalencia y Comportamientos frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en Población Trans Femenina en Quito', arrojó datos sobre las características de la cobertura de salud de las personas trans en la capital, sin embargo, y como ya se mencionó con anterioridad en este capítulo, los resultados no pueden ser publicados en esta tesis porque el estudio no constituye una fuente oficial de consulta, ya que la información contenida en él es de carácter confidencial para las organizaciones realizadoras de la investigación.

Por su parte, el Dr. Zúñiga insinúa que las personas que pueden acceder a los seguros de salud privados son los llamados 'Trans de closet', quienes sí tuvieron la oportunidad de estudiar y conseguir un trabajo de alta remuneración, y que por ende tienen un alto poder adquisitivo, o un mayor poder adquisitivo en relación con las personas trans que han sido rechazadas por sus familias y su entorno. Todos estos beneficios con el precio de ocultar quienes son verdaderamente.

- 3) Temor a ser expuestos. Incomodidad frente a un potencial examen físico y con el ser expuestos públicamente frente a un equipo de profesionales de la salud.

Zúñiga asegura que las personas trans en Ecuador todavía son vistas con morbo. Y lo califica como "un morbo por saber cómo es el cuerpo de las personas trans". Esto se debe nuevamente al desconocimiento a la falta de naturalidad con la que se deberían tratar estos asuntos y a estos pacientes. Es por ello que según las averiguaciones de Zúñiga existen personas trans que simplemente no acuden al médico para nada, "ni para un dolor de muela, para nada", y prefieren la práctica dañina de la automedicación. Un factor predominante y que presenta prevalencia en las personas trans.

Al no poder acceder a la medicina profesional –por varias razones- un gran número de personas trans se automedican en diferentes escalas: "desde

tomarse una pastilla para el dolor de cabeza porque un amiga le dijo que era buena, hasta realizarse procesos de hormonización sin previa consulta a un profesional"- que tampoco hay-.

Por ello, dentro del protocolo médico que sigue el Dr. Zúñiga para atender a pacientes trans se encuentra el: nunca realizar un examen físico en la primera cita. Asegura que prefiere crear un vínculo de confianza con su paciente primero, para luego proceder a un examen físico.

Por el contrario, Geovanny Jaramillo cree que no es la realidad de todas las personas trans, porque para muchos como para él mismo su cuerpo es su bandera de lucha.

- 4) Temor a revelar su identidad. Muchas personas trans se rehúsan a revelar su identidad o el uso que hacen de hormonas, lo cual puede conducir a que no reciban una atención apropiada. Desafortunadamente, el revelar la identidad de género o el uso de hormonas, puede conducir también a la discriminación y a un tratamiento inapropiado.

Para Zúñiga, es primordial la confianza en la consulta médica. Una persona trans debe 'descubrirse' ante el profesional de la salud que le está atendiendo para que este le pueda proporcionar los cuidados adecuados y necesarios según su caso. Pero eso no va a suceder así hasta que el personal médico a nivel nacional comprenda la situación de salud de las personas trans, y les brinde la apertura necesaria, además de que se creen los espacios género-sensibles apropiados que no solo tengan la voluntad y la capacidad de recibir a personas trans, sino que también les puedan dar respuestas de salud a sus necesidades particulares (tratamientos de congruencia de género).

Zúñiga conoce casos de mujeres trans jóvenes que presentan la ausencia de desarrollo de caracteres secundarios masculinos, y el por ello pueden

`camuflarse' de cierto modo entre las mujeres biológicas y pasar desapercibidas. Además esta 'ventaja' les ha permitido que en el Registro Civil por ejemplo les pongan, solo con verlas la letra F de femenino en sus cédulas de Identidad –por la imagen femenina que proyectan-. Una confusión beneficiosa en lo civil para ellas, pero dañina en su salud a la larga.

- 5) Múltiple Discriminación. Enfrentar múltiple discriminación cuando además la persona trans se identifica como homosexual, lesbiana, gay o bisexual o pertenece a alguna minoría étnica o vive con algún tipo de limitación física o pertenece a un estrato económico bajo.

Como ya se dijo antes en este capítulo, la sociedad quiteña es patriarcal, héteronormada y machista. Donde el fenotipo de éxito corresponde a las características de ser: un hombre, blanco, alto, heterosexual y rico. Y en donde una mujer, negra, bisexual, trans, y pobre rompe con todas las normas preestablecidas y es considerada una transgresora.

Para Zúñiga, todas las variables citadas son causa de múltiple discriminación. Por ejemplo, conoce el caso de la Exreina Trans 2014, quien fue una mujer trans afroecuatoriana, que proviniendo de Esmeraldas tuvo que enfrentar las barreras del machismo, la pobreza, el inaccesso a la educación, y la total discriminación. Dentro de la misma población trans existe discriminación por el nivel de educación de unas frente a las otras.

Según el criterio de Zúñiga, las personas no entienden como podría existir una persona transfemenina y también bisexual. Pero una cosa es la identidad de género y otra la orientación sexual.

- 6) Limitados servicios de apoyo psicosocial. Falta de apoyo psicológico calificado para personas trans, para sus familias y terceras personas significativas.

Jaramillo reveló su verdadera identidad a sus padres a la edad de 14 años. Fue ahí cuando inició una terapia de dos años para 'cambiar' su forma de ser.

Dicha terapia no buscaba que sus padres asumieran la identidad de su hijo, ni que comprendieran las implicaciones de la autoidentificación como persona trans. Lo que buscaba es que Geovanny 'entendiera que no era un hombre sino una mujer'. A los 16 años, pese al impacto que causó en su familia su decisión, Geovanny les pidió que lo acepten tal y como es.

En Ecuador, según Zúñiga existen "cero espacios, cero" de acompañamiento y aprendizaje continuo para las personas trans y sus familias. Es clave recalcar que la denominación adecuada es 'procesos de acompañamiento' y no de 'tratamiento' porque ser trans no es una enfermedad. Se debe cambiar la terminología y que la población entienda.

Existen protocolos de atención de los que se pueden hacer adaptaciones que beneficien a las personas trans en cuanto al proceso de acompañamiento. Estos son similares a los protocolos de atención con las mujeres en depresión, adolescentes que sufren '*bullying*', y otros.

Comenta Zúñiga que también existe resistencia de las personas trans a recibir apoyo psicológico. Pero es esencial debido a que es necesario un diagnóstico diferencial que establezca que una persona trans está equilibrada mentalmente para que pueda iniciar el tratamiento de congruencia de género. No es aconsejable que se realice un tratamiento para una enfermedad mental a la par que se está realizando un tratamiento de congruencia de género por el efecto de las hormonas.

El apoyo psicológico y el acompañamiento en su transición de género es preciso. Porque una transición de género implica un proceso de 'duelo del cuerpo'. Igual que sucede en la adolescencia y pubertad, con la diferencia de que en la pubertad la sociedad te ayuda a entender los cambios corporales, y te acompaña. Para las personas trans, el apoyo debe venir de un profesional.

- 7) Limitado número y calidad de especialistas. Limitada disponibilidad de cirujanos, cuidados post operatorios, endocrinólogos, psiquiatras calificados.

Este es un hecho que sucede del mismo modo en Colombia y Ecuador, pero en Ecuador en mayor grado. Aquí no existen los profesionales dentro del servicio de salud pública – ni privada- que acompañen a las personas trans en sus tratamientos de congruencia de género, ni los especialistas que les ayuden con la hormonización, y mucho menos que les realicen las cirugías necesarias.

Los pocos cirujanos plásticos que realizan operaciones como aumento de mamas, lo ven como un negocio. Como un asunto de pura comercialización. Según Zúñiga hace varios años en Ecuador existió una clínica de reasignación sexual que se presentaba como un referente en Latinoamérica, pero “a sus médicos no le preocupaba en lo más mínimo la salud de las pacientes sino hacer dinero”.

- 8) Costos exorbitantes de tratamientos no considerados en el sistema de salud que son esenciales para las personas trans.

Resulta un negocio rentable para los cirujanos plásticos hacer operaciones relativamente sencillas como un aumento de mamas. Pero las personas trans en Ecuador se caracterizan por no poseer los recursos que paguen una intervención como esas. Los seguros de salud además, no cubren estas operaciones porque las consideran estéticas. Por lo que se ven forzadas a salir del país para trabajar, ahorrar y volver con el capital para sus cirugías.

Otras en cambio, recurren a opciones drásticas, y fatales en muchos casos. Si una operación de aumento de mamas cuesta 1 mil USD en Ecuador, y un galón de silicona cuesta 40 USD, el poder adquisitivo de las personas trans les permite únicamente adquirir la segunda opción. Sin contar las otras sustancias que son inyectadas en los cuerpos de las personas trans sin el más mínimo ápice de cuidados sanitarios, y las más decadentes condiciones higiénicas.

En cuanto a las operaciones de mayor complejidad como una vaginoplastia o una faloplastia, simplemente no se efectúan en Ecuador. Fuera del país los costos de las cirugías de reasignación de sexo oscilan entre 50 mil USD y 100 mil USD. Cabe destacar que una faloplastia es más cara que una vaginoplastia, y además más riesgosa.

### **3.5 Identificación de los problemas de salud más recurrentes en la población trans**

De acuerdo al 'Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador', las necesidades de salud de las personas trans se pueden resumir como las siguientes:

- Infecciones de transmisión sexual /VIH
- Consulta de información en salud sexual
- Problemas relacionados al estrés
- Reproducción asistida
- Hormonización
- Implantes
- Enfermedades crónicas
- Reasignación sexual (cirugía de cambio de sexo)
- Problemas de alcohol o drogas
- Depresión y/o ansiedad
- Violencia
- Violencia intrafamiliar

Estas necesidades de atención dan muestra de un número de problemas de salud recurrentes en las personas trans que requieren de consulta.

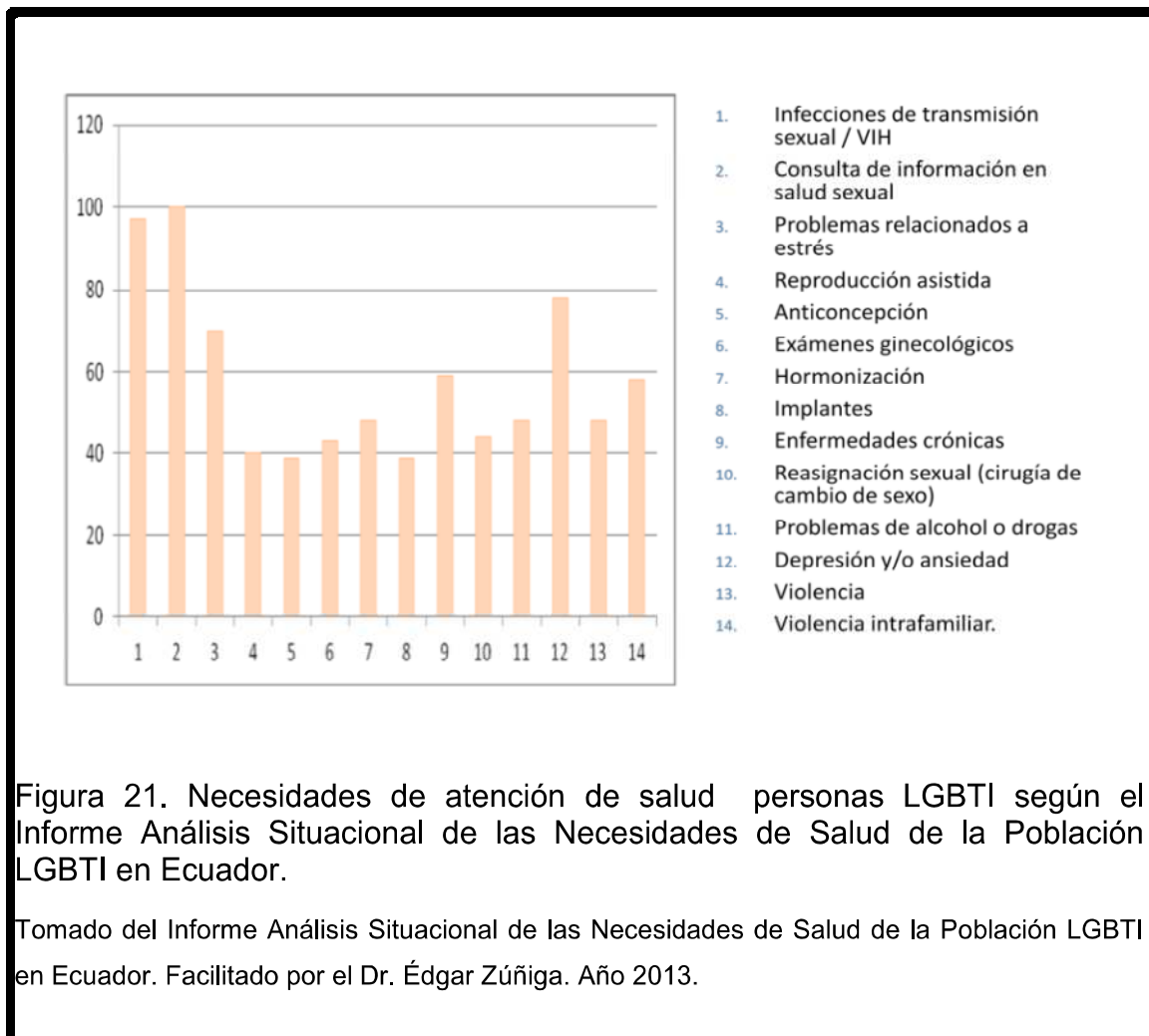


Figura 21. Necesidades de atención de salud personas LGBTI según el Informe Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador.

Tomado del Informe Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador. Facilitado por el Dr. Édgar Zúñiga. Año 2013.

### 3.5.1 Salud mental

Los problemas relacionados al estrés, la hormonización, la reasignación sexual (cirugía de cambio de sexo), los problemas de alcohol o drogas, la depresión y/o ansiedad, y la violencia incluida en ella la familiar. Requieren de atención psicológica para la población trans.

Trabajos de investigación empírica publicados refutan la idea de que la homosexualidad por sí misma es o está correlacionada con una psicopatología. Sin embargo, dadas las tensiones creadas por el estigma, la desigualdad y el acoso, las personas trans (LGTBI en genera) están en un mayor riesgo de trastornos psicológicos relacionados con estas experiencias.



Según el Dr. Zúñiga este un fenómeno conocido como el “Estrés de Minorías” que se diagnostica entre otras cosas por presentar signos de: aislamiento social, violencia física, rechazo familiar, temor y estigmatización contribuyen a cuadros de depresión, ansiedad, autocastigo, suicidio y abuso de sustancias. Este concepto es particularmente útil cuando se quiere explicar los problemas de salud mental relacionados con ser LGBTI ya que se centra en la comprensión de que el alejamiento de las estructuras sociales, las normas y las instituciones pueden crear malestar psicológico y aumentar el riesgo de suicidio.

De acuerdo al Dr. Zúñiga, si bien no es el caso de que todas las personas LGBTI estén en riesgo elevado de mala salud mental como consecuencia de estrés de minorías, la evidencia científica indica consistentemente altos niveles de suicidio entre los y las LGBTI, y elevados niveles de factores de riesgo de salud mental, como la depresión, el aislamiento y el mal uso de sustancias (como alcohol, tabaco o drogas). Los resultados de esta investigación se han interpretado constantemente como resultado del estrés de minorías.

### **3.5.2 En la transición de hombre a mujer: Trans femenina o mujer trans**

Según el ‘Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia el VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012’, realizado por la Asociación Silueta X:

“Un 39% de las personas encuestadas de manera presencial afirmaron no haberse realizado ningún cambio corporal (frente a un 17,37% de las personas encuestadas vía internet). Únicamente 4 de las 695 encuestadas afirmaron haberse sometido a la operación de castración de los testículos, y sólo el 5% dice haberse sometido a algún tipo de cirugía con médicos. Los cambios más utilizados por las trans son la hormonización sin prescripción médica (20.61%) y el implante de silicona en alguna parte del cuerpo (41.87%), siendo esta una de las

categorías más altas y peligrosas, debido a la estela de muerte por el uso de la misma ya sea durante o después de su aplicación intramuscular y de forma artesanal.

La hormonización sin prescripción médica también perjudica gravemente la calidad de vida de las personas trans femeninas como por ejemplo: lesiones cardiovasculares, hepáticas, trombosis, etc”.

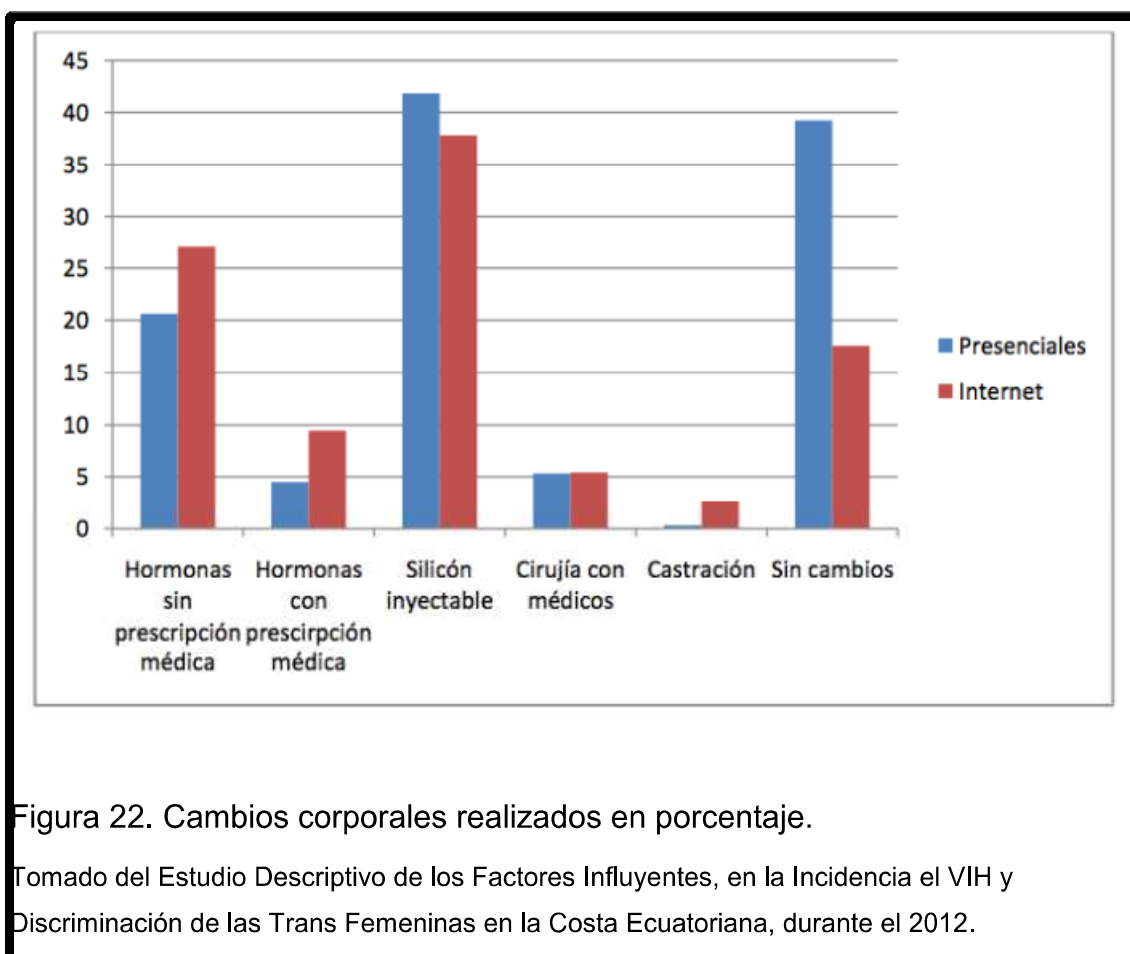


Figura 22. Cambios corporales realizados en porcentaje.

Tomado del Estudio Descriptivo de los Factores Influyentes, en la Incidencia el VIH y Discriminación de las Trans Femeninas en la Costa Ecuatoriana, durante el 2012.

Una vez conocidos los datos estadísticos referenciales es necesario conocer el procedimiento adecuado que debería seguir una mujer trans para iniciar el tratamiento de congruencia de género según el Dr. Édgar Zúñiga. Este se divide en cuatro etapas:

- I. Valoración psicológica importante: Debido a que algunas personas trans quieren llenar huecos emocionales con la cirugía. En este caso el tratamiento inmediato de congruencia de género estaría desaconsejado.
- II. Hormonización: Utilización de hormonas femeninas y masculinas
  - Bloqueadores andrógenos (Para reducir testosterona)
  - Hormonas (Utilización de estrógeno)
- III. Cirugía de congruencia de género
  - Aumento de mamas (Implantes)
  - Vaginoplastia y labioplastia (Construcción de una vagina)
  - Orquiectomía (Extirpación de uno o ambos testículos)
- IV. Cirugías estéticas: Cuando existen caracteres sexuales muy marcados.
  - Afeitado de tráquea (Reducción del tamaño de la 'manzana de Adán')
  - Reducción de huesos faciales
  - Rinoplastia (Operación de la nariz)

Para la Terapia hormonal de género cruzado es decir de hombre a mujer trans es común la utilización de:

- Estrógenos inyectables
- Estrógenos transdérmicos
- Estrógenos orales: Estradiol (Estrace) Espironolactona [Anti-Andrógeno]
- Inhibidores de reductasa: Finasterida (Proscar, Propecia).

### **3.5.2.1 Efectos de la terapia estrogénica y anti-androgénica**

Dentro de los efectos deseados de la terapia estrogénica y anti-androgénica están:

- Desarrollo de mamas
- Redistribución de grasa a un hábito ginecoide (menor cintura, caderas más amplias)
- Disminución del vello corporal
- Reducir, detener o revertir la pérdida de pelo androgénico
- Suavización de la piel
- Reducción de la masa muscular de la parte superior del cuerpo y fuerza
- Sentido psicológico de bienestar
- Ningún efecto en pelo de la barba. Solo sirve la depilación láser.
- Cambios genitales (castración química):
  - Atrofia Testicular
  - Reducción de tamaño del pene
  - Disminución en la frecuencia y fuerza de las erecciones
  - Disminución en el volumen y contenido del semen
  - Reducción del tamaño de la próstata

En cuanto a los efectos adversos de la terapia estrogénica y anti-androgénica está comprobado que en su mayoría son consecuencia de un nulo o mal seguimiento médico, y la automedicación. Estos efectos son:

- Tromboembolismo,
- Mayor riesgo de cáncer de mama y próstata
- Hiperprolactinemia (tumoración)/ adenoma pituitario
- Hepatotoxicidad
- Riesgo cardiovascular
- Infertilidad
- Ansiedad/depresión
- Cálculos biliares
- Hipertensión
- Disminución del apetito sexual (Se da en todos los casos por la ingesta de testosterona)

### 3.5.2.2 Mujeres trans y silicona

En Ecuador, es habitual encontrar mujeres trans de bajos recursos económicos, con procesos de deterioro físico avanzado y necrosis asociados al uso de implantes en mal estado, o al uso de productos inyectables utilizados para moldear la figura y hacerla más femenina. Los productos que comúnmente se utilizan por las trans femeninas en Ecuador son: aceite mineral, parafina, silicona industrial, aceite de cocina, y aceite de avión.

En Colombia, al igual que en Ecuador, según Marina Bernal (2010):

“Muchas veces cuando las mujeres llegan a los servicios de salud son revictimizadas y culpadas por su estado de salud resultado de haber recurrido a estas prácticas que ponían en riesgo su salud y que a juicio de algunos prestadores de servicios y del propio sistema de salud son simplemente “asuntos estéticos”.”

A nivel nacional es usual que las mujeres biológicas y mujeres trans de bajos recursos económicos acudan a salones de belleza con pocas medidas de higiene y salubridad. Muchas de ellas han muerto en una camilla de sitios como estos, abandonadas y solas, porque sus familiares no sabían que iban a realizarse una intervención de ese tipo.

Es necesario que las personas sepan que las inyecciones de silicona pueden provocar muchos problemas y efectos secundarios. Como la transmisión de la hepatitis B y C y la transmisión del VIH. Pueden provocar también reacciones que resultan en cicatrices que desfiguran. Además de ser elementos contaminantes que entran al torrente sanguíneo pudiendo incluso causar la muerte de una paciente de contado.

Muchas personas trans mueren en un completo estado de abandono en manos de las personas que las están inyectando. La razón es que las inyecciones mal colocadas pueden entrar al torrente sanguíneo y producir la muerte tanto en el proceso como una hora después del mismo.

“Las chicas trans a nivel sexual considero que son las que más se cuidan, pero es común que se pongan con amigas silicona. Algunas se han puesto, se les ha regado por las piernas, incluso empiezan a tener mal olor. El Ministerio no presta asesoría”. “16 compañeras no se han muerto por el VIH/SIDA, sino por el silicón”, estos son testimonios tomados del ‘Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador’ realizado por el Dr. Édgar Zúñiga.

### **3.5.2.3 Testimonio: Claudia Alejandra “Nena” Boada, trans femenina (Asociación ALFIL)**

“Tomé conciencia de mi identidad de género a los 14 o 15 años de edad. Ahí comencé a travestirme y adoptar una apariencia femenina con la ayuda de la ropa y el maquillaje femeninos. También hice uso de hormonas que me decían mis amigas que eran buenas, pero sin supervisión médica. Las tomé por algunos años, y luego las dejé. A la edad de 20 años ya me declaré una persona trans. El apoyo de mi familia fue fundamental, me apoyaron en todo sentido. Fueron mi fortaleza y la base de mi mundo. Le dieron el rumbo a la vida que tengo ahora. Pudieron verme sin prejuicios.

Con respecto a mi cuerpo, considero que me veo bien. No le pido ningún favor a nadie. De los tratamientos de congruencia de género solo he realizado la hormonización. La que comencé de manera profesional acompañada del el Dr. Édgar Zúñiga hace poco más de un año. Los efectos que ha tenido han sido por ejemplo la feminización de mi cara. Antes tenía cara de baroncito, ahora se me ve más femenina. En mi cuerpo también he visto cambios, estoy más fina, tengo un poco más de pechos y de colita. También he visto la disminución de vellos en mi cuerpo gracias a las hormonas.

Soy vanidosa. Me gusta el maquillaje, me encantan las sombras. No salgo a la calle sin maquillarme, más o menos me demoro unos 20 minutos en eso todos los días. Soy feliz como soy y como me veo. Tengo amigas que tienen unos ‘cuer-pa-zos’, pero se han operado. Yo no quiero operarme, así estoy bien. En

la fundación hemos recibido talleres sobre el daño que puede hacer el uso de silicona, y por eso sé que a la corta o a la larga te puede hacer mal. He visto que algunas amigas han tenido muchos problemas por eso. Yo solo me realizaría una operación así si tuviera todas las garantías de que no me va a pasar nada. Pero por ahora mi cuerpo y yo estamos bien así”.

### **3.5.3 En la transición de mujer a hombre: Trans masculino u hombre trans**

Del mismo modo que la transición de hombre a mujer trans, la transición de mujer a hombre trans tiene cuatro etapas:

- I. Valoración psicológica importante: Debido a que algunas personas trans quieren llenar huecos emocionales con la cirugía. En este caso el tratamiento inmediato de congruencia de género estaría desaconsejado.
- II. Hormonización: Utilización de hormonas masculinas
  - Hormonas (Utilización de testosterona)
- III. Cirugía de congruencia de género
  - Histerectomía (Extirpación de útero)
  - Salpingooforectomía (Extirpación de las trompas de Falopio y los ovarios)
  - Faloplastia (Construcción de un pene)
  - Metoidioplastia (Construcción de un pene pequeño con el clítoris. Este aumenta de tamaño con el tratamiento hormonal de testosterona)
  - Vaginectomía (Extirpación de la vagina)
  - Uretroplastia (Cirugía plástica de la uretra)
- IV. Cirugías estéticas: Cuando existen caracteres sexuales muy marcados.
  - Masculinización del pecho
  - Escrotoplastia (Construcción o reconstrucción plástica del escroto)
  - Prótesis testiculares

En la Terapia hormonal de género cruzado de mujer a hombre trans es común la utilización de:

- Andrógenos – inyectables: Testosterona (cipionato o enantato)
- Andrógenos – otros: Testosterona (Androgel, Androderm, Testim, Striant, etc.)

### **3.5.3.1. Testimonio de Álex Guayasamín, trans masculino, director Asociación Silueta X en Quito**

“Desde pequeño siempre supe que algo no estaba bien. A los tres o cuatro años de edad no me gustaba que me dijeran ‘hija’ en lugar de ‘hijo. No me gustaba que me traten con pronombres femeninos cuando me sentía, y siempre me he sentido un hombre. Provengo de una familia religiosa y conservadora, y fue muy duro para mí cuando ‘salí del closet’. Me reconocí equivocadamente como lesbiana a los 11 años, pero no era como me sentía. Me gustan las mujeres, sí, pero no me considero una. Yo me considero un hombre.

A los 16 años me hormoné empíricamente, me automediqué durante tres meses. Pero fue un cambio brutal para mí, sin seguimiento médico no es posible. Así que suspendí la hormonización. Ya en el 2013 hice el cambio de mi nombre legalmente en el Registro Civil, y conocí al Dr. Édgar Zúñiga que ha sido el único médico que me pudo ayudar. Llevo 18 meses con testosterona bajo la supervisión del Dr. Zúñiga. Esa es la única terapia de congruencia de género a la que me he sometido. El problema es que en Ecuador no hay clínicas ni personal médico que haga una mastectomía a hombres trans. Es un tema de salud, no de estética.

La eliminación de las glándulas mamarias es la necesidad que tenemos los hombres trans, pero aquí no hay, y en el exterior es muy caro. Este tipo de operaciones las realizan en Perú, Colombia y Argentina por costos superiores a



los 2 mil USD. Es complicado. Nos toca utilizar fajas e ir al gimnasio para que se reduzca la grasa de esa zona, pero igual ponemos en riesgo nuestra propia vida. El Sistema Nacional de Salud no nos apoya. Los centros de salud no están al tanto de las necesidades de salud de las personas trans.

Gracias a la hormonización he tenido los resultados deseados, por ejemplo, ya no tengo una cintura y caderas marcadas, antes era más delgado ahora soy cuadrado. La voz me cambió al tercer mes de tratamiento. Pero todo mi proceso ha estado siempre acompañado de chequeos médicos y psicológicos continuos. Los efectos adversos de la hormonización se dan cuanto el proceso se realiza automedicándose. Hay mucho trabajo por hacer en el país todavía. La salud, la educación, el trabajo son campos resistentes a la diversidad, no solo a la sexo-genérica”.

#### **3.5.4 Riesgo de cáncer**

Por los efectos de las hormonas mal administradas existe el riesgo de cáncer de mama, hígado, útero y próstata. El riesgo de cáncer puede aumentar por:

- Un menor acceso a los servicios de salud
- Evitar los servicios de salud
- Evitar exámenes genitales específicos (pélvico, toma de PAP, anal, próstata, testicular, mamas/pecho)
- Percepción de un menor riesgo (cáncer prostático en mujeres Trans, cáncer de mamas en hombres Trans) Si la persona conserva el órgano – testículo, próstata, cuello uterino – aunque este esté atrofiado, aún puede ser susceptible de desarrollar cáncer.
- La cirugía superior en hombres Trans puede dejar tejido de mamas residual en el pecho y cerca de la axila.

- El uso de estrógeno en mujeres Trans puede conducir a un mayor riesgo de cáncer de mamas, el cual puede ser más difícil de detectar debido a las inyecciones o implantes de silicón.

“Las necesidades de la población trans masculina son iguales, yo conozco a un trans masculino que por exceder con las hormonas tuvo cáncer y falleció. Les expone a riesgo esa auto medicación, respecto a las trans femeninas por ejemplo al inyectare aceites o cosas para un cuerpo femenino estas les hacen caer en unos estados graves de enfermedad o incluso la muerte”. Testimonio tomado del ‘Informe del Análisis Situacional de las Necesidades de Salud de la Población LGBTI en Ecuador’ realizado por el Dr. Édgar Zúñiga.

### **3.6 ¿A dónde acude la población trans para acceder a su derecho a la salud en Quito?**

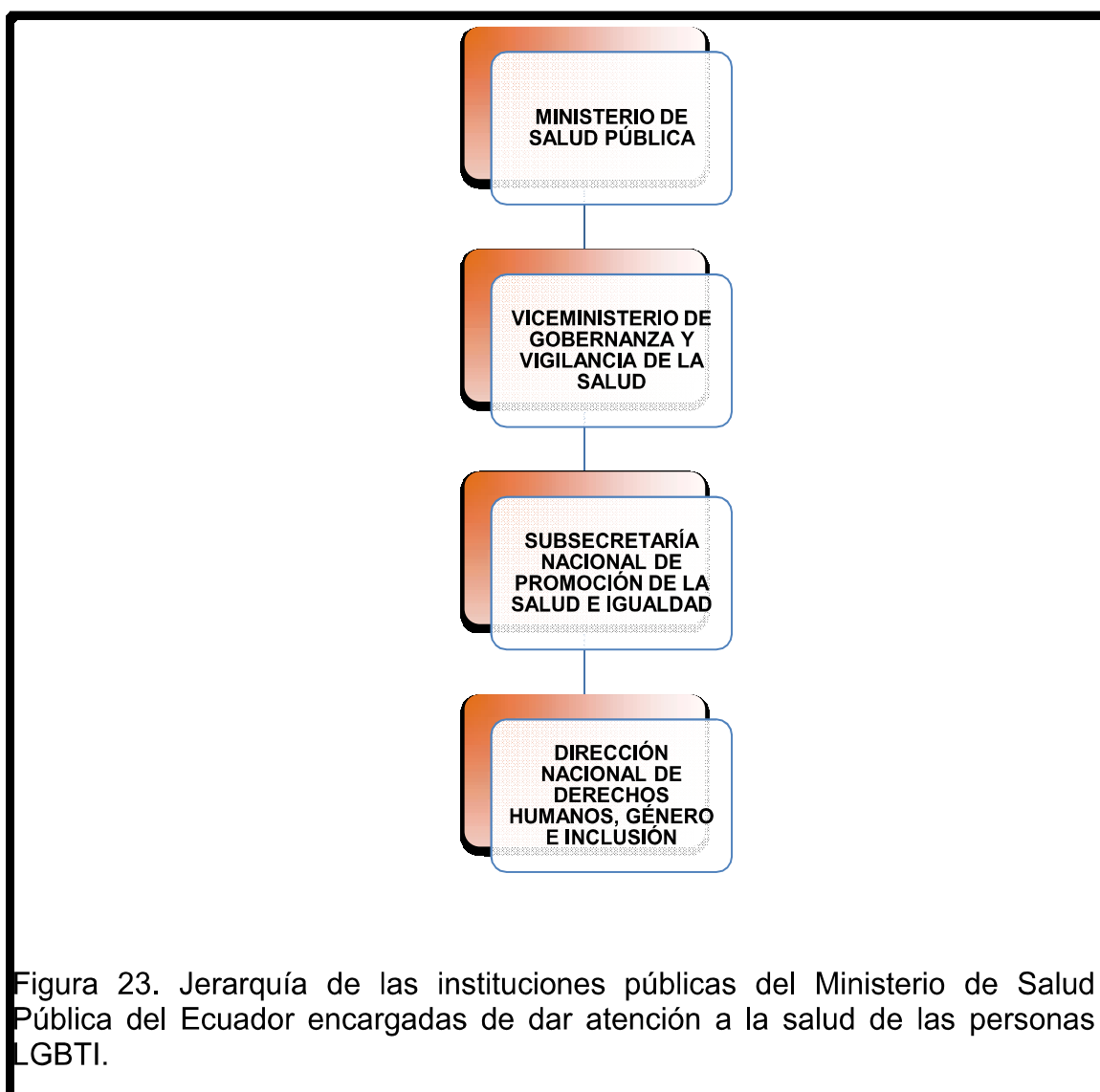
Según la investigaciones realizadas, a través de la observación y las entrevistas con los involucrados, las personas trans en Quito acuden a los siguientes centros de atención de salud. Sin embargo, es importante señalar que pese a que algunas personas trans acudan a estos lugares de provisión de servicios de salud, existen otro tanto de personas trans que simplemente no asisten a ningún servicio médico por diversos motivos.

- Asociación ALFIL. (Avenida Universitaria y Armero)
- Centros de Salud: No. 2 (Las Casas) y No. 3 (La Tola)
- Fundación Ecuatoriana EQUIDAD. (Baquerizo Moreno E7-86 y Diego de Almagro)
- Consulta Privada

### 3.7 Avances en el acceso de la población trans y LGBTI -en general- a los servicios de salud públicos.

#### 3.7.1 Trabajo a nivel del Ministerio de Salud Pública

El siguiente es un diagrama que indica la jerarquía de las instituciones públicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador encargadas de dar atención a la salud de las personas LGBTI.



La Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión forma parte de la Secretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad desde hace casi 3 años, y es la encargada de la observancia de los casos que vulneren los

derechos humanos, y de la posterior institucionalización, diseño y trabajo en la creación de Política Pública sobre dichos temas. Esta unidad se encarga de tratar el tema de la salud de las personas LGBTI en el país, y de todas las minorías en general.

La dirección se ocupa de dar una observancia directa y un seguimiento adecuado de los casos que llegan a sus manos sobre alguna vulneración de derechos humanos en cuanto a la salud. Para ello por ejemplo, realizan investigaciones sobre las sentencias de la Corte Interamericana de Justicia sobre determinados casos de salud.

En cuanto a la institucionalización, la dirección trabaja en recopilar evidencia a través de la investigación para la creación de Políticas Públicas. En el caso de la población LGBTI, la evidencia ha sido en gran parte proporcionada por organizaciones directamente. En esta fase se determinan cuáles son las necesidades de la población. Se procura que todo trabajado esté basado y en relación con los principios fundamentales de calidad y calidez, del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) –citado en la Constitución del Ecuador 2008 y en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017-.

De acuerdo con esto, la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión ha elaborado una ‘Estrategia de Servicios de Salud Inclusivos’ en el año 2014, en la que las diversidades sexo-genéricas se encuentran incluidas. Esta es una estrategia ‘paraguas’ para incluir indicadores sobre temas específicos planteados por toda la Secretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.

En entrevista, Mar Baños, analista de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, mencionó que en cuanto a los avances que se han realizado en materia de diversidades sexo-genéricas, y dentro de la ‘Estrategia de Servicios de Salud Inclusivos’ se encuentran:

- a) La incorporación de la variable sexo-genérica en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)  
Variables: 'intersex' – en la categoría sexo- 'orientación sexual' e 'identidad de género'.

El 'Instructivo para el llenado Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión' publicado en agosto del 2013, afirma que el RDACAA centraliza la información de Consultas y Atenciones Ambulatorias del Sector Salud, el perfil epidemiológico en los diferentes niveles de atención y hace posible el cruce de variables para análisis estadístico por medio de bases de datos diseñadas con tecnologías modernas a fin de reducir el tiempo de llenado e ingreso de datos.

Dicho instrumento es una fuente de consulta que sirve para contextualizar, orientar y facilitar el trabajo de los profesionales Médicos/as, Obstetrices/Obstetras, Psicólogos/as, Odontólogos/as, responsables de la recopilación y almacenamiento de las consultas y atenciones; adicionalmente, permite determinar el tipo de consulta primera o subsecuente, el diagnóstico según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10, y facilita el cálculo de indicadores por medio de la Producción Ambulatoria. (Instructivo para el llenado Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión agosto 2013).

Las variables sexo- genéricas que se pretenden incluir en el RDACAA son: la categoría de intersexual en el apartado sobre el sexo biológico de los y las pacientes (la evidencia muestra que existe la necesidad de que este tipo de información se registre para que se comience a regular la situación hasta el momento invisibilizada de las personas intersexuales); la orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual); y, la identidad de género (hombre, mujer, trans, otro). Para la recopilación de esta información es necesario que las

personas sepan que el médico siempre estará obligado a preguntarle al paciente, pero el paciente no estará obligado a responderle al médico.

Se pretende lanzar esta iniciativa con un Plan Piloto en los 14 servicios de salud a nivel nacional que han sido certificados, hasta la fecha, como servicios de salud inclusivos. Para lo que tienen que cumplir con un mínimo del 80 por ciento de los indicadores planteados por la Secretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. A largo plazo se proyecta generar campañas comunicacionales para naturalizar el tema entre la ciudadanía.

- b) La creación de fichas sobre las características de las poblaciones diversas del Ecuador (pueblos y nacionalidades, y colectivo LGBTI), con el objetivo de informar al personal médico sobre cómo tratar a la gente.

Las fichas de atención serán validadas con los médicos y creadas en coordinación con las organizaciones LGBTI del país, las Personas Viviendo con VIH-SIDA (PVVS), trabajadoras sexuales, etc. Así como con la Coordinación Zonal 9 de Quito.

El problema de la carencia de información sobre la población LGBTI es persistente. Por parte del Ministerio de Salud Pública solo existe un estudio oficial sobre las brechas de salud de la población LGBTI en Ecuador. Pero la información obtenida en él no es pública. Los resultados arrojaron que las personas LGBTI no acceden al sistema de salud, según asegura Mar Baños. Además no hay información que revele sus perfiles epidemiológicos. El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

Adicionalmente, no existe información -oficial- sobre las necesidades particulares de salud de la población LGBTI. Se dice oficial, ya que de acuerdo a las organizaciones de la sociedad civil sí existen varios estudios sobre el

tema, pero que carecen de aprobación respectiva por parte del Ministerio de Salud. Por lo que la creación de estas fichas se concibe como una herramienta esencial para la recopilación de la información necesaria sobre la población LGBTI.

- c) Cursos de Capacitación Virtual en Servicios de Salud y Atención a Poblaciones LGBTI en el Sistema Nacional de Salud (Dos ediciones 2013 y 2014).

Los cursos estuvieron a cargo de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión de la Subsecretaría Nacional de Prevención y Promoción de la Salud e Igualdad. El objetivo principal de los cursos de capacitación fue fortalecer el enfoque de los derechos humanos en el marco de la Política Nacional de Salud y promover un mejor acceso a los servicios con calidad, calidez y libre de discriminación hacia la población LGBTI (Lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros, transexuales e intersexuales).

A través de los cursos se buscó sensibilizar al personal médico de los centros de salud del Sistema Nacional de Salud Pública sobre la situación particular y las necesidades de las personas de diversa orientación sexual e identidad de género. Con ellos se quiere reducir las brechas de acceso a los servicios de salud de las poblaciones que históricamente han experimentado discriminación.

El primer curso se realizó en el 2013, en los primeros días del mes de diciembre. Tuvo una duración de nueve días con un total de 18 horas. Los cursos han sido realizados únicamente en dos ocasiones, en el año 2013 y el 2014. Como resultado de las dos ediciones del curso se entregaron aproximadamente 34 mil certificados a nivel nacional. (El puntaje mínimo de aprobación del curso es de 70 puntos sobre 100. No se puede pasar al siguiente módulo sin aprobar el primero).

Los cursos estuvieron dirigidos al personal médico, de enfermería, obstetricia, psicología y trabajo social de primero, segundo tercer nivel en las áreas de atención y planta central. Una de las peticiones que tiene la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, según indica Baños, es la institucionalización del curso de capacitación como requisito obligatorio para el personal médico de todo el país.

- d) Elaboración de una Guía para tratar a las personas LGBTI en el Sistema Nacional de Salud.

Pese a que su publicación es un proceso que permanece inconcluso hasta la fecha, cabe destacar que sí existe la iniciativa de la creación de una Guía para atender a las personas de diversidades sexo-genéricas en el país. Existe el documento a manera de borrador, sin embargo y como ya se mencionó antes en este capítulo, debido a problemas de orden administrativo no se ha podido divulgar su contenido a manera oficial.

Para su elaboración, se realizó una primera convocatoria pública a especialistas en el ramo de la salud sobre personas LGBTI, la misma que resultó improductiva debido a que no existen en el país expertos ni profesionales especializados -con estudios formales- en esta área de la salud.

Acto seguido, se contactó al Dr. Édgar Zúñiga –único profesional médico autodidacta con conocimientos empíricos sobre la salud LGBTI en el país- para elaborar una investigación de tres meses, a modo de consultoría, a lo largo de todo el país con el objetivo de recabar información y evidencia para la creación de la Guía. Según el Dr. Zúñiga, el trabajo se realizó con éxito y en el plazo establecido. Se presentaron los informes correspondientes acerca de los resultados de la investigación preliminar basada en grupos focales, entrevistas personales y entrevistas virtuales.

Sin embargo, en la fase de publicación de la Guía salieron a flote algunos inconvenientes. Según Mar Baños, el problema radica en el nombre con el que



se quiso hacer pública la guía, y por ende la concordancia que debería presentar con su estructura y contenidos. En un inicio se planteó a la misma como una 'Guía de Práctica Clínica (GPC) para la atención en salud a las personas LGBTI'.

Las GPCs son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar tanto al médico (profesional de la salud) como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente presenta una 'enfermedad o una condición de salud determinada'. Una de las ventajas de este tipo de guías para los médicos es que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor evidencia científica existente. Y una de las ventajas para el paciente es tener la confianza que todo lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía. Algunos organismos de salud públicos –ministerios por ejemplo- realizan Guías de Práctica Clínica para sus médicos y pacientes.

Sin embargo, al difundir la guía creada por el Ministerio de Salud Pública en conjunto con el Dr. Édgar Zúñiga (consultor y realizador del proyecto) como una Guía de Práctica Clínica se estaría incurriendo en la patologización de la condición de las personas LGBTI en el país. Es decir, se establecería que ser LGBTI es tener una enfermedad. Lo que eliminaría todo avance de las organizaciones de la sociedad civil a favor del reconocimiento de los derechos y la igualdad para las personas LGBTI. Según Baños, se trata de un problema de la terminología que se va a utilizar.

El organismo encargado de solucionar el 'dilema' de la guía es la Dirección Nacional de Normatización. La misma que presentó en un inicio las inconformidades sobre lo que debería estar establecido en una Guía de Práctica Clínica y no podía estar presente en el proyecto de atención para las personas LGBTI. Esta dirección estableció además, como requerimiento para la divulgación de la guía, que se cambie el formato de la misma, de modo que esta pueda ser presentada como una 'Guía de Seguimiento de la Población

LGBTI'. Así no solo se reformularía el título, sino su objetivo y contenido, cuya característica fundamental sería estar basada en un documento que indique las buenas prácticas y recomendaciones necesarias para atención de salud de las personas LGBTI.

Según Baños, no se sabe cuándo se dará solución al problema porque no depende de un solo organismo del Ministerio de Salud, y los temas administrativos –burocráticos- en el país se caracterizan por ser trámites de larga duración. Además es necesaria la generación de un Acuerdo Ministerial que respalde la publicación de la guía, en el que aún no se ha trabajado.

Una vez solucionado esto, Baños asegura que el siguiente paso sería la creación de un 'Protocolo de Atención para Personas LGBTI en el Ecuador'. El mismo que también necesitaría ser realizado a través de un Acuerdo Ministerial. Así, pero a largo plazo, se estaría creando en el Ecuador una política pública nacional formal para la atención a personas LGBTI –por ende personas trans- en el país.

#### e) Trabajo intersectorial

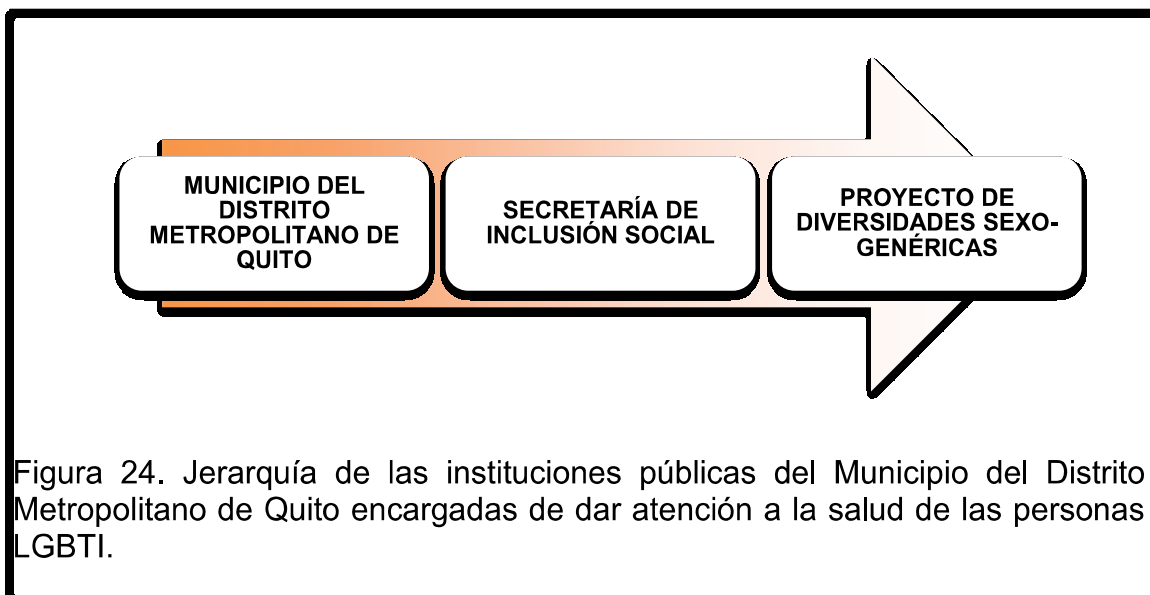
A inicios del 2014, el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión realizó un compromiso integral con la población LGBTI del país. En una mesa intersectorial conformada por personas LGBTI, junto a varios organismos públicos como el Ministerio de Educación, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Justicia, la Defensoría del Pueblo, y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades), se planteó la creación de una política integral para la población LGBTI con sus propios lineamientos y acciones. Con esto se pretende marcar un camino a seguir en la búsqueda para la igualdad real en relación a los derechos de las personas LGBTI.

En la experiencia que se tiene con las personas trans por ejemplo, según Mar Baños, se sabe que las consecuencias de una mala práctica privada en las operaciones a las que acceden pueden, en algunos casos, recaer en el

Sistema de Salud Pública, y así se convierten, inevitablemente, en un problema de salud pública. Motivo por el cual es necesario que el personal médico esté informado y preparado para que pueda atenderles. Así como es primordial que se tenga en cuenta que las personas trans (y todas las LGBTI) tienen las mismas necesidades de salud que todas las personas heterosexuales más unas cuantas.

### 3.7.2 Avances a nivel de Municipio Metropolitano de Quito

El siguiente es un diagrama que indica la jerarquía de las instituciones públicas del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito encargadas de dar atención a la salud de las personas LGBTI en la capital. Para que se entienda mejor, el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito es quien delega a la Secretaría de Inclusión Social la elaboración de los lineamientos de Política Pública en temas de diversidad sexo-genérica. Los cuales son generados con propuestas traídas desde la sociedad civil, y forjados en la mesa representativa ordenada por la ordenanza metropolitana 554.



El siguiente organigrama articula el camino a seguir para la creación, legislación y ejecución de las Políticas Públicas sobre diversidades sexo-genéricas en el Distrito Metropolitano de Quito.

1. Secretaría. Lineamientos de Política Pública en temas de diversidad sexo-genérica.
  - a. Con propuestas desde la sociedad civil, y la mesa representativa ordenada por la ordenanza metropolitana 554.
  
2. Consejo Metropolitano. Los concejales son los encargados de la legislación de la política pública.
  - a. Comisión de género (Carla Cevallos, Carlos Páez, Mario Grande)
  
3. Instancias ejecutoras de la política pública (todavía con resistencia género sensible)
  - a. Secretaría de salud
    - i. Unidades Metropolitanas de Salud, pertenecen a la Red de Servicios Municipales de Salud que funcionan articuladamente con la Red Pública Integral de Salud.
    - ii. Fundación Patronato (antes patronato San José)

La Secretaría de Inclusión Social del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito creó en el 2012, aproximadamente, el Proyecto de Diversidades Sexo-Genéricas, para fomentar la sensibilización ante la realidad de los derechos de las personas LGBTI en la capital. En entrevista con Andrés Tamayo, encargado del proyecto, se pudo conocer que pese que se están gestionando avances importantes, todavía queda mucho por hacer en cuanto a la defensa, protección y garantía de los derechos de las personas con diversidades sexo-genéricas en Quito.

Tamayo reveló que no existe a nivel de Municipio –ni a nivel nacional- un protocolo de atención a la salud para las personas trans, ni para las personas LGBTI del Distrito. Pero que a pesar de ello, se ha venido trabajando en campañas de sensibilización en los Centros de Desarrollo Comunitario (CDC) distribuidos en la capital. Esto debido a que el Municipio es el encargado de la prevención y promoción de servicios de salud del Distrito. Por su parte, el

Gobierno Central, es quien se encarga de la prestación de los servicios de salud.

Tamayo asegura que las políticas públicas en Quito existen en la normativa pero no en la implementación, por ello encontraron fundamental la creación de espacios género-sensibles. En el tiempo que ha trabajado el Proyecto de Diversidades Sexo –genéricas se ha constado que existe resistencia por parte de ciertos funcionarios públicos con los temas de diversidad de género.

A nivel municipal se ha intentado posicionar el tema de las diversidades sexo genéricas y de sensibilizar a los funcionarios públicos de Quito al respecto. En la última administración del General Paco Moncayo (2009), se ideó la concepción del curso denominado ‘Liderar en Clave de Género’, pero solo hasta el año 2014 se logró concretar el curso y realizarlo por primera y única vez.

El curso estuvo destinado solamente para funcionarios municipales, la Policía Metropolitana, las personas encargadas del transporte y atención al cliente, o en contacto directo con la población. En el 2014 hubo 35 participantes, y según Tamayo se aspira que para el 2015 la cifra aumente, por lo menos, a 125 funcionarios municipales.

El doctor Édgar Zúñiga considera que el discurso de ‘inclusión’ del Municipio de Quito ha creado espacios género-sensibles dentro de la capital. Constata de primera mano el trabajo del personal municipal en los Centros de Desarrollo Comunitario y Justicia (CDC) Mariscal y Eloy Alfaro. Menciona que se ha avanzado en la universalización del tema de la ‘no discriminación’, pero a pesar de las buenas intenciones de la propuesta, ‘todavía estamos lejos de recibir en los centros de salud de Quito las respuestas de atención de salud, y las respuestas a las necesidades de salud de las personas trans. Se avanzó en la inclusión de este grupo poblacional, pero falta la ejecución de los servicios’.

Por ejemplo, “si una persona trans acude a una Unidad Metropolitana de Salud para acceder a un tratamiento de hormonización, puede que ya no le discriminen ni le vean raro, e incluso que le reciban con los brazos abiertos puestos para brindarle una atención de calidad y con calidez, pero eso de qué sirve si no existen los profesionales que hagan el procedimiento, ni existen los tratamientos de hormonización disponibles para las personas trans en el sistema de salud público”.

Zúñiga indica que todos los esfuerzos son nulos si no van acompañados de capacitación permanente y la entrega de información oportuna. Además, nada sirve si no se elaboran desde el Ministerio de Salud Pública las directrices en salud para las personas LGBTI como una Política Pública Nacional.

Asimismo, reconoce que no es responsabilidad de Municipio de Quito, según la nueva ley del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (Cootad), la implementación de servicios de salud, debido a que ya no tiene competencias esta área.

### **3.7.3 Los avances en salud según la sociedad civil LGBTI**

Conforme a lo que recita la Agenda Pro Derechos de las Personas LGBTI: Derechos igualitarios a la salud publicada en el año 2014, sí han existido avances para las personas LGBTI en el sector de la salud en los últimos años. Aunque muchos de ellos constan solamente en un papel, y en la realidad, de acuerdo a algunos actores LGBTI, “ha sido más lo que se ha dicho y lo que se ideado, que lo que se hecho”. Además de que muchos de estos avances se han dado inicio pero permanecen hasta la fecha, inconclusos.

Estos avances son:

- La concepción de integralidad de la salud, que se constituye como un avance sustancial en el enfoque de promoción y respeto de los derechos de las personas LGBTI en Ecuador. En la Constitución del 2008 se

refleja la escisión de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos. Con lo que se permite que la sexualidad no esté vinculada, de manera directa, con la reproducción.

- Por otro lado, se remarca la labor del Ministerio de Salud Pública que ha desarrollado vínculos directos y recientes con las poblaciones de las diversidades sexuales y de género en algunas ciudades. Se registra, por ejemplo, la creación de la Unidad de Atención en Salud para Personas Trans en Quito –manejada por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha y ahora en riesgo de cerrar-; la colaboración, en este mismo sentido, con organizaciones de la sociedad civil en algunas ciudades; el desarrollo de protocolos de atención especializados; y el establecimiento de una Unidad de Derechos Humanos que ha facilitado la expedición de reglamentos para controlar el funcionamiento de clínicas recuperación de adicciones, “aunque algunas veces y por la lentitud de las acciones han servido, contrariamente a lo estipulado en ellos, como mecanismos institucionalizadores de la tortura, en los que se ha llegado a promocionar servicios para lograr la “deshomosexualización” de las personas LGBTI”, según lo indica la Agenda.
- La legalización de la píldora de anticoncepción de emergencia se aprecia como otro avance ya que en Ecuador aún existen casos de “violaciones correctivas” para mujeres lesbianas.
- También se destaca la existencia de convenios entre el Ministerio de Salud Pública y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) para la elaboración de una Guía para Protocolos de Atención a personas LGBTI, en primer nivel, cuya redacción ha contado con el apoyo de varias organizaciones de la sociedad civil LGBTI.
- De igual manera se configura como un avance la conformación de Observatorios de Salud y veedurías en procesos relacionados con la salud integral de las personas no heterosexuales. Al respecto, debido a

los esfuerzos de las personas viviendo con VIH-SIDA, usuarias y usuarios de los hospitales y unidades de atención que los tratan, se confirma una mejoría en la calidad de la atención que ellas y ellos reciben. Esto ha sido comprobado por la Veeduría Ciudadana, convocada por Asociación ALFIL (LGBTI), para “vigilar el cumplimiento del acceso a tratamiento y medicinas de las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) en la ciudad de Quito”, que desarrolló su trabajo en los hospitales públicos de Quito: Enrique Garcés, Eugenio Espejo, Baca Ortiz e Isidro Ayora. Se conoce que existe otra veeduría en el tema conducida por la Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH/Sida (CEPVVS), y que estas iniciativas pronto confluirán en un Observatorio Nacional que desempeñará esta labor.

- Actualmente se desarrollan acciones que aterrizan en la acepción más amplia de salud, tal es el caso del Programa de Formación de Mediadores de la Cámara de Comercio de Quito donde se capacitan varias personas de las LGBTI, cuyo fin principal es combatir la discriminación y erradicar la violencia factores que inciden – como es lógico- en el estado de salud de todas las personas.

De este modo las organizaciones de la sociedad civil en pro de los derechos de las diversidades sexuales y de género han planteado en la Agenda ya mencionada la creación de una estrategia que permita fomentar lo siguiente:

- El desarrollo y ejecución de estudios sobre condiciones de salud integral de la población LGBTI, que incluyan un mapeo claro de las y los agentes; y que visibilicen, claramente, la realidad existente. Estos estudios servirán como insumos para generación de políticas públicas que beneficien el derecho a la salud integral de las personas LGBTI.
- La conformación de un equipo técnico y una comisión de apoyo formada por expertas y expertos en temas de salud y comunidades LGBTI, que trabajen junto al Ministerio de Salud.



- La elaboración, por parte del Estado, con apoyo de organizaciones LGBTI, de guías y protocolos de atención especializada para brindar servicios óptimos y especializados. Estos instrumentos deberán acompañarse de la implementación de servicios amigables de atención en salud integral y tendrán que verse como acciones afirmativas, ojalá temporales, que favorezcan un acercamiento a este tipo de derechos.
- La construcción de una agenda mínima referida a salud integral, producto de una concertación entre las comunidades LGBTI.
- La conformación de veedurías que monitoreen el cumplimiento de derechos en los espacios de atención de salud y que correspondan a los intereses de las poblaciones LGBTI, para esto es imperativo mejorar los vínculos con el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social.
- Fomentar la creación de un Observatorio Nacional de la problemática del VIH-Sida, con un enfoque apropiado hacia el tema, tomando en cuenta a la totalidad de la población LGBTI, sin discriminación alguna.
- La interrelación con medios de comunicación a fin de lograr la promoción de derechos, para lograr llegar a la cotidianidad de la población LGBTI con un mensaje de ciudadanía que favorezca la apropiación de sus derechos.
- La interrelación con la Academia, con el propósito de afinar los trabajos de investigación científica y obtener insumos que fortalezcan los procesos de formulación de políticas públicas.
- Firma de convenios con la SENESCYT y las distintas universidades y organismos públicos para incidir en la malla curricular y efectuar investigaciones y publicaciones relacionadas con la salud integral de las personas LGBTI.

- Sensibilizar y capacitar a servidoras y servidores del Sistema Nacional Salud en relación con la atención a las personas LGBTI y sus derechos.
- Promover que las organizaciones LGBTI brinden servicios de salud específicos para personas LGBTI.
- Solicitar periódicamente la rendición de cuentas a las autoridades correspondientes sobre los temas relacionados con los colectivos aludidos.

El Ecuador reconoce en su Constitución que nadie puede ser discriminado por ningún motivo y de ningún modo, lo que incluye la no discriminación al sistema de salud público o privado de todas y todos los ecuatorianos. La situación sanitaria de los miembros de los grupos LGBTI en el país no es la mejor y está todavía lejos de lo que debería ser. Es necesario que esto sea visibilizado no solo por parte de la sociedad civil LGBTI ya organizada, sino por cada uno de los sectores que componen el Estado y por la sociedad en general. Es imperante la creación de políticas públicas nacionales que amparen a la población LGBTI del país.

Para concluir, el acceso igualitario al derecho a la salud constituye uno de los más importantes para cualquier ser humano, independientemente de su sexo, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra característica. La accesibilidad a los servicios de salud pública –y privada- de los grupos LGBTI corresponde al ejercicio de su derecho a la salud, el cual no es más que la reivindicación de su derecho a la vida.

“La igualdad es una necesidad vital del alma humana. La misma cantidad de respeto y de atención se debe a todo ser humano, porque el respeto no tiene grados”.

Simone Weil  
(Francia, 1909-1943)

## **4. CAPÍTULO IV. PROPUESTA PERIODÍSTICA**

### **4.1 Planteamiento de la Propuesta Periodística**

El periodismo permite proyectar una realidad -o realidades- y hacerla más comprensible para los demás mediante la transmisión de información a través de productos periodísticos amigables con la audiencia.

La investigación realizada para este trabajo de titulación sobre 'La accesibilidad de los grupos LGBTI a los servicios de salud pública en Quito', tomando como estudio de caso a la población trans de la capital, no podría ser entregada al público de un mejor modo que mediante la presentación de cuatro productos periodísticos que sintetizen los resultados del estudio de una manera digerible y fresca. Los productos serán transmitidos en los formatos de televisión, radio, prensa escrita y una plataforma web.

Al tomar en cuenta que los medios de comunicación tienen influencia directa en la manera en la que es percibida la realidad, es importante que el periodismo destaque como un método que permita la promoción de los derechos humanos de todos los individuos de la sociedad quiteña, y en este caso de la población LGBTI y su lucha por el acceso a los servicios de salud. De modo que gracias a la siguiente propuesta periodística se cumplirá no solo con los objetivos tradicionales del periodismo: informar, formar y entretener, sino también con uno de los objetivos no convencionales de éste que es 'transformar'.

### **4.2 Objetivos**

#### **4.2.1 Objetivo General**

- Crear productos periodísticos que reflejen los resultados de la investigación realizada sobre la accesibilidad a los servicios de salud públicos de la población LGBTI en Quito, con un estudio de caso de la población trans, para que la ciudadanía se familiarice con esta realidad urbana.

### **4.2.2 Objetivos Específicos**

- Iniciar el diálogo en la ciudadanía sobre la existencia y las necesidades generales y específicas de las personas de diversidades sexo-genéricas en la capital.
- Visibilizar la situación de salud de las personas trans en la ciudad de Quito.
- Promover el acceso y el cumplimiento del derecho a la salud de las personas trans –LGBTI- mediante la entrega de información oportuna sobre el tema.
- Destacar la importancia de la creación de políticas públicas que amparen a la población trans, y LGBTI en general.

## **4.3 Estudio Técnico**

### **4.3.1 Nombre de la institución que representa al proyecto**

Catherine Cruz Almeida, Universidad de Las Américas (UDLA).

### **4.3.2 Título del Proyecto**

“Cuerpos en tránsito buscan salud en Quito”

### **4.3.3 Lugar donde se desarrolla el proyecto**

El proyecto tuvo lugar y se desarrolló en la ciudad de Quito, tanto para la investigación como para la elaboración de los productos periodísticos.

#### **4.3.4 Público**

Los productos periodísticos que se presentarán fueron concebidos con la idea de que la información sobre la transgeneridad y su incidencia en el acceso a la salud llegue al mayor número de personas en la ciudad de Quito como sea posible. Cada uno de los productos tiene como público objetivo específico a los adultos jóvenes, adultos y adultos mayores.

El producto impreso pretende dar a conocer mediante testimonios la realidad de las personas trans en la ciudad de Quito. Su público son los adultos jóvenes.

El producto radial busca transmitir información cercana sobre la transgeneridad a la población en general, debido a los personajes y el lenguaje utilizado está destinado para los adultos mayores, en especial, pero también para todos los segmentos de la población.

Por su parte el producto audiovisual se pensó con el fin de los adultos que tengan interés en conocer la realidad de salud de las personas de diversidades sexo-genéricas en la ciudad de Quito, puedan hacerlo a través de un reportaje testimonial.

Y por último, la plataforma web, que reúne a todos los productos ya mencionados, tiene como público objetivo cualquier persona que sienta interés por este tipo de información y tenga acceso al internet.

#### **4.3.5 Materiales de Difusión**

- Reportaje testimonial - perfil
- Radio teatro
- Revista con testimonios
- Plataforma Digital

#### **4.3.5.1 Reportaje testimonial – perfil: Geovanny Jaramillo, trans masculino**

Nombre del producto: “Un cuerpo en tránsito en busca de salud”

Contenido y duración. Se realizará un reportaje testimonial – perfil de 10 minutos sobre la vida de Geovanny Jaramillo, hombre trans quiteño, quien contará su historia como una persona transgénero que vive en la actualidad en la ciudad de Quito. Jaramillo relatará las características de su acceso a la salud.

Justificación del formato. Se encontró valiosa la historia de Jaramillo ya que se considera importante que la audiencia vea y escuche en primera persona lo que implica ser una persona trans en la ciudad capital. Más allá de los valores morales se pretende rescatar la necesidad de respetar los derechos humanos de todas y todos los ciudadanos incluidas las personas de diversidades sexo-genéricas. El activismo por los derechos humanos del personaje elegido merece ser resaltado.

Locución. No cuenta con locución en off.

#### **4.3.5.2 Radio teatro**

Nombre del producto: “Salud para un cuerpo en tránsito”.

Contenido y tiempo. Se realizará un radio teatro de 14 minutos con el fin de presentar, explicar, y precisar algunos términos y categorías sobre la realidad de las personas trans. El radio teatro será elaborado con lenguaje juvenil y coloquial de modo que sea amigable para la audiencia.

Justificación del formato. Se va a realizar un radio teatro porque este formato permite recrear la vida cotidiana, con lo que la historia que se pretende representar se vuelve más cercana a la gente que no está familiarizada con

ella todavía. Todo esto con el fin de que exista empatía con los personajes y el mensaje se internalice en los oyentes. El tema de las 'diversidades sexuales' es complejo, de modo que el lenguaje coloquial que se utiliza en el radio teatro lo vuelve más digerible para los y las radioescuchas.

Locución. La locución del radio teatro estará a cargo de la autora de la investigación, así como de locutores no profesionales que prestarán su voz para el proyecto.

#### **4.3.5.3 Revista con testimonios**

Nombre del producto: "Salud buscan los cuerpos en tránsito"

Contenido y extensión. Se elaborará una revista de 16 páginas con un formato de 20cmx20cm, cuyo contenido son testimonios de las personas trans que han tenido experiencias variadas en relación a los servicios de salud en la capital.

Justificación del formato. A través de los testimonios seleccionados de personas trans se pretende dar a conocer y sensibilizar a la sociedad quiteña sobre la existencia de estos 'cuerpos en tránsito', que no tienen aún un pleno acceso a la salud ya sea por la falta de capacitación del personal médico, la ausencia de guías de atención para la comunidad LGBTI, o la falta de la capacidad resolutive adecuada a sus problemas de salud. La revista exhorta a ver a las personas trans sin el nubarrón de los prejuicios, y a ponerse tan solo unos segundos en su "cuerpo".

#### **4.3.5.4 Plataforma Digital**

Nombre del producto: "Cuerpos en tránsito buscan salud en Quito"

Contenido. En la plataforma digital se publicarán los productos antes mencionados más información y datos recabados durante la investigación. Por

lo que este se constituye como el producto más completo. Como parte de la propuesta de este producto se pretende crear enlaces entre la página web de este sitio y las organizaciones pro LGBTI de la ciudad de Quito, y el país. Al ser una página web esta permite la interacción con los usuarios y también permite crear una comunidad online.

El nombre del dominio de la página web será el siguiente:

<http://cuerpostransitobus.wix.com/cuerpostransitosalud>

#### 4.4 Presupuesto del Proyecto

Tabla 2. Presupuesto.

DETALLE	TIEMPO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Periodista	30 días	800,00	800,00
Camarógrafa/o	30 días	600,00	600,00
Diseño de revista	2 días	300,00	300,00
Creación página web	10 días	300,00	300,00
Edición de audio y video	3 días	500,00	500,00
Computadora	30 días	1,200,00	1,200,00
Cámara de fotos y video	5 días	200,00	1,000,00
Micrófonos	5 días	40,00	200,00
Trípode	5 días	20,00	100,00
Luces	5 días	40,00	200,00
Insumos varios	15 días	10,00	150,00
Transporte	30 días	2,00	60,00
		<b>Valor total</b>	<b>\$ 5,410,00</b>



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

La 'identidad de género' está reconocida en la Constitución vigente ecuatoriana desde el año 2008. Lo que sirve de instrumento legal máximo para garantizar el pleno cumplimiento de todos los derechos ciudadanos de las personas transgénero en la ciudad de Quito y el país.

La discriminación por identidad genérica y por orientación sexual está penada por la ley, y constituye un delito según la Carta Magna nacional. Pese a esto, la mentalidad patriarcal y héteronormada de la ciudadanía quiteña todavía es un obstáculo para que las personas trans accedan de manera libre, directa y eficaz, no solo a su derecho a la salud sino también a su derecho a la educación, empleo y vivienda.

El goce del derecho a la salud supone la convergencia de los siguientes elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad, según lo afirma el texto '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'. (OPS, 2012). El documento asegura que estos elementos están relacionados entre sí y son legalmente exigibles. (Ver Anexo 1).

La situación sanitaria de la comunidad trans en el país no es la mejor, y es necesario que esto sea visibilizado para que se los y las considere dentro la creación de políticas públicas de salud y normativas legales. Ya que para el cumplimiento de un derecho es necesaria tanto: la normativa legal; la política pública, servicios públicos y participación ciudadana; como las garantías jurisdiccionales.

Por el momento, sí existen barreras en el acceso a la salud pública de las personas trans. No solo por la ausencia de las políticas que regulen el tema,

sino porque las personas encargadas de manejar hasta el momento los servicios de salud públicos no tienen la información adecuada para solucionar sus necesidades de atención a la salud generales, y sobre todo particulares. Las personas trans denuncian que los servidores de salud anteponen sus prejuicios a la norma constitucional, la que condena la discriminación de cualquier tipo por su identidad sexo-genérica.

Hoy por hoy, no existe en el país una capacitación oportuna para personal médico sobre la salud trans. Tampoco existen guías de atención a la comunidad LGBTI, ni la capacidad resolutive adecuada a sus problemas de salud. Puede que haya acceso en ciertos centros de salud considerados 'género-sensibles' o 'género-incluyentes', pero esa no es una gestión que se replique en todo el Sistema Nacional de Salud. Es un hecho que se podría catalogar como aislado.

Por ello es clave sugerir la creación de políticas públicas de salud que aparen a la población trans. Dentro de dichas políticas se deberían establecer mecanismos que brinden información –tanto a personal médico como a la ciudadanía en general- sin sesgos y sin prejuicios morales o religiosos sobre su contexto de salud real. No tomando en cuenta únicamente aspectos de su salud sexual, los que tan solo constituyen una parte de su salud integral.

Las instancias del Estado están trabajando en la creación de políticas públicas –no solo de salud- que favorezcan a las personas trans- y LGBTI en general-, sin embargo no han estimado el tiempo exacto en el que se va a cristalizar dicha creación. Por parte de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión del Ministerio de Salud, que es el departamento encargado en el tema LGBTI desde el año 2012, el proyecto se encuentra en la fase de observación específicamente de los casos que vulneren los derechos de salud de esta comunidad. De acuerdo a este ente público, recabar la información es el primer paso para la creación de una política pública a largo plazo.

Hay estudios sobre la calidad y el contexto de salud de las personas trans en la ciudad de Quito realizadas por las asociaciones LGBTI de la mano de entes internacionales e instituciones públicas nacionales, pero estos no han sido oficializados, ni está permitida su publicación por asuntos netamente administrativos. Otros estudios que sí tienen permitida su publicación tan solo hablan sobre la incidencia del virus del VIH en esta población considerada como de 'alto riesgo'. Pero nuevamente, este aspecto de su vida no es el único que compone su salud desde una visión integral.

Por parte de los activistas LGBTI, las cosas entre los años 2013 y 2014 han avanzado en cuanto a la apertura del gobierno a tratar temas sobre minorías, dentro de las cuales se encuentran las llamadas minorías sexuales –personas LGBTI-. Pero esto solo en temas superficiales.

En el caso de la propuesta de Reforma a la Ley del Registro Civil sobre materia de Identidad de Género que busca sustituir la palabra 'sexo' por 'género' en la cédula de identidad, -entregada al Pleno de la Asamblea Nacional en el 2013 por activistas LGBTI y transgénero-, hasta la fecha de entrega de este trabajo de titulación (mayo 2015) no se han obtenido respuestas que no sean aquellas que promuevan la religión, y hablen de los 'pecados' en los que se incurriría si es aceptada por los asambleístas.

Este proyecto resulta imprescindible para las personas trans debido a que la discriminación social, la estigmatización y la marginación que sufren a menudo se ven agravadas por la falta de documentos legales que reflejen adecuadamente su identidad de género.

Las normas legales de identidad tienen incidencia directa en la vulnerabilidad de las personas trans, ya que el tratamiento respetuoso de parte de los proveedores de servicios y el acceso a opciones de trabajo formal dependen de ello. Por cuanto, la posibilidad de que las personas trans cambien los datos de su cédula de identidad para que correspondan a su identidad de género

tiene que ser considerada como un imperativo de salud pública conforme lo avala la Organización Panamericana de la Salud (2012).

## **RECOMENDACIONES**

El estudio realizado mostró que la investigación sobre la salud trans en el país es limitada. Y dado que este elemento es clave para documentar la existencia de las diferencias en el acceso a la salud de las personas trans, no se puede visibilizar el problema, ni contar con las evidencias necesarias para mejorar el acceso y la calidad de la atención para la comunidad trans.

Por lo que se recomienda que tanto las instituciones públicas como entes académicos públicos y privados destinen sus esfuerzos a la investigación de esta problemática social cada día más exigente.

También se considera clave sugerir la creación de políticas públicas de salud que aparen a la población trans en su totalidad. Dichas políticas de Estado deberían comprender mecanismos que brinden información a todos los sectores de la sociedad, sin sesgos y sin prejuicios morales o religiosos, sobre el contexto de salud de las diversidades sexo-genéricas en el país.

Es necesario que se destaque que la salud sexual de las personas trans, así como de otras personas LGBTI, no constituye más que apenas una parte de su salud integral.

Para finalizar, se recomienda revisar estudios internacionales que hablan sobre la salud de las personas trans de una manera holística. Por ejemplo, existe el documento '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' realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2012, que brinda una serie de recomendaciones para cada sector involucrado e interesado en esta temática. (Ver Anexo 2).

El documento en cuestión plantea recomendaciones sumamente importantes para: los gobiernos; los formuladores de políticas y tomadores de decisiones dentro del sector de la salud; los responsables por la provisión de servicios públicos y privados en todos los sectores; el personal de salud; los miembros de la Academia y de asociaciones profesionales; las organizaciones bilaterales y multilaterales; los líderes y miembros de organizaciones de base comunitaria; y para las parejas, familiares y allegados de personas trans.

De modo que merece ser tomado en cuenta para lograr avances significativos en un menor plazo de lo esperado. Ya que no se trata de religión ni de valores morales, se trata de hacer valer y respetar los derechos humanos de las personas trans en el Ecuador, y su capital Quito.

## REFERENCIAS

- Argüello, S. (2012). La explosión de grupos GLBT en Ecuador. Publicado por el portal web País Canela. Recuperado el 16 de septiembre de <http://paiscanelahistorial.blogspot.com>
- Barbosa, R. Y Villela, W. (1996) A Trajetória Femenina da AIDS, en Parker, R. y Galvão, J. (orgs.), Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil, ABIA/IMS-UERJ. Relume - Dumará, Río de Janeiro.
- Bernal, M. (2010) Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas). Bogotá, Colombia: Colombia Diversa.
- Burin, M. (1996) Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. Recuperado el 14 de agosto de [www.psiconet.com/foros/genero](http://www.psiconet.com/foros/genero).
- Butler, J. (1990) El género en Disputa. Editorial PAIDOS.
- Butler, J. (1990) Variations on Sex and Gender: Beauvoir, Wittlg and Foucault, Feminism. España, Valencia: Ediciones Alfons.
- Calderón Pinto, V. (1997) Yo (No) soy. Tú eres. Él es. En Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires, Argentina: DEDES Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Constitución del Ecuador (2008). Quito –Ecuador: Corporación de estudios y publicaciones.
- De Beauvoir, S. (1949). El segundo sexo. Buenos Aires, Argentina: Editorial sudamericana.
- Dio Bleichmar, E. (1992) Del sexo al género. Revista Argentina de Psicoterapia para Graduados.
- Dixon- Mueller, R. (1996) The Sexuality Connection in Reproductive Health.
- Esquel (2014) Agenda Pro derechos LGBTI. Quito, Ecuador: Esquel.
- Flores, M., Castillo, A. (2012). Una mirada desde la sociedad civil a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Esfera Pública No. 4. Quito: Grupo FARO.
- Foucault, M. (1988) El sujeto y el poder. Buenos Aires, Argentina.

- Grijalva, A. (2009) Principales innovaciones en la Constitución de Ecuador del 2008. Recuperado de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-454.html>
- Kimmel, M. (s/) Homofobia, temor, vergüenza y silencio de la identidad masculina. En: Valdes, Teresa y José Olavarría Masculinidad/es: poder y crisis, Cap. 3, ISIS-FLACSO: Ediciones de las Mujeres N° 24.
- Lamas, M. (1995) Cuerpo e identidad. Colombia, Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Lamas, M. (1999) Género, diferencias de sexo y diferencia sexual.
- Lamas, M. (1999) Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. En Debate feminista, Año 10. Vol. 20.
- Lamas, M. (1999) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Recuperado de el 3 de agosto del 2014 de <http://www.udg.mx/laventana/libr1/lamas.html>
- MAX revista (2014) Quito, Ecuador.
- MSP (2011). Historia del Ministerio de Salud Pública. Quito: MSP. Recuperado de <http://www.msp.gov.ec/>
- OMS (2000). The World Health Report. Health Systems: Improving Performance.
- OMS (2007). *Everybody's Business. Strengthening Health Systems to improve health outcomes. Who's Framework for Action.* OMS (2007). Health System governance for improving health system performance. Report of a WHO Global Consultation.
- OPS (2004). Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- OPS (2008). Perfil de los Sistemas de Salud de Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C.: OPS Recuperado de [http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=681&Itemid=294](http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=681&Itemid=294)
- Scott, J. W. (1990) El género: una categoría útil para el análisis histórico.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades) (2013) Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017
- Velasco, M. (2011). La salud de la población medio siglo de cambios. En

Alfredo Astorga, B. Espinosa, F. Carvajal, G. Solórzano, M. Tamayo, M. Velasco, M. Aguirre, N. Reascos (Eds.) Estado del país. Informe cero. Ecuador 1950-2010: 323-342. Quito. La salud de la población medio siglo de cambios.

Villacrés, N. (2008). Buen gobierno en salud: un desafío de todos. En B. Espinosa, W. Waters. (Eds.), Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina: 25-45. Quito: Flacso.

Viteri, M.A., Serrano, J.F., y Vidal-Ortiz, S. (2011). *Dossier '¿Cómo se piensa lo "queer" en América Latina?*



## **ANEXOS**

## Anexo 1

Aspectos de la utilización de los servicios de salud según la Organización Panamericana de la Salud descritas en el documento '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' (OPS, 2012):

(a) Disponibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben estar disponibles en cantidad suficiente en el Estado miembro. Aunque el Comité DESC permite cierta flexibilidad en lo que respecta a la naturaleza de las instalaciones, bienes y servicios, se mantiene firme en que se debe incluir no sólo los determinantes tradicionales de la salud subyacentes, sino también aquellos que, como se describió anteriormente, surgen para crear nuevos obstáculos para la realización del derecho a la salud.

(b) Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben ser física y económicamente accesibles todas las personas, incluyendo a la población trans, sin discriminación por motivos de "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual, y cualquier otra condición, que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el igual disfrute o el ejercicio del derecho a la salud". Adicionalmente, la accesibilidad comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre temas de salud. Más aún, el ejercicio y el goce de este derecho no debe ser gravado por la discriminación sobre la base de ninguno de los motivos mencionados.

(c) Aceptabilidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben tener en cuenta la ética médica, ser respetuosos de la cultura de las personas, la diversidad y las comunidades en su conjunto, y sensibles a las necesidades de género.

(d) Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios deben ser de buena calidad, así como científica y médicamente apropiados

## Anexo 2

Recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud tras la elaboración de su documento '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' (OPS, 2012):

### **Recomendaciones para gobiernos**

- Empezar revisiones y reformas legales que garanticen el acceso a la salud y protección de la vida de las personas trans, así como el goce pleno de derechos ciudadanos en todos los ámbitos públicos y privados.
- Tomar medidas y emprender campañas con el propósito de prevenir y reducir el estigma, la discriminación y la violencia (verbal, emocional, sexual y física) en contra de las personas trans.
- Asegurar la existencia de legislación o regulación que penalicen a personas que discriminen o agredan a las personas trans.
- Capacitar al personal de sistema legal (tales como jueces, fiscales, defensores entre otros) y agentes de seguridad pública (por ejemplo cuerpos policíacos) sobre temas relativos a las personas trans.
- Crear mecanismos que aseguren que las personas trans tengan acceso a documentos de identidad que reflejen adecuadamente su identidad de género.
- Asegurar que los sistemas públicos de atención a la salud integral provean servicios de calidad que sean aceptables y accesibles para las personas trans.
- Garantizar el acceso a la atención de la salud integral para personas trans privadas de libertad.
- Recolectar, analizar y diseminar datos relevantes e información estratégica que pueda servir de base y referencia para mejorar programas y servicios dirigidos a personas trans.
- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación basados en el uso de indicadores estandarizados sobre determinantes sociales y de salud en

las poblaciones de personas trans.

- Apoyar y refrendar esfuerzos mundiales, regionales, nacionales y locales dirigidos a combatir la transfobia y toda forma de odio, marginación o intolerancia.
- Garantizar que se tomen medidas para asegurar el respeto a la identidad de género y la integridad de los/las menores de edad trans, sobre todo en el ámbito educativo, y así evitar la deserción escolar producto de la transfobia.
- Apoyar la inclusión en los currículos escolares los temas de identidad de género.
- Incluir a las mujeres trans en los programas de violencia contra la mujer.
- Promover la prioridad de inclusión laboral ante igualdad de capacidades.

### **Recomendaciones para formuladores de políticas y tomadores de decisiones dentro del sector de la salud**

- Crear políticas públicas que garanticen una atención integral a las personas trans y explicitar reglas y procedimientos para implementarlas.
- Reconocer el impacto negativo de la transfobia en la provisión de servicios de salud de calidad y definir regulaciones dirigidas a prevenirla y enfrentarla.
- Asegurar que la provisión de atención a personas trans sea integral y no solamente limitada a VIH y otras ITS, sino que tomen en cuenta todas las áreas relacionadas con el bienestar individual y comunitario a través de la capacitación y sensibilización del personal de salud y la difusión de los servicios.
- Reconocer que las intervenciones biomédicas para modificación corporal no son meramente cosméticas, sino que tienen indicación médica y son necesarias para el bienestar individual.
- Denunciar la práctica de las llamadas “terapias reparativas”, “de reconversión” (enfoques que pretenden cambiar la no conformidad de género o la orientación sexual no heterosexual) en vista de su utilidad dudosa y los efectos negativos que produce.

- Adaptar algoritmos existentes para la provisión de atención a personas trans a fin de que reflejen estándares y normas nacionales y se ajusten a realidades específicas de poblaciones relevantes.
- Asegurar que las recomendaciones en materia de atención integral de la salud de personas trans se basen tanto en evidencia como en las necesidades que las personas trans manifiestan.

### **Recomendaciones para responsables por la provisión de servicios públicos y privados en todos los sectores**

- Implementar y aplicar políticas contra estigma y discriminación por identidad de género, respetando las diversas orientaciones sexuales.
- Implementar y aplicar políticas de cero tolerancia a la transfobia (y homofobia) en los servicios públicos.
- Implementar medidas para asegurar respeto por el uso de un nombre social o preferido y diferente de la documentación civil o legal de la persona.
- Implementar mecanismos de seguimiento de casos entre servicios diversos, observando principios de eficiencia y confidencialidad.
- Implementar políticas de compensación que tomen en cuenta las desventajas que experimentan las personas trans.

### **Recomendaciones para personal de salud**

- Desarrollar las habilidades técnicas y la competencia cultural necesarias para proveer servicios adecuados de promoción de salud, prevención, tratamiento, seguimiento y apoyo a personas trans.
- Responder a las demandas de atención de salud de personas trans, brindando los estándares más altos posibles de atención.
- Asegurar que las personas trans sean tratadas con debido respeto, usando el nombre de su preferencia y los pronombres correspondientes a su identidad de género.
- Diseñar y organizar servicios sanitarios y otros espacios (vestidores, salas de internación) de tal manera que las personas trans los puedan

usar de acuerdo a su identidad de género, incluyendo la internación de pacientes de acuerdo a su identidad de género.

- Asegurar que sea un personal debidamente calificado el que se haga cargo de ofrecer y administrar intervenciones biomédicas para modificaciones corporales (por ejemplo, terapia hormonal).
- Garantizar condiciones apropiadas de salud para las personas trans en situación de detención.

### **Recomendaciones para miembros de la Academia y de asociaciones profesionales**

- Desarrollar políticas institucionales en relación a las personas trans y mecanismos para su aplicación y monitoreo.
- Intensificar la investigación dirigida a expandir el conocimiento acerca de las poblaciones trans, sus necesidades, demandas, problemas comunes y determinantes sociales de salud.
- Implementar programas de inclusión y respeto a los derechos humanos de las personas trans.
- Definir claramente muestras y resultados de investigaciones relevantes a poblaciones trans, evitando mezclar datos con los de poblaciones homosexuales, lesbianas, bisexuales u otras.
- Cerrar brechas en investigación biomédica, por ejemplo, en lo referente al uso de hormonas de manera concurrente con ARV o los efectos secundarios asociados con la administración de hormonas y la inyección de sustancias de relleno de tejidos blandos. Es igualmente importante investigar acerca de enfoques eficaces para tratar efectos secundarios y complicaciones relacionados con o resultantes de tratamientos hormonales y otros relacionados al proceso de reasignación de sexo.
- Crear redes académicas con inclusión de personas trans para el análisis e investigación de temas relevantes a dicha población.
- Elaborar políticas para que los distintos centros de estudios provean un ambiente seguro para el desarrollo integral y el bienestar de las personas trans.

- Desarrollar currículos académicos para una educación sobre diversidad sexual y género que refleje las necesidades reales de las poblaciones trans.
- Impulsar becas de estudios y políticas institucionales que promuevan y faciliten el acceso a la formación de personas trans.
- Proclamar pública y abiertamente que la no conformidad de género no es una patología en sí, y promover mayor conocimiento público sobre el tema.

### **Recomendaciones para organizaciones bilaterales y multilaterales**

- Aumentar y promover el acceso a la educación y la formación de personas trans, incluyendo el apoyo al desarrollo de iniciativas por parte de las organizaciones que trabajan con dicha población.
- Establecer alianzas para sinergizar iniciativas y acciones dirigidas a lograr beneficios para poblaciones trans.
- Promover y apoyar esfuerzos mundiales, regionales, nacionales y locales dirigidos a educar en materia de diversidad sexual y de género de manera integral con el fin de erradicar la transfobia y toda forma de odio, marginación o intolerancia.
- Destinar recursos dirigidos al desarrollo de capacidades necesarias para atender las necesidades de personas trans en el sector de la salud y otras áreas de política pública, inclusive la legislación y la aplicación de la ley.
- Proclamar pública y abiertamente que la no conformidad de género no es una patología en sí, y promover mayor conocimiento público sobre el tema.

### **Recomendaciones para líderes y miembros de organizaciones de base comunitaria**

- Desarrollar organizaciones comunitarias y redes a nivel mundial, regional, nacional y local.
- Establecer alianzas para potencializar esfuerzos y optimizar recursos

para actividades dirigidas a mejorar la salud integral y calidad de vida de personas trans.

- Proclamar y abogar por el respeto a la dignidad humana.
- Crear los mecanismos para la vigilancia ciudadana y demanda a las autoridades nacionales y entidades internacionales del cumplimiento de sus compromisos públicos en materia de protección de los derechos humanos de todos ciudadanos y ciudadanas.
- Participar en comisiones legislativas de salud a nivel estatal, provincial o departamental y nacional, a fin de asegurar una provisión equitativa, apropiada y accesible de servicios de atención integral de la salud, educación y justicia del más alto nivel de calidad posible.
- Proveer apoyo y acompañamiento entre pares a personas trans que enfrentan estigma y discriminación, rechazo familiar, violencia, acoso, ansiedad, depresión o cualquier otro tipo de infortunios que pueden aligerarse mediante esfuerzos y apoyo solidarios.
- Desarrollar procesos y materiales para la educación de pares en temas que tengan relevancia para el bienestar de las personas trans, tales como uso de sustancias de relleno de tejidos blandos, auto-prescripción de hormonas, nutrición, uso de cosméticos, vestuario, recomendaciones post quirúrgicas actividades de sexo seguro, entre otros.
- Promover el desarrollo de liderazgo y otras competencias y habilidades que contribuyan a la mejoría de las capacidades personales.
- Desarrollar competencias que posibiliten a representantes de comunidades trans participar en discusiones públicas, conferencias y reuniones sociales.
- Desarrollar y promover formación de habilidades y entrenamiento vocacional para mejorar el acceso a recursos financieros de manera estable y digna.
- Fortalecer la capacitación en materia de gestión y desempeño de organizaciones de personas trans.
- Promover una cultura de denuncia de las violaciones de derechos y abusos en todos los niveles, inclusive los perpetrados por familiares y



parejas de personas trans.

### **Recomendaciones para parejas, familiares y allegados de personas trans**

- Reconocer y denunciar a las autoridades competentes cualquier manifestación de acoso, violencia, explotación sexual, hostigamiento y discriminación en hogares y escuelas, servicios de atención de salud, espacios de trabajo y otros lugares públicos.
- Buscar consejo profesional y/o grupos comunitarios de pares para poder brindar apoyo adecuado a personas trans que experimentan problemas o preocupaciones personales.
- Demostrar afecto y respeto por la persona trans que sea parte de la familia o del grupo de amistades y personas allegadas.
- Buscar orientación en clínicas y centros de salud debidamente calificados para la atención apropiada de menores de edad que manifiesten una identidad de género diferente de su sexo natal.
- Proteger a familiares y personas allegadas trans de toda forma de maltrato, así como de las llamadas “terapias reparativas” o de cualquier otro enfoque potencialmente dañino para la salud, el bienestar y la dignidad humana.
- Fomentar el apoyo a aquellos miembros de la familia que ofrezcan mayor solidaridad a la persona trans.