

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



**Salud, trabajo y discriminación en población
transgénero de la Huasteca Hidalguense**

Que para obtener el grado de Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

Mtro. Javier Gutiérrez Marmolejo

D I R E C T O R

Dr. Luis Ortiz Hernández

Ciudad de México, abril de 2018

A mi madre Silvia, a mi padre Jorge

A mi hermana Mariana, a mi hermano Jorge

*Solamente así, uniendo fuerzas, haremos que el género gay, homosexual,
sea aceptado. Así, que de nosotros depende, o nos unimos y salimos adelante,
o seguimos igual y nos hundimos juntos*

Alexa Ruvalcaba Montemayor
Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009



*Concursantes a la corona Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009
Huejutla de Reyes, Hidalgo*
Fotografía: Carlos Alberto Ramos Benigno y Javier Gutiérrez Marmolejo

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Luis Ortiz Hernández por la dirección y por la orientación de este trabajo, por sus recomendaciones, observaciones y señalamientos compartidos desde su amplia experiencia en el campo de la salud.

Agradezco a la Dra. Oliva López Arellano y a la Dra. Carolina Tetelboin Henrion, profesoras del programa de Ciencias en Salud Colectiva, así como al cuerpo docente del programa en general, por apoyarme en mi proceso de acercamiento al campo académico y político de la salud colectiva desde una mirada crítica, compleja y socialmente comprometida.

Agradezco a mis compañeras y compañeros del doctorado por las reflexiones dentro y fuera del aula, así como por la amistad que a la fecha se mantiene con algunas y algunos de ellos. Especialmente agradezco a Carmen Gloria Muñoz Ramírez y a Camila Pereira Abagaro por abrirme las puertas de su corazón, espero siempre corresponder con la misma generosidad.

Agradezco a la Dra. Ma. de los Ángeles Garduño Andrade, a la Dra. Frida Quintino Pérez, al Dr. José Arturo Granados Cosme y al Dr. Óscar González Gómez por aceptar participar como sinodales de esta tesis.

Agradezco a mis amigos por soportar mi neurosis durante los momentos más complicados de este trayecto e inyectarme entusiasmo desde el cariño y desde el humor.

Agradezco a Carlos Alberto Ramos Benigno por introducirme a la región de la Huasteca Hidalguense, y presentarme a las primeras protagonistas de esta investigación, así como por acompañar este proceso durante el trabajo de campo. Agradezco profundamente a las mujeres transgénero entrevistadas por compartir sus experiencias de vida y de resistencia.

Agradezco a mis colegas de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), tanto trabajadores académicos como trabajadores administrativos, así como estudiantes, con quienes he aprendido, con aciertos y con errores, a construir de manera colectiva desde lo académico y desde lo político.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado durante mi fase de estudiante en el programa de Ciencias en Salud Colectiva.

ÍNDICE

1. Introducción	7
2. Planteamiento del Problema	14
2.1 La construcción del estado del arte	14
2.2 Salud y mujeres transgénero	16
2.2.1 Salud sexual y mujeres transgénero	16
2.2.1.1 Reflexiones finales en torno a salud sexual y mujeres transgénero	29
2.2.2 Salud mental y mujeres transgénero	31
2.2.2.1 Despatologización, construcción identitaria y derechos humanos	35
2.2.2.2 Estigma, discriminación y violencia	45
2.2.2.3 Reflexiones finales en torno a salud mental y mujeres transgénero	49
2.2.3 Atención a la salud y mujeres transgénero	50
2.2.3.1 Reflexiones finales en torno a la atención a la salud y mujeres transgénero	58
2.2.4 Transformaciones corporales y mujeres transgénero	59
2.2.4.1 Reflexiones finales en torno a transformaciones corporales y mujeres transgénero	63
2.3 Ciencias sociales, salud y mujeres transgénero en México	63
2.4 Construcción del problema de investigación	67
2.4.1 Objetivo general.	70
2.4.2 Objetivos particulares.	70
3. Aproximación Teórica	71
3.1 Salud colectiva y mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense	71
3.2 La construcción social del género y de la sexualidad	82
3.3 El control social de la sexualidad y la batalla conceptual por la homosexualidad, el travestismo, la transgeneridad y la transexualidad	90
3.4 La irrupción de la interseccionalidad desde Nuestra América	101

3.5 Discriminación y discriminación por orientación sexual e identidad sexo-genérica	106
4. Marco de Referencia	113
4.1 Algunos datos sobre el contexto sociodemográfico de la Huasteca Hidalguense	113
4.2 Discriminación por orientación sexual e identidad sexo-genérica en México	116
5. Aproximación Metodológica	123
6. Resultados	130
6.1 La dominación de género como experiencia constante y permanente	130
6.2 Racialización del género, género racializado y transgénero en <i>Xantolo</i>	135
6.3 Proceso salud-enfermedad-atención	152
7. Consideraciones Finales	169
8. Bibliografía	173
9. Anexos	192

1. Introducción

Desde la salud colectiva en México se han realizado importantes estudios sobre salud y enfermedad en sujetos y colectivos de lesbianas, homosexuales y bisexuales (Ortiz y Granados, 2001; Ortiz, 2004; Ortiz-Hernández, 2004; Ortiz, 2005; Granados, Delgado y Méndez, 2006; Granados, 2007; Granados, 2014; Granados 2015; Angulo y Jarillo, 2017; Olvera y Granados, 2017; Mendoza, 2017; Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández, 2018), así como en población transgénero (Granados, Hernández y Olvera, 2016), generando reflexiones novedosas más allá de las temáticas tradicionales que podemos observar tanto en la distribución y los determinantes de la salud-enfermedad, como en las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte (López, Escudero y Carmona, 2008). Esta investigación busca, precisamente, realizar un aporte al campo disciplinar una vez que la determinación social de la salud en grupos sociales transgénero en México no ha sido abordada, desde la perspectiva de la salud colectiva, en una región con fuerte presencia indígena y de alta marginación.¹

La salud y la enfermedad, pensadas como proceso histórico-social y desde el análisis de las determinaciones sociales que modelan al proceso, donde las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción juegan un papel fundamental, pueden ser entendidas a

¹ En la Huasteca Hidalguense, según datos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), el 62.32% de su población habla una lengua indígena. En Huejutla de Reyes, epicentro de esta investigación y principal centro comercial de la región, el 54.54% de sus habitantes habla una lengua indígena. Hidalgo ocupa el sexto lugar en marginación, considerado dentro de la categoría de alta marginación, solamente superado por Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla (Consejo Nacional de Población, 2011).

partir de la inserción específica de grupos sociales particulares en el proceso global (Laurell, 1994).

Esta premisa de la salud colectiva, así como la incorporación de representaciones, construcción de prácticas y estructuración de saberes propuesta por Menéndez (1994) para el análisis del proceso salud-enfermedad-atención desde las “relaciones de hegemonía/subalternidad que operan a nivel general y, sobre todo, en contextos específicos” (Menéndez, 2005, p.31), me permitió aproximarme a la reflexión académica sobre la articulación entre salud, trabajo y discriminación en mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

Si bien la propuesta teórica de la salud colectiva y el concepto salud-enfermedad-atención de Menéndez difieren en cuanto a la estructuración de la determinación social, y en sus dimensiones metodológicas, como se expresa en el desarrollo de este trabajo, no es mi intención contraponerlas ni colocarlas en disputa. Por el contrario, pretendo mostrar a partir del análisis de un grupo social particular la complejidad de la articulación entre relaciones de dominación y relaciones de explotación alejándome de cualquier tipo de determinismo, ya sea economicista o culturalista.

Sostengo que en los procesos de discriminación no vinculados directamente al clasismo, la dominación simbólica configura la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención de los grupos discriminados afectando sus condiciones y sus posibilidades de desarrollo. Este ejercicio de poder construye categorizaciones de inferioridad, en algunos casos recurriendo a la naturalización de lo social, para legitimar el

prestigio de los grupos dominantes y mantener el sistema de dominación. La discriminación, ciertamente, limita el acceso a los derechos y a las oportunidades de los grupos discriminados e impacta negativamente en su reproducción social; sin embargo, es el mecanismo de discriminación en sí mismo, y las débiles respuestas para combatirlo, lo que afecta la inserción de los grupos sociales discriminados en el proceso productivo.

Las mujeres transgénero protagonistas de la presente investigación deciden colocarse en el espacio subordinado del sistema de género, asumen prácticas y significados asociados a lo socialmente considerado como femenino, desacatan la heterosexualidad obligatoria (Rich, 1980), reproducen el binarismo de género² y una serie de estereotipos occidentalizados de la estética del género. Este conjunto de acciones les otorga una posición debilitada en la estructura social de prestigio (Ortner y Whitehead, 2013) del contexto cultural del que forman parte. Si bien en la Huasteca Hidalguense, particularmente en las zonas rurales indígenas, existe receptividad para la participación transgénero en ciertos rituales como las danzas del *Xantolo* y se desarrollan prácticas, como la observada en el panteón de la comunidad nahua de Chililico, donde a las mujeres transgénero se les entregan bebés en brazos para que bailen con ellos al son del grupo musical que la familia de los infantes contraten para tal efecto, las experiencias narradas por las protagonistas de esta investigación, y lo registrado desde las visitas a campo, dan cuenta de procesos generalizados de discriminación, exclusión y

² Entiendo binarismo de género como la expresión simbólica de la oposición complementaria masculino-femenino, inherente al sistema de dominación de género, cuya jerarquía coloca a lo masculino sobre lo femenino. El sistema de dominación de género, y su binarismo, dispone de normatividades y de sanciones. Incluye, además, prácticas disciplinarias para controlar cuerpos de varones y cuerpos de mujeres, vigilar el ejercicio de su sexualidad, eminentemente heterosexual, y preferentemente reproductiva.

violencia que, ciertamente, cobran mayor fuerza en el espacio urbano de Huejutla de Reyes, aunque no dejan de estar presentes en el espacio indígena y rural.

Parto del hecho de que la identidad sexo-genérica (González, 2016) y la pertenencia étnica se articulan en la producción de exclusiones múltiples cerrando espacios para la participación de los grupos excluidos en el mercado de trabajo, situación que afecta y determina el proceso salud-enfermedad-atención, en este caso, del grupo social estudiado. La determinación no actúa como dique inmovilizador, asfixiante y cerco inamovible. Precisamente, la violencia de la propia discriminación en tanto determinación social contribuye a generar resistencias individuales y colectivas, presentes en las experiencias de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense, aunque ejecutadas a la par de las respuestas que reproducen estereotipos de género acordes al sistema que las oprime. La subalternidad, desde una mirada gramsciana, expresada como tensión entre aceptación e incorporación de las relaciones de dominación (Modonesi, 2012), resulta visible en esta presunta paradoja.

La referencia a “mujeres transgénero” en el título de esta tesis, y a lo largo del planteamiento del problema, reconoce: 1) la construcción social del género, así como de la sexualidad, y en consecuencia la desnaturalización hombre y mujer en tanto categorías esencialistas colocadas, exclusivamente, en presuntas anatomías fijas como puntos de anclaje y de destino; 2) la autopercepción identitaria de personas que, al nacer, fueron etiquetadas como varones desde una perspectiva biológica dicotomizada y ubicadas en el espacio social de lo masculino a partir de la normatividad de género (Scott, 2013) y que deciden, ante dichos procesos, construir proyectos de identidades sexo-genéricas incorporando elementos

socialmente asociados al espacio de lo femenino reproduciendo el propio sistema de género que subvierten o pretender subvertir; y 3) la practicidad metodológica, cada vez más en desuso, del término transgénero -a pesar de la actual utilización del término “trans”- que hace referencia a experiencias y expresiones que rechazan anatomía como destino social.

El emplear los conceptos “población” y “grupo social”, en referencia a las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense, ciertamente resulta problemático; sin embargo, decidí incorporar ambos conceptos para enfatizar, en el primero de ellos, la pertenencia cultural a una zona geográfica particular que me permitió delimitar experiencias y procesos mediados por lo regional en su articulación micro (grupo social) - macro (estructura socioeconómica). En cuanto a la utilización de “grupo social”, y a pesar del número reducido de mujeres transgénero entrevistadas, el hecho de que compartan una serie de características en común, que además resultan vitales en sus procesos de exclusión, que en su mayoría formen parte de una red social no ficticia ni virtual, y que coincidan en una serie de aspiraciones de transformación social sin necesariamente estar políticamente organizadas, me resultan elementos suficientes para sustentar el concepto y poder analizarlo desde la salud colectiva.

La estructura de la tesis está compuesta por nueve apartados. La presente introducción, posteriormente el planteamiento del problema con su respectivo estado del arte sobre salud y mujeres transgénero desde donde ubico: 1) objeto de estudio, 2) pregunta y problema de investigación, 3) objetivo general y objetivos particulares.

En el tercer apartado, aproximación teórica, articulo conceptos de la salud colectiva y de Eduardo Menéndez a mi objeto de estudio. Incorporo, además, categorías de los estudios de género, perspectivas históricas sobre el control social de la sexualidad y sobre la genealogía de conceptos como homosexualidad, travestismo, transexualidad y transgénero. Añado cierta perspectiva de la interseccionalidad y conceptualizaciones en torno a la discriminación como mecanismo de exclusión social.

En el apartado cuarto presento un marco referencial que incluye: 1) datos sociodemográficos de la Huasteca Hidalguense y 2) situación de la discriminación por orientación sexual e identidad sexo-genérica en México.

En el apartado cinco, aproximación metodológica, doy cuenta de la perspectiva cualitativa seleccionada, el sustento de la misma, los métodos de investigación empleados, mi inserción como investigador en campo, el proceso de contacto de las mujeres transgénero entrevistadas y una construcción general de su perfil.

Los resultados de la investigación, en el apartado seis, están organizados en tres ejes temáticos: 1) dominación de género como experiencia constante y permanente; 2) racialización de género, género racializado y transgénero en *Xantolo*; y 3) proceso salud-enfermedad-atención. Destaco las voces de las mujeres entrevistadas, las cuales organizo para dar respuesta a mis objetivos, y las analizo junto a dos incursiones en campo: *Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009* y *Xantolo 2009*.

Las consideraciones finales -reflexión última de esta tesis- conforman el apartado siete. Ahí condenso, desde el andamiaje teórico propuesto, la articulación entre salud, trabajo y discriminación. Presento una serie de nuevas interrogantes y reconozco que, este estudio, representa un acercamiento inicial a la problemática seleccionada debido a su importancia y complejidad. La bibliografía y los anexos conforman los apartados ocho y nueve, respectivamente.

2. Planteamiento del Problema

2.1 La Construcción del Estado del Arte

Durante la fase de investigación para la construcción del estado del arte sobre salud y mujeres transgénero, realizada en 2009 y 2010, llevé a cabo una búsqueda de estudios científicos en las bases de datos Academic Search Premier, Sage Publications, JSTOR, Project Muse, Medline, General Science Full Text, Proquest, Eric, Cinahl, Scielo, Copérnico, Redalyc; así como en las páginas electrónicas de las revistas Cadernos de Saúde Pública, Salud Pública de México, Salud Problema, Salud Colectiva y Ciência & Saúde Coletiva a partir de las palabras clave: transgénero, transexual, travesti, trans, transexualidad, travestismo, *transgender*, *transsexual*, *transvestite*, *transsexuality*, *transvestism* y *transgênero*. Esta tarea me permitió conocer qué se había producido desde las fechas más antiguas de las bases de datos y de las páginas electrónicas de las revistas anteriormente citadas y hasta 2010, sobre mi tema de investigación y así precisar, con mayores elementos, mi pregunta de investigación, mi objeto de estudio y mis objetivos.

Una vez que retomé este trabajo en 2017, y bajo la lógica de actualizar la información generada de 2011 a 2018, realicé una nueva búsqueda, en las mismas bases de datos (a excepción de Academic Search Premier, Science Full Text, Proquest, Cinahl y Copérnico) y con las mismas palabras clave. También visité los portales de las revistas Cadernos de Saúde Pública, Salud Pública de México, Salud Problema, Salud Colectiva y Ciência & Saúde Coletiva. De esta última búsqueda, y debido a la vastedad de información, limité la inclusión a estudios elaborados en América Latina y El Caribe, aunque incorporé algunos que me parecieron centrales y que provienen de las ciencias sociales y de las humanidades.

A partir de la revisión bibliográfica de ambos periodos, seleccioné cuatro ejes de análisis para la construcción del estado del arte: 1) salud sexual, 2) salud mental, 3) atención a la salud y 4) transformaciones corporales. Como parte del estado del arte, y al final del mismo, incorporé dos estudios etnográficos realizados en México que me dieron elementos para reflexionar sobre mi investigación.

Si bien los estudios sobre salud y transgénero emergen a inicios de los años noventa, la mayoría fueron publicados de modo consistente desde 2005, lo cual nos habla de que la temática cobró interés, relevancia científica y legitimidad académica recientemente. En el caso de la medicina social y de la salud colectiva no es sino hasta la presente década que surgen estudios, particularmente en Brasil y en México, sobre la cuestión transgénero, lo que me confirmó la relevancia de haber desarrollado esta tesis desde el espacio de la salud colectiva.

2.2 Salud y Mujeres Transgénero

2.2.1 Salud Sexual y Mujeres Transgénero.

Una de las preocupaciones centrales sobre salud y mujeres transgénero, observada en la revisión bibliográfica, está directamente relacionada con la salud sexual y el VIH. Dos estudios comparativos abren la reflexión de este eje temático de análisis: Operario, Soma y Underhill (2008) y De Santis (2009). En el primero se tomaron como referencia 25 investigaciones sobre trabajo sexual y VIH publicadas en inglés, realizadas en 14 países de los cinco continentes, particularmente en grandes centros urbanos y correspondientes al periodo 1986-2006. En dichas investigaciones participaron 6405 personas, de las cuales 2139 eran mujeres transgénero trabajadoras sexuales, 1020 mujeres transgénero no trabajadoras sexuales, 1633 varones trabajadores sexuales y 1613 mujeres trabajadoras sexuales. Como resultado, Operario et al. (2008) observaron una mayor prevalencia del VIH en mujeres transgénero trabajadoras sexuales (27.3%) seguida por varones trabajadores sexuales (15.1%), mujeres transgénero no trabajadoras sexuales (14.7%) y, muy por debajo, mujeres “cis”³ trabajadoras sexuales (4.5%). Para estos investigadores, la explicación de dichas prevalencias corresponde a una serie de factores de riesgo como son el sexo no protegido con parejas primarias de varones, el uso de drogas inyectables, el estigma social, el pertenecer a una minoría étnica y el trabajo sexual. Asimismo, la relación entre estigma y

³ El concepto cisgénero (del latín cis: del mismo lado), como lo señalan Absi y Geffroy (2016), se opone a transgénero y significa la coincidencia entre el rol de género (masculino o femenino) y el sexo genital de una persona. Para fines prácticos, y sin pretender obviar el complejo debate sobre género, sexualidad e identidad, hago uso del término “cis” para referirme, en las observaciones del estado del arte, a personas que expresan y asumen concordancia entre lo que tradicionalmente se considera como “rol de género” y “sexo” y, sobre todo, para marcar el contraste con el término transgénero respetando el uso que hacen de dicho concepto los autores, situación que no implica que esté de acuerdo con la noción “cis”.

discriminación laboral, en cuanto relación de riesgo ante el VIH, está presente en el análisis de este estudio. Al binomio anterior se suman otros factores como el sexo frecuente con parejas de condición serológica desconocida, uso inconsistente del condón, bajo estatus socioeconómico, falta de vivienda y dependencia a drogas y al alcohol.

En la revisión sobre transgénero y VIH realizada en el segundo estudio comparativo, De Santis (2009) ubica los siguientes factores de riesgo: 1) uso de jeringas para inyección de hormonas, dificultad para acceder a tratamiento hormonal y jeringas y, en consecuencia, necesidad de compartir jeringas; 2) abuso de sustancias; 3) incremento del número de contactos sexuales al enfrentarse las mujeres transgénero a problemas para negociar el uso del condón y al no protegerse con parejas primarias; 4) trabajo sexual que responde a una necesidad de subsistencia económica o a la necesidad de generar ingresos extras para la realización de cirugías corporales; 5) falta de acceso a la atención a la salud o dificultad para acceder, así como malas experiencias con prestadores de servicios médicos que, en algunos casos, llevan a las usuarias a intentos de suicidio; 6) falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH y minimización del VIH-Sida al pensarlo como una enfermedad crónica que puede tratarse con medicamentos; 7) violencia como experiencia común (60% de mujeres transgénero en dichos estudios han reportado acoso sexual y violencia, particularmente jóvenes, desempleadas y pobres); 8) estigma y discriminación mayor que en gays, lesbianas y bisexuales generando graves problemas en el acceso al campo laboral y culpabilizando a las mujeres transgénero de ser las principales transmisoras del VIH; 9) la condición étnica reflejada en la mayor prevalencia del VIH en afroamericanas e hispanas (para el caso estadounidense) y, en el caso de quienes no hablan inglés, se suma la dificultad para acceder a información sobre prevención y a los servicios de salud en su lengua materna;

10) la depresión y la desesperanza ante el futuro, vinculadas al estigma y a la discriminación, que orilla a las mujeres transgénero a participar en actividades sexuales de alto riesgo.

El primer estudio, si bien destaca la vulnerabilidad de mujeres transgénero a contraer VIH, y asocia algunos elementos sociales a dicha vulnerabilidad, se limita a relacionar la prevalencia del VIH a factores de riesgo, colocando a estos últimos en un mismo nivel, como si la clase social y la etnicidad fueran exclusivamente factores y no determinantes sociales de la salud. El mismo problema encontramos en el segundo estudio: la etnicidad, el trabajo sexual, la falta de acceso a los servicios de salud, el estigma, la discriminación y la violencia son pensados en términos de factores, al mismo nivel que “uso compartido de jeringas” o “abuso de sustancias”. En ambos casos, se minimiza la complejidad del proceso salud-enfermedad, precisamente, por no plantear problemáticas en términos de procesos. Al comparar distintas investigaciones, de las que desconocemos si metodológicamente sean comparables, se construyen generalizaciones y se pierde la especificidad de los diferentes grupos sociales transgénero aludidos.

En la línea de conductas de riesgo, y como ejemplo de estudios particulares, destacan los trabajos de Sevelius, Reznick, Hart y Schwarcz (2009) y Wilson et al. (2009). En el primer caso, se utilizó información del Departamento de Salud Pública de San Francisco, California. Se revisaron 153 entrevistas realizadas a mujeres transgénero, de junio a octubre del 2002, donde el 40% de la población entrevistada reportó uso inconsistente del condón durante sexo anal receptivo durante el último año, el 45% consumió alcohol o drogas durante el último encuentro sexual y el 34% ejercía el trabajo sexual. Para Sevelius et al. (2009) la correlación entre dos o tres de las variables sobre conductas de riesgo sugieren que el uso de

substancias, la inestabilidad en el estatus de vivienda y la falta de acceso a servicios de atención a la salud dirigidos a población transgénero son áreas prioritarias para la reformulación de las intervenciones en prevención del VIH. Además, este equipo de investigadores señala la necesidad de tomar en consideración las condiciones de vida y otros factores contextuales para el diseño de campañas de prevención.

Por su parte, Wilson et al. (2009) se interesaron en estudiar las conductas de riesgo de la población transgénero frente al VIH. Para ello, analizaron las historias de vida de 151 mujeres transgénero jóvenes (de los 15 a los 24 años) en Los Ángeles y Chicago partiendo de una aproximación socioecológica para observar la interacción entre el individuo y su contexto social y ambiental. El perfil de esta población mostró que el 67% no había participado en trabajo sexual, el 19% reportó ser portadora del VIH y, en general, se registró un bajo nivel educativo, falta de vivienda, uso de drogas callejeras y una percepción de fragilidad en cuanto al apoyo social. Estos últimos elementos juegan un papel decisivo en la diferencia entre la participación o no en el trabajo sexual y, por tanto, en el riesgo a contraer VIH al concluir que existe, en la población investigada, una posibilidad cuatro veces mayor de vivir con VIH entre las jóvenes dedicadas al trabajo sexual en relación a quienes no se dedican a dicha actividad. Si bien se observó entre las trabajadoras sexuales mayores niveles de discriminación, al mismo tiempo cuentan con redes de apoyo más amplias. Como conclusión, Wilson et al. (2009) proponen incluir, en los esfuerzos de prevención del VIH para la población transgénero, acercamientos amplios que tomen en consideración lo individual, lo social y el nivel comunitario como factores relevantes para las vidas de las mujeres jóvenes transgénero.

Sevelius et al. (2009) y Wilson et al. (2009) ya no parten de factores, sino de conductas, para plantear el riesgo de mujeres transgénero a contraer VIH. Sin embargo, cuando proponen mejorar el diseño de campañas de prevención, enuncian condiciones de vida como “factor contextual” (Sevelius et al., 2009); y lo individual, lo social y lo comunitario como “factores” (Wilson et al., 2009), lo que impide la problematización de la determinación social desde su verdadera magnitud.

Sobre la relación entre riesgo, vulnerabilidad y trabajo sexual; Infante, Sosa-Rubí y Cuadra (2009); Belza et al. (2000) y Reisner et al. (2009) investigaron en Ciudad de México, Madrid y Boston, respectivamente, dicha relación. A través de 36 entrevistas a profundidad, realizadas a finales del 2006 e inicios del 2007 entre varones cis y mujeres transgénero dedicados al trabajo sexual, Infante et al. (2009) analizan el contexto social en el que se desarrolla dicho trabajo enfocando la mirada en las identidades sexuales, las prácticas sexuales y la vulnerabilidad frente al VIH. Esta última demostró estar relacionada al estigma asociado a la homosexualidad y al trabajo sexual, al escaso capital social de las y los trabajadores sexuales, así como a la falta de respuesta frente a los programas sociales y de salud. Para el diseño de la intervención y el análisis de los datos, se dividió a las y los trabajadores sexuales según la modalidad laboral: 1) ocasionales; 2) regulares en calle y 3) regulares en internet, revistas o agencias. Las mujeres transgénero trabajadoras sexuales fueron clasificadas según la subsistencia principal: 1) estilistas, 2) imitadoras en espectáculos y 3) trabajo sexual. El trabajo de campo se realizó en Zona Rosa, Alameda Central, avenidas Insurgentes, Tlalpan, Revolución y la calle de Nuevo León en la Colonia Condesa, lo que permitió incluir un cierto criterio de diferenciación socioeconómica. Como resultado, se encontró que todos los subgrupos presentaron vulnerabilidad al VIH, sin embargo, en algunos

se incrementó el riesgo como en el caso de los jóvenes sin vivienda que trabajan en Alameda Central y que, por necesidad económica, reportaron menor posibilidad de negociar el uso del condón en comparación con otros subgrupos. En el caso de la población transgénero, se encontró mayor violencia, abuso, discriminación y desempleo, además de estigma al interior de la comunidad lésbica-gay y dificultad en establecer redes sociales de apoyo. Como problemas particulares de las mujeres transgénero, se observó: 1) el uso incorrecto de hormonas; 2) la ausencia de programas públicos de salud que atiendan la necesidad de terapia hormonal; 3) abuso físico y psicológico por parte de clientes, policías, otros trabajadores sexuales y comunidad lésbica-gay. Tanto la población de varones cis, como la de mujeres transgénero, señalaron no haber recibido información sobre prevención, ni condones, por parte del sector público u organizaciones de la sociedad civil. Además, buena parte de las y los entrevistados señalaron que acuden a que se les realice la prueba de detección del VIH a clínicas privadas, antes que al sector público, pues sospechan de la baja confidencialidad de médicos y enfermeras de este último sector. Como conclusión, Infante et al. (2009) advierten que para reducir la vulnerabilidad y el riesgo ante la infección del VIH se necesitan medidas preventivas que tomen en cuenta las necesidades específicas, tanto sociales como de salud, para promover una participación con sentido y fomentar el respeto a los derechos humanos. De esta manera, proponen identificar los factores sociales, culturales y socioeconómicos vinculados a la vulnerabilidad frente al VIH, el contexto social en donde se ejerce el trabajo sexual, el estigma y la discriminación asociadas al trabajo sexual, la violencia en contra de la población transgénero, los bajos niveles de apoyo legal y social hacia las y los trabajadores sexuales, así como el limitado acceso a los servicios de salud -por parte de dicha población- en la Ciudad de México.

En la investigación dirigida por Belza et al. (2000) se describen las condiciones de vida y laborales de 132 trabajadoras sexuales travestis y transexuales de Madrid -de las cuales sólo el 56% eran españolas-, las prácticas asociadas a la transmisión del VIH, así como la cobertura y los resultados de las pruebas de detección del VIH. Durante el último mes, previo a las entrevistas, todas las informantes habrían utilizado condón en las prácticas anales insertivas con clientes, el 98% en las anales receptivas y sólo el 49% lo utilizaron siempre con la pareja. Además, el 39% tuvo algún accidente con el condón. El 73% se había realizado la prueba del VIH resultando el 22% positivas a la detección del virus. Este grupo de trabajadoras sexuales tenía un “bajo perfil educativo”, ejercía su trabajo en condiciones laborales adversas, incluso sus integrantes corrían el riesgo de ser agredidas. Pocas disponían de trabajo formal o ingresos alternativos. Mostraron, por otra parte, desarraigo en relación a sus familias y lugares de nacimiento, solían vivir solas a excepción de las migrantes quienes se habían agrupado entre ellas. Además, mostraron tener un consumo importante de drogas ilegales y, quienes se habían inyectado algún tipo droga, refirieron una seropositividad tres veces superior en comparación a las que nunca se habían inyectado. Muy pocas mujeres transgénero seropositivas acudían a control médico para supervisar la infección y, una tercera parte de las mujeres transgénero seronegativas, se había hecho la prueba dos años atrás. Por otro lado, casi la mitad tenía como referencia de atención a la salud la red sanitaria privada. En conclusión, Belza et al. (2000) encontraron una alta prevalencia del VIH entre trabajadoras sexuales travestis y transexuales, inclusive entre quienes no utilizan drogas inyectables; así como un alto uso del condón en el ámbito laboral, aunque también un alto índice de accidente en dicho uso. Por tanto, los investigadores proponen que los programas de prevención del VIH para trabajo sexual deben adaptarse específicamente a los grupos a los que van dirigidos.

En la investigación sobre once mujeres transgénero trabajadoras sexuales de Boston, presentada por Reisner et al. (2009), se tomaron como ejes de análisis cualitativo el riesgo sexual, las motivaciones para involucrarse en trabajo sexual, las consecuencias del trabajo sexual, las redes sociales y las potenciales estrategias de intervención. De las entrevistadas, la mayoría presentó síndromes de depresión relacionados a traumas y abusos. Otras necesidades y problemas encontrados fueron tratamiento por abuso de sustancias, vulnerabilidad laboral por estatus ilegal, uso inadecuado del condón -o no uso del condón- debido a ofertas monetarias, discriminación por identidad sexo-genérica, falta de acceso a la educación y al trabajo. En cuanto a las motivaciones para ejercer el trabajo sexual, se mencionó la adicción al alcohol y a las drogas como principal causa y, como efectos centrales, destacan la seropositividad, la violencia laboral y el cambio en sus vidas privadas. El abuso sexual infantil y la hospitalización psiquiátrica también emergieron en estas historias de vida. Finalmente, los investigadores señalan que las redes sociales pueden funcionar como medio de prevención y educación sexual para las mujeres transgénero.

Los estudios de Infante et al. (2009), Belza et al. (2000) y Reisner et al. (2009) tienen la virtud de enfocarse a grupos sociales específicos de mujeres transgénero para analizar la relación entre riesgo, vulnerabilidad y trabajo sexual. La explicación de esta relación, posiblemente al carecer de una propuesta teórico-metodológica que dé orden a procesos y elementos estructurantes y estructurales del proceso salud-enfermedad, es cuestionable, o al menos confusa, en el estudio de Reisner et al. (2009) al afirmar que la adicción al alcohol y a las drogas motiva el ejercicio del trabajo sexual de las mujeres transgénero que estudió y, como efecto de este ejercicio, la seropositividad. ¿Y a qué obedecería, en todo caso, la adicción al alcohol y a las drogas? La respuesta, cualquiera que sea, entraría al mismo circuito

sistémico relacional donde sus elementos se organizan de manera horizontal, con la misma fuerza y con la misma potencialidad. En ninguno de los tres estudios se observan procesos, estructuras, ni determinantes como parte de sus análisis, solamente se enuncian contextos y factores sociales, culturales y socioeconómicos. El mismo problema lo encontramos en el próximo estudio (Harawa y Bingham, 2009) donde se alude a lo socioeconómico a manera de contexto y no como estructura y/o proceso.

En el ámbito de los modelos de prevención, Harawa y Bingham (2009) analizaron cómo dichos modelos involucran y se acercan a mujeres trabajadoras sexuales y mujeres transgénero trabajadoras sexuales de Los Ángeles. Para dicha tarea, construyeron una división de modelos de prevención expresada en: 1) servicios donde los participantes juegan un rol activo en las estrategias de cambio individual y 2) servicios que requieren sólo un rol pasivo a través de mensajes e información, así como de actividades de concientización en donde se utiliza la estrategia del mercadeo. Para evaluar el tipo y la frecuencia de los servicios de prevención, y para experimentar co-factores asociados con el acceso alto o bajo a la prevención en cada subgrupo, se analizaron entrevistas de 104 mujeres cis trabajadoras sexuales y 128 mujeres transgénero trabajadoras sexuales. Para las investigadoras, esta información ayudaría a los prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas a enfocar sus alcances, servicios y financiamientos; ayudaría a guiar campañas de mercadeo social y aumentaría el conocimiento sobre cómo poblaciones altamente estigmatizadas y en alto riesgo acceden a la prevención del VIH. Como parte de los resultados, la investigación arrojó que sólo el 38% de ambos grupos había visitado un médico durante los últimos doce meses. En cuanto a la prevención, se registraron mayores intervenciones pasivas (entrega gratuita de condones y observación de mensajes en televisión) que activas (recibir prueba del

VIH y diálogo con algún trabajador de la salud sobre prevención). A pesar de que la mayoría de las participantes había recibido u observado algún tipo de servicio de prevención del VIH durante el último año, los niveles auto-reportados de prevención en los tipos de servicios de prevención activa posiblemente fueron inadecuados por el alto riesgo y la alta vulnerabilidad de estas poblaciones. Particularmente, las mujeres afroamericanas de ambos grupos fueron las más resistentes a participar en prevención activa del VIH. Lo mismo quienes reportaron cohabitar con una pareja y las mujeres transgénero portadoras del VIH. En este estudio se propone diseñar modelos de prevención activa en mujeres transgénero consumidoras de alcohol e incrementar intervenciones individuales y grupales sin dejar de tomar en cuenta el contexto socioeconómico bajo y el problema del abuso de sustancias tóxicas.

De los seis estudios revisados sobre salud sexual del periodo 2011-2018, cinco están relacionados al VIH y uno al consumo excesivo de alcohol. En este último, Ker-Corrêa et al. (2017) implementaron una investigación en 2008 para conocer la prevalencia de consumo de alcohol, y elementos asociados a dicho consumo, en 304 mujeres travestis y transexuales de la ciudad brasileña de Fortaleza, Estado de Ceará. Los resultados señalan que el 74.2% de las participantes consumieron alcohol en el último año; de este último universo, el 48.2% reportó “consumo peligroso” y el 46.4% reportó “consumo fuerte” una o dos veces por mes durante el último año. Además, se observó posible dependencia al alcohol en el 14.8% de las participantes. Para medir los valores anteriores, los investigadores utilizaron el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud. Los elementos correlacionados al consumo peligroso de alcohol fueron tener más de 24 años, percibir ingresos económicos bajos,

pertenecer a la categoría “parda” en cuanto a color de piel, vivir con la familia, ejercer el trabajo sexual, usar drogas ilícitas y practicar sexo no seguro (Ker-Corrêa et al., 2017).

Ferreira Jr., Francisco y Nogueira (2016) buscaron caracterizar el perfil de travestis y mujeres transgénero participantes en un estudio sobre tuberculosis y VIH/SIDA en la ciudad de São Paulo, mientras que Dourado et al. (2016) se enfocaron a describir la experiencia metodológica de un estudio con abordaje etnoepidemiológico sobre condiciones y modos de vida de travestis y mujeres transexuales, en la ciudad de Salvador de Bahía, relacionados a factores determinantes para contraer infecciones como VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Ferreira Jr. et al. (2016) utilizaron una metodología transversal que incluyó la aplicación, en 2014, del cuestionario Conocimiento, Actitudes y Prácticas (KAP por sus siglas en inglés) a 58 travestis y 66 mujeres transexuales. Fueron abordados aspectos sociodemográficos, relatos sobre estancias en el sistema carcelario, procesos de transición de género, uso de alcohol y de sustancias ilícitas, uso de preservativo, tratamientos para infecciones de transmisión sexual y conocimientos sobre VIH/SIDA. Se concluyó que el perfil del grupo era joven, con baja escolaridad, con carencias de salud que necesitan ser reconocidas y atendidas por la sociedad brasileña. Además, se observó un uso irregular del condón y un conocimiento satisfactorio alrededor del VIH/SIDA, aunque permeado de ideas erróneas sobre las formas de transmisión, un consumo elevado de alcohol y de drogas ilícitas, una utilización de hormonas y de silicón industrial sin supervisión clínica en más de la mitad de las participantes del estudio y una participación de las mujeres transexuales del 100%, del 22.7% y del 9.1% en tratamientos para la atención a la sífilis, al VIH/SIDA y a la tuberculosis, respectivamente, frente a una participación de travestis del 16%, 80%, 36.2% y 25.9% en tratamientos para la atención a la gonorrea, a la sífilis, al VIH/SIDA y a la tuberculosis

(Ferreira et al., 2016). En el artículo de Dourado et al. (2016) se da cuenta de la construcción metodológica, y de la implementación de un estudio que inició en 2010 en Salvador de Bahía, que conjuntó a profesionales de la salud colectiva y de las ciencias sociales, a militantes de los movimientos sociales travesti y transexual, y a actores gubernamentales. Se utilizó un enfoque etnoepidemiológico que combinó abordajes epidemiológicos y socioantropológicos al recurrir a métodos como el cuestionario, el grupo focal, la entrevista a profundidad y el muestreo dirigido por participantes (RDS por sus siglas en inglés). Si bien el artículo no muestra resultados sobre el estudio, destaca la necesidad de: 1) observar detalladamente los contextos donde las personas viven y los significados que ellas mismas dan a sus redes sociales; 2) reconocer que la experiencia de la investigación interdisciplinar, o de metodologías híbridas, está sujeta a las circunstancias de su producción y 3) admitir que las estrategias de investigación científica no pueden reducirse a modelos fijos o preestablecidos (Dourado et al., 2016).

Desde una aproximación “cuali-cuantitativa”, Cuadra-Hernández, Zarco-Mera, Infante-Xibillé y Caballero-García (2012) analizaron los resultados del proyecto Vida Digna, cuyas acciones, implementadas por organizaciones de la sociedad civil durante el periodo 2005-2009 en la región mexicana de El Bajío, se encaminaron a abatir el estigma y la discriminación relacionados al VIH. Las 18 organizaciones participantes estuvieron conformadas por “poblaciones clave”, término utilizado por la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA para referirse a los grupos “clave” en la dinámica epidemiológica del VIH. El proyecto, encabezado por el programa *Positive Action* y la organización Colectivo Sol, incluyó a tres organizaciones conformadas por mujeres transgénero: Fangoria Nice, Transleonas y Fortaleciendo la Diversidad. En su fase inicial, se llevaron a cabo diagnósticos

comunitarios participativos que desembocaron en la creación de diagnósticos de necesidades y, posteriormente, en intervenciones específicas en los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro y San Luis Potosí. Cuadra-Hernández et al. (2012) realizaron, en 2009 y 2010, 26 entrevistas semiestructuradas a representantes de las nueve organizaciones participantes que llegaron al término del proyecto, a personal de los servicios de salud locales y a informantes de las “poblaciones clave” beneficiarias en las ciudades de Querétaro, Guanajuato, Irapuato, León y San Luis Potosí. Además, analizaron los planes de trabajo de las organizaciones del año 2008 y sus informes trimestrales de 2009. Para evaluar los cambios en las capacidades de las organizaciones, agruparon y analizaron cuatro capacidades: 1) fortalecimiento interno de la organización, 2) desarrollo de proyectos sobre estigma y discriminación, 3) incidencia política e 4) identificación del abatimiento del estigma y de la discriminación. En el caso de las organizaciones de mujeres transgénero, los investigadores observaron que las tres agrupaciones eran interlocutoras importantes para el desarrollo de políticas locales relacionadas al VIH. Inclusive, destacan que la organización Fortaleciendo la Diversidad, con trabajo en la ciudad de San Luis Potosí, logró un acuerdo para detener la persecución contra personas trabajadoras sexuales. Este estudio concluye que, si bien las cuatro capacidades fueron incrementadas, el fortalecimiento de las estructuras internas de las organizaciones registró el desempeño más bajo, lo que tendría consecuencias graves en cuanto a permanencia, reconocimiento externo y acceso a financiamientos (Cuadra-Hernández et al., 2012).

Colchero et al. (2015), a través de una encuesta de seroprevalencia de VIH aplicada en Ciudad de México a 585 mujeres transgénero, buscaron conocer la prevalencia, el conocimiento de estatus de VIH y factores socioeconómicos asociados con la probabilidad

de tener un resultado de VIH positivo en mujeres transgénero. La encuesta fue aplicada en 2012 en espacios de socialización de mujeres transgénero, en cuatro centros penitenciarios y en una clínica pública de VIH (Clínica Especializada Condesa) que ofrece servicios a personas transgénero más allá de la atención al VIH. Los resultados indicaron una prevalencia de VIH de 19.8% en lugares de encuentro, de 32% en centros de detención y de 64% en la clínica de VIH. La edad, el bajo nivel educativo y el número de parejas sexuales fueron asociados positivamente con VIH. Los investigadores destacan que, este estudio, aporta información relevante para diseñar intervenciones de prevención de VIH de acuerdo con las necesidades específicas de las mujeres transgénero de la Ciudad de México (Colchero et al, 2015).

Meléndez, Rodríguez y Vélez (2015), a través de un estudio con metodología mixta, analizaron y describieron la relación entre las variables apoyo social, creencias de salud y depresión con el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales en una muestra de siete mujeres transgénero y un hombre transgénero que vivían con VIH/SIDA en Puerto Rico. Los hallazgos, apuntan los investigadores, demuestran que el factor principal para la adherencia al tratamiento es el apoyo social (Meléndez et al., 2015).

2.2.1.1 Reflexiones finales en torno a salud sexual y mujeres transgénero.

Como se observa, las preocupaciones centrales de las investigaciones sobre salud sexual, correspondientes al primer periodo de búsqueda bibliográfica, son: 1) el trabajo sexual, 2) las conductas y los factores de riesgo frente al VIH y 3) la necesidad de analizar el contexto social en el que se ubican las poblaciones transgénero. A pesar de que hay un acercamiento al análisis del contexto social, en estos estudios no se explica la determinación

social de la salud, solamente se mencionan, en algunos casos, y como factores sociales de riesgo, la clase social, la pertenencia étnica y/o la situación migrante. Por otro lado, algunas de estas investigaciones incorporan las variables de estigma y vulnerabilidad asociadas al riesgo, aunque no son problematizadas teóricamente ni relacionadas a otras esferas del proceso salud-enfermedad-atención, lo cual impide construir explicaciones desde la perspectiva de la totalidad. Por último, se observó en algunos estudios, a manera de aporte, el interés de que expertos mejoren el diseño de estrategias de prevención del VIH, aunque poco se reflexionó sobre la participación real de las propias mujeres transgénero en la mejora del diseño de las campañas, en la implementación de las mismas y en su necesaria evaluación.

Los estudios del segundo periodo de búsqueda bibliográfica, a excepción de Cuadra-Hernández et al. (2012) y Dourado et al. (2016), parten de la misma mirada epidemiológica que la de los estudios del primer periodo. Es decir, dan cuenta de prevalencias asociadas a factores y conductas de riesgo para contraer VIH, de elementos correlacionados al consumo peligroso de alcohol y de factores para asegurar la adherencia al tratamiento para VIH y, si bien consideran importante tomar en cuenta los contextos sociales, no explican la determinación social de la salud. Del estudio de Cuadra-Hernández et al. (2012), cuyo objetivo radica en analizar la respuesta social frente al VIH/SIDA, destaco: 1) la metodología mixta utilizada para analizar intervenciones diseñadas, a partir de diagnósticos comunitarios participativos, que buscan combatir el estigma y la discriminación y 2) la mirada en la sociedad civil organizada que implicó entrevistar a integrantes de las agrupaciones que formaron parte del proyecto Vida Digna. Finalmente, y por el hecho de proponer un enfoque etnoepidemiológico desde el terreno de la salud colectiva brasileña, decidí incluir a Dourado

et al. (2016); sin embargo, la ausencia de resultados en el estudio no me permite analizarlo de manera integral.

2.2.2 Salud Mental y Mujeres Transgénero.

Sobre los artículos que abordan el tema de salud mental, del primer periodo de búsqueda, seleccioné y analicé dos investigaciones, una llevada a cabo en Gran Bretaña y, la otra, en Bangladesh. Scourfiled, Roen y Mc Dermott (2008) realizaron una investigación cualitativa en Gran Bretaña para saber cómo las y los jóvenes transgénero experimentan la angustia, la autoagresión y las tentativas de suicidio debido a problemáticas relacionadas al género y a la sexualidad. Esta investigación parte de la preocupación por los altos índices de suicidio entre adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros británicos. Scourfiled et al. (2008) implementaron grupos focales y entrevistas a jóvenes de Wales del Sur y del Noroeste de Inglaterra entre los 16 y 25 años. En total, se trabajó con 69 jóvenes en 11 grupos focales y en 13 entrevistas. De los 11, tres grupos focales fueron exclusivamente lésbicos-gays-bisexuales-transgénero y, en los restantes, no se especificó la identidad sexo-genérica. De los 69 jóvenes, 36 se definieron como heterosexuales, 15 como gays o lesbianas, 12 como bisexuales y 2 como mujeres transgénero. Además, se contó con una muestra incluyente de la diversidad étnica, socioeconómica y urbano-rural. Se detectaron como las principales fuentes de conflicto a la familia y a los pares y se identificaron tres expresiones centrales de la conflictividad: la resistencia, la ambivalencia y la autoagresión. Entre las principales estrategias de resistencia, los jóvenes no heterosexuales recurren a la búsqueda de lugares y personas seguras, a la mudanza a ciudades amigables con las distintas orientaciones sexuales, al contacto con organizaciones lésbicas-gays-bisexuales y transgénero. Inclusive, entrar a las universidades se piensa como estrategia de resistencia por el propio contacto con tales

organizaciones. En lo referente a la ambivalencia, se expresaron críticas a los ambientes e identidades hegemónicas no heterosexuales que reproducen relaciones de dominación y exclusión a partir de la exigencia por pertenecer a dichos grupos como lo es cierto tipo de etnicidad, moda o imagen corporal. La autoagresión y la conducta sexual autodestructiva se vincularon a la búsqueda de riesgo. Entre las prácticas más socorridas de autoagresión destaca la de cortarse la piel, asociada a mujeres y varones femeninos con el tema de la culpa, aunque también con la necesidad de marcar una diferencia visible en la lógica de la construcción identitaria. Por otro lado, las explicaciones causales sobre el suicidio se vincularon al aislamiento, a las reacciones homofóbicas de la sociedad y al impacto de salir del clóset en la familia. Como conclusión, Scourfield et al. (2008) destacan la importancia de reconocer el riesgo de autoagresión y suicidio entre jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transgénero para el diseño de políticas de prevención. Además, destacan la necesidad de desarrollar intervenciones holísticas, la necesidad de que los prestadores de servicios incorporen conocimientos sobre sexualidad y la exigencia de apreciar la diversidad frente a la adversidad.

Khan et al. (2009) analizaron la relación entre exclusión social y salud sexual en mujeres transgénero *hijra* de Bangladesh. Para entender y analizar la cultura *hijra* se enfocaron al proceso de socialización de género y sexual, a las situaciones de vida adversas, a la discriminación y a los incidentes de abuso. Para tal fin, se llevó a cabo un estudio etnográfico en el que se realizaron 50 entrevistas a profundidad con mujeres *hijra*, 20 entrevistas con informantes-clave y 10 grupos focales de discusión. Para los investigadores, el hecho de entender los aspectos socioculturales de las *hijra*, la discriminación que sufren y la consecuente violación a sus derechos humanos, podría ayudar a reducir la transmisión de

infecciones de transmisión sexual y el contagio del VIH al reconocer la relación entre vulnerabilidad social y morbilidad. Para tal efecto, parten del modelo teórico de red de conocimiento sobre exclusión social (Social Exclusion Knowledge Network) analizando las múltiples dimensiones de la exclusión.

El mostrar actitudes y conductas femeninas durante la adolescencia y la adultez, desde el cuerpo de varón, implica distintos tipos de respuestas negligentes, humillantes e incidentes abusivos en Bangladesh (Khan et al., 2009). Estas respuestas se expresan en los distintos espacios de socialización como son el ámbito familiar donde las *hijras* son acusadas de crear problemas, o en el ámbito educativo donde sufren aislamiento, reciben tratos abusivos y son víctimas de bromas y humillaciones por parte de pares y docentes. Estas agresiones les hacen abandonar tanto sus hogares primarios como sus espacios educativos. Uno de los principales puntos de refugio es la casa de algunas *hijras gurus*; es decir, mujeres *hijras* de mayor edad y con una importante autoridad entre sus pares. Sin embargo, algunas mujeres transgénero no encuentran seguridad en estas casas al ser las propias *hijras gurus* las responsables de explotarlas sexualmente como negocio de sobrevivencia en un contexto de pobreza y desigualdad socioeconómica como es el que caracteriza a Bangladesh. La otra alternativa de vivienda para las mujeres *hijra* es la renta de cuartos o departamentos, pero esta alternativa carece de viabilidad al ser excluidas del mercado laboral por el estigma en torno a su identidad sexo-genérica. Como consecuencia de la exclusión laboral, las mujeres *hijra* participan en actividades económicas como pedir dinero en mercados (*bazaar tola*) y bendecir a niños recién nacidos a través de rituales que incluyen el baile y el canto (*badhai*). Ambas actividades no siempre resultan suficientes para la subsistencia al combinarse la crisis económica con el avance del estigma y la discriminación en los espacios rurales. Por ello,

según esta investigación, el recurrir al trabajo sexual se vuelve una posibilidad de ingresos con mayores ventajas que las dos anteriores. Otra posibilidad laboral de algunas *hijras* es la participación en organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH; sin embargo, en estos lugares también se presentan abusos por parte de agentes del Estado. Otras dimensiones culturales de la exclusión social de las *hijra* tienen que ver con las altas expectativas que la sociedad bengalí construye en torno a la procreación, y la consiguiente dificultad de las *hijra* por mantener relaciones estables con varones debido a la imposibilidad de procrear. Además, les resulta muy difícil negociar el uso del condón con los varones debido a la desigualdad en la relación. En lo referente al acceso a los servicios de salud, tanto públicos como privados, el estigma se convierte en la principal barrera para la atención médica. Los médicos de Bangladesh no tienen formación en género y en sexualidad, por tanto, no saben cómo atender a las mujeres *hijra*. Ellas acaban automedicándose o acudiendo a servicios de medicina tradicional. Bangladesh, además, niega derechos ciudadanos a las *hijras*: se les excluye de actividades sociales, políticas, económicas y culturales asociadas a las principales instituciones estatales, además de reportarse un acceso restringido a los servicios no sólo de salud, también educativos y legales. Este marco de exclusión sociocultural y de Estado orilla a las mujeres *hijra* a intentos de suicidio y a poner en riesgo su salud frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al VIH. Para Khan et al. (2009), considerar la exclusión multidimensional ayudaría a diseñar mejores campañas de prevención de ITS y VIH para las mujeres *hijra*.

El estudio anterior, que aborda la relación entre salud mental de mujeres transgénero, exclusión social y relaciones de dominación, me permitió preguntarme cómo opera dicha relación en el caso de la Huasteca Hidalguense donde observé, a partir de las primeras visitas

a la zona, y en particular al evento Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009, la articulación de denuncias contra la exclusión por orientación sexual desde cuerpos que reproducían una serie de estereotipos femeninos e incorporaban, a la vez, elementos de lo “moderno” como los vestidos de gala de las concursantes y los nombres extranjeros con los que eran presentadas, así como elementos de lo “tradicional” como los trajes típicos femeninos de su región, o las alusiones a sus comunidades de pertenencia cuando emitían sus discursos. Me di cuenta, por tanto, al reflexionar a partir de esta búsqueda bibliográfica, particularmente desde Khan et al. (2009), que debía plantear el problema de la exclusión social más en términos de género, que de orientación sexual, y que mi mirada no era sobre varones homosexuales que socialmente se identificaban con la esfera femenina, sino sobre mujeres transgénero que producían y reproducían, contradictoriamente, un sistema de género dicotómico y heteronormativo.

Los estudios del segundo periodo de búsqueda del presente eje de análisis temático están divididos en dos secciones: 1) despatologización, construcción identitaria y derechos humanos y 2) estigmatización, discriminación y violencia.

2.2.2.1 Despatologización, Construcción Identitaria y Derechos Humanos.

En torno a la cuestión transgénero, y específicamente a la transexualidad, existe un intenso debate académico y político sobre los procesos de patologización de las y los sujetos transexuales, con anclaje en un proceso histórico más amplio de control de la sexualidad no heteronormativa a través de su medicalización y posterior mercantilización, aunque con especificidades y contradicciones como la del acceso a derechos individuales y sociales, como el derecho a la atención a la salud, desde un cuerpo transexual clínicamente

diagnosticado fuera o al margen de la norma. Asimismo, el cuestionamiento a la reproducción de estereotipos de género, desde distintos enfoques, y en ciertas identidades y experiencias transgénero, ha generado discusiones teóricas y tensiones políticas sobre la existencia de una crítica o un reforzamiento al sistema sexo-género y su orden normativo. Paradójicamente, en la lucha por la conquista de los derechos humanos de las poblaciones transgénero se observa una política de la identidad sexual patologizada, en algunos casos utilizada de manera crítica y estratégica, aunque también se da cuenta de procesos más radicales de ruptura con el orden binario de género y sexual que amplía las posibilidades para la deconstrucción identitaria y el reconocimiento de diversidades y especificidades que, finalmente, tienen impactos concretos en el derecho a la protección a la salud y, de manera más amplia y estructural, en el derecho a la salud. En esta sección se compilen estudios sobre despatologización, construcción identitaria y derechos humanos destacando el aporte que, desde la salud colectiva, formulan Granados, Hernández y Olvera (2016).

Granados et al. (2016) analizaron los discursos de nueve mujeres “trans”⁴ de la Ciudad de México. Desde una mirada foucaultiana, exploraron los procesos de patologización de las identidades sexo-genéricas no heterosexuales a partir del contexto histórico de la configuración de la medicina científica como instancia de poder y de control que surge en la modernidad. La medicina, como estrategia biopolítica, sustentada en prácticas sociales de la burguesía y del capitalismo, haría del cuerpo en cuanto biología y fuerza productiva una entidad biopolítica pautada desde un orden social jerarquizado y

⁴ Los autores especifican que, para fines de su investigación, delimitaron su población de estudio a mujeres transexuales y transgénero. En consecuencia, entendemos su utilización del término “trans” a partir de dicha delimitación.

organizado a partir de relaciones de poder. De este modo, sugieren los autores, la categorización de la anormalidad y de la patología, para fines de su exclusión, pretendió purificar a la sociedad moderna a través de la medicalización al recurrir, entre otras estrategias, a la concentración y al encierro, dispositivos que actualmente estarían rebasados por nuevas prácticas sustentadas en las lógicas del mercado y del consumo.

Granados et al. (2016) identifican, por otra parte, desde las propuestas de Eduardo Menéndez sobre relaciones de hegemonía/subordinación, y de su conceptualización del modelo médico hegemónico, la medicalización de los problemas sociales para restaurar el orden social. Dicho proceso, aunado al sistema sexo-género que incluye estereotipos y modelos de belleza heterocentristas, afectaría a las personas trans y sus intervenciones estarían determinadas por condiciones socioeconómicas diferenciadas.

La medicalización del sexo, de la sexualidad y del género, y sus procesos de pedagogización, incluirían el reconocimiento y la incorporación tanto de la norma como de la alteridad, esta última patologizada y estigmatizada, advierten los autores. En consecuencia, la patologización de las expresiones no heterosexuales requeriría ajustar las identidades sexuales a las identidades de género. La persona trans, construida como enferma por la medicina, recibe de la propia medicina la posibilidad de integrar su identidad a través de la intervención psicoterapéutica y quirúrgica (Granados et al., 2016).

Este estudio propone replantear los imperativos culturales impuestos por el sistema sexo-género, reconocer la variabilidad biológica y la diversidad biopsíquica, así como despatologizar las distintas expresiones de la sexualidad, del género y del sexo. Sin embargo,

reconocen sus autores, para el caso de la transexualidad existe la paradoja de una identidad patologizada por la medicina y, al mismo tiempo, personas trans que hacen uso de los recursos técnicos de la medicina para incrementar sus niveles de bienestar. En una lógica más amplia, y ante esta encrucijada, se propone no sólo despatologizar la transexualidad, sino también el acceso de la población trans a los servicios médicos (Granados et al., 2016).

Dellacasa (2017), a través de un análisis de controversias, analiza la transexualidad como dispositivo desde dos paradigmas: el del “campo psi”⁵ y el de las ciencias médicas. La autora realiza un recorrido histórico sobre la configuración del concepto transexual, el surgimiento de la categoría género, las disputas en torno a la medicalización de la transexualidad y la incorporación de la transexualidad al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) de 1980. Concluye que, tanto la perspectiva psi, como la perspectiva médica, presentan la experiencia transgénero como fenómeno homogéneo, natural, entidad preexistente e independiente a los discursos que la conforman. Como si sexo, género y sexualidad pudieran pensarse por fuera de las intersecciones políticas, histórico-sociales y culturales. Ambas perspectivas, advierte Dellacasa, patologizan e individualizan la experiencia transgénero abordándola en términos de casos sobre la base de un modelo dimórfico y heteronormativo de sexos/géneros. Propone, por el contrario, contemplar el aporte de los estudios *queer* para posibilitar una nueva lectura, dinámica y no esencialista, de las identidades de género replanteando la relación

⁵ El “campo psi”, término utilizado por la autora, hace referencia a la psicología, a la psiquiatría, al psicoanálisis y a la psicopedagogía.

naturaleza/cultura e invirtiendo el foco de análisis del individuo a la estructura social (Dellacasa, 2017).

En la misma línea reflexiva sobre la patologización de la transexualidad, Adrian (2013) analiza las discusiones en torno a la revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) versión 5, y el documento Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11, elaborados por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, respectivamente, y en lo que atañe a lo que dichos catálogos denominan como “disforia de género” (DSM-IV) y “transexualismo” (CIE-10), para referirse a las identidades o expresiones de género que no se conforman a la construcción social estereotipadamente asociada a uno u otro sexo. La autora concluye que la patologización contribuye a la exclusión social, cultural, educativa y laboral y, por otro lado, bloquea el acceso al derecho a la salud (Adrian, 2013).

Robles et al. (2016) entrevistaron, en 2014, a 202 mujeres transgénero y 48 hombres transgénero, quienes recibían atención médica en la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México, con el objetivo de determinar si la angustia y el deterioro en personas transgénero, considerados en la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS como características esenciales de los desórdenes mentales, podían ser explicados por experiencias de rechazo social y violencia en lugar de constituir características inherentes a la identidad transgénero. Como conclusión del estudio, se confirma que los problemas de salud mental que reportaron las personas transgénero están vinculados a los contextos sociales transfóbicos de los que forman parte. La reclasificación de las condiciones de salud de la población transgénero por parte de la OMS, señalan los investigadores, podría servir

para replantear las políticas públicas de salud para dicha población, incrementar su acceso a servicios apropiados de atención a la salud y reducir su victimización (Robles et al., 2016).

En el terreno de la construcción identitaria transgénero, Nosedá (2012) investigó las diferencias en las narrativas de cinco mujeres transexuales y cinco mujeres transgénero de Santiago de Chile, con énfasis en los significados de género, sexualidad y cuerpo. Las participantes fueron entrevistadas a través del método de relatos de vida. Los resultados arrojaron que la transexualidad es más amplia de lo que plantea el DSM IV, ya que no todas las mujeres transexuales rechazaron su cuerpo, como sí fue el caso de las mujeres transgénero (Nosedá, 2012). En relación al estudio de Martínez-Guzmán (2012), elaborado desde la Universidad de Colima, se discuten algunas formas en que las identidades transgénero pueden desafiar y rearticular la lógica dominante del sistema sexo-género que permea las disciplinas de la salud. Se enfatiza la manera en que estas identidades permiten reconcebir dos dicotomías sedimentadas en la concepción dominante de género: la distinción sexo-género y el binomio hombre-mujer. El análisis recuperó testimonios y materiales de personas y activistas trans recolectados en el transcurso de investigaciones previas. Se concluye que el cuestionamiento y la transformación de las dicotomías anteriormente mencionadas ofrece espacios para la construcción de perspectivas psicosociales anti-esencialistas con respecto a la identidad y al género; es decir, perspectivas que conciben la identidad como entidad múltiple, en proceso y abierta a una continua redefinición, producida y mantenida en el campo de las relaciones sociales y de las estructuras de poder. Esto, en contraposición a la concepción de la identidad como fija, inmutable y profundamente arraigada en el individuo (Martínez-Guzmán, 2012).

Desde la antropología social, Cesar (2013), quien realizó trabajo de campo durante 2008 y 2009 con mujeres transgénero de la ciudad de São Paulo, da cuenta de cómo las categorías travesti y transexual, al menos en el contexto investigado, son categorías performativas y que tal performatividad no se agota en enunciados de género y sexualidad, sino que también se expresa en su articulación contingente que remite a diferencias de clase, color/raza y generación (Cesar, 2013). También desde la antropológica, Vendrell (2012) estudia la transexualidad como forma específica de variancia o transversalidad de género, intentando aportar elementos para su comprensión en relación al orden de género y al sistema médico-legal. Analizó las tensiones de las relaciones entre transexualidad con ciertos sectores del movimiento feminista, así como las paradojas en la construcción de la identidad transexual (Vendrell, 2012).

Escobar (2013) y Castorena-Sáenz (2018) abordan construcciones de identidades y subjetividades transgénero a partir de concepciones centradas en el cuerpo y en el espacio público. Escobar (2013) estudió la experiencia del cuerpo transgénero y transexual cuya “artificialidad”, señala el autor, interpela los órdenes del sujeto en la modernidad. La investigación se llevó a cabo en Ciudad de México y en Bogotá durante el periodo 2008-2010. Se planteó un vínculo entre corporalidad trans, biografía y nombramientos de subjetividades que devienen tensión al orden somático moderno. De este modo, sostiene el autor, la intervención singular sobre el cuerpo se torna en politización macro en el ámbito de lo público (Escobar, 2013). En el estudio de Castorena-Sáenz (2018) se analiza el proceso de transformación de una persona transgénero de la frontera norte de México. La investigadora utilizó abordajes teóricos feministas y poscoloniales y construyó cuatro categorías teóricas de análisis: 1) cuerpo-poder, 2) *edge* político, 3) desechabilidad-cosificación y 4) violencia.

Además, incorpora el impacto de lo trans en la apropiación del espacio público (Castorena-Sáenz, 2018).

Sobre derecho humanos y transgénero, destacamos algunos estudios, análisis y reflexiones que Morán (2015); Álvarez, Aruquipa y Absi (2015); Cardona-Cuervo (2016); Gómez (2016) y Collignon y Lazo (2017) construyen desde Argentina, Bolivia, Colombia, Uruguay y México.

Morán (2015), quien parte del paradigma interpretativo del modelo bidimensional de justicia de Nancy Fraser, paradigma que comprende las disparidades en la participación social originadas tanto por injusticias culturales (miembros con estatus social culturalmente relegado) como económicas (miembros de una clase socioeconómica perjudicada), argumenta que los dispositivos de marginación que operan sobre las personas trans tienen un doble punto de origen; es decir, un reconocimiento fallido que surge desde una precaria valoración cultural y, además, una economía política que opera sobre la base de una división del trabajo fundada en su género y su sexualidad. Las expresiones trans, apunta Morán (2015), se enfrentan a diversas injusticias que devienen en la activación de dispositivos sociales de invisibilización, exclusión, violencia, criminalización y normalización. En América Latina, particulariza el autor, existen figuras jurídicas que tienden a criminalizar la transexualidad y el travestismo mediante la prohibición y la sanción de prácticas asociadas a estas identidades de género; además, la ausencia de leyes que reconozcan la identidad de género autopercibida de las personas trans resulta evidente, “confinándolas a una violencia epistémica basada en un discurso médico y jurídico que impone categorizaciones forzosas; en muchas latitudes se continúa exigiendo informes psiquiátricos, autorizaciones judiciales

o, incluso, requisitos como la esterilización previa a las personas trans que manifiestan su deseo de modificar su cuerpo” (Morán, 2015, pp. 269-270). Finalmente, el autor propone entender el fenómeno de la pobreza de las personas trans a partir de la comprensión de la expresión sexo-genérica como eje articulador de una división del trabajo que relega dichas identidades a lugares específicos -como el trabajo sexual- dentro del mercado laboral, propuesta que da pauta para reflexionar sobre la situación laboral de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

El artículo de Álvarez, Aruquipa y Absi (2015) transcribe un conversatorio con Laura Álvarez y David Aruquipa, militantes del colectivo TLGB (Transexuales y Transgéneros, Lesbianas, Gays y Bisexuales de Bolivia), sobre su participación en la Primera Cumbre Planetaria de Descolonización y Despatriarcalización organizada por el gobierno boliviano en 2015. La experiencia de participación en dicha cumbre permite, a los activistas, reflexionar sobre la brecha entre la descolonización desde una perspectiva indígena y los planteamientos antihegemónicos elaborados por los militantes homosexuales y transgénero de Bolivia acerca de la sexualidad y de las asignaciones de género. A pesar de los desencuentros narrados por Álvarez y Aruquipa entre movimiento indígena y movimiento TLGB, destacan desde el conservatorio la importancia de: 1) incidir políticamente a favor de los derechos sexuales del movimiento TLGB con funcionarios del gobierno boliviano; 2) construir puentes de diálogo con los movimientos indígenas nacionales; 3) cuestionar el origen colonial, católico y científico de la concepción aymara *chachawarmi* (cada ser y cada cosa posee su doble complementario sexuado) y, en general, la dualidad complementaria andina y 4) reconocer los datos que, desde la arqueología y desde la antropología, están

siendo recopilados para evidenciar la existencia de concepciones no esencialistas de la sexualidad y del género previo a la llegada de los españoles (Álvarez et al, 2015).

Cardona-Cuervo (2016) desarrolla el tema de los derechos sociales del “grupo social transgénero” colombiano y propone abandonar la obligatoriedad del ser humano por identificarse exclusivamente como hombre o mujer e implantar un nuevo paradigma de ciudadanía democrática e incluyente que incorpore la construcción de identidades de género no normativas. También en el terreno jurídico, Gómez (2016) analiza de manera crítica, y a partir de trabajo de campo llevado a cabo en 2014, las experiencias del derecho a la identidad de género en Uruguay que incluye el que las personas puedan modificar su nombre y sexo registral si estos no reflejan su identidad de género. Si bien la ley, reconoce la autora, permite que las personas decidan sobre sus cuerpos, lo que conlleva a romper estereotipos hegemónicos que vinculan las características del cuerpo con la identidad de género, no deja de existir una regulación de las identidades trans a través de un procedimiento judicial para otorgarles el derecho a la identidad de género (Gómez, 2016).

Collignon y Lazo (2017), en el contexto mexicano, desarrollan una discusión analítica sobre la relación entre género, derechos humanos expresados como derechos sexuales y biopolítica, en la configuración subjetiva de mujeres transgénero. El análisis se sustenta en los hallazgos de una investigación doctoral con mujeres transgénero de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Entre otras conclusiones, las autoras admiten que el concepto y la categoría de género, para pensar los procesos de construcción de identidad de los sujetos sociales que buscan reconocimiento de derechos, no está dirigiendo la mirada analítica a la necesidad de abrir la posibilidad para hablar de identidades, de géneros, y de combinaciones

posibles entre ambas, lo que conlleva a invisibilizar “las múltiples formas de ser hombre y de ser mujer, o de renunciar a la asunción de un solo género determinado, es decir, vivir sin participar del sistema sexo-genérico instituido y legitimado” (Collignon y Lazo, 2017, p.84).

2.2.2.2 Estigma, Discriminación y Violencia.

Desde el campo académico de la psicología, ubiqué estudios sobre medición de prejuicios y actitudes negativas hacia personas transgénero en las ciudades de Lima (Rottenbacher, 2012) y Córdoba (Páez, Hevia, Pesci y Rabbia, 2015). En el primer caso, se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional, que describe una relación entre variables psicológicas que expresan una ideología política conservadora y el prejuicio hacia los homosexuales y hacia los grupos transgénero entre estudiantes y egresados universitarios limeños.

En el artículo de Páez et al. (2015) se presentan dos estudios cuantitativos secuenciales interdependientes a partir de muestreos no probabilísticos, aplicados a universitarios (primer estudio) y población general (segundo estudio) en la ciudad argentina de Córdoba, y en los que metodológicamente se validan psicométricamente una escala de actitudes negativas hacia personas transgénero como expresión del prejuicio hacia las mismas. Es decir, los investigadores construyeron un instrumento cuantitativo para medir actitudes negativas hacia personas transgénero y, en el artículo referido, demuestran cómo validaron su instrumento.

Campo-Arias, Oviedo y Herazo (2014) realizaron un estudio cualitativo, desde la teoría fundamentada, a partir de 134 comentarios escritos por 81 usuarios de internet en el

portal electrónico de un periódico colombiano, de circulación nacional, respecto a una crónica sobre el ejercicio en enfermería de “un profesional transgénero”. Los autores destacan en sus resultados que el mayor número de comentarios fueron negativos estigmatizando a las y los trabajadores de la salud “LGBTI”⁶ como un “peligro para la sociedad” desde cuatro categorías: “portadores y transmisores de enfermedades (en particular infecciones de transmisión sexual), abusadores sexuales, falta de profesionalismo y práctica clínica deficiente”.

Desde una perspectiva antropológica, Bacigalupo (2011) analiza el efecto negativo de la imposición de normas homofóbicas de la sociedad dominante chilena sobre la vida, la identidad, la dignidad y la práctica chamánica de Marta, “un hombre mapuche en Chile que se transformó en mujer *machi*”.⁷ Se reflexiona, además, sobre el impacto de la incorporación de las normas homofóbicas de la sociedad chilena dominante, dentro de las comunidades mapuche, en la transformación de la dualidad de género en la práctica de *machi* y sobre cómo y por qué los Mapuche han dejado de lado antiguos roles de género variante como los *machi weye*, “*machi* que oscilaban entre los polos femenino y masculino y combinaban conductas, vestimentas y sexualidades asociados a los hombres y/o a las mujeres” (Bacigalupo, 2011, p.33). La investigadora, desde un cuestionamiento a los conceptos convencionales de travestismo, transgénero y homosexualidad, asociados a cuerpos sexuados, reconoce que son las identidades de género dual de *machi* lo que permite a los *machi* actuar como mediadores entre el mundo humano y espiritual, situación que, en la comunidad mapuche de Marta, ha

⁶ Las siglas LGBTI hacen referencia a lesbiana, gay, bisexual, transgénero e intersexual.

⁷ En la cultura mapuche se les llama “*machi*” a los chamanes.

perdido reconocimiento y llevó a que su propia comunidad la expulsara no sin antes reatribuirle el género de hombre, la acusaran de asesino, de homosexual desviado y de brujo.

Interesados en procesos migratorios transgénero, Lewis (2012) y Winton (2017) analizan, respectivamente, migración interna en México y desplazamiento centroamericano a México. En el primer caso, se revisaron los estudios contemporáneos sobre el tema y se observó que la mejora de condiciones laborales, la protección a la salud sexual, la superación personal y la violencia institucional aparecieron como causas de migración interna de mujeres transgénero. Ante los vacíos académicos al respecto, Lewis propone estudiar la naturaleza interseccional de las experiencias de dominación y marginación de mujeres transgénero e incorporar perspectivas sobre el control del espacio y de los aparatos e intereses que lo gobiernan (Lewis, 2012). A partir de un estudio realizado en 2015 que buscó comprender el desplazamiento de personas centroamericanas no heterosexuales a México, Winton (2017) analiza la relación entre movilidad y sexualidad desde las vivencias de personas transgénero, transexuales, travestis y de personas que no se identifican con las etiquetas trans, pero cuya expresión de género es no hegemónica. La autora destaca, entre sus conclusiones, que la injusticia y la violencia están intrínsecamente vinculadas a la movilidad.

Souza, Malvasi, Signorelli y Peralta (2015) realizaron, en 2012, un estudio etnográfico con travestis de la ciudad brasileña de Santa María, en el Estado de Río Grande del Sur, en la que percibieron que las violencias física y simbólica, y el sufrimiento que las acompañaba, eran permanentes. Estas violencias, afirman los autores, afectan las condiciones de salud de las travestis: las aleja de sus familias nucleares retirándoles apoyo material y

apoyo afectivo, las aleja de las escuelas y de los servicios de salud, espacios que además replican la violencia. Los efectos de este proceso, observado y acompañado por los investigadores, son devastadores y se traducen en casos que van desde la depresión hasta los intentos de suicidio (Souza et al., 2015). En Cajazeiras, ciudad del nordeste brasileño y ubicada en el Estado de Paraíba, Silva et al. (2016) analizaron en 2014 la situación demográfica de la violencia contra travestis y transexuales a través de un estudio transversal y descriptivo. Registraron niveles de violencia verbal, psicológica y física bajo las siguientes proporciones: 91,96%, 58,33% y 33,33% siendo la calle, los servicios escolares y los servicios de salud, los escenarios donde la agresión era mayor. Entre los principales agresores fueron identificados vecinos, familiares y profesionales de la salud.

Boivin (2014) analizó información recabada a través de diagnósticos participativos comunitarios realizados en 2011 para describir las formas en que la discriminación y el estigma son padecidos por personas transexuales, travestis, gays y bisexuales, así como personas infectadas por el VIH, en distintas regiones metropolitanas de México. El autor afirma que la violencia es ejercida, reproducida y legitimada desde instituciones públicas e interiorizada por las poblaciones referidas. En los diagnósticos, participaron 738 personas de las cuales el 28% se identificaron como transexuales, travestis o *muxes*. En cuanto a los resultados vinculados a transexuales y travestis se observó, particularmente entre quienes ejercían el trabajo sexual, que el principal espacio de discriminación era el laboral. Además, los tipos de discriminación reportada fueron burlas, violencia física, explotación laboral y chantaje policíaco. La discriminación en el mercado de trabajo, señala el autor, impide el acceso a un empleo formal a transexuales y travestis, de ahí que el trabajo sexual sea la única fuente de recursos económicos en algunos casos. Adicionalmente, “las participantes

transexuales y travestis se quejan de la falta de opciones laborales, se sienten condicionadas, por su identidad de género, a ser estilistas o sexo-servidoras” (Boivin, 2014, p.22).

2.2.2.3 Reflexiones finales en torno a salud mental y mujeres transgénero.

Existe una constante en los dos estudios del primer periodo de búsqueda: la configuración de la exclusión social de los sujetos transgénero y su repercusión en la salud mental. A pesar de esta mirada en la exclusión social, en el estudio de Scourfield et al. (2008) las relaciones de dominación sólo están problematizadas en torno a las dimensiones de género y de orientación sexual, no así de las estructuras sociales que los autores toman en cuenta para su muestra: etnicidad, clase social y residencia urbana o rural. Ello arroja, en las conclusiones, propuestas generales de intervención que no reconocen la pluralidad de situaciones. El artículo de Khan et al. (2009), por su parte, profundiza en la exclusión social de las mujeres *hijra* de Bangladesh al incorporar el estigma y la discriminación al análisis, así como la desigualdad económica y social en un contexto de pobreza estructural y de profunda jerarquización étnica y de clase que no reconoce los derechos de las mujeres *hijra*. Esta investigación problematiza las distintas dimensiones de la exclusión reconociendo en la etnicidad y en la clase social estructuras fundamentales en la configuración del estigma y de la discriminación.

Uno de los principales aportes de los estudios del segundo periodo de búsqueda bibliográfica es el poner en evidencia: 1) la construcción histórica de la patologización de la transexualidad y 2) la complejidad de experiencias y de prácticas transgénero que aluden, asumen o rechazan la patologización en su batalla por el reconocimiento de derechos. En el caso de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense la reivindicación política se

construye desde la orientación sexual, reproduciendo discursos que cuestionan la patologización de la homosexualidad y, al mismo tiempo, reproduciendo cuerpos sexuados y mercantilizados del sistema político que cuestionan.

Destaco, por otra parte, el estudio de Morán (2015), quien retoma la argumentación de Nancy Fraser sobre los dispositivos de marginación, incluyendo una división del trabajo fundada en el género y en la sexualidad que relegaría, a las mujeres transgénero, a nichos de trabajo específicos como el trabajo sexual. Esta mirada permite acercarnos a reflexionar sobre la particularidad de los espacios laborales de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense y cómo estos podrían estar delimitados por una división del trabajo que parte tanto del género como de la sexualidad. En cuanto al conversatorio de Álvarez et al. (2015), el hecho de plantear herencias coloniales y católicas a concepciones indígenas contemporáneas de la sexualidad, sumado al estudio de Bacigalupo (2011), me lleva a preguntarme hasta qué punto la participación de mujeres transgénero en rituales huastecos representa la reminiscencia de prácticas que otorgaban, antiguamente, mayor reconocimiento social a quienes asumían identidades sexo-genéricas duales en las comunidades indígenas de la región.

2.2.3 Atención a la Salud y Mujeres Transgénero.

Sobre los estudios de atención a la salud del primer periodo de búsqueda, analicé tres sobre servicios de salud y mujeres transgénero en clínicas de Estados Unidos y Canadá (Bauer et al., 2009; Meléndez y Pinto, 2009; Sánchez, Sánchez y Danoff, 2009) y, uno, sobre capacitación a trabajadores de los campos de la salud para la atención de población transgénero (Vanderleest y Galper, 2009).

Como parte del proyecto *Trans Pulse*, que tuvo como objetivo entender cómo la exclusión social impacta en la salud de la población transgénero, Bauer et al. (2009) analizaron en 2006 el proceso de marginalización y vulnerabilidad frente al VIH observando la limitación o ausencia de servicios de salud accesibles y apropiados para mujeres transgénero en la provincia de Ontario, Canadá. Los investigadores implementaron grupos focales de 3 a 27 integrantes, donde participaron 85 mujeres transgénero, en las ciudades de Toronto, Ottawa y Guelph. Los grupos se manejaron bajo los siguientes ejes: a) preocupaciones individuales de salud, b) experiencias sobre cuidados a la salud, c) esfuerzos por mantener la salud personal, d) el rol de las comunidades, e) los riesgos frente al VIH y f) los servicios de salud. Los resultados de esta investigación indican que la población transgénero de Ontario experimenta una serie de barreras en los servicios de salud, particularmente evitación y rechazo del personal médico, así como dificultad en obtener pases de referencia para la atención en segundo y tercer nivel. Asimismo, se detectó una falta de información generalizada en los prestadores de servicios sobre temáticas transgénero, lo que provocaba interacciones interpersonales problemáticas. Para Bauer et al. (2009), la invisibilidad de la población transgénero en la información, en los protocolos institucionales, en las prácticas y políticas en salud crean un sistema que produce marginalización social e inequidades en salud expresadas en el incremento del riesgo por depresión y vulnerabilidad frente al VIH.

En el estudio de Meléndez y Pinto (2009) se examina cómo una clínica de base comunitaria, que ofrece cuidado gratuito o a bajo costo en una zona popular de la ciudad de Nueva York, incluye atención a la prevención del VIH y cuidados generales a la salud de mujeres transgénero. En este estudio participaron 20 mujeres transgénero de las cuales 16 se

identificaron como latinas y cuatro como afroamericanas. Además, cuatro de ellas eran portadoras del VIH, 18 estaban en tratamiento de hormonas y ninguna de ellas se había sometido a cirugía de reasignación de sexo. Se aplicaron entrevistas a profundidad semiestructuradas, siete en español y las restantes en inglés, partiendo de los siguientes ejes temáticos: a) identidad de género, b) riesgo al VIH y c) experiencias en cuidado de la salud. La mayoría de las entrevistas tuvo duración de una hora. El objetivo de este estudio radicó en recoger información sobre buenas prácticas en atención a la salud para mejorar los servicios de prevención del VIH y la atención primaria en salud de mujeres transgénero. Como parte de los resultados destaca la percepción positiva de las entrevistadas con relación a la clínica al dar un servicio holístico en donde se incluyen terapias hormonales, tratamientos para VIH y para infecciones de transmisión sexual. Por otra parte, se dio una valoración positiva al hecho de que la clínica no estuviera enfocada exclusivamente a población lésbica-gay-bisexual-transgénero. Por último, el hecho de que en la clínica existiera personal capacitado para atender las necesidades de las y los pacientes transgénero, y que hubiera personal de origen latino ofreciendo servicios en español, aumentó la confianza de las mujeres entrevistadas en los servicios de esta clínica de base comunitaria.

En lo que respecta al estudio de Sánchez et al. (2009), se entrevistaron a 101 mujeres transgénero en tres centros comunitarios de atención a la salud de la ciudad de Nueva York con el objetivo de determinar si estos servicios estaban acordes con lo propuesto por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero y con los objetivos del documento *Healthy People 2010*. Se detectó que existía una relación entre uso de servicios de salud y reducción de algunas conductas de alto riesgo a pesar de que los centros comunitarios no necesariamente estaban adaptados a los estándares de las recomendaciones

para la atención a población transgénero. Las mujeres transgénero pobres, sin seguro médico, nacidas en el extranjero y sin vivienda estable, accedían con mayor dificultad a estos servicios de salud. En lo que respecta a la participación en las terapias hormonales, se observó que quienes se adherían al tratamiento también participaban en programas de reducción de conductas de riesgo a la salud, específicamente, tabaquismo y obtención de jeringas seguras. Finalmente, se detectó que el 20% de la población transgénero en el estudio no contaba con seguro de salud, cifra superior al 15.8% de la población general.

En torno a la capacitación de profesionales de la salud para la atención a población transgénero, Vanderleest y Galper (2009) describen el desarrollo del Programa Transgénero en Arizona, el cual incorpora la atención a la salud transgénero dentro de los planes de estudio de los programas del Colegio de Medicina de la Universidad de Arizona, y capacita al profesorado y a proveedores de servicios de salud en atención transgénero. El objetivo principal de este proyecto radicó en construir una red de cuidado transgénero en el sur de Arizona. Durante los últimos diez años, el equipo base, conformado por médicos, enfermeras y un farmacólogo, entrenó a psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, especialistas en el cuidado al VIH, farmacólogos, enfermeras, médicos residentes y personal que trabaja abuso de sustancias.

Sobre los estudios de atención a la salud del segundo periodo de búsqueda, incorporé cinco sobre servicios de salud (Villasana, Sánchez y Rojas, 2013; Ruiz, García y García, 2015; Rocon, Rodrigues, Zamboni y Pedrini, 2016; Rocon, Sodré, Zamboni, Rodrigues y Roseiro, 2018; Popadiuk, Oliveira y Signorelli, 2017) y, dos más, sobre educación y

capacitación (Bareiro, 2016; Esteban-Reyes, Ortiz-Mendoza, Rivera-Morales, Purcell-Baerga y Ruiz-Mojica, 2016).

Villasana et al. (2013) realizaron un estudio donde participaron 136 docentes que imparten cátedra en los distintos semestres de la licenciatura de medicina en la Universidad de Carabobo, Venezuela, para observar las percepciones de las y los profesores sobre atención a la salud de población “sexo-género-diversa”. Los autores de este trabajo concluyeron que las y los docentes mantienen actitudes de rechazo hacia la población “sexo-género-diversa”. Sin embargo, la mayoría está de acuerdo en que la escasa formación en género, sexualidad y derechos humanos está ligada a la homofobia, la lesbofobia y la transfobia; asimismo, se mostraron receptivos para la introducción de cambios en la formación de nuevos profesionales de salud y, de este modo, disminuir la estigmatización y el maltrato a la población “sexo-género-diversa” (Villasana et al., 2013).

Ruiz et al. (2015) llevaron a cabo un estudio de caso sobre las acciones emprendidas en el periodo 2008-2013 por las instituciones de la ciudad de Bogotá, Colombia, orientadas a garantizar la atención a la salud para personas transgénero. A partir de una estrategia de investigación cualitativa, los autores centraron su investigación en las condiciones sociales y en los agentes que intervienen en el proceso señalado, incluyendo, de manera protagónica, a las organizaciones sociales transgénero y a sus liderazgos más visibles. La conclusión del estudio descansa en: 1) la existencia de una tríada de tensiones; en principio, la tensión entre el orden nacional y el orden distrital, puesto que a nivel nacional el sistema regulatorio está soportado sobre una concepción curativa de la salud donde la patologización es condición necesaria para las aspiraciones emancipatorias de las personas trans, mientras que a nivel

distrital se pretende acompañar el proceso de hormonización e incidir en los profesionales de la salud desde un enfoque preventivo y una concepción amplia de la salud; como segunda tensión ubicaron el hecho de que las mujeres transgénero han aceptado, de modo estratégico, el trastorno de disforia de género para lograr una salud digna, a pesar de que no asuman dicho rótulo patologizante de manera pasiva e irreflexiva y, como tercera tensión, la inserción de lideresas de distintas organizaciones transgénero en el aparato institucional en contraposición a la exigencia de autonomía frente a las lógicas institucionales; 2) la necesidad de formar, desde la academia, a profesionales en salud desde perspectivas de identidades de género y de orientaciones sexuales que coloquen en diálogo a las ciencias de la salud con las ciencias sociales (Ruiz et al., 2015).

En el escenario brasileño, un estudio elaborado desde la Universidad Federal de Espírito Santo, presentado en tres artículos distintos (incluimos dos en esta sección y uno en transformaciones corporales) centra su mirada en población transgénero y Sistema Único de Salud (SUS).⁸ Parte de una perspectiva cualitativa desde la que se llevaron a cabo 15 entrevistas semiestructuradas, entre agosto y diciembre de 2013, a residentes de municipios metropolitanos de Grande Vitória, Estado de Espírito Santo: 11 mujeres transexuales (cuatro de ellas habían recurrido a la cirugía de reasignación sexual), un hombre transexual, dos travestis y una persona gay que utilizaba nombre social femenino y que recurría al suministro de hormonas. El objetivo del primer artículo (Rocon et al., 2016) radica en observar las dificultades de la población transgénero para acceder a los servicios de salud del SUS mientras que, para el segundo (Rocon et al., 2018), en visibilizar las propuestas que las

⁸ El Sistema Único de Salud (SUS) configura la estructura central del sistema de salud público brasileño.

personas entrevistadas construyen para garantizar el cuidado integral de su salud en el SUS. Destacan, como resultado del primer artículo, la discriminación y el diagnóstico llamado “proceso transexualizador”⁹ como las principales limitantes en el acceso al sistema de salud. Dicho diagnóstico contribuiría a ocultar la responsabilidad de la heteronormatividad y del binarismo de género en la marginalización social de las personas transgénero (Rocon et al., 2016). Para el segundo artículo, se ubica la necesidad de reforzar la formación continua de las y los trabajadores de la salud donde la promoción de la humanización, de la dignidad y del respeto al nombre social y a las identidades de género de la población transgénero sean elementos centrales de dicha formación académica (Rocon et al., 2018).

Finalmente, y también sobre la relación entre transgénero y SUS, Popadiuk et al. (2017), investigadores adscritos a programas de salud colectiva de la Universidad Federal de Paraná y de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur, analizan la manera en que el Ministerio de Salud brasileño ha implementado el “proceso transexualizador” en el SUS. La investigación, implementada entre diciembre de 2015 y junio de 2016, estuvo sustentada en la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. Se analizaron las directrices normativas que, a nivel federal, reglamentaba al “proceso transexualizador” del SUS; la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (LGBTT) formulada en 2011; las conclusiones de las conferencias nacionales de salud de

⁹ El “proceso transexualizador” es la denominación que el propio SUS otorga al tratamiento clínico para personas transexuales. El proceso del SUS, al menos hasta el golpe parlamentario en contra de la ex presidenta Dilma Rousseff ejecutado en 2016, comprendía tres fases: 1) evaluación para conocer si la persona cumplía los criterios diagnósticos de la “disforia de género”; 2) evaluación dividida en tres etapas, y con duración de dos años, para observar si la persona se adaptaba a vivir en el rol de género deseado, para llevar a cabo la terapia hormonal y para realizar la cirugía de reasignación sexual; 3) implementación de la cirugía de reasignación de sexo.

2007, 2011 y 2015; las conclusiones de las conferencias nacionales de políticas públicas LGBTT de 2008 y 2012; datos cuantitativos de las cirugías de reasignación sexual llevadas a cabo por el SUS a partir de 2008 y las memorias del Comité Técnico de Salud LGBTT (2011-2015). Se concluye que, desde 2008: 1) existe para la población transgénero una atención específica constante a través del “proceso transexualizador” a pesar de la necesidad de su ampliación a todas las regiones de Brasil; 2) existe voluntad política del Ministerio de Salud para poner en práctica los ejes de la política nacional de salud LGBTT y, a pesar de los elementos anteriores; 3) existe la necesidad de ir más allá de prácticas orientadas a una situación considerada como patológica, sobre todo, a la construcción de una política y de una práctica que partan de una perspectiva más amplia en salud, que reconozca las particularidades de la población transgénero y la participación de los movimientos sociales transgénero. Visibilizar las acciones conquistadas, advierten los investigadores, resulta decisivo para mantener y potencializar la atención a la salud de la población transgénero en el SUS ante la posibilidad de retrocesos que se impongan desde el conservadurismo de los poderes ejecutivo y legislativo una vez consumado el golpe parlamentario en contra de la ex presidenta Dilma Rousseff (Popadiuk et al., 2017).

Preocupados por los procesos educativos y de capacitación, Bareiro (2016) y Esteban-Reyes et al. (2016) llevaron a cabo una serie de estudios en Paraguay y Puerto Rico, respectivamente, para analizar, en el primer caso, la exclusión de las personas transgénero de los Centros de Educación para personas jóvenes y adultas pertenecientes a la educación pública del Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay y, para el caso de Puerto Rico, el perfil del estudiantado de psicología clínica de tres universidades puertorriqueñas para conocer

su percepción y preparación académica en los temas relacionados al género y la transgresión del mismo.

Bareiro (2016) concluye que el gobierno paraguayo debe desarrollar una política de educación para la sexualidad, así como aprobar una ley contra toda forma de discriminación que ampare los derechos de las personas transgénero y de otras poblaciones vulneradas en sus derechos humanos. Por su parte, Esteban-Reyes et al. (2016) señalan que, a mayor preparación en género, mayor es la percepción que tienen los estudiantes graduados para trabajar con las diferencias de género; a mayores cursos sobre transgresión de género y transexualidad, más preparados se sienten los estudiantes graduados. Además, encontraron que los estudiantes agnósticos y ateos están más preparados para explorar, discutir y trabajar con asuntos sobre las diferencias de género.

2.2.3.1 Reflexiones finales en torno a la atención a la salud y mujeres transgénero.

Los estudios sobre atención a la salud del primer periodo de búsqueda restringen su mirada a la prestación de servicios y a la capacitación en atención a población transgénero. A pesar de que Bauer et al. (2009) incorporan experiencias de discriminación narradas por mujeres transgénero; de que Menéndez y Pinto (2009) reconocen la importancia de la especificidad cultural; de que Sánchez et al. (2009) subrayan la condición de vulnerabilidad de mujeres transgénero pobres sin seguro médico, nacidas en el extranjero y sin vivienda estable; no hay mención, en ninguno de los tres estudios, a las políticas y a los sistemas de salud de donde derivan los servicios que analizan. Los cuatro estudios observan la atención a la salud exclusivamente en la dimensión de la relación prestadores de servicios - pacientes,

sin construir una perspectiva más amplia en torno a programas, políticas y sistemas definidos por políticas económicas concretas que afectan, directamente, el proceso salud-enfermedad de los distintos grupos estudiados. Considero que para estudiar la atención a la salud de mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense se necesita, además de recoger sus experiencias, un análisis amplio sobre la estructuración del sistema de salud local, regional y nacional, lo que podría construirse en una investigación posterior a la defensa de esta tesis.

De los estudios del segundo periodo de búsqueda, destaco: 1) la perspectiva compleja con la que Ruiz et al. (2015) analizan la atención a la salud de población transgénero en Bogotá; 2) el análisis del “proceso transexualizador” del SUS a partir de un proceso político estructurador de políticas públicas presuntamente incluyentes (Popadiuk et al., 2017) y de una perspectiva crítica a la heteronormatividad y al binarismo de género (Rocon et al., 2006); 3) la visibilización de la exclusión de mujeres transgénero del sistema educativo paraguayo en términos de derechos y la vinculación directa entre educación y salud como derechos sociales.

2.2.4 Transformaciones Corporales y Mujeres Transgénero.

Sobre transformaciones corporales del primer periodo de búsqueda, destaca la investigación de Cohen-Kettenis y van Goozen (2002) que, desde el Centro Médico Universitario de Utrecht, Holanda, implementaron para cuestionar los supuestos vínculos entre transexualidad y psicopatología antes y después de la cirugía de reasignación de sexo. En el debate en contra de la reasignación de sexo adulta y adolescente, señalan las autoras, se reitera el argumento que asocia transexualidad con psicopatología severa. A la transexualidad, desde dicha perspectiva, se le vincula a una ilusión, a una patología límite, a

un desorden narcisista, a una defensa psicológica contra la ansiedad provocando una incompetencia de rol de género y/o como resultado de una separación/individuación no exitosa de la madre. Las investigadoras analizaron datos de 21 niños y adolescentes, de los cuales 11 fueron “diagnosticados” como transexuales y 10 probablemente transexuales a través de la aplicación del Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños IV. Sin embargo, sólo cuatro niños llenaron los criterios del IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, lo que refuta el vínculo mecánico entre transexualidad y psicopatología establecido en los propios manuales de quienes afirman dicha relación.

Del segundo periodo de búsqueda incluí cuatro estudios: 1) Peralta y Espitia (2013); 2) Petry (2015); 3) Rocon, Zamboni, Sodré, Rodrigues y Roseiro (2017) y 4) Pinto et al. (2017).

Peralta y Espitia (2013) analizaron el proceso de construcción del cuerpo transgénero en Bogotá. Las investigadoras observaron tres técnicas de modificación corporal: identidad indumentaria, procesos de hormonización y uso de modelantes estéticos. Esta última técnica, concluyen, genera problemas de salud a nivel personal (deterioro físico, posibles enfermedades derivadas del contexto clandestino de la práctica y del uso de aceites de cocina y de silicona líquida o industrial, autoestima, depresión); a nivel económico (destino de recursos económicos para el proceso de incorporación de modelantes estéticos y el posible daño que generen); a nivel cultural (necesidad constante por lograr un cuerpo perfecto, acorde a los estereotipos de belleza socialmente establecidos, mediante la hiperfeminización y la voluptuosidad); a nivel político (necesidad de un certificado de disforia de género y, por otro lado, la presencia de un sistema de salud abiertamente discriminatorio contra la población

transgénero y que todavía considera a los procedimientos de modificación corporal como intervenciones estéticas y no como parte de la construcción identitaria de las mujeres transgénero).

El estudio de Petry (2015), basado en su tesis doctoral en el campo de la enfermería, se valió de una metodología cualitativa enmarcada en los estudios culturales y de género. Realizó, en 2010 y 2011, siete entrevistas narrativas a mujeres transexuales que habían pasado, al menos dos años previos a ser entrevistadas, por el “proceso transexualizador”. Petry (2015) señala que esta temática, a partir de los avances del movimiento social organizado LGBTTT, conquistó logros en el SUS como la creación, en diciembre de 2011, de la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales. Se concluye en este estudio que el diagnóstico clínico de la transexualidad, como marcador identitario, no deja de considerar a la transexualidad como patología. Sin embargo, y a partir de las propias experiencias estudiadas, las mujeres transexuales otorgan sentido y significado a su existencia humana una vez concluido el proceso clínico al que decidieron someterse, situación vital en la búsqueda de su reconocimiento como seres sociales. Por otro lado, Petry (2015) admite que las mujeres transexuales ocupan posiciones sociales de sujeción múltiple y que el proceso clínico estudiado, que subyuga al cuerpo a realizar expresiones de género socialmente prescritas, no deja espacio a otras posibilidades de existencia. Finalmente, la autora es partidaria de ampliar la investigación sobre el “proceso transexualizador” para conocer con mayor precisión las dificultades y las posibilidades existentes para el cuidado de salud de la población transexual (Petry, 2015).

Rocon et al. (2017) y Pinto et al. (2017) llevaron a cabo sendos estudios sobre transformaciones corporales. En el primer caso, de cuya muestra ya se habló en el apartado atención a la salud, se ponen en evidencia las divergencias entre las comprensiones de salud y enfermedad, producidas por los poderes y los saberes médicos sobre los cuerpos transgénero, particularmente aquellos asociados al “proceso transexualizador” del SUS, en contraposición a las interpretaciones que las personas transgénero entrevistadas otorgan a sus procesos de salud y padecimiento. Los autores concluyen que el respeto a la autonomía de la población transgénero resulta fundamental para la construcción de una promoción de la salud transgénero que parta desde las miradas y las experiencias de sus protagonistas (Rocon et al, 2017).

Finalmente, Pinto et al. (2017) a través de un estudio transversal realizado en una muestra de 576 personas de siete municipios del Estado de São Paulo, en 2014 y en 2015, buscaron estimar la prevalencia del uso de silicón líquido industrial entre travestis y mujeres transexuales, así como identificar los factores asociados a dicha práctica. Se concluye que la prevalencia es alta, casi la mitad de la mitad de las participantes había recurrido al uso de silicón líquido, particularmente travestis con escolaridad baja. En consecuencia, y ante los daños reportado por el uso de esta sustancia, los investigadores proponen la urgente necesidad de ampliar las estrategias de atención a la salud de travestis y mujeres transexuales, incluyendo la revisión del “proceso transexualizador” del SUS, para diferenciar y ofrecer procedimientos de modificación corporal acordes a los procesos particulares de cada persona en la singularidad de su construcción de identidad sexo-genérica (Pinto et al., 2017).

2.2.4.1 Reflexiones finales en torno a modificaciones corporales y mujeres transgénero.

Si bien las modificaciones corporales no constituían la centralidad temática al plantear mis primeras preguntas de investigación, sí fueron incorporadas a la investigación, particularmente, para identificar posibles daños a la salud física de las mujeres transgénero. Los servicios públicos del sistema de salud mexicano, a diferencia del caso brasileño, no supervisan el tratamiento de hormonas ni implementan cirugías de reasignación sexual.

La propuesta de Peralta y Espitia (2013) me dio pauta para articular las experiencias de mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense, que han recurrido al uso de aceites y de hormonas, en una reflexión que inserta al cuerpo en un sistema social de normas, significados y expectativas.

De los estudios brasileños destaco el reconocimiento de los alcances y de los límites del “proceso transexualizador” del SUS (Petry, 2015; Pinto et al., 2017), el llamado a reformular la política de atención a la salud transgénero para incorporar otros procedimientos más allá del proceso transexualizador (Pinto et al., 2017), la fuerza del poder y del saber médico que estructura la oferta de la atención a la salud transgénero limitándola a un procedimiento de modificación corporal sin escuchar los saberes de las distintas personas transgénero (Rocon et al., 2017).

2.3 Ciencias sociales, salud y mujeres transgénero en México

De las investigaciones sobre transgénero en las ciencias sociales mexicanas, destaco solamente dos trabajos pioneros (Prieur, 1998; Miano, 2002) que inauguraron, desde la

perspectiva etnográfica, el estudio sobre sociedad, cultura y mujeres transgénero en nuestro país y que se han convertido en referencia académica obligada en la construcción de los estudios de género sobre travestismo, transgénero y transexualidad en México.

Como trabajo fundador el libro *Mema's House* (Priour, 1998) recoge la experiencia vivida por Annick Priour, socióloga noruega, entre 1988 y 1991 con jóvenes homosexuales autoidentificados como “vestidas” en el barrio de Ciudad Nezahualcóyotl. Priour analiza cómo la clase social, la familia, la dominación de género y el rol del cuerpo marcan la vida, en un contexto de estigma y discriminación de género, de las “vestidas” que habitaban en la casa de Mema, famoso activista homosexual y educador sexual de aquella época. A pesar de que la mirada está localizada en la construcción de género, del sexo y de las “prácticas del cuerpo” desde los lentes de la dominación de clase y de la integración social, la salud y la enfermedad están presentes en la etnografía de la autora sin necesariamente ser el eje medular de la misma. Por ejemplo, la presencia constante del estrés reportado por las trabajadoras sexuales transgénero de Nezahualcóyotl debido a la persecución policiaca es un problema recurrente registrado por Priour. Lo mismo sucede con las historias de violencia y de discriminación por identidad sexo-genérica al interior de las familias y de los barrios de las protagonistas; con el abuso de sustancias tóxicas como el alcohol, los inhalantes y la cocaína; así como con la vulnerabilidad ante el VIH debido a la fragilidad social de las entrevistadas.

Miano (2002) realiza una lectura del sistema de género en la sociedad zapoteca del Istmo de Tehuantepec observando con minuciosidad la institucionalización cultural de la homosexualidad masculina y el uso y la apropiación del espacio urbano. Muestra las formas

de acceso y manejo del poder social de cada actor en campos específicos de la vida comunitaria y la contribución de cada elemento del sistema de género a la persistencia y consolidación de la identidad étnica. Además, deconstruye el mito del matriarcado juchiteco y problematiza la concepción dicotómica de la organización de género. El término “muxe”, advierte Miano (2002), hace referencia a cualquier tipo de homosexual, en general, apreciado por su familia. En una familia tradicional un hijo *muxe* es bien apreciado porque se considera que –dice Macario Matus- “tiene la mente de un hombre y los sentimientos y la laboriosidad de una mujer” (Miano, 2002, p.162). Sin embargo, para Miano ese modelo de “armonía” familiar con relación a los hijos *muxe* se encuentra en crisis, particularmente en el caso de las “vestidas” o travestis quienes encuentran una fuerte oposición y rechazo por parte de los hombres de la casa. Dicho rechazo se manifiesta, algunas veces, con “violencia, golpes e incluso el alejamiento temporal o definitivo del núcleo familiar” (Miano, 2002, p.164). La autora señala el registro de una creciente homofobia fuera de casa llegando, incluso, a la implementación de redadas policiacas en contra de integrantes de la organización transgénero Las Intrépidas Buscadoras del Peligro. Para Miano (2002):

Estos episodios indican cómo se está modificando la situación del muxe. En la comunidad se empiezan a manifestar con violencia formas de rechazo a fenómenos que se perciben como transgresión y amenazan el orden sociocultural; ante eso los muxe'-gays responden con un aumento de su autoafirmación, que deriva tanto de la fuerza de la tradición como de la consciencia del derecho de “ser”, aun en situaciones no previstas por la cultura, como la de la difusión del VIH/sida, por ejemplo. (p.174)

El VIH en Juchitán, como en el resto del país, ha afectado principalmente a los varones. Para 1995, el Programa de Prevención y Control del Sida de la Jurisdicción de Salud Núm. 2, “Istmo”, advertía que los principales afectados eran los homosexuales y los jóvenes varones heterosexuales entre los 13 y los 18 años, de los cuales el 30% se concentraba en las zonas periféricas marginales de Juchitán (Miano, 2002). En ese mismo año, y con el apoyo de la organización civil *Gunaxhii Guaendanabani* (“Ama la Vida” en lengua zapoteca), se formó un taller de información sobre VIH al que acudían entre 10 y 20 travestis. La presencia de *muxes* en dicha capacitación fue en aumento hasta consolidar, poco tiempo después, el Colectivo *Binni Laanu* (“Gente como Nosotros”) al interior de *Gunaxhii*. Con el apoyo de la antropóloga Miano comenzó el proyecto *Binni Laanu* de Teatro sobre Sida consiguiendo un modesto financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Como parte de las conclusiones de su investigación, Miano (2002) señala que el sistema de género zapoteca se organiza con base en una división social del trabajo que no privilegia el hecho biológico como fundamento para la construcción del género. El estatus del *muxe*, en consecuencia, tendría que ver con la marcada división de roles sociales que caracteriza a la sociedad zapoteca y con la situación de la mujer en la familia y en la comunidad.

Del estudio de Prieur (1998) destaco la articulación de estigma, discriminación, dominación de género y clase social que construye la autora. Esta articulación me permitió ordenar mis propias inquietudes de investigación e incorporar, a la discriminación por identidad sexo-genérica, como hecho social a ser observado en las experiencias de mujeres

transgénero de la Huasteca Hidalguense en su vínculo con la dominación de género producto de un sistema binario y heteronormativo. Respecto a Miano (2002), su afirmación en cuanto a la división social del trabajo en términos de género en una sociedad con marcados roles sociales donde las mujeres ocupan un lugar importante en la participación económica, me reiteró la necesidad de abordar desde el género, más que desde la orientación sexual, mi problema de investigación.

2.4 Construcción del Problema de Investigación

El análisis de la revisión bibliográfica del primer periodo desde los cuatro ejes temáticos (salud sexual, salud mental, atención a la salud y transformaciones corporales), que coincidió con mis primeras incursiones a la Huasteca Hidalguense, me llevó a reformular preguntas iniciales, a delimitar mi objeto de estudio y a plantear mis objetivos.

Si bien el VIH/SIDA me había parecido -y me sigue pareciendo- un tema importante a investigar en la región, el estado del arte y las visitas a Huejutla enfocaron mi atención en la construcción de género y en el proceso salud-enfermedad-atención de aquellas personas que, a contracorriente de las perspectivas teóricas más performativas del género, observaba que reproducían una serie de ideales estéticos femeninos desde cuerpos socialmente etiquetados, a razón de su genitalidad, como masculinos.

Sin dejar de reconocer la rigurosidad académica de los estudios sobre salud sexual analizados como primer eje temático, plantear problemas de salud en términos de factores y conductas de riesgo invisibilizaba la estructuración de la salud y de la enfermedad como

procesos socialmente determinados. El trabajo de Khan et al. (2009), del segundo eje temático relativo a salud mental, me llevó a preguntarme: ¿cómo opera la exclusión social de mujeres transgénero en la Huasteca Hidalguense?; y ¿cómo clase social y etnicidad se articulan a la producción de la exclusión? De ahí la incorporación de relaciones de dominación simbólica para afinar mi acercamiento al problema de investigación y la elección de discriminación como práctica concreta de la dominación y aspecto central de la construcción del propio problema de investigación.

El tercer eje temático me dio pie a descartar una investigación sobre atención a la salud que tomara en cuenta, a contracorriente de los estudios revisados, el análisis de la política de salud y del modelo político y económico de donde dicha política se desprende una vez que, el interés de mi análisis, comenzaba a descansar en las relaciones de dominación y sus efectos en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, y pensando atención como respuesta social, y no solamente la dimensión institucional que la atención implica, encontré en la caracterización que Menéndez (2012, p.340) hace del proceso salud-enfermedad-atención la posibilidad de abordar las acciones individuales y colectivas que las mujeres transgénero construyen como respuesta a la discriminación.

Así como la atención a la salud, en su dimensión más institucional, fue descartada como temática a investigar, las transformaciones corporales abordadas como cuarto y último eje temático tampoco forman parte central del problema de investigación. Sin excluirlas, aparecen en el análisis de la construcción de género y del proceso salud-enfermedad-atención. De modo semejante, la dimensión institucional de la atención a la salud, concretamente el aspecto del acceso a la seguridad social y a los servicios públicos de salud,

emerge al reflexionar sobre los tipos de trabajo disponibles para las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

El tema del trabajo, finalmente, constituyó otro aspecto a considerar una vez incorporado el concepto proceso-salud-enfermedad y la reflexión en torno a división social del trabajo, en su relación al género y a la sexualidad, observada en la propuesta de Nancy Fraser retomada por Morán (2015) y en la investigación de Miano (2002) para el caso juchiteco.

De este modo, fue que llegué a la construcción de mi pregunta de investigación: ¿cómo las relaciones de dominación simbólica articulan, modelan y afectan el proceso salud-enfermedad-atención de mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense? Las relaciones de dominación simbólica en mi investigación dan cuenta, principalmente, de la dominación de género, aunque también de las relacionadas étnico-raciales.

Mi objeto de estudio, que se desprendió de los efectos de las relaciones de dominación simbólica que articulan, modelan y afectan el proceso salud-enfermedad-atención, es el conjunto de experiencias de discriminación de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

El problema planteado, en consecuencia, es el de la dominación simbólica en su articulación con el proceso salud-enfermedad-atención y que incluye, como parte de dicho proceso, 1) la inserción social de las mujeres transgénero observable en el proceso de trabajo

y 2) las respuestas y las resistencias que construyen, individual o colectivamente, ante la dominación simbólica.

Los objetivos general y particulares, bajo este orden de ideas, dan cuenta de mi planteamiento del problema, lo que me permitió configurar, posteriormente, la guía de entrevistas que utilicé para conocer las experiencias de las ocho mujeres transgénero entrevistadas.

2.4.1 Objetivo General.

Analizar cómo las relaciones de dominación simbólica articulan, modelan y afectan el proceso salud-enfermedad-atención de mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

2.4.2 Objetivos Particulares.

Conocer las experiencias de discriminación de mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense producto de la transgresión a los estereotipos de género en su vínculo con la salud física y la salud mental.

Ubicar los procesos de inserción social de las mujeres transgénero, particularmente los asociados al proceso de trabajo, y sus implicaciones en el proceso salud-enfermedad-atención.

Identificar las estrategias que las mujeres transgénero construyen ante las relaciones de dominación simbólica y cómo éstas impactan en el proceso salud-enfermedad-atención como respuesta individual o respuesta colectiva.

3. Aproximación Teórica

3.1 Salud Colectiva y Mujeres Transgénero de la Huasteca Hidalguense

López et al. (2008) señalan que los ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple (clase social,¹⁰ género, etnicidad) son expresiones de las relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas observables en desigualdades sociales. La explotación económica y la dominación simbólica, en consecuencia, configurarían la salud y la enfermedad de los grupos sociales una vez que se apropian inequitativamente de la riqueza (explotación económica) y naturalizan aspectos de la vida social para legitimar el ejercicio del poder (dominación simbólica).

En cuanto constructos socioculturales históricamente determinados, el género y la sexualidad están inmersos en relaciones de poder asimétricas productoras de privilegios y de exclusiones. Estas últimas dispuestas contra aquellas personas y grupos que no se ajustan, o abiertamente disienten, del orden normativo que las sociedades imponen para el ejercicio de la sexualidad y para el mandato de género. Los privilegios y las exclusiones del género y de la sexualidad forman parte de un entramado histórico más amplio en el que modernidad/colonialidad han construido un sistema racializado y explotador. Esta situación, analizable desde la perspectiva de la interseccionalidad (Lugones, 2008), si bien complejiza el lugar que los sujetos y los grupos sociales ocupamos en las estructuras sociales

¹⁰ La salud colectiva construye su fundamentación teórica desde la perspectiva materialista histórica y gramsciana. Para Harnecker (1976), quien parte de una mirada tradicional del materialismo histórico, las clases sociales “son grupos sociales antagónicos en que uno se apropia del trabajo del otro a causa del lugar diferente que ocupan en la estructura económica de un modo de producción determinado, lugar que está determinado fundamentalmente por la forma específica en que se relaciona con los medios de producción” (Harnecker, 1976, p.114).

contemporáneas, nos ayuda a entender con mayor precisión los perfiles de salud, de enfermedad y de muerte si contextualizamos de manera cuidadosa las realidades concretas de los grupos sociales.

La discriminación en contra de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense se sustenta, principalmente, en relaciones de dominación vinculadas al sistema de género y al control de la sexualidad. La transgresión al binarismo de género, incluyendo los estereotipos asociados a lo femenino que ellas mismas reproducen, y el asumir políticamente una homosexualidad que, en principio, resulta disidente, escapan de la normativa del sistema de género. El lugar devaluado que como grupo social ocupan en la estructura social a razón de su expresión de género y de su orientación sexual, limita sus oportunidades de inserción laboral complejizando, todavía más, la exclusión social de la que son parte. La tipología de trabajos remunerados reportada por las entrevistadas es limitada y, en buena parte, estereotipada como actividades de lo tradicionalmente considerado como homosexual y femenino (Enguix, 2000). De este modo, la exclusión por género y orientación sexual se articula a la clase social entendida ésta desde la perspectiva relacional de Erik Olin Wright (2011) donde las relaciones de clase determinan el acceso a diferentes recursos económicamente relevantes y constituyen relaciones de poder sobre recursos y actividades económicas. Además, las relaciones de clase involucran la explotación y la alienación: la explotación porque los frutos del trabajo y el esfuerzo de un grupo de personas son apropiados por otro grupo de personas; y la alienación porque las personas pierden el control sobre su conducta y sobre el propósito de sus vidas. Wright, desde este enfoque marxista analítico, reconoce que las relaciones de clase/relaciones de poder son multi-dimensionales y complejas en cuanto a restricción para el acceso a recursos y a actividades económicas.

Además del género, de la sexualidad y de la clase social, la etnicidad¹¹ y el racismo¹² forman parte de la compleja estructura social en la que se ubica el grupo social estudiado. En la comunidad nahua de Chililico, y en el municipio nahua de Atlapexco, a las mujeres transgénero se les otorga un papel socialmente valorado en la festividad del *Xantolo*, particularmente en sus danzas, sin que ello signifique que fuera de la ritualidad la situación de discriminación por expresión de género (Alcaraz y Alcaraz, 2008), en las comunidades indígenas de la Huasteca Hidalguense, no esté presente de modo constante y cotidiano. Sin embargo, y como fue constatado a través de esta investigación, la discriminación cobra mayor fuerza en el espacio urbano y mestizo, inclusive en su dimensión institucional. Hasta hace pocos años, la policía municipal de Huejutla de Reyes extorsionaba, detenía, recluía y rapaba a mujeres transgénero que trabajaban en las cantinas de la ciudad bajo argumentaciones moralistas y transfóbicas.

En la región huasteca opera un complejo sistema interétnico regional donde los nahuas, grupo mayoritario en la región, ocupan un espacio intermedio entre los mestizos y el

¹¹ Para Stuart Hall (2010) el término etnicidad reconoce el lugar que juega la historia, el lenguaje y la cultura en la construcción de la subjetividad y de la identidad, al igual que el hecho de que todo discurso está localizado, posicionado, situado, y de que todo conocimiento es contextual. Etnicidad, para Hall, es el término que damos a los rasgos culturales —lenguaje, religión, costumbre, tradición, sentimiento “de lugar”— que son compartidos por un pueblo; son los puntos de apego que dan al individuo un sentido de “lugar” y de posición en el mundo, referidos ya sea a comunidades particulares, localidades, territorios, lenguajes, religiones o culturas. La cuestión de etnicidad, señala Hall, nos recuerda que todos venimos de algún lugar —aun si es sólo una “comunidad imaginada”— y que todos necesitamos algún sentido de identificación y pertenencia. Es, precisamente desde estos términos, que se plantea el concepto de etnicidad en esta investigación.

¹² Coincido con María Dolores París (2002) quien propone entender el racismo contemporáneo como una ideología que mantiene mecanismos de categorización y de exclusión para ejercer el poder sobre sectores subalternos. El racismo, desde esta perspectiva, opera como un pilar ideológico de los procesos de dominación en la medida en que legitima el predominio político de cierto grupo etno-racial a partir de su identificación con la nación. Potencia los procesos de explotación al permitir la estratificación laboral y la desvalorización de la fuerza de trabajo de ciertos sectores sociorraciales.

resto de las comunidades indígenas. La ideología racista¹³ en la Huasteca Hidalguense, como en el resto del país, ha profundizado la desigualdad social de los grupos indígenas. Y como ideología dominante, las representaciones naturalizadas de una presunta inferioridad racializada y/o culturizada ha impregnado tanto las percepciones mestizas sobre lo indígena, como las autopercepciones que buena parte de los indígenas de la región tienen sobre sí mismos y sobre otros grupos indígenas, situación que comenzó a resquebrajarse a partir de las experiencias que, desde finales del siglo XX, reivindican la lucha por la tierra a partir de la política de la etnicidad (Valle, 2003).

Algunas de las familias de las mujeres transgénero de esta investigación eran mestizas, otras habitaban en comunidades indígenas de la región huasteca, otras más, habían vivido en municipios indígenas¹⁴ previo a su proceso migratorio a la ciudad de Huejutla. En los núcleos familiares donde abuelos/abuelas y padres/madres hablaban náhuatl, a excepción de un caso, la lengua indígena no fue transmitida en el hogar. En las escuelas primarias de los municipios indígenas donde las mujeres transgénero estudiaron, la lengua utilizada -a contracorriente de la realidad lingüística local- era el español. Adicionalmente, las mujeres entrevistadas pertenecientes a estos núcleos familiares mostraron desinterés por aprender el náhuatl.

¹³ La ideología racista es un sistema de representaciones que se materializa en instituciones, en relaciones sociales y en una organización peculiar del mundo material y simbólico. La discriminación es una de las prácticas que refleja más claramente el imaginario racista. Consiste en un trato diferencial hacia ciertos sectores sociales definidos por rasgos culturales, biológicos o fenotípicos, reales o imaginarios (París, 2002).

¹⁴ La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas cataloga como “municipio indígena” a los municipios donde la población indígena representa el 40% o más de la población total municipal (CDI/PNUD, 2010).

El desdén por la enseñanza y por el aprendizaje del náhuatl refleja el racismo institucional del sistema educativo mexicano que impuso, prácticamente desde la formación de México como proyecto de Estado-nación,¹⁵ un modelo monolingüe castellanizador cercano al etnocidio (Nahmad, 1982) y un bilingüismo substractivo¹⁶ donde las lenguas originarias jugaron el papel de simples auxiliares para la enseñanza de la que hasta 1992 era reconocida, constitucionalmente, como la única lengua nacional (Hamel et al., 2004). Además, el rechazo a enseñar y aprender la lengua náhuatl, referido por las mujeres transgénero, nos habla de la introyección del desprecio de elementos culturales propios como parte del proceso histórico de dominación étnica.

La incorporación de la ideología hegemónica desde la subalternidad también se observa en la reproducción de aspiraciones occidentalizadas en torno a la mercantilización del cuerpo¹⁷ y de la sexualidad¹⁸ en las prácticas sociales de las mujeres transgénero. Por

¹⁵ Coincido con Luis Villoro sobre la caracterización de Estado-nación como invención occidental que nace de la imposición de los intereses de un grupo sobre los múltiples pueblos y asociaciones que coexisten en un territorio para el ejercicio del dominio político. El Estado-nación es homogéneo en lo interior y excluyente hacia el exterior (Villoro, 1998).

¹⁶ El bilingüismo substractivo hace referencia a la sustitución de una lengua por otra a diferencia del bilingüismo aditivo donde dos o más lenguas se suman y se enriquecen mutuamente (Lambert, 1974).

¹⁷ Para Urrego y Betancur (2017), el cuerpo/mercancía es una producción capitalista y posmoderna que considera la construcción de un cuerpo como relación simbólica que tiene valor de cambio. Es decir, la relación cuerpo/mercancía/mercantilización en la producción corporal moderna evidencia el reinado del cuerpo cosificado. El cuerpo no está emancipado, sino que se refuncionaliza en el despliegue e instalación de una competición. Por lo tanto, es un cuerpo sujeto a unos parámetros estructurales impuestos por el sistema económico capitalista y por la economía de mercado que presume unos fines materialistas y demostrativos.

¹⁸ Mercantilización (Ibáñez, 2014) de la sexualidad implica la aplicación al campo de la sexualidad de esquemas mercantiles expresados en términos de oferta y de demanda, de costos y de beneficios, de rentabilidad y de utilidad. La mercantilización pretende alcanzar todos los ámbitos no económicos, situación que el propio Foucault (2007) señaló en Nacimiento de la Biopolítica al caracterizar la racionalidad gubernamental del neoliberalismo estadounidense como una forma de generalizar la forma económica del mercado a todo el sistema social que, normalmente, no está sancionado por intercambios económicos.

ejemplo, en el certamen Nuestra Belleza Gay Huejutla las concursantes reproducen estereotipos corporales hipersexualizados, escenifican una versión folclorista de lo étnico en el desfile de trajes típicos y, algunas de ellas, son presentadas con nombres asociados a diseñadoras de moda o a personajes acaudalados de telenovelas mexicanas.

El racismo en México ha legitimado la ideología política y económica de las élites simbólicas blancas (Van Dijk, 2007), incluyendo la emulación de criterios estéticos europeos y blanco-norteamericanos (París, 2002) como modelos a seguir. En cuanto sistema ideológico, el racismo -originado en el colonialismo,¹⁹ la modernidad²⁰ y el capitalismo²¹- justificó las relaciones de dominación y de explotación en contra de pueblos y de comunidades indígenas a partir de políticas diferencialistas en la época colonial, y de políticas asimilacionistas en la época independiente. El Estado naciente del siglo XIX, y particularmente el postrevolucionario, pretendió construir un nacionalismo²² basado en el

¹⁹ El colonialismo hace referencia a la constitución geopolítica y geohistórica de la modernidad occidental europea en dos sentidos: 1) como configuración económica y política del mundo moderno y 2) como espacio intelectual que justifica tal configuración a partir de la filosofía, de la religión, de la historia antigua y de las ciencias sociales modernas (Mignolo, 1995).

²⁰ La modernidad, para Antonio Negri (2015), es: 1) definición y desarrollo de un pensamiento totalizador que asume la creatividad humana y colectiva para reintegrarlas en la racionalidad instrumental del modo de producción capitalista del mundo; 2) negación de cualquier posibilidad de que la multitud pueda expresarse como subjetividad; 3) negación de la potencia de la multitud en lo político para lo cual se construye una ciencia separada cuya tarea es el aislamiento de lo social respecto a lo político; y 4) lógica lineal que encauza la multitud de los sujetos hacia la unidad.

²¹ Capitalismo, desde la perspectiva de Bolívar Echeverría, es “una forma o modo de reproducción de la vida económica del ser humano: una manera de llevar a cabo aquel conjunto de sus actividades que está dedicado directa y preferentemente a la producción, circulación y consumo de los bienes producidos” (Echeverría, 1991, p.474-5).

²² Natividad Gutiérrez Chong (2012) señala que el nacionalismo oficial en México se constituyó como proyecto estatal a largo plazo para intentar construir una nación uniformada en lo cultural y en lo lingüístico mediante políticas e instituciones de integración.

mestizaje y en la urgencia de asumir como propia la modernidad occidental (Sánchez-Guillermo, 2007).

En síntesis, el complejo entramado de la exclusión de las mujeres transgénero en cuanto grupo social, tiene su fundamento medular en las relaciones de dominación de género, las cuales operan como procesos de determinación social de la salud e impactan en el acceso limitado y estereotipado al mercado laboral. La inserción acotada del grupo al proceso económico amplio se traduce en una apropiación desigual de los bienes, satisfactores y beneficios producidos socialmente (López y Blanco, 2003), situación que profundiza la desigualdad social del grupo en un contexto sociocultural marcado por relaciones históricas de explotación económica y de dominación étnica.

El proceso salud-enfermedad, entendido como el modo en que un grupo social específico se relaciona con el resto de los grupos en el proceso de trabajo de la sociedad (Laurell, 1982), se ve afectado por los procesos de determinación social. En este sentido, las relaciones de dominación de género operan como determinación social sancionando la transgresión al mandato de género. La sanción, materializada en discriminación, restringe el acceso de las mujeres transgénero al espacio laboral. Si bien es cierto que como grupo no constituyen una clase social, podemos afirmar que su relación con otros grupos sociales en el proceso de trabajo es desventajosa, particularmente con aquellos grupos que gozan de mayor prestigio en el sistema de género, de mayor beneficio en el proceso de explotación y de apropiación del capital y de mayor estatus en la estructura étnico-racial regional y nacional.

No es casual, en consecuencia, que las condiciones de desarrollo de las comunidades indígenas en la región huasteca asuman formas subordinadas una vez que las inserciones de las comunidades en el proceso global (Laurell, 1994) son de absoluta desventaja. Estas condiciones de desarrollo subordinadas se producen por la discriminación histórica configurada desde el periodo colonial, por la ideología racista del nacionalismo mexicano y por las prácticas contemporáneas de una élite política y empresarial que responde a intereses supranacionales, en el contexto de la globalización, y que impone una agenda neoliberal basada en el despojo, en la explotación y en el exterminio (López et al., 2008).

No toda desigualdad social puede explicarse como efecto directo de la explotación económica. En los procesos de discriminación no vinculados a la clase social, por ejemplo, las relaciones de dominación simbólica configuran la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención de los grupos discriminados. Este ejercicio de poder construye categorizaciones de inferioridad, en algunos casos recurriendo a la naturalización de lo social, para así legitimar el espacio de prestigio de los grupos dominantes. La discriminación, ciertamente, limita el acceso a los derechos y a las oportunidades de los grupos discriminados e impacta negativamente en su reproducción social; sin embargo, es el mecanismo de discriminación en sí mismo, y la ausencia de respuestas para combatirlo, lo que afecta la inserción de los grupos sociales discriminados en el proceso productivo. En el caso de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense, la dominación simbólica opera previamente a la explotación económica: primero coloca al grupo transgresor en una posición social de desprestigio y, posteriormente, delimita y dispone espacios reducidos para su inserción laboral.

La dominación de género, como anteriormente señalé, opera como determinación social y afecta el proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense limitando sus condiciones de desarrollo. Ante la relación de dominación, emergen resistencias a nivel individual y a nivel colectivo, las cuales van desde el decidir afrontar de manera directa a los agresores que, en las escuelas primarias y en las escuelas secundarias, se burlaban de ellas por distanciarse de lo socialmente considerado como masculino; hasta el emitir, en el contexto de los certámenes de belleza, discursos de reivindicación política críticos de la patologización de la homosexualidad. Por otro lado, emergen respuestas individuales y colectivas donde ellas mismas reproducen elementos de la ideología de la dominación de género, de un colonialismo interno de larga duración²³ y de la mercantilización del cuerpo y de la sexualidad.

Para Eduardo Menéndez (1994) el proceso salud-enfermedad-atención opera de manera estructural, aunque de forma diferenciada, en toda sociedad y en todos sus conjuntos sociales estratificados. Dichos conjuntos generarían representaciones y prácticas, además de tener la capacidad y la posibilidad de estructurar saberes para enfrentar, convivir, solucionar y erradicar los padecimientos. De ahí que el autor proponga analizar la significación social, económico-política e ideológica que adquiere el proceso salud-enfermedad-atención para la producción y la reproducción biosocial de los conjuntos sociales (Menéndez, 1994). Desde

²³ Silvia Rivera Cusicanqui reformula el concepto “colonialismo interno” y lo analiza, en el contexto boliviano, como una modalidad de las estructuras coloniales de larga duración donde el patriarcado forma parte esencial. Define al colonialismo interno como “conjunto de contradicciones diacrónicas de diversa profundidad, que emergen a la superficie de la contemporaneidad, y cruzan, por tanto, las esferas coetáneas de los modos de producción, los sistemas político estatales y las ideologías ancladas en la homogeneidad cultural” (Rivera, 2010, p.36).

esta perspectiva, el reconocer la importancia de las representaciones, de las prácticas, de las significaciones y de la atención para enfrentar y erradicar padecimientos acentúa la “capacidad de actuar”²⁴ de los grupos o conjuntos y aporta, al concepto originario “proceso salud-enfermedad” de la medicina social latinoamericana, la dimensión de las respuestas y de las resistencias al mismo nivel que la explicación materialista histórica sobre los perfiles diferenciados de salud, de enfermedad y de muerte. El concepto salud-enfermedad-atención, por tanto, nos da mayores posibilidades de análisis para entender las experiencias de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

Las relaciones de hegemonía/subalternidad -propuestas por Menéndez para un análisis en términos ideológico culturales- caracterizan el proceso histórico en el que se desarrolla el proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres transgénero y, como señala el autor, es en dicho proceso donde se construyen las causales específicas de los padecimientos, de las formas de atención y de sus significados o sistemas ideológicos (Menéndez, 1994).

²⁴ Giovanni Pizza señala que el término *agency*, incorporado a los estudios de la antropología del cuerpo desde finales del siglo pasado, subraya la necesidad de tomar en cuenta la “capacidad de actuar” de las personas en la investigación de los procesos socioculturales. Observa la necesidad de analizar no sólo a las modalidades a través de las cuales los seres humanos son construidos socialmente, sino también los modos mediante los que éstos construyen la sociedad con sus prácticas. De esta manera, la noción de *agency* daría cuenta de la capacidad de actuar de las personas para modificar las estructuras sociales y políticas y, al mismo tiempo, de qué manera tales estructuras tienden a influir, condicionar o dominar la capacidad de los sujetos. Según Pizza, la noción de *agency*, “al alejarse de las teorías basadas en un rígido determinismo social y cultural de los comportamientos humanos, impulsa a redescubrir la aportación crítica de Antonio Gramsci sobre la relación entre conocimiento y “praxis” en los procesos de transformación de la cultura y de la sociedad” (Pizza, 2005, p. 18).

La discriminación contra las mujeres transgénero se entiende, además, como parte de lo que Menéndez (1994) define como control social e ideológico de la enfermedad, de los padecimientos y de los daños. Este mecanismo opera a niveles macrosocial y microsocioal, de manera generalizada, y se puede observar en tres procesos: 1) las significaciones negativas colectivas de ciertos padecimientos, 2) la necesidad de estigmatizar y controlar comportamientos y 3) la creación de instituciones que se harían cargo tanto de las significaciones negativas como de los controles colectivos técnicos y socioideológicos.

Finalmente, Menéndez afirma que su propuesta relacional no coloca prioritariamente el eje de análisis en las condiciones de estratificación social entendidas exclusivamente en términos económicos, “sino que asume la existencia de toda una serie de diferenciaciones que aparecen en los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios” (Menéndez, 1994, p.73). Parto de esta perspectiva para afirmar, una vez más, que la dominación simbólica opera previamente, aunque de manera articulada, a la explotación económica en el caso de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense. La dimensión simbólica opera, además, de modo diferenciado. Si bien como grupo social comparten la discriminación por expresión de género y por orientación sexual, la diferencia más notoria radica en su origen mestizo o indígena y, en menor grado, en la cuestión etaria, en la incorporación de la ideología católica y en los recursos materiales (subsistencia) y simbólicos (prestigio) de los que disponen sus familias.

3.2 La Construcción Social del Género y de la Sexualidad

A pesar de que el debate académico sobre la diferencia entre sexo, género y sexualidad sigue abierto, parto del hecho de que tanto género como sexualidad son constructos sociales atravesados por intencionalidades de control político y, al mismo tiempo, nociones útiles para analizar la realidad social al igual que sexo. La discusión sobre el carácter exclusivamente natural o eminentemente cultural del sexo, desde mi perspectiva, no es lo sustantivo en cuanto al sexo, sino la instrumentalización del sexo como dispositivo de poder. Considero que el sexo tiene un sustrato natural y, al mismo tiempo, una carga simbólica que no es género en cuanto par dicotómico, sino es el propio sexo simbolizado sobre el cual se construyen, al igual que sobre género y sobre sexualidad, las relaciones de hegemonía y subordinación de la dominación masculina (Bourdieu, 2000). Coincido, además, con aquellas voces que apelan a la interseccionalidad entre raza, clase social, género y sexualidad para entender con mayor precisión cómo opera el mecanismo social de la desigualdad.

Teresa Aguilar (2008) señala que, originalmente, el género fue definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género). Género aludía a los aspectos psico-socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social, mientras que sexo se restringía a las características anatómicas y fisiológicas que distinguen al macho y a la hembra de la especie humana. Por su parte, Garduño y Granados (2015) reconocen la existencia de una estructura binaria, exclusivamente heterosexual, donde se desarrolla la cultura dominante de género. La oposición binaria de lo masculino y de lo femenino conlleva unicidad, por tanto, las diferencias entre varones y mujeres, bajo esta

lógica binaria, resultan complementarias. Incorporo “cultura dominante de género” en los términos planteados por estos autores.

John Money, en 1955, propuso el término “rol de género” para describir el conjunto de conductas atribuidas a las mujeres y a los varones. El rol de género o identidad de género, para este autor, se adquiriría por mecanismos similares a los de la adquisición del lenguaje. En 1968, Robert Stoller acuña una nueva terminología para diferenciar el “sexo físico” del “sexo psicológico” una vez que los psicoanalistas observaban que la identidad sexual de sus pacientes homosexuales y transexuales no tenía correspondencia con sus genitales. Para Stoller, los términos adecuados para sexo eran varón y hembra, los correspondientes para género eran masculino y femenino. La distinción sexo-género fue planteada desde la sociología por Ann Oakley, en 1972, al atribuir al sexo las diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres y, al género, las pautas de comportamiento culturalmente establecidas en el ámbito de lo femenino y lo masculino (Aguilar, 2008).

El feminismo de la igualdad y el feminismo de la diferencia, desde mediados de la década de los años sesenta y hasta mediados de la década de los años ochenta, disputaron diferencias políticas en torno a la conceptualización de género. Para el feminismo de la igualdad, la diferencia de género era considerada como parte del sexismo, proponía que hombres y mujeres fueran medidos con el mismo parámetro y con una participación y distribución de los bienes sociales equitativa. En contraste, para el feminismo de la diferencia la minimización de la propia diferencia de género era androcéntrica y asimilacionista, propugnaba por reconocerla y reevaluar la feminidad. Viveros (s/f) señala que ambas corrientes aportaron al debate argumentos pertinentes: la primera en cuanto a su lucha por la

redistribución de los recursos sociales y, la segunda, en cuanto a la necesidad de entender el sexismo desde el androcentrismo. Sin embargo, el principal problema de ambas perspectivas era que partían de universales y opacaban, por tanto, las múltiples formas de subordinación de las mujeres como aquellas relacionadas a cuestiones étnico-raciales, de clase social y de orientación sexual.

En 1975, Gayle Rubin define en su artículo "El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo" el concepto "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, 1986, p.97). En un trabajo posterior, publicado en 1984 y titulado "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad", Rubin (1989) reconoce que en su propuesta de sistema sexo/género no distinguió deseo sexual y género, tratando a ambos como modalidades del mismo proceso social. Señala, además, que el desarrollo del sistema sexual occidental se ha producido en el contexto de las relaciones entre géneros donde la ideología sexual moderna atribuye el deseo a los hombres y la pureza a las mujeres excluyéndolas, hasta cierto punto, del sistema sexual. Género y sexo, desde este enfoque renovado de Rubin, constituyen la base de dos áreas distintas de la práctica social. El género y la sexualidad, por tanto, deben ser analizadas de manera separada ya que la sexualidad no es una simple derivación del género (Rubin, 1989).

Incorporé para el presente estudio la propuesta de Rubin (1989) sobre sexualidad y sobre "el sistema jerárquico de valor sexual" que las sociedades occidentales modernas implementan para evaluar los actos sexuales. Desde este sistema, es posible acercarnos al

análisis de la dimensión relacionada al deseo y a la sanción por el deseo en las experiencias de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense. En el sistema propuesto por Rubin se encuentran, en la cima de la pirámide erótica, los heterosexuales reproductores casados. Justo debajo, los heterosexuales monógamos no casados y agrupados en parejas, seguidos de la mayor parte del resto de los heterosexuales. Las parejas estables de lesbianas y gays estarían al borde de la respetabilidad, pero los homosexuales y lesbianas promiscuos se ubicarían justo por encima de los grupos situados en el fondo de la pirámide. Las “castas” sexuales más despreciadas incluirían a transexuales, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabajadores del sexo y, la más baja de todas, aquellos cuyo erotismo transgrede las fronteras generacionales (Rubin, 1989).

Para Gayle Rubin (1989), la sexualidad es política y está organizada en sistemas de poder que alientan y recompensan a algunos individuos y actividades, mientras que castigan y suprimen a otros. La sexualidad posee su propia política interna, sus propias desigualdades y sus formas de opresión específica. Al igual que ocurre con otros aspectos de la conducta humana, las formas institucionales concretas de la sexualidad en cualquier momento y lugar dados, advierte Rubin, son productos de la actividad humana.

Desde el feminismo radical, Monique Wittig (1980) y Adrienne Rich (1980) marcan distancia con el feminismo de la diferencia que asume los postulados del determinismo biológico y aboga por la diferenciación sexual de los sexos. Wittig define sexo y género como construcciones sociales y considera a las actividades asociadas a lo femenino como elementos coercitivos que condicionan socialmente a las mujeres. La heterosexualidad, para Wittig, es un dictamen institucionalizado en el matrimonio y útil al sistema de producción

capitalista. Por su parte, Rich postula que la heterosexualidad obligatoria es la base de la opresión de las mujeres, sostiene que tanto el sexo como la raza son formaciones imaginarias con efectos de producción de realidad, permitiendo así que se conciba el cuerpo como anterior y previo a toda construcción.

Retomé el concepto “heterosexualidad obligatoria” de Rich para el análisis de la discriminación contra las mujeres transgénero, así como las propuestas de Michael Warner (1993) sobre heteronormatividad y la de Garduño y Granados (2015) sobre heteronormatividad. En el primer caso, heteronormatividad es definida como aquellos procesos normalizadores “que mantienen la heterosexualidad como la forma elemental de asociación humana, como el modelo de las relaciones entre los géneros, como la base indivisible de toda comunidad y como los medios de reproducción sin los cuales la sociedad no existiría” (p.21). Garduño y Granados (2015) señalan que:

El modelaje de los cuerpos a la estructura hetero y a la oposición binaria de los géneros se instrumenta mediante tecnologías disciplinarias que en su conjunto se denominan hetero-normatividad e imponen la visión jerárquica de aquello que se identifica como masculino sobre lo femenino (...) (p.180)

En la obra *La Dominación Masculina*, Pierre Bourdieu (2000) apunta, desde su teoría materialista de la economía de los bienes simbólicos, que la preeminencia universalmente reconocida a los hombres se afirma en la objetividad de las estructuras sociales y de las actividades productivas y reproductivas, y dicha preeminencia se basa en una división del

trabajo de producción y de reproducción biológico y social que confiere al hombre la mejor parte. Además, reconoce la historicidad de las estructuras de dominación:

(...) son el producto de un trabajo continuado (histórico por tanto) de reproducción al que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela, Estado. (Bourdieu, 2000, p.50)

Por su parte, Sherry Ortner y Harriet Whitehead proponen que las estructuras de mayor relevancia para la elaboración cultural del género en cualquier sociedad determinada son las estructuras de prestigio,²⁵ las cuales pueden ser vistas desde el orden político-económico.

Para Ortner y Whitehead (2013):

(...) muchos aspectos de las concepciones particulares en torno a los sexos, la sexualidad y otros temas semejantes cobran sentido si se les interpreta como procedentes de la perspectiva de los actores, quienes actúan de acuerdo con las reglas y mecanismos que rigen la diferenciación del estatus en su sociedad (...), la construcción del sexo y del género tiende en todas partes a establecerse de acuerdo

²⁵ Para Ortner y Whitehead (2013), las estructuras de prestigio designan a los conjuntos de posiciones o niveles de prestigio que resultan de la aplicación de una línea particular de valoración social, de los mecanismos por medio de los cuales los individuos y grupos alcanzan determinados niveles o posiciones, y de las condiciones generales de reproducción del sistema de estatus.

con las consideraciones en torno al prestigio que hacen los actores masculinos socialmente dominantes. (p.150)

El sistema de género, para las autoras, implica una estructura de prestigio en sí misma. Las elaboraciones en torno al género dependerían, en parte, de los modos en que la acción masculina orientada al prestigio se articule estructural y funcionalmente con las estructuras de relación entre los sexos.

Incluí la propuesta de Bourdieu para analizar las relaciones de dominación de género y la situación de limitación laboral de las mujeres transgénero que interpreto, en ambos casos, como parte de la sanción social por desacato al orden de género y a la heterosexualidad obligatoria. Incorporé, además, la noción de estructuras de prestigio de Ortner y Whitehead en cuanto a reglas y mecanismos de estatus.

Para Joan Scott (2013), el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y, a su vez, es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Desde la perspectiva de Scott, el género comprende cuatro elementos interrelacionados: 1) símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; 2) conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos expresados en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman el significado de varón y mujer, masculino y femenino; 3) instituciones y organizaciones sociales como el parentesco, el mercado de trabajo, la escuela o la política; y 4) la identidad subjetiva. Rescato, de la propuesta de Scott, los cuatro elementos que propone para comprender al género, particularmente la normatividad.

El concepto de identidad sexo-genérica, propuesto por Óscar González (2016) en su análisis de las identidades no occidentales, interculturales y/o resistentes a la colonización, cuestiona las estrategias de construcción identitaria del autodenominado movimiento LGBTTTI,²⁶ o de la diversidad sexual, una vez que su nominación diluye el sustrato político al subrayar exclusivamente el componente sexual de las identidades. Para González (2016) el concepto “identidades sexo-genéricas” visibiliza políticamente la relación sexo-sexualidad-género y evita la imposición de nomenclaturas de pretensiones universales. Reflexioné desde este concepto en el análisis de los resultados, a pesar de haber utilizado el término “transgénero” para referirme a las protagonistas de esta investigación. Sin embargo, dicho uso descansa en la plasticidad que Roen (2002) le otorga a transgénero que coincide con los vaivenes en las definiciones identitarias de las entrevistadas quienes incorporan el término “gay” para referirse a identidad de género femenina y a orientación sexual homosexual.

Por expresión de género hago referencia a la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten asociar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones que cada sociedad considera propios para cada género en un momento histórico determinado. Tal expresión puede o no coincidir, puede aproximarse o alejarse, de los códigos socioculturales respectivos (Alcaraz y Alcaraz, 2008).

²⁶ Lésbico, gay, bisexual, travesti, transgénero, transexual e intersexual.

3.3 El Control Social de la Sexualidad y la Batalla Conceptual por la Homosexualidad, el Travestismo, la Transgeneridad y la Transexualidad

Así como el género, la sexualidad está sujeta a una construcción social que sólo puede ser comprendida en contextos culturales e históricos específicos. Michel Foucault (1999) en el primer tomo de Historia de la Sexualidad plantea que los seres humanos no siempre vivimos, comprendimos y asumimos la sexualidad como actualmente sucede. El filósofo francés advierte que la represión sexual, que se incrementa a partir del siglo XVII, ha sido el modo fundamental de relación entre poder, saber y sexualidad. Previo al siglo XVIII el sexo existía como atributo, como una actividad y una dimensión de la vida humana; posteriormente, el sexo se establece como una identidad que intenta ser regulada para asegurar la reproducción de la vida. La Europa moderna de aquella época, señala Foucault, operó negativamente imponiendo límites, restricciones y prohibiciones a través de leyes jurídicas que se transformarían en instancias de poder productivo que generarían identidades para ser controladas, garantizando el crecimiento de los regímenes regulatorios y convirtiendo a la heterosexualidad en natural. A partir del siglo XVIII, cuatro grandes conjuntos estratégicos despliegan dispositivos de saber y de poder en torno al sexo: a) la histerización del cuerpo de la mujer, b) la pedagogización del cuerpo del niño, c) la socialización de las conductas procreadoras y d) la psiquiatrización del placer perverso:

El instinto sexual fue aislado como instinto biológico y psíquico autónomo; se hizo el análisis clínico de todas las formas de anomalías que pueden afectarlo; se le prestó un papel de normalización y patologización de la conducta entera; por último, se buscó una tecnología correctiva de dichas anomalías. (Foucault, 1999, p.128).

Estas preocupaciones de control de la sexualidad, durante el siglo XVIII, arrojaron la separación de la “medicina del sexo” de la medicina general del cuerpo al siglo siguiente. La “medicina del sexo” aisló un instinto sexual susceptible de presentar “anomalías constitutivas, desviaciones adquiridas, dolencias o procesos patológicos” (Foucault, 1999, p.143). La obra *Psychopathia Sexualis* (1844), del médico ruso Heinrich Kaan, inauguraría la nueva perspectiva medicalizante de la sexualidad al ofrecer una clasificación de enfermedades sexuales etiquetadas como desviaciones, aberraciones y perversiones que, posteriormente, sería ampliada por Krafft-Ebing.

En este contexto medicalizado de la sexualidad se acuña, en 1869, el término homosexual por el médico Karl-Maria Kertbeny. Sin embargo, ya otros conceptos habían nacido bajo la voluntad de nombrar a individuos, esencialmente varones, que sostenían relaciones sexuales con otros de su mismo sexo, como es el caso de las nociones pedófilo y uranista. El término pedófilo, elaborado por Claude François Michéa en 1849, aludía a “hombres afeminados” que buscaban relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo; mientras que uranista, propuesto por Karl H. Ulrich en 1860, describía a varones que tenían, de manera congénita e irreductible, un alma de mujer dentro de un cuerpo masculino (González, 2003).

Como señala Anahí Farji (2017, p.40), la fijación de las sexualidades periféricas en términos de perversiones fue justificada por la moderna teoría del dimorfismo sexual; es decir, por la existencia de dos sexos y dos géneros linealmente asociados. Las diferencias anatómico-sexuales y de género fueron concebidas de modo binario y antagónico. En consecuencia, bajo la idea de que existían formas de sexualidad patológica se encuentra la

presunción de la existencia de un sexo verdadero y una sexualidad “natural” y “normal”. Según dicho patrón, cualquier alejamiento de dichos esquemas representaría un desvío y un peligro para la naturaleza y para la sociedad.

En 1886, Richard Von Krafft-Ebing publicó un libro homónimo al de Heinrich Kaan: *Psychopathia Sexualis*. Krafft-Ebing parte del hecho de que los verdaderos varones serían masculinos y, sus deseos sexuales, se orientarían a las mujeres. En tanto, las verdaderas mujeres serían femeninas y, sus deseos sexuales, se orientarían a los varones. Diseñó, para ubicar a quienes perturbaran este orden, un cuadro de ambigüedad sexual marcado por el desvío y la perversión. Categorizó sadismo, masoquismo, fetichismo y antipatía sexual como parte de la perversión del instinto sexual producto de la excitabilidad de las funciones sexuales por estímulos inadecuados. Krafft-Ebing utilizó el término antipatía sexual para definir la atracción homosexual adquirida, la cual diferenciaba a partir de un continuum de menor a mayor gravedad expresado en cuatro grados: 1) reversión de la atracción sexual que incluía a la homosexualidad y al uranismo; 2) pérdida de masculinidad o feminidad; 3) transición hacia la ilusión de cambio sexual y 4) la ilusión de cambio de sexo. Consideró que la desviación tenía dos posibles etiologías, innata o adquirida, y diferenció entre el deseo por personas del mismo sexo y el deseo de pertenecer al otro sexo. La ilusión frente a una verdad sexual dada, presuntamente comprobable en la genitalidad, caracterizaba al deseo de vivir acorde a un género distinto al asignado (Farji, 2017).

Havelock Ellis, médico y psicólogo británico, escribió en 1897: *Inversión Sexual*. En esta obra emplea el concepto de homosexualidad para referirse a la atracción entre personas del mismo sexo. Las nociones “inversión sexo-estética” y “eonismo” las propuso,

respectivamente, en 1913 y 1920. Eonismo, a diferencia de homosexualidad, hacía referencia a individuos que se identifican con el sexo opuesto tanto en el uso de prendas como en sus gustos y características emocionales (Farji, 2017).

El médico alemán Magnus Hirschfeld publicó, en 1910, *Transvestites. The Erotic Drive to Cross Dress*. En este libro, como apunta Anahí Farji (2017), aparece la noción de travestismo desligada de la desviación sexual:

(Hirschfeld) creó una categoría clínica autónoma para referirse a personas que usan ropas del sexo opuesto, independientemente de la orientación de su deseo sexual hacia personas del mismo u otro sexo: el travestismo. Esta categoría se distanciaba de la indiferenciación entre sexo y género sostenida hasta el momento. Para este autor, el uso de ropas del sexo opuesto fue expuesto como un fin en sí mismo que configuraba una forma particular de subjetividad. Esta nueva categoría clínica hizo nacer un personaje autónomo, no ya subsumido indiferenciadamente a la noción de desviación sexual. (Farji, 2017, p.42)

En relación con la transexualidad, y siguiendo a Farji (2017), el término transexual, al igual que el de travestismo, fue creado por Magnus Hirschfeld. En 1910, este médico y activista utilizó el concepto de “transexual psíquico” para referirse a una modalidad particular de travestismo fetichista. Para esa fecha, todavía no se había construido una separación clínica entre “travestismo”, “transexualidad” y “homosexualidad”, todas estas experiencias se englobaban bajo la categoría de la desviación.

Hasta 1949, el término transexual aparecerá nuevamente en el escenario de la ciencia médica. David Cauldwell, psiquiatra estadounidense, buscó diferenciar lo que entendía como un pasatiempo excéntrico (utilizar prendas del sexo opuesto) de un sentido psicológico de pertenencia al sexo contrario donde se deseaba alterar rasgos físicos por la vía quirúrgica. A este último grupo lo llamó transexual. Diseñó, además, un continuum donde ubicó, en uno de sus extremos, “normalidad” y, en el opuesto, “transexualidad”. Entre los extremos colocó “travestismo” (Farji, 2017).

En 1953, Harry Benjamin, endocrinólogo alemán, retomó el término transexual a partir de sus estudios sobre el sistema endócrino. La técnica quirúrgica para la cirugía genital comenzaría, desde entonces, a tejer los cimientos de un dispositivo medicalizante de la transexualidad. Benjamin consideró, como única terapéutica posible, el tratamiento con hormonas sintéticas y la cirugía genital, desconsiderando el tratamiento terapéutico. Para Benjamin, el tratamiento se orientaría no a curar sino más a adaptar la corporalidad a la autorrepresentación (Farji, 2017).

En 1964, el psicoanalista Robert Stoller, como anteriormente señalé, había acuñado el concepto “identidad de género” para diferenciarlo del concepto “identidad sexual”. En el primer caso, Stoller hacía referencia al sentido subjetivo desarrollado por el hecho de pertenecer a uno u otro sexo y, en el segundo, la vinculación era con la eroticidad y la orientación sexual.

En 1966, Harry Benjamin publicó el libro *El Fenómeno Transexual*, situación que consolidó la categoría transexual al interior del campo clínico. La publicación de Benjamin,

como señala Farji (2017), estableció las bases para diagnosticar el “transexualismo verdadero”. Las intervenciones quirúrgicas y hormonales, a partir de ese momento, sólo debían ser realizadas al corroborarse la autenticidad del cuadro patológico. Se construyeron una serie de protocolos aplicados a mediados de 1960 en clínicas de identidad de género creadas en Estados Unidos y replicadas, posteriormente, en diversas partes del mundo. En 1973, el psiquiatra Norman Fisk definió a la transexualidad como “síndrome de disforia de género”, profundizando la consolidación de la patologización transexual.

La transexualidad, inevitablemente, fue incluida en dos manuales clínicos de referencia internacional: 1) el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría; y 2) la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. La transexualidad fue incorporada al DSM en 1980 y, al CIE, en 1978. Actualmente, la transexualidad aparece en la versión 5 del DSM, publicada en 2013, como “disforia de género” en sustitución de lo que el Manual consideraba “trastorno de identidad sexual”. Por “disforia de género” el Manual refiere: “distrés causado por la discrepancia entre la identidad de género de una persona y su sexo de nacimiento” (Martínez-Guzmán, 2014, p.27). En la CIE, versión 10, publicada en 1992, a la transexualidad se le considera todavía como “trastorno de identidad sexual” conceptualizándola como:

el deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, usualmente acompañado por una sensación de incomodidad con, o inadecuación de, el propio sexo anatómico, y un deseo de recibir cirugía y tratamiento hormonal para hacer al

propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido. (Martínez-Guzmán, 2014, p.27)

David Valentine (2007), en su obra *Imagining Transgender. An Ethnography of a Category*, elabora la genealogía de la categoría transgénero, acudiendo, entre otras fuentes, a Virginia Prince, Sandy Stone, Susan Stryker y Kate Bornstein. Para Valentine, la primera utilización del término *transgenderist* la realizó Virginia Prince a finales de la década de los años setenta. Prince, activista estadounidense, formuló el término para referirse a aquellas personas que vivían de forma íntegra en un género distinto al asignado al nacer sin el deseo de intervenir su genitalidad quirúrgicamente. Prince buscaba un término que visibilizara aquellas experiencias distintas a la transexualidad quirúrgica, que discutiera con las categorías médicas de la transexualidad y del travestismo.

Sandy Stone, en 1987, publicó *The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*. En su libro confronta al discurso médico y al feminismo como herramientas de regulación del sexo, del género y de los cuerpos transgénero. Stone analizó la trama de lo que denominó “paradoja trans”: si por un lado el deseo de ser reconocidos en el sexo/género elegido sustenta los marcos binarios existentes; por otro, cuestiona el mantenimiento mismo de ese sistema. Asimismo, para Stone el cuerpo transexual abre potencialidades intertextuales: desestabiliza el sistema sexo-género a través de la yuxtaposición de fragmentos y la reconstrucción de elementos de ambos géneros en nuevas e inesperadas geometrías (Stone, 1991).

Susan Stryker, en 1993, escribió *My Words to Victor Frankenstein. Above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage*. Se trataba de la adaptación textual de un acto performativo desarrollado como protesta frente a la reunión anual de la *American Psychological Association* (APA) en San Francisco. Para esta militante transgénero, el cuerpo transexual era un cuerpo no natural, sino producto de la ciencia médica, construcción tecnológica, carne desgarrada y cosida nuevamente en una forma diferente de aquella en la que nació. Stryker abogaba por un activismo transgénero en abierta oposición a las intervenciones de la medicina sobre los cuerpos y subjetividades transexuales, reivindicando, por el contrario, nociones de criatura, monstruo, y artificialidad. Debía denunciar que toda identidad sexo-genérica era una fabricación artificial y ficcional (Ferji, 2017, p.94).

Kate Bornstein, en 1994, lanzó el escrito *Gender Outlaw*. Este relato, basado en su propia experiencia, critica la gramática de la identidad transexual impuesta por el discurso médico. Para Bornstein, el estilo transgénero sería un género proscrito por encontrarse fuera de las leyes del género. Propone luchar por la experiencia de la desidentificación de las categorías hombre y mujer, como de las categorías gay y homosexual, como parte de una acción política sobre el cuerpo y sobre la identidad (Bornstein, 1994).

Para Roen (2002), la transexualidad está ligada a la posibilidad de transformaciones corporales en el binomio de la posición “una/otra”, incluyendo la posibilidad de la reasignación de sexo, mientras que transgénero apela a la transgresión afín a la idea “ambas/ninguna”. Es decir, el concepto de transgénero alude a una amplia plasticidad de género en la configuración identitaria de las y los sujetos en contraposición a la transexualidad.

Las primeras formulaciones del término transgénero se originaron desde el activismo y la academia. Resulta importante destacar que estas propuestas tienen un origen estadounidense -como buena parte del desarrollo de la teoría de género hegemónica sin desconocer la producción feminista postestructuralista francesa- que responden al carácter patologizante con el que se envolvió a la transexualidad, principalmente, desde la ciencia médica estadounidense. El término transgénero, como señala Valentine (2007), se convirtió en un término paraguas que incluyó toda una gama de prácticas e identificaciones que atravesaban las fronteras de los géneros binarios. A partir de la publicación de Sandy Stone, la categoría transgénero ingresó formalmente a la academia estadounidense inaugurando tanto la “teoría transgénero” como los “estudios trans”. Desde la década de los años noventa, hasta la actualidad, se ha formulado una amplia producción teórica, no ajena a tensiones epistemológicas, que ubicó a la transgeneridad como herramienta conceptual para elaborar una crítica al binarismo genérico. (Ferji, 2017, p.95).

Precisamente, ante la crítica al binarismo genérico del concepto transgénero, y por la plasticidad que Roen (2002) observa en dicha conceptualización, decidí utilizar transgénero para referirme a las protagonistas de esta investigación y consciente de que ellas mismas, a través de su desacato a lo masculino, reproducen paradójicamente rasgos del propio binarismo. El concepto transgénero no lo empleo en cuanto a identidad sexo-genérica inmutable y nacida desde las voces de las protagonistas, sino como término que engloba experiencias diversas de plasticidad de género, todas ellas distantes de lo socialmente considerado masculino, aunque bastante cercanas a lo socialmente considerado femenino. Además, y ante la ausencia de un término que las propias protagonistas utilicen para dar cuenta de un complejo de prácticas y autorrepresentaciones de género, que vaya más allá de

“gay” u “homosexual”, nociones circunscritas a la orientación sexual, consideré que transgénero podía funcionar como categoría de análisis, mas no cómo categoría para definir e imponer identidades desde el ámbito externo. “Mujeres transgénero”, en consecuencia”, más que dar cuenta de una realidad identitaria concreta, la incorporo como categoría analítica que me permite entender prácticas, representaciones, significados, proyectos y reproducciones que rebasan lo erótico y lo sexual, e impacta en la construcción de mujer.

En 1990, Judith Butler, una de las principales fundadoras de la teoría *queer*, publica *El Género en Disputa*. En esta obra la autora coloca a discusión los esencialismos y los supuestos heterosexistas de la teoría del género (Solana, 2011). Las reacciones a la propuesta de Butler generaron una serie de críticas desde distintas miradas feministas, algunos de éstas dirigidas a su noción de “repetición paródica” (Nussbaum, 1999); a su falta de rigurosidad histórica en cuanto a su lectura del feminismo marxista y del capitalismo contemporáneo (Fraser, 2000); a su intento de apropiación de las identidades transgénero en beneficio de sus propios proyectos teóricos de crítica al binarismo sexo/género (Namaste, 2000); entre otras.

Butler (2007), en *El Género en Disputa*, otorga un carácter subversivo al travestismo: “se burla del modelo que expresa el género, así como de la idea de una verdadera identidad de género” (Butler, 2007, p.267). La autora considera que el travesti altera la distinción entre la anatomía del “actor” y el género que se actúa. Observa, en los actos performativos del travestismo, tres dimensiones contingentes de corporalidad: sexo anatómico, identidad de género y “actuación” de género, las cuales cobrarían carácter disonante. Para Butler, el travestismo se construye de manera estratégica y genera, en su propia “dramatización”, el placer de la subversión:

En realidad, parte del placer, la frivolidad de la actuación, reside en la aceptación de una contingencia radical en la relación entre sexo y género frente a configuraciones culturales de unidades causales que suelen verse como naturales y necesarias. En vez de la ley de coherencia heterosexual vemos el sexo y el género desnaturalizados mediante una actuación que asume su carácter diferente y dramatiza el mecanismo cultural de su unidad inventada. (Butler, 2007, p.269)

Disiento del carácter subversivo, universal y occidentalizado con el que Butler caracteriza al travestismo. De hecho, la propia autora intenta retractarse de dicha caracterización en el prefacio, que diez años después escribe, a propósito de la segunda edición de su obra (Butler, 2007, p.27). Las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense, por ejemplo, no ejecutan dramatizaciones frívolas, planeadas como proyectos políticos para desestabilizar al género, responden y resisten desde los recursos culturales disponibles y de maneras contradictorias.

No coincido con los postulados de la teoría *queer*, a pesar de los importantes aportes que han generado en el debate académico en torno al género y a la sexualidad, una vez que otorgan excesiva importancia al individuo, dan exagerada capacidad de acción a los sujetos en sus decisiones sobre la sexualidad “y plantean escenarios de auto-construcción que son accesibles -material y simbólicamente- para muy pocas personas” (Martínez-Guzmán, 2014, p.31).

3.4 La Irrupción de la Interseccionalidad desde Nuestra América²⁷

Lugones (2008), en su artículo *Colonialidad y Género*, aborda la interseccionalidad entre raza, clase, sexualidad y género. Retoma los trabajos de la feminista nigeriana Oryuronke Oyewumi, y de la feminista indígena estadounidense Paula Allen Gun, para demostrar cómo las ideas de género y de raza fueron constructos coloniales para racializar y generizar a las sociedades. Oyewumi y Allen afirman que ni en las sociedades yorubas ni en los pueblos indígenas norteamericanos existió algo semejante al género de occidente que organizara, antes de la conquista, las relaciones intersubjetivas. El principio organizador se situaba en la edad cronológica, más que en lo biológico-anatómico-sexual. La colonización habría sometido a las mujeres a formas de relación de subordinación, dependencia y explotación sostenidas por varones colonizadores y, a su vez, por varones colonizados quienes habrían cedido para conservar parte del control de sus sociedades.

Lugones, para pensar la racialización de las relaciones sociales, retoma de manera crítica a Aníbal Quijano en su abordaje del vínculo capital-trabajo. La idea de raza (europeo vs no-europeo, hombres blancos vs pueblos indígenas) codificaría la división del trabajo en: 1) trabajo libre (asalariado) y 2) trabajo no libre (esclavitud y servidumbre). El trabajo asalariado, no pudo tener lugar sino a propósito del capitalismo, pero no pudo haberse sostenido sin el patriarcado y la heterosexualidad obligatoria (Alvarado, 2016). El lugar que como grupo social ocupan las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense en el proceso

²⁷ “Nuestra América” hace referencia a José Martí quien así denominaba a la América que es nuestra por origen, historia y productos culturales a diferencia de la que nos es ajena: Estados Unidos y Canadá. (Sobrevilla, 1999).

productivo ciertamente está definido en términos de género y de su consecuente heteronormatividad.

La interseccionalidad, según Lugones (2008), revela lo que no se ve cuando categorías como género y raza se conceptualizan separadas una de otra. Para arribar a una comprensión de la organización diferencial del género en términos raciales, considera imprescindible entender los rasgos históricamente específicos de la organización del género en el sistema moderno/colonial de género (Fabbri, 2014). Desde esta perspectiva, considero que la posición de distancia que las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense toman respecto a la pertenencia nahua, inclusive representando en pasarela el exotismo indumentario indígena de la región, refleja una construcción de género íntimamente ligada a lo racializado, no desde una reivindicación en términos de etnicidad, sino de un acercamiento a una posición de mujer occidentalizada y blanca con los privilegios imaginados y deseados en torno a dicha posición. La interseccionalidad, señala Alvarado (2016), desenmascara la alianza entre modernidad y colonialidad para poner al descubierto:

los feminismos que pregonan la “mujer”, es decir, que apelan a la lógica categorial para nombrarnos a cada una como si todas fuéramos “mujer”. No se trata de que “mujer” implique a mujer “y” blanca sino de que mujer es mujer-blanca. Lo que denuncia la interseccionalidad es la forma en la que la mujer fue sometida a un proceso de blanqueamiento que impuso la inseparabilidad de los términos. Mujer-blanca es una indivisible creación social que surge de la fusión entre occidente, colonia, raza, capital, heteronormatividad como componente constitutiva del sistema

implantado en el siglo XVI con la conquista en Nuestra América. Mujer es un efecto de la racialización del género. (Alvarado, 2016, p.22)

La categoría de género, para Lugones, es construida en el sistema moderno/colonial a partir del dimorfismo biológico como dicotomía varón/mujer y en la organización patriarcal y heterosexual de las relaciones sociales. La autora recurre a los estudios antropológicos de Paula Allen Gun, Pete Sigal y Michael J. Horswell que documentan la presencia de sujetos y prácticas distanciadas de la heteronormatividad occidental, previa llegada de los conquistadores al territorio americano, y durante la época colonial. Destaca, particularmente, la significación positiva que algunas comunidades indígenas otorgaban a los sujetos berdache,²⁸ y la existencia de la sodomía ritual en ciertos grupos nativos americanos. De ahí que Lugones afirme: 1) que la heterosexualidad característica de la construcción colonial moderna de las relaciones de género es producida y construida míticamente; y 2) que la heterosexualidad no está simplemente biologizada de manera ficticia, también es obligatoria y permea la totalidad de la colonialidad del género (Lugones, 2008).

Considero que el reconocimiento social a la participación de las mujeres transgénero en la ritualidad del *Xantolo*, en ciertas comunidades nahuas de la Huasteca Hidalguense, es una reminiscencia de una concepción mesoamericana del género y de la sexualidad distante

²⁸ Miano (2007), a partir de la literatura etnográfica, señala que en las culturas amerindianas de Norteamérica el berdache era un individuo, anatómicamente varón, que asumía hábitos, ocupaciones y comportamientos del otro sexo para realzar un cambio de estatus de género. Su estatus le concedía la capacidad, reconocida socialmente, para desempeñar tareas relativas a la mediación de matrimonios, a las prácticas mágicas, a la curación. Los berdache eran chamanes, curanderos, exorcistas, videntes, y ocupaban una posición central en las ceremonias, un lugar privilegiado en relación con todo lo que ponía en juego la dimensión simbólica.

de la perspectiva del binarismo de género impuesta por la modernidad/colonialidad; lo que no significa que coincida con Lugones cuando da a entender que el género no existía antes del colonialismo.

Rita Laura Segato (2011) construye una fuerte crítica a dos posturas feministas: la del feminismo eurocéntrico y, en su otro extremo, la de aquellas autoras, como María Lugones, que afirman la inexistencia del género en el mundo pre-colonial. El feminismo eurocéntrico, señala Segato, formula el problema de la dominación de género como universal y justifica el transmitir los avances de la modernidad en el campo de los derechos a las mujeres de los continentes colonizados desde una posición de superioridad moral (Segato, 2011).

A diferencia de estas dos posturas, Segato (2011) parte de evidencias históricas y relatos etnográficos que confirman la existencia de nomenclaturas de género en las sociedades tribales y afro-americanas. Identifica una organización patriarcal, diferente a la del género occidental, a la que llama de “patriarcado de baja intensidad”. En dichas sociedades existían estructuras reconocibles de diferencia, semejantes a las relaciones de género de la modernidad, que contenían jerarquías claras de prestigio entre la masculinidad y la feminidad.

Segato (2011) apunta que en pueblos indígenas como los warao de Venezuela, los cuna de Panamá, los guayaquís de Paraguay, los trio de Surinam, los javaés de Brasil y los del mundo incaico pre-colombino, así como en pueblos nativos norte-americanos y de las primeras naciones canadienses, además de los grupos religiosos afro-americanos, “incluyen lenguajes y contemplan prácticas transgenéricas estabilizadas, casamientos entre personas

que el occidente entiende como siendo del mismo sexo, y otras transitividades de género bloqueadas por el sistema de género absolutamente enyesado de la colonial modernidad” (Segato, 2011, p.14).

El colonialismo y la modernidad, afirma Segato (2011), modificaron el género de los grupos indígenas, intervinieron la estructura de relaciones en la “aldea” manteniendo la apariencia de continuidad, aunque transformando los sentidos al introducir un orden regido por normas diferentes. Los colonizadores no sólo hicieron la guerra contra los hombres colonizados, también negociaron con ellos, negociación que se mantuvo y se fortaleció en la “colonial modernidad”. La sexualidad se transformó, se introdujo una moralidad desconocida que redujo a objeto el cuerpo de las mujeres e inculcó, denuncia Segato (2011), la noción de pecado y de crímenes nefandos.

Segato contrasta dualismo y binarismo, distinción que ofrece perspectiva histórica para entender la organización del género en espacios colonizados: “En el mundo de la modernidad no hay dualidad, hay binarismo. Mientras en la dualidad la relación es de complementariedad, la relación binaria es suplementar, un término suplementa – y no complementa – el otro” (Segato, 2011, p.40).

En síntesis, Segato (2011) reconoce que siempre hubo jerarquía y relaciones de género como relaciones de poder y de prestigio desigual; sin embargo, con la intervención colonial estatal y el ingreso al orden de la “colonial modernidad”, la distancia opresiva se agrava y magnifica. La perspectiva de Segato, quien como Lugones ubica en el colonialismo y en la modernidad procesos históricos fundamentales para entender las relaciones de

dominación de género, pero sin desconocer género en el mundo pre-colonial como sí lo hace Lugones, me resultó útil para entender las diferencias de la dominación, a pesar de ser sutiles, entre los espacios urbanos y rurales en los que transitan las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense.

3.5 Discriminación y Discriminación por Orientación Sexual e Identidad Sexo-Genérica

Desde la salud colectiva, Garduño et al. (2011) señalan que la discriminación tiene fundamentos ideológicos sustentados en la interpretación biologizada de lo social y en las jerarquías establecidas en función de la productividad impuesta por el capital:

Respecto a la idea de que la creciente productividad permite la reproducción capitalista y que éste es el único modelo posible, se ubican los argumentos que discriminan a quienes no reúnen las características necesarias para generar las ganancias esperadas, así se excluye a las personas con alguna discapacidad, a los ancianos y en otros casos a las mujeres (...). (Garduño et al., 2011, p.307)

Las discriminaciones contra las mujeres y los homosexuales, advierten Garduño et al. (2011), están relacionadas con las expectativas de género que imponen, para lo femenino, características como la dulzura, la paciencia y la disponibilidad mientras que, para lo masculino, rasgos como la asertividad, la inteligencia y la fuerza.

Conuerdo con los autores quienes proponen, para el análisis de la discriminación, tomar en cuenta los fundamentos ideológicos y las jerarquías producidas por el capital. Las expectativas de género, sin duda, están vinculadas a las mujeres y a quienes construyen identidades sexo-genéricas al margen de la heteronormatividad.

Parto del hecho de que la discriminación es un mecanismo estructural de exclusión social. Este mecanismo discriminatorio produce conductas sistemáticas y culturalmente estandarizadas de desprecio social hacia personas y grupos sociales a quienes se les asocian estigmas sociales. La discriminación limita el ejercicio de los derechos y el acceso a las oportunidades, además de generar daño emocional a la persona y a los integrantes de los grupos sociales discriminados. Coincido, además, con el hecho de que reconocer el carácter estructural de la discriminación conlleva la necesidad de la intervención del Estado para su combate (Rodríguez, 2007), situación que no encuentro excluyente con los procesos de organización y acción colectiva de los grupos en situación de discriminación. La discriminación, además, infringe el principio general de igualdad por pertenecer a determinado grupo social al que se le impone criterios de diferenciación no permitidos o prohibidos expresamente por la ley (Huerta, 2006).

Patricio Solís (2017) define a la discriminación en su vínculo con el valor de la igualdad y en su carácter estructural como:

El conjunto de prácticas, informales o institucionalizadas, que niegan el trato igualitario o producen resultados desiguales para ciertos grupos sociales y que tienen

como consecuencias la privación o el menoscabo en el acceso a los derechos y la reproducción de la desigualdad social. (p.27)

Solís focaliza su mirada en las prácticas y en las acciones de la discriminación susceptibles a ser registradas, en contraste a los prejuicios que recaen en el ámbito de la subjetividad, sin dejar de reconocer la relación unívoca entre prejuicios y prácticas. Desde el campo de la política pública, este autor considera que orientar la definición de la discriminación al ámbito de las prácticas permite construir acciones para combatir conductas, normativas y diseños institucionales discriminatorios que inhiben el ejercicio de los derechos e incrementan la desigualdad social. Reconoce, además, que su énfasis en las prácticas no implicaría desconocer la importancia de los estereotipos y de los prejuicios en tanto precursores de las prácticas discriminatorias, inclusive, observa la necesidad de instrumentalizar acciones de política pública dirigidas a combatir su vigencia y su reproducción.

Como consecuencia de las prácticas discriminatorias, Solís destaca tratos desiguales y resultados desiguales. Para la primera consecuencia señala:

La discriminación por trato desigual ocurre cuando, partiendo de una misma situación original, los miembros de un grupo social reciben un trato desigual en comparación con los de otros grupos, en virtud de su adscripción al grupo social en cuestión. Ésta es la expresión más difundida de las prácticas discriminatorias. Un ejemplo de esta forma de discriminación, entre muchos otros, es la prohibición explícita en el acceso a ciertos espacios públicos o a instituciones para las personas que son miembros de

un grupo social discriminado (gays, miembros de determinados grupos religiosos, mujeres, etcétera). (Solís, 1997, p.31)

En cuanto a discriminación por resultados desiguales, Solís la define como el conjunto de prácticas que no están dirigidas directamente hacia miembros de un grupo social, pero que tienen como resultado efectivo la obstaculización en el disfrute de sus derechos en razón de sus pertenencias al mismo.

Enfatizar grupo social en la definición de discriminación puntualiza el carácter social de las prácticas discriminatorias; es decir, los actos discriminatorios hacia individuos específicos son expresiones concretas de la discriminación hacia una colectividad determinada y no hacia un individuo aislado. Si bien la exclusión social tiene efectos negativos en los individuos, el que Solís plantee que la discriminación implica prácticas que obstaculizan el acceso a derechos, abre la entrada a la necesidad de observar las normativas jurídicas nacionales e internacionales en torno a la discriminación -sin que ello signifique obviar debates complejos sobre temas de primera importancia como la tensión entre derechos colectivos y multiculturalidad- y coloca a la discriminación en el ámbito de la acción del Estado y de las políticas públicas como también lo señalan Rodríguez (2007) y Huerta (2006) en las definiciones anteriormente citadas.

En consecuencia, si la discriminación implica un conjunto de prácticas que menoscaban derechos de grupos sociales, resulta necesario acuñar el derecho a la no discriminación como punto de partida para combatir el fenómeno discriminatorio. De ahí que, como señala De la Torre (2006), el sistema de protección y promoción de los derechos

humanos de las Naciones Unidas ha tenido, desde su génesis, al derecho a la no discriminación como uno de sus pilares.²⁹ El derecho a la no discriminación:

constituye un derecho de acceso, o si se prefiere, un meta-derecho que se coloca por encima del resto de los derechos y cuya función principal es garantizar que todas las personas, sin ningún tipo de distinción razonable, puedan gozar y ejercer sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones. En este sentido el derecho a la no discriminación, a través de la figura de las cláusulas de no discriminación, se ha colocado en las disposiciones preliminares de todas las convenciones y declaraciones sobre derechos humanos promovidas por las Naciones Unidas. (De la Torre, 2006, p.124)

El derecho a la no discriminación, señala De la Torre, guarda estrecha relación con los denominados grupos en situación de vulnerabilidad al prohibir que se establezcan distinciones en el ejercicio de sus derechos debido a sus características socialmente desvalorizadas.

²⁹ Entre los principales instrumentos y mecanismos de las Naciones Unidas que directa o indirectamente se vinculan con el derecho a la no discriminación destacan: Carta de Naciones Unidas (1945); Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Convención para Prevenir y Sancionar el Crimen de Genocidio (1948); Convención Internacional sobre la Represión y el Castigo de apartheid (1973); Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión o las Convicciones (1981); Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas (1992); Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales (1972); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Declaración sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial 1963); Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); Declaración de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001) (De la Torre, 2006).

El derecho internacional de los derechos humanos da cuenta, a través de iniciativas formuladas desde los años noventa, de la situación de vulnerabilidad de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero y propone, en consecuencia, la protección de sus derechos y de sus libertades. La Declaración Internacional de los Derechos de Género (1995) y los Principios de Yogyakarta (2006) son los principales documentos internacionales que enmarcan los derechos humanos LGBT,³⁰ aunque carecen de carácter vinculante. En el primero, se reconoce el derecho a la autodeterminación de la identidad de género y el derecho a la libre expresión de la identidad de género; mientras que en los Principios de Yogyakarta se propone una serie de principios jurídicos internacionales sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos a las violaciones basadas en la orientación sexual y en la identidad de género.

Si bien es cierto que reconozco la importancia de la actuación de los tres poderes emanados del Estado en cuanto garantes de los derechos sociales de la población, y constructores y vigilantes de políticas públicas para combatir la discriminación, reconozco que los actuales representantes del Ejecutivo, Legislativo y Judicial no garantizan la eficacia a dicho combate. Quienes hoy hegemonizan la representación del Estado sostienen y profundizan, a través de su agenda neoliberal, la producción de la desigualdad social y de la discriminación institucional. Sin embargo, considero que el empuje desde la academia a la creación legislativa e institucional para abatir la desigualdad y la discriminación, construye una plataforma que, en futuros escenarios de cambios de representación política y de modelo económico, será útil para la radicalización de la política social y para el ejercicio de un

³⁰ Utilizo las siglas LGBT para referirme a lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros.

combate frontal a la discriminación. De ahí que haya incorporado el concepto de discriminación no sólo para entender la situación de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense, sino también para contextualizar el debate académico y legislativo que, en el porvenir, pueda cobrar verdadera potencialidad.

A pesar de las críticas al papel que la Organización de las Naciones Unidas juega en el orden geopolítico mundial, y con las cuales concuerdo en lo general, considero que el derecho internacional de los derechos humanos -que aún necesita reconocer abiertamente que el sistema neoliberal es el principal obstáculo para el goce de los derechos- tiene potencialidad para garantizar justicia en contextos de impunidad institucional, como el que caracteriza al México contemporáneo, a través de procesos de exigibilidad. A nivel regional, por ejemplo, se han ganado batallas sustantivas en la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) condenando al Estado mexicano por violación a los derechos humanos como en los casos Campo Algodonero, Rosendo Radilla Pacheco y Valentina Rosendo Cantú. Aún resta por conocer las conclusiones de la CIDH sobre los casos Atenco y Ayotzinapa. En consecuencia, no considero ocioso pensar el derecho a la no discriminación, los derechos sexuales, y el derecho a la salud, a la luz de los avances de los derechos humanos y las posibilidades que estos entrañan.

4. Marco de Referencia

4.1 Algunos Datos sobre el Contexto Sociodemográfico de la Huasteca Hidalguense

El presente trabajo se desarrolló, principalmente, en la ciudad de Huejutla de Reyes, Hidalgo, y en los municipios de Atlapexco, Huautla y Yahualica. Estos cuatro municipios, junto a Huazalingo, Jaltocán, San Felipe Orizatlán, Tlahuiltepa y Xochiatipan, conforman la región cultural de la Huasteca Hidalguense.

Hidalgo -según cifras del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010)- ocupa el sexto lugar a nivel nacional con mayor número de hablantes de lengua indígena. El 13.50% de su población habla una lengua indígena, frente al 5.95% de todo el país. En la Región Huasteca, una de las nueve regiones que componen al Estado de Hidalgo,³¹ la proporción se dispara: el 62.32% de la población habla una lengua indígena,³² principalmente náhuatl.

El Estado de Hidalgo, según los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011), ocupa el sexto lugar en cuanto a grado de marginación con referencia a las 32 entidades federativas que ocupan el territorio nacional. Dentro de esta clasificación, Hidalgo

³¹ Las regiones que conforman el Estado de Hidalgo son: 1) Altiplano, 2) Huasteca, 3) Sierra Alta, 4) Sierra Baja, 5) Sierra Gorda, 6) Sierra Tepehua, 7) Valle de Tulancingo, 8) Valle del Mezquital Sur y 9) Valle del Mezquital Norte.

³² En la Región Huasteca, el 62.32% de su población habla una lengua indígena. Esta composición se distribuye del siguiente modo: Atlapexco (70.76%), Huautla (71.76%), Huazalingo (66.37%), Huejutla de Reyes (54.54%), Jaltocán (80.28%), San Felipe Orizatlán (56.49%), Tlahuiltepa (0.50%), Xochiatipan (85.56%) y Yahualica (74.62%).

es catalogado como un estado de marginación alta sólo superado por los estados de Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla.

En la conceptualización sobre marginación elaborada por CONAPO, de una población de 2,665,018 habitantes que, para 2010, residía en el Estado de Hidalgo, el 10.30% igual o mayor a quince años era analfabeta; el 22.67% igual o mayor a quince años no contaba con primaria completa; el 6.03% de viviendas no contaban con drenaje o excusado; el 2.50% de viviendas no contaban con energía eléctrica; el 9.10% de viviendas no contaban con agua entubada; el 37.68% de viviendas contaban con algún nivel de hacinamiento; el 7.22% de viviendas tenían piso de tierra; el 58.71% de sus habitantes vivían en localidades con menos de 5,000 habitantes y el 49.29% de su población ocupada percibía ingresos de hasta dos salarios mínimos (INEGI, 2010). Todos estos porcentajes rebasan la media nacional como puede observarse en la tabla 1 (anexo 1), cuya información está sustentada en datos del CONAPO, y que compara los nueve indicadores socioeconómicos de marginación del país, de Hidalgo y de los municipios de la Región Huasteca.

La Región Huasteca ocupa, entre las nueve regiones del Estado de Hidalgo, el segundo lugar en cuanto a municipios de muy alta marginación, situación que padece el 20.5% de su población, sólo por debajo de la Región Sierra Tepehua en la que el 38.4% de sus pobladores viven en muy alta marginación. De los nueve municipios que conforman la Región Huasteca: Huazalingo, Yahualica y Xochiatipan está caracterizados de muy alta marginación; San Felipe Orizatlán, Atlapexco y Huautla de alta marginación, mientras que Huejutla de Reyes y Jaltocán de marginación media (CONAPO, 2011).

A pesar de que el municipio de Huejutla de Reyes, epicentro de esta investigación, es catalogado de marginación media, Huejutla rebasa ocho de los nueve indicadores socioeconómicos establecidos por CONAPO para la media del Estado de Hidalgo, a excepción del referido a viviendas sin energía eléctrica. De una población en Huejutla de 122, 905 habitantes para 2010, el 21.55% igual o mayor a quince años era analfabeta; el 32.20% igual o mayor a quince años no contaba con primaria completa; el 7.65% de viviendas no contaban con drenaje o excusado; el 1.97% de viviendas no contaban con energía eléctrica; el 17.38% de viviendas no contaban con agua entubada; el 47.53% de viviendas contaban con algún nivel de hacinamiento; el 22.63% de viviendas tenían piso de tierra; el 67.44% de sus habitantes vivían en localidades con menos de 5,000 habitantes y el 55.20% de su población ocupada percibía ingresos de hasta dos salarios mínimos. Los restantes ocho municipios de la Región Huasteca igualmente rebasan, casi en su totalidad, los indicadores socioeconómicos para el Estado de Hidalgo. En toda la región, más del 50% de la población ocupada percibe un ingreso de hasta 2 salarios mínimos, siendo los casos más dramáticos los de Yahualica (85.56%), Xochiatipan (85.17%) y Huazalingo (82.74%).

Sobre los servicios públicos de atención a la salud, en Huejutla 33,216 personas contaban con Seguro Popular en 2010; 26,503 eran derechohabientes del IMSS; 14,671 del ISSSTE; 778 de PEMEX, SEDENA o SEMAR frente a 43,016 habitantes, equivalente al 34.9% de la población de Huejutla, que no contaba con ningún tipo de derechohabiencia (INEGI, 2010). Esta situación de falta de acceso a los servicios de salud se observa en los distintos municipios de la región bajo la siguiente proporción: Atlapexco (20.20%), Huautla (27.82%), Huazalingo (34.9%), Jaltocán (23.68%), San Felipe Orizatlán (39.91%), Tlahuiltepa (46.21%), Xochiatipan (9.16%) y Yahualica (40.92%).

4.2 Discriminación por Orientación Sexual e Identidad Sexo-Genérica en México

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación incluyen el concepto de discriminación en sus cuerpos legales. En la Constitución se incorporó desde 2001 el derecho a la no discriminación como garantía individual. El Legislativo, para dar respuesta a las demandas del movimiento indígena nacional, articulado alrededor del Ejército Zapatista de Liberación Nacional y del Consejo Nacional Indígena, reformó los artículos 1, 2, 4, 18 y 115 para incorporar el principio de igualdad formal y material. Si bien las demandas del movimiento indígena no fueron atendidas por diputados y senadores en su justa dimensión, esta reforma constitucional abrió las puertas para las transformaciones constitucionales contemporáneas sobre el derecho a la no discriminación.

A finales de mayo de 2001, y una vez que el ex presidente Vicente Fox le solicitó al ex candidato presidencial del Partido Democracia Social, Gilberto Rincón Gallardo, le presentara sus propuestas para incorporarlas a la agenda del gobierno foxista, se instala, bajo el liderazgo de Rincón Gallardo, la Comisión Ciudadana de Estudios contra la Discriminación. Esta Comisión, conformada principalmente por personas de grupos sociales históricamente discriminados (personas con discapacidad, minorías religiosas, pueblos y comunidades indígenas, personas de organizaciones LGBT, mujeres, defensores de los derechos de los niños y de las niñas), elaboró: 1) un informe pionero sobre el estado que, en ese momento, guardaba la discriminación en México; 2) el proyecto de Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y 3) una propuesta para crear el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Raphael, 2012).

En el proceso de reformas constitucionales de 2011 en materia de derechos humanos, se sustituyó el título “De las garantías individuales” por el de “Derechos Humanos y sus Garantías”, se cambió el término de “individuo” por el de “persona”, se incorporó el reconocimiento a los derechos humanos expresados en tratados internacionales firmados por México y, en el párrafo quinto (anteriormente tercero) del artículo primero, se sustituyó el término impreciso “preferencias” por el de “preferencias sexuales”:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017).

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación fue aprobada por el Congreso de la Unión en abril de 2003 y reformada en marzo de 2014. En la ley se estableció la obligatoriedad de crear leyes locales para todos los estados de la República Mexicana y para el otrora Distrito Federal. Asimismo, se estipuló la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y sus 32 símiles (estados y Distrito Federal). Actualmente, las 32 entidades federativas cuentan con leyes locales contra la discriminación, en 26 estados existen cláusulas antidiscriminatorias constitucionales y, en 28 estados, sus códigos penales u ordenamientos legales tipifican conductas relacionadas con la discriminación. En el caso de Hidalgo, la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación para el Estado de Hidalgo fue aprobada en marzo de 2008 y, en abril de 2017, fue abrogada una vez que los legisladores

locales emitieron una nueva ley presuntamente acorde a las modificaciones constitucionales de 2011.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación estipula que por discriminación se entenderá:

toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo (...) también se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia. (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2016)

En el caso de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, aprobada en febrero de 2011 por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, cuyo

antecedente es la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación del Distrito Federal del 2006, como discriminación se entiende:

(...) la negación, exclusión, distinción, menoscabo, impedimento o restricción de alguno o algunos de los derechos humanos de las personas, grupos y/o comunidades, estén o no en situación de discriminación imputables a personas físicas o morales o entes públicos con intención o sin ella, dolosa o culpable, por acción u omisión, por razón de su origen étnico, nacional, raza, lengua, sexo, género, identidad indígena, identidad de género, expresión de rol de género, edad, discapacidad, condición jurídica, social o económica, apariencia física, condiciones de salud, características genéticas, embarazo, religión, opiniones políticas, académicas o filosóficas, identidad o filiación política, orientación sexual o preferencia sexual, estado civil, por su forma de pensar, vestir, actuar, gesticular, por tener tatuajes o perforaciones corporales, por consumir sustancias psicoactivas o cualquier otra que tenga por efecto anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, de los derechos y libertades fundamentales, así como la igualdad de las personas frente al ejercicio de derechos. También será considerada como discriminación la bifobia, homofobia, lesbofobia, transfobia, misoginia, xenofobia, la segregación racial y otras formas conexas de intolerancia, el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones. (Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Distrito Federal, 2011).

Desde una observación general y comparativa, la ley de Ciudad de México refleja una postura más progresista en cuanto a su definición de discriminación, situación que comparé en la siguiente tabla:

Tabla 2

Comparativo conceptual en legislaciones federal y de la Ciudad de México sobre discriminación

Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Distrito Federal (2011)	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2014)
sexo	sexo
género	género
identidad de género	
expresión de rol de género	
orientación sexual o preferencia sexual	preferencias sexuales
bifobia	
homofobia	homofobia
lesbofobia	
transfobia	
misoginia	misoginia

En la ley federal no se enuncia la cuestión transgénero ni la bisexualidad. Para el caso de Hidalgo, el concepto de discriminación plasmado en el artículo 11 de la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Eliminar la Discriminación en el Estado de Hidalgo incluye solamente sexo, género y preferencia sexuales:

La discriminación, es toda conducta activa u omisiva que en forma de preferencia, distinción, exclusión, repudio, desprecio, rechazo o restricción, dirigida a una persona o grupo, basada en su origen o identidad indígena o nacional, sexo o género, edad,

discapacidad, condición social o económica, condición de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencia sexual, estado civil, identidad política, apariencia física, características genéticas, situación migratoria o cualquier otra que tenga por efecto negar, obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce y/o ejercicio de sus derechos humanos y libertades, en condiciones de equidad e igualdad. (Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Eliminar la Discriminación en el Estado de Hidalgo, 2017)

Como señala Rodríguez (2007), los ordenamientos legales en torno a la discriminación no sólo son útiles para la protección de grupos y personas víctimas de exclusión y restricción de oportunidades y derechos, también sientan la base para el diseño de políticas públicas enfocadas a grupos con necesidad de protección como son las mujeres, etnias minoritarias o en desventaja, grupos etarios, personas con discapacidad, enfermos crónicos y de larga duración, minorías religiosas y grupos de preferencia sexual no convencional.

En cuanto al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), el 11 de julio de 2003 se designa a su primer presidente: Gilberto Rincón Gallardo. Dos meses después, se instala su primera Junta de Gobierno. El Estatuto Orgánico de CONAPRED fue publicado el 26 de abril de 2004 en el Diario Oficial de la Federación. De esta forma, el Consejo surge como la institución gubernamental rectora para la promoción de políticas de inclusión social. Entre sus principales tareas destaca la de recibir y resolver las quejas por presuntos actos discriminatorios cometidos por particulares o por autoridades federales en el ejercicio de sus funciones.

Al día de hoy, los estudios desde el gobierno federal y sus entidades federativas en torno a la discriminación todavía son escasos. De lo existente, además las publicaciones teóricas y los talleres, se encuentra la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México realizada por CONAPRED en 2005 y 2010 y que excluye, en ambas versiones, a población travesti, transgénero, transexual y a otras personas que construyen su identidad sexo-genérica desde concepciones culturales locales o no se identifican con ninguna. Sobre orientación sexual, la encuesta 2005 circunscribe su mirada a “homosexuales” y, la encuesta 2010, incluye a lesbianas y bisexuales.

5. Aproximación Metodológica

El principal punto de partida de esta investigación fue la aproximación etnográfica a través de la observación y la implementación de entrevistas semiestructuradas a profundidad. El actuar directamente en el mundo social –en este caso en los espacios de socialización de las mujeres transgénero del municipio de Huejutla y sus alrededores- siendo capaz de verme a mí mismo y a mis acciones como objetos de ese mundo (Hammersley y Atkinson, 1994) formó parte del proceso reflexivo que incluye mi propio papel dentro del foco de investigación.

Dicha reflexividad comenzó de manera informal, en la segunda mitad de 2008, cuando realicé mis primeras visitas a Huejutla de Reyes guiado por Carlos, un colega de la zona quien me apoyó durante toda la fase del trabajo de campo para llevar a cabo la investigación. Como una profundización, formalización, estructuración y sistematización de este ejercicio etnográfico, que permitió interactuar de manera directa con la población estudiada, se utilizó un conjunto de técnicas y métodos de investigación en campo: libreta y diario, entrevistas, registro fotográfico y videográfico.

El registro de la información es uno de los elementos claves de la investigación. La descripción abarca el espacio físico, los actores sociales involucrados, las actividades realizadas, los objetos existentes, la circulación de los actores en el escenario y los acontecimientos producidos. Para este registro se utilizó libreta de campo (notas informales o rápidas) y diario de campo (registro más detallado que incluye las apreciaciones y los sentimientos personales).

Taylor y Bogdan (1987) sugieren tomar notas después de cada observación y después de los contactos ocasionales con los informantes. Para tal efecto, se contó con una pequeña libreta de campo que fue utilizada para anotar datos de las distintas observaciones, así como de los encuentros ocasionales con las informantes, datos vaciados, con mayor detalle, en el diario de campo. Esta última técnica ha sido empleada para detallar las observaciones. Siguiendo la tradición antropológica, el diario de campo se dividió en dos partes: del lado derecho las descripciones de los hechos y acontecimientos del día sin interpretación ni juicio y, del lado izquierdo, los sentimientos y las interpretaciones del investigador sobre lo vivido durante la jornada de trabajo.

La entrevista, como señala Ameigeiras (2006):

requiere de manera imprescindible de un ejercicio de diálogo sustentado en una capacidad de escucha que permite estar más atento a lo que el otro dice, expresa, sugiere, que a lo que el investigador le preocupa, lo que puede, en primera instancia, distorsionar o inducir respuestas. (p.129)

El objetivo central de la entrevista apunta a percibir y tratar de comprender el punto de vista del otro. En el caso de la entrevista en profundidad, ésta toma la forma de un suceso, narrado por la misma persona que lo ha experimentado, y desde su punto de vista; además de ser en sí el contexto en el cual se elabora este relato creando una situación social para que pueda tener lugar (Ruiz, 2009). Para efectos de la presente investigación se realizaron ocho entrevistas en profundidad y semiestructuradas –que permitieron seguir un esquema general y flexible de preguntas sin perder de vista el eje central del planteamiento del problema- a

mujeres transgénero contactadas, en un inicio, por medio de mi colega Carlos y, posteriormente, bajo la estrategia de “bola de nieve”. No resultó sencillo que las personas con quienes se habló de mi investigación en distintos contextos y situaciones accedieran a otorgarme una entrevista formal. Alrededor de 10 de ellas se negaron incluyendo, desafortunadamente, a la organizadora de Nuestra Belleza Gay Huejutla y quien, en ese entonces, manejaba una cantina en la colonia Aviación Civil en la que trabajaban mujeres transgénero. Finalmente, ocho accedieron a ser entrevistadas, todas ellas ubicaron su orientación sexual exclusivamente direccionada hacia personas socialmente consideradas como varones y, si bien todas ellas se presentaban pública y permanentemente con rasgos y características asociadas a lo femenino, las construcciones de sus identidades sexo-genéricas variaban, no todas buscaban, por ejemplo, transformaciones corporales a través del suministro de hormonas, aceites o cirugías, aunque sí la mayoría.

A las ocho personas entrevistadas se les explicó que los fines de la investigación eran estrictamente académicos y, con cada una de ellas, se acordó grabar la entrevista y, en la transcripción, cambiar el nombre con el que socialmente se identifican. Se firmó una carta de consentimiento y, en cada uno de los casos, se les entregó la entrevista transcrita e impresa.

Como parte del registro etnográfico se utilizó la cámara fotográfica y de video para capturar eventos particularmente significativos para el presente estudio como son las fiestas de muertos y los certámenes de belleza. En dichas celebraciones la población transgénero tiene una importante presencia. La utilización de la fotografía y del video también fue aceptado por las participantes.

En el marco referencial del presente trabajo, y pese a los sesgos que la información gubernamental pueda contener por intereses políticos en cuanto al maquillaje de cifras relacionadas a la pobreza, se utilizaron datos cualitativos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con el objetivo de contextualizar socioeconómica y culturalmente los espacios donde las mujeres transgénero entrevistadas viven y laboran.

Para realizar las entrevistas decidí implementar una guía sustentada en los objetivos del trabajo y dividida en tres ejes temáticos: 1) relaciones de dominación simbólica, 2) proceso salud-enfermedad-atención y 3) respuestas y resistencias.

Sobre las relaciones de dominación simbólica consideré tres esferas: a) género, b) racismo y c) clase social. En cuanto al género, incluí aspectos como: rasgos socialmente asociados a lo femenino y su vínculo con la exclusión, identidad sexo-genérica, la división entre lo público y lo privado, la relación entre lo cotidiano y lo ritual, así como las resistencias a la exclusión por género e identidad sexo-genérica. En cuanto al racismo: la exclusión por identidad y la migración interna en la región (urbano-rural) fueron los aspectos a indagar. Y, respecto a la clase social, busqué entender la construcción de la exclusión clasista y la posible exclusión entre identidades gays urbanas e identidades transgénero urbanas y rurales.

Relativo al proceso salud-enfermedad-atención, exploré factores protectores y factores destructores, desde una perspectiva compleja, así como las experiencias de las entrevistadas en cuanto a la atención a la salud y a la enfermedad. Indagué qué tipo de trabajos tenían al momento de ser entrevistadas y en su pasado; el trabajo de padres y madres; el

trabajo de abuelos y abuelas; así como posibles situaciones de discriminación laboral. Los tipos de trabajo me resultaron útiles para relacionarlos al acceso a los servicios de salud y a la seguridad social.

En el eje respuestas y resistencias, se dividieron las acciones individuales y las acciones colectivas tomando en consideración progresos y tensiones en la lucha por el reconocimiento de los derechos de la población transgénero de las mujeres entrevistadas.

Para analizar las entrevistas transcritas, elaboré una matriz en formato Word dividida en tres apartados que corresponden a los tres ejes temáticos de la guía y, para cada uno de ellos, construí divisiones y subdivisiones por temática. Añadí a cada uno de los ejes la subdivisión “otros temas relevantes no incluidos en la guía”. La información de las entrevistas fue clasificada por eje y por división/subdivisión temática. Una vez clasificada la información, ésta fue vaciada en la matriz.

Para dar orden al análisis de los resultados, elaboré una lógica de frecuencias (alta, media y baja) que apliqué a cada una de las divisiones/subdivisiones temáticas de cada eje. Definí frecuencia alta cuando en más de la mitad de las entrevistas observé elementos coincidentes o semejantes, frecuencia media en 3 o 4 entrevistas y, frecuencia baja, en 1 o 2 entrevistas. La lógica de frecuencias me permitió ubicar experiencias significativas, experiencias de contraste y experiencias aisladas relacionadas, todas ellas, a los objetivos de la investigación. En consecuencia, las experiencias significativas cobraron relevancia y, de ellas, retomé fragmentos de testimonios que consideré representativos. En algunas temáticas, retomé fragmentos de testimonios de frecuencia media para construir contrastes y, en menor

medida, fragmentos de testimonios de frecuencia baja ya sea por rareza o por la apertura a nuevas reflexiones relacionadas, directa o indirectamente, a los objetivos. La matriz puede ser consultada en el Anexo 2.

A partir del análisis de los datos, y en coherencia al marco teórico, reestructuré los ejes que presento en resultados una vez que la cuestión étnico-racial, en su vínculo con género y sexualidad, cobró importancia transformándose en un segundo eje. Respuestas y resistencias, a su vez, decidí incluirlo en el tercer y último eje como parte del proceso salud-enfermedad-atención.

La relación de nombres, edades, fechas y lugares donde se llevaron a cabo las entrevistas puede ser consultada en la Tabla 3:

Tabla 3

Relación de mujeres transgénero entrevistadas

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Fecha de la entrevista</i>	<i>Lugar donde se realizó la entrevista</i>
Cristina	20	07/12/2010	Huejutla de Reyes
Sandra	20	12/12/2010	Huejutla de Reyes
Brenda	23	10/12/2010	Huejutla de Reyes
Carmen	30	19/10/2010	Atlapexco
Luisa	34	11/12/2010	Huejutla de Reyes
Raquel	45	06/03/2011	Platón Sánchez
Sonia	50	05/03/2011	Huejutla de Reyes
Yolanda	53	17/10/2010	Huejutla de Reyes

En el siguiente capítulo incorporé fragmentos de las entrevistas. Una vez mostrada la tabla anterior, y para evitar colocar notas al pie de página o datos repetitivos para cada fragmento, opté por sólo incluir “testimonio” seguido del nombre de la persona.

6. Resultados

6.1 La Dominación de Género como Experiencia Constante y Permanente

Prácticamente todas las entrevistadas narraron historias de discriminación desprendidas de las estructuras de dominación de género que incorporan, como parte de su mandato, una heteronormatividad sancionadora. En sus narrativas, la familia y la escuela aparecen de manera constante como las primeras instituciones encargadas del ejercicio del control y de la sanción.

Las expectativas de género que madres y padres habían construido sobre sus hijos se frustran cuando se fractura el binarismo de género. Luisa, idealizada como “el hombre de la casa”, relata la reacción de su madre cuando descubre que su hijo de 14 años se vestía con prendas de mujer:

¡Uy!, mi mamá se agarró a llorar, que no pensaba eso de mí, que según yo era su salvación, que no sé qué. Que yo iba a ver por ella, que quién sabe tanto, que porque según mis hermanas que, si se casaban, se iban a ir y que según yo era el hombre de la casa. Luego de ahí, mi mamá no sabía ni qué hacer y nada más me veía y se ponía a llorar. Hui, me salí de la casa. (Testimonio de Luisa)

Luisa decidió abandonar el núcleo familiar, no como víctima, sino consciente de su acción. Desde ese momento incursionó en el trabajo sexual y se empleó, más adelante, como mesera en bares y en cantinas.

Otra generalidad en las historias, además del rechazo traducido en reacciones de distinta magnitud, es un doble quiebre al mandato de género: incursión a la esfera socialmente femenina desde cuerpo de varón y reconocimiento de un despertar erótico no heterosexual.

A Cristina, desde la infancia, el doble quiebre le costó burlas, regaños y órdenes correctivas por parte de estudiantes y profesores. Por si fuera poco, la posibilidad de desagradar a su madre sumaba carga a su deterioro emocional:

En preescolar me di cuenta que me gustaba el otro sexo, igual mis compañeritos se daban cuenta y fue cuando empezaron las burlas o que no se querían juntar conmigo. Lloraba mucho en la escuela, igual la maestra me regañaba (...) Ingreso a la primaria y lo mismo, llorar, me hicieron a un lado y entonces ya me voy inclinando más a juntarme con las niñas (...) Me daba miedo decir: “Sabes qué, ¡soy así!”; como soy hijo único me daba miedo la reacción de mi mamá; o sea, tener un solo hijo y que le haya salido gay, por eso lloraba (...) Mis maestros me decían que caminara bien, que me comportara, que eso estaba mal, yo no decía nada, nada más me cohibí (...)

(Testimonio de Cristina)

Profesoras y profesores, convertidos en guardianes de la dominación de género, regañaban a Cristina por llorar, le indicaban el modo correcto de comportamiento y hasta de caminar. “Algo estaba mal”, la sospecha de anormalidad cobraba forma ante la evidencia de una conducta y de un andar desviados. La necesidad de controlar la anormalidad, lo que andaba mal, lo que inquietaba al orden de género, se incorpora a las tareas cotidianas del docente quien ya no sólo administra el programa educativo, también disciplina cuerpos generizados.

En las prácticas y en los discursos de las protagonistas, homosexualidad y feminidad van de la mano, orientación sexual y género se encuentran prácticamente imbricadas en cuanto realidades, una delata a la otra. Sonia, quien creció en la comunidad rural de Tepetitla y migró a Huejutla para estudiar la secundaria, asocia el gusto infantil por realizar quehaceres del hogar, y la falta de interés por ir al campo, a la presencia de una homosexualidad que tendrá que escapar y esconderse de la vigilancia familiar, esperar mejores tiempos:

(...) Uno cuando tiene tendencias homosexuales, uno se da cuenta desde pequeño, se da uno cuenta. ¿Por qué? Porque nos llama la atención los quehaceres o cosas de niñas, no de niños, en lugar de jugar carritos queremos estar jugando muñecas, en lugar de que me llame la atención ir al campo, quiero estar en la casa haciendo el quehacer, ir a traer agua, cosas por el estilo, es donde uno se da cuenta desde un principio. Claro, de momento uno no puede explayarse o demostrarlo. ¿Por qué? Por temor a los padres, porque mi abuelito era muy estricto y desde pequeño me decía: “Mira hijo, que yo te voy a casar con fulana de tal”; “mira, esa muchacha me gusta para ti”; entonces todas esas cosas y uno con el miedo de que lo vayan a regañar o lo vayan a correr de la casa, pues uno no puede demostrar o sacar aquello que trae adentro, viene uno a sacarlo ya después, cuando nos salimos de nuestras casas; ya cuando uno se siente libre, acepta uno la realidad, la realidad tal y como es.
(Testimonio de Sonia)

Las mujeres, a disposición del nieto y del gusto del abuelo, al menos en la práctica discursiva, son cosificadas y así presentadas para contraer matrimonio, sellar alianza, reproducir parentesco.

Raquel, quien sufrió violencia física por parte de vecinos y de hermanos sancionadores de la heterosexualidad obligatoria, es forzada a realizar trabajos pesados para volver a ser hombre, situación que ella misma reconoce como irreversible:

Somos doce hijos, yo soy el más chico, y llegaron dos vecinos míos y con ellos tuve la primera relación. Después de ahí la gente se empezó a dar cuenta de lo que yo era, me discriminaban, se burlaban, me humillaban. Mis vecinos, de mi misma edad, hasta me pegaban. Tenía miedo de cómo me trataban y después mis hermanos se dieron cuenta de cómo yo era y me maltrataban, me pegaban, me ponían a trabajar desde la mañana y por la tarde, me ponían puros trabajos pesados, según para que yo me volviera hombre, pero cuando uno es así, uno no cambia. (Testimonio de Raquel).

Entre los testimonios que dan cuenta de la dominación de género, en su expresión más violenta e institucionalizada, destacan los de Sonia y Raquel, quienes contaban con 45 y 50 años, respectivamente, cuando fueron entrevistadas. Ambas narran cómo las autoridades municipales de Huejutla de Reyes, particularmente las policiacas, podían detenerlas, raparlas encerrarlas y golpearlas:

(...) Ustedes en la ciudad (Ciudad de México) no ven nada, aquí vi tantas cosas, hasta mujeres que trabajaban y que si se metían a una cantina las rapaban, a los homosexuales les metían tijera, no podían tener el pelo largo, las rapaban. Las autoridades los rapaban, los policías los rapaban, y yo siempre me aventé las broncas. (Testimonio de Sonia)

Yo me iba a los bailes y me venía por lo oscurito, me venía bien peda, bien borracha, con zapatillas y aretes, bien bonita, y tú sabes que cuando un hombre te ve maricón,

piensa que eres frágil, pero no es cierto (...) Me acuerdo una vez que me agarró un chamaco de la blusa, yo nomás lo empujé y se fue de lado, y que le pego con el pie y allá fue a dar. Que me le voy como fiera salvaje, que lo agarro del pescuezo y que le pego una patada. Pasa un carro y las luces de la policía, yo lo tenía abajo y les dice el güey: “Quítenme a este puto, quítenmelo que me quiere matar”. Y que nos encierran a los dos. A los dos nos esposaron, a mí me raparon, a él no. El comandante la traía contra nosotros los maricones. Tardé encerrado como cuatro días. Y además me golpearon. (Testimonio de Raquel)

La violencia institucional de la que dan cuenta Sonia y Raquel tuvo lugar en Huejutla de Reyes hasta ya avanzada la década de los años noventa. El Estado, a través de sus agentes policiacos municipales, ejerció impunemente violencia de género para denigrar, humillar, lesionar, golpear, torturar, denigrar y castigar a quienes disentían de la heteronormatividad (Warner, 1993; Garduño y Granados, 2015).

Las estructuras de dominación masculina, como señala Bourdieu (2000), se reproducen a través de agentes singulares (entre los que están los hombres) y de instituciones (familia, iglesia, escuela, Estado). Las experiencias de las mujeres transgénero dan cuenta, desde su infancia, del ejercicio de la violencia física y de la violencia simbólica por parte de tres instituciones ubicadas por Bourdieu: familia, escuela y Estado.

Observamos, además, que la violencia hacia las mujeres transgénero se ejerce desde la cultura dominante de género (Garduño y Granados, 2015) y por dos motivos: por su incorporación a la esfera femenina y por un ejercicio de la sexualidad y/o construcción del

deseo sexual sancionado por el orden de género y por el sistema jerárquico de valor sexual (Rubin, 1989). Desde la perspectiva de Scott (2013), las narrativas de las mujeres transgénero dan cuenta de cómo lo femenino, la transgresión al género y la homosexualidad adquieren significados de cosificación (femenino) y anormalidad (transgresión y homosexualidad) y que conllevan sanción normativa a través de instituciones tales como el parentesco, la escuela y la política.

6.2 Racialización del Género, Género Racializado y Transgénero en *Xantolo*

Dar cuenta de la dominación de género de manera aislada, sin articularla al racismo y a la explotación de clase, en oposición a la perspectiva de la interseccionalidad, limita la comprensión de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención. En este subapartado incorporo el registro etnográfico de un certamen de belleza y de la fiesta del *Xantolo*, la presencia de otros certámenes de la región, la reflexión sobre la lengua náhuatl compartida por una de las entrevistadas y una mirada etnohistórica a la participación de varones representando personajes de mujeres en danzas mesoamericanas.

En el evento Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009, observado y registrado durante la fase de trabajo de campo, algunas de las mujeres transgénero entrevistadas concursaron.³³ El certamen, llevado a cabo en un céntrico salón de eventos de Huejutla, congregó a amigos y a familiares, incluyendo a niños y a adultos mayores. La convocatoria tuvo eco, prácticamente saturó la capacidad del salón.

³³ Los nombres que las participantes utilizan en los concursos no necesariamente coinciden con los nombres femeninos que emplean socialmente en el cotidiano.

A la manera de los certámenes de belleza Miss Universo, cuyo primer antecedente tuvo lugar en Estados Unidos en 1926, en Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009 un presentador condujo el evento, un espectáculo musical amenizó al público y un jurado decidió quién de las cinco concursantes sería la acreedora a la corona.



Jurado del certamen Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009
Fotografía: Carlos Alberto Ramos Benigno y Javier Gutiérrez Marmolejo

El primer desfile se realizó en “traje típico”. Fueron presentadas, ante la expectativa de su respectiva porra y del público en general, Marisol Betancourt Altamirano, Jossed Quintero Luna, Silvana Sandoval Ferrer, Galilea Montijo de la O y Alexa Ruvalcaba Montemayor.³⁴ Las concursantes, con fondo musical de son huasteco, desplegaron trajes

³⁴ En la edición 2008 del certamen, las concursantes escogieron nombres como Paula Hilton Lascuráin o Jaqueline Herrera Boss.

típicos de la región confeccionados, entre otros elementos, con plumajes exóticos, mazorcas de maíz y flores de compasúchil.



Concursantes en traje típico de la Huasteca Hidalguense
Fotografías: Carlos Alberto Ramos Benigno y Javier Gutiérrez Marmolejo

Una vez concluida la pasarela, y para amenizar al público mientras las concursantes se cambiaban de ropa, “Gloria Trevi” saltó al escenario caracterizada por un hábil e histriónico travesti regiomontano. Con amplio dominio del escenario, la artista enfundada en botas, minifalda y sostén plateados corrió por todo el salón trepándose a las mesas donde grupos de amigos, y familias con niños, aplaudían y coreaban el “Todos me Miran” de la intérprete. En el sonido se escuchaba el “¡qué bárbara!” del conductor, repetido tras cada travesura de Gloria, “¡qué bárbara!”, “¡qué bárbara!”, mezclado entre risas y carcajadas de la gente. El éxito del espectáculo dio pie al desfile en “traje de noche”, momento climático del certamen: fue ahí donde las concursantes emitieron sus discursos, elemento clave para la decisión del jurado.

La primera concursante, Galilea, ya en traje de noche y con micrófono en mano, explicó el concepto de la homosexualidad y remarcó su carácter despatologizado:

Buenas noches. La homosexualidad es una orientación sexual y se define como la interacción o atracción sexual, emocional, sentimental y atractiva hacia dos personas del mismo sexo. A pesar de que el término gay suele emplearse para los hombres homosexuales y el término lesbiana se refiere para las mujeres, desde 1973 la comunidad internacional científica considera que la homosexualidad no es una enfermedad. ¡Gracias!

El cierre a manera de arenga de Alexa, segunda participante, llama a la acción política colectiva: “solamente así, uniendo fuerzas, haremos que el género gay, homosexual, sea aceptado. Así, que de nosotros depende, o nos unimos y salimos adelante, o seguimos igual y nos hundimos juntos. ¡Gracias!”

Marisol, quien ganó la distinción Miss Simpatía, apeló a la defensa de los derechos de los homosexuales, particularmente, el derecho a la libertad de expresión. Silvana, por su parte, cuestionó: “¿quién posee la verdad absoluta?, ¿acaso se es mejor como individuos por poseer el mismo sexo?”

Jossed, ganadora de la corona, con arrojo y aplomo enunció:

Hoy en día, la homosexualidad, ha ganado un gran espacio ante la sociedad, porque el hablar de ella ha despertado gran interés ante la humanidad. El homosexual, le hace bien al mundo, se trata simplemente de una preferencia sexual, son gente normal, no hay por qué asustarse. Lo que más necesita la humanidad es amor. Hace falta tocarse cuerpo a cuerpo, qué importa que sea hombre con hombre, o mujer con mujer. Es por

eso que en este día me siento más orgulloso y afortunada de ser lo que soy. Hoy pido respeto por todas aquellas personas que tienen preferencias diferentes. Ya basta de reprimir a los gays, que somos gente normal, trabajadora, impecables y exitosos, pero sobre todo, somos gente con sentimientos y pensamientos igual que los demás. Pero desgraciadamente, aún existe el racismo, la homofobia, el rechazo y las humillaciones. Es por eso que a cada uno de nosotros nos corresponde luchar y enfrentar los obstáculos que encontramos en el transcurso de nuestras vidas. Muchas gracias.



Concursantes a la corona Nuestra Belleza Gay Huejutla 2009 en traje de noche
Fotografías: Carlos Alberto Ramos Benigno y Javier Gutiérrez Marmolejo

Concluido el evento, el escenario se convirtió en pista de baile: melodías de pop en inglés y de pop en español agitaban los cuerpos de la concurrencia. Acabó la música y el

salón cerró. Carlos y yo aceptamos la invitación a seguir la fiesta con algunas de las concursantes, la noche todavía era joven.

El certamen Nuestra Belleza Gay Huejutla fue el espacio de reivindicación política más importante de la población homosexual y transgénero de la región durante el periodo 2008-2013. En su edición 2009, se denunció la homofobia, se recurrió a la legitimidad del discurso científico moderno para reivindicar una identidad deteriorada, se cargó de atributos positivos (bondadoso, trabajador, impecable y exitoso) al sujeto homosexual quien, pocos años atrás, era detenido, humillado y golpeado por la policía municipal, particularmente, si homosexual se traducía a lo que en la academia se entiende por travesti, transgénero o transexual.

A nivel individual, el concurso facilita para algunas concursantes como Sonia el afirmar su identidad al interior de su núcleo familiar: “La experiencia que viví fue de lo mejor. También lo hice porque a partir de esa experiencia pude platicar con mi mamá de que yo era gay.”³⁵

Los discursos del certamen a momentos son autorreferenciales, asumiendo como propia la identidad gay u homosexual, a momentos marcan cierta distancia con lo enunciado. Desfilan y concursan desde la representación femenina, no la del afeminamiento, sino la dispuesta por el binarismo de género para mujer. Al igual que en las entrevistas, los desplazamientos y los vaivenes en los discursos para nombrarse en femenino o en masculino

³⁵ Testimonio de Sandra.

son constantes. La ganadora del certamen 2009, inclusive, lo sintetiza en una sola frase: “este día me siento más orgulloso y afortunada de ser lo que soy.” Lo gay y lo homosexual aluden a una amplia plasticidad de género como la que Roen (2002) utiliza para definir al sujeto transgénero. Inclusive, Alexa ubica lo gay y lo homosexual no en términos de la sexualidad, sino del género: “solamente así, uniendo fuerzas, haremos que el género gay, homosexual, sea aceptado.” En este singular conjunto de prácticas sociales, los conceptos de la sexología, de la política sexual moderna, del activismo urbano son apropiados de manera diferenciada, resignificados a partir de las lógicas y de las realidades locales, y utilizados para la denuncia y para la reivindicación.

Ciertamente, Nuestra Belleza Gay Huejutla es un espacio polisémico, no sólo en cuanto a sus concepciones de política sexual identitaria. También -y sobre todo- por su carácter contradictorio expresado en un valiente y frontal combate a la homofobia, pero reproductor de una serie de estereotipos de género racializados y atravesados por la lógica del mercado y del consumo. Lo moderno/colonial expresado a través de cabelleras rubias y de blanqueamientos de la tez, de cuerpos-objetos producidos como mercancías para el consumo heterosexista, de nombres asociados a actrices y a afamadas diseñadoras de moda. Un desfile de indumentaria regional que evoca cierto folclorismo colonial, celebrado en una región predominantemente indígena,³⁶ aunque simultáneamente emulador de certámenes de belleza regional con profundas características de reivindicación cultural. La “liberación” de

³⁶ Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) siete de los ocho municipios que conforman la Huasteca Hidalguense son considerados municipios indígenas, pues en ellos más del 40% de su población habla una lengua originaria. En conjunto, más del 60% de la población de la región habla una lengua indígena, mayoritariamente el náhuatl.

la sexualidad marcada por la lógica capitalista de la modernidad, y de la colonialidad, en concordancia con una tendencia cada vez más evidente de un movimiento gay nacional colonizado, alienado a la práctica del consumo y carcomido por las fauces del mercado.

Sonia, la única de las siete mujeres transgénero entrevistadas que habla náhuatl, revela otro aspecto de la fuerza del racismo y de la interiorización de la ideología racista en la región. Argumenta que algunas personas se avergüenzan al hablarlo. Ella, por el contrario, afirma sentirse orgullosa de ser bilingüe y de haberse superado:

Sí, yo hablo el náhuatl y me pongo a platicar con los señores, me vale quién me esté viendo; al contrario, yo les digo: “No se avergüencen de su origen, deben sentirse orgullosos porque muchos ya quisieran aprender a hablar nuestro idioma” (...) Puedo ir a tomar una taza de café en una taza de barro con los campesinos, yo voy, platico con ellos, echo relajo con ellos, y fíjate que te ganas amistades. Te quieren, te apoyan, te invitan a su casa. Viene un compadrito de acá, de Santa Teresa, y le digo: “Pásate, vente, te voy a invitar un café”; y ya me dice el señor en náhuatl: “Que Dios te ayude, tú eres muy bueno” (...) Hay gente que se avergüenza y dicen que no saben hablar, aunque lo sepan, y yo los regaño: “Pa’ qué te haces pendejo, sí sabes hablar náhuatl, si te criaste con los frijoles, pa’ qué te avergüenzas”. Yo no me avergüenzo de decir que crecí descalzo, que comía frijoles, que comía tortillas con chile, tortillas con sal, ¿por qué me voy a avergonzar? Al contrario, me siento orgulloso de haber salido de ahí y haberme superado. (Testimonio de Sonia)

Nuestra Belleza Gay Huejutla comparte características de otros certámenes de belleza que, durante la festividad del *Xantolo*, se llevan a cabo en la Huasteca como son Señorita

Cempasúchil y Señorita *Xantolo*. Señorita Cempasúchil (Vice, 2016), celebrado en la localidad de Tehuetlán, municipio indígena de Huejutla, tiene su origen en 1989 y se ha transformado a lo largo de los años en un importante evento regional. Según narran sus participantes, previamente se preparan para dar a conocer, durante el concurso, las tradiciones de su región. Para poder participar, las aspirantes deben ser originarias de Tehuetlán, hablar náhuatl, bailar huapango y desarrollar un tema libre sobre el *Xantolo*. Al segundo lugar se le da el nombramiento de Señorita *Citlaxóchitl* (flor estrella) y, al tercero, Señorita *Oloxóchitl* (flor de elote). Señorita Cempasúchil no es un certamen de reivindicación gay, sino de reivindicación étnica y cultural, en éste participan mujeres socialmente consideradas como tales por su biología.



Concursantes de Señorita Cempasúchil 2015. Tehuetlán, Huejutla de Reyes
Fotografías: Vice (2016)

En la Huasteca Potosina otro certamen, titulado Señorita *Xantolo*, tiene lugar en la comunidad de Chapulhuacanito, municipio indígena de Tamazunchale. Este concurso forma parte de del conjunto de actividades oficiales que el municipio, y la propia comunidad, organizan en el contexto del *Xantolo*. En Señorita *Xantolo* participan hombres vestidos de mujer que no reivindican identidades sexo-genéricas, sino identidades culturales: nahua y

huasteca. Los concursantes, presentados con nombres de varón y ataviados con elaboradísimos trajes típicos femeninos, desfilan, actúan y bailan son huasteco en una larga plataforma dispuesta en la principal plaza del pueblo. Mientras lucen sus vestidos, desde las bocinas se narran historias sobre tradiciones regionales y se describen los atuendos. Al final de *Señorita Xantolo*, se otorgan premios a los tres primeros lugares. Según Mirabal (2016), el certamen fue creado en 2006 cuando un grupo de varones homosexuales solicitaron a la alcaldía tener su propio evento. Mirabal afirma que la comunidad acepta y celebra *Señorita Xantolo*; sin embargo, algunos concursantes ocultan a sus familias su participación por temor al rechazo.



Concursantes Señorita Xantolo 2017. Tehuetlán, Huejutla de Reyes
Fotografías: <https://www.facebook.com/Festival-Xantolo-de-Chapulhuacanito-2017-1404275989802165/>

Xantolo, también conocido como *Mijkailjuiltl* o *Huehuexpan* en lengua náhuatl, es la fiesta dedicada a los muertos celebrada en toda la región de la Huasteca e inscrita en el calendario religioso implantado desde la época colonial. Esta celebración conjuga rituales

mesoamericanos y elementos de la cultura católica europea (Sevilla, 2002). Los nahuas durante la época prehispánica realizaban anualmente distintas ceremonias relacionadas con el culto a los ancestros. La fecha de una de ellas coincide con la fiesta católica de Todos los Santos y era dedicada a *Mixcóatl* y a los dioses del “infierno” (Jurado, 2001). Los antecedentes del *Xantolo* entre los nahuas, señala Morales (1985), se encuentran en las fiestas que se hacían para recibir a los dioses, quienes llegaban a este mundo según su edad; los últimos en hacerlo eran los dioses viejos, quienes eran recibidos por jóvenes disfrazados de monstruos el 29 de septiembre, día de San Miguel, quien para el catolicismo abre las puertas del cielo para el paso de las ánimas. Sevilla (2002) apunta que el culto a los muertos no se limitaba a una sola fecha del año, constituía un ciclo ritual vinculado al calendario agrícola, lo que refleja el estrecho nexo entre la muerte y la fecundidad. Esta autora indica que los muertos, en la Huasteca, retornan al mundo de los vivos dos veces al año: en Carnaval y en Todos los Santos, aunque la recepción de los difuntos en la última celebración es más larga y varía dependiendo entre los distintos grupos étnicos de la región.³⁷

Si bien existen diferencias en cuanto a actividades y modalidades realizadas previa y posteriormente al *Xantolo*, la celebración en sí se lleva a cabo, en las distintas regiones de la Huasteca, del 30 de octubre al 2 o 3 de noviembre. El *Xantolo* consiste en la colocación de ofrendas, visitas al cementerio, intercambios de comida, actuaciones de grupos de

³⁷ El 24 de junio y el 29 de junio se siembra la flor de cempasúchil que será utilizada en las ofrendas. El 29 de septiembre se les da permiso a los difuntos para venir a la tierra. En octubre se colocan ofrendas para las ánimas que sucumbieron con violencia, en el caso de algunas comunidades nahuas se realiza el 28 de octubre. El “octavario” se efectúa ocho días después del 2 de noviembre, en varias poblaciones, con la finalidad de despedir a las ánimas con otra ofrenda. Los nahuas cierran el ciclo ritual dedicado a los muertos hasta el 30 de noviembre. En ese día se vuelve a poner una ofrenda, reaparecen los grupos de disfrazados y, finalmente, se bendicen las semillas y las mazorcas que se utilizarán en las próximas siembras (Sevilla, 2012).

disfrazados, realización de danzas en cuadrillas donde aparecen los ancestros llamados *huehues*, la representación sarcástica de los mestizos, la presencia de varios juegos y diálogos con una fuerte connotación sexual y la participación de hombres vestidos de mujeres. Algunos de estos elementos también forman parte de las festividades del Carnaval. En distintas comunidades el ciclo ritual concluye con un banquete especial para los danzantes, conocido con el nombre del “destape”; éste puede ser el 2 de noviembre o el 30 de noviembre (Sevilla, 2012).

En 2008 y 2009, durante la fase de trabajo de campo, asistí a algunas actividades del *Xantolo* en Huejutla de Reyes, Tecolotitla (municipio de Atlapexco) y Chililico (municipio de Huejutla). En los tres espacios, pero particularmente en Tecolotitla y en Chililico, los bailes de cuadrilla donde los hombres se visten con atuendos de mujer cobraron centralidad al convocar, ya sea como participantes u observadores, a un amplio número de integrantes de las comunidades locales. Las prácticas y las representaciones de lo femenino desde los cuerpos socialmente asignados a varones, forman parte de la ritualidad y es celebrada con entusiasmo por los asistentes. La indumentaria utilizada registró variaciones: desde aquellos que usaban ropas tradicionales nahuas como blusas bordadas, faldas con encaje y rebozos oscuros; hasta quienes decidieron emplear vestidos entallados, faldas cortas y pelucas rubias.



Bailes de cuadrillas en Tecolotitla y Chililico
Fotografías: Carlos Alberto Ramos Benigno y Javier Gutiérrez Marmolejo

Algunas de las mujeres transgénero entrevistadas participaban, con meticulosa regularidad y derroche de alegría, en el baile de cuadrillas como lo expresa Carmen: “Desde chico me llamaba la atención el *Xantolo*, cuando llegaba el *Xantolo*: ¡A conseguir ropa de mujer! Siempre me vestí de niña, siempre de mujer”.³⁸ La posibilidad del travestismo en la ritualidad del *Xantolo* implica, además, la oportunidad para explorar por primera vez el representar lo femenino en el espacio social al que ellas mismas pertenecen, tal fue el caso de Brenda quien afirma que, a partir de su experiencia en el *Xantolo*, “ya le empezó a gustar”:

La primera vez que me vestí fue en el *Xantolo* (...) Me decían mis compañeras: “Ay, ‘ora que es tu debut” y que no sé qué. Yo estaba muy nerviosa porque todo era en la escuela, todo mundo se iba a dar cuenta, yo no quería salir. Me dijo el profe: “Total, todos saben que en esa fecha los hombres salen de mujeres y las mujeres de hombre”. Le digo: “Bueno, está bien”. Entonces fui y le platicué a una de mis amigas que también es gay, que es estilista, igual a él le gusta mucho hacer shows de Gloria Trevi. Le digo: “¿Sabes qué?, yo quiero salir de Gloria Trevi, préstame tus vestuarios”. “No, pues está bien, pero te vienes temprano para que te maquille y todo”. Fui a su casa, me puse la ropa de la personificación de Gloria, igual me empezó a maquillar. De ahí le hablo a un amigo, fue por mí y me llevó a la escuela, de momento todo mundo se admiró porque no; o sea, no era nada que ver con lo que habían visto de mí (...) Y pues de ahí ya me empezó a gustar. (Testimonio de Brenda)

El 2 de noviembre de 2009 asistí al panteón de Chililico. Una vez concluido el baile de cuadrillas, las personas se dirigieron al camposanto para celebrar a sus difuntos, en su

³⁸ Testimonio de Carmen.

mayoría provistos de flores, comidas y bebidas. Dos aspectos llamaron mi atención en el lugar: una tumba con fotografías de una mujer transgénero fallecida, según relatos de sus amigas, a consecuencia de la utilización de aceites para modelar su figura,



Panteón de la comunidad de Chililico. Noviembre, 2009.
Fotografías: Carlos Alberto Ramos Benigno y Javier Gutiérrez Marmolejo

El otro aspecto fue el observar cómo algunas familias daban a mujeres transgénero a sus bebés para que éstas los cargaran en brazos y bailaran con ellos junto a las tumbas y al son de los grupos musicales contratados para tal efecto. A pesar de indagar el significado de la práctica, las respuestas coincidían en señalar que la práctica formaba parte de la tradición.

La participación de mujeres transgénero en las danzas del *Xantolo* en algunas comunidades de la Huasteca Hidalguense, particularmente aquellas donde la población nahua es mayoritaria, refleja el reconocimiento que sus propias comunidades les otorgan en la medida en que su integración se adapta a las prácticas culturales dispuestas para la reproducción de la ritualidad. La presencia de las mujeres transgénero en el panteón de Chililico bailando con bebés en brazos, y la existencia de la tumba con fotografías inequívocas de la identidad sexo-genérica de la difunta, nos habla de la inclusión transgénero a nivel comunitario, aunque también de una posible inclusión en lo sagrado. El baile de las mujeres transgénero con bebés simbolizados como fertilidad, realizado sobre el lugar donde descansan los muertos, puede indicar cierto carácter liminar del sujeto transgénero entre vida y mujer, hombre y mujer, fértil y marchito.

Oscar González (2016) en su artículo: “Identidades sexo-genéricas, cosmovisión y comunalidad en la “danza de las mascaritas” en Santa María Huazolotitlán, Oaxaca, México”; realiza una revisión genealógica en torno a personajes femeninos realizados estrictamente por varones en las danzas practicadas por los pueblos mesoamericanos del postclásico. A partir de las fuentes revisadas, González ubica un tipo de *cuicatl* (canto que se bailaba y se musicalizaba) denominado *cuecuechcuicatl* que evocaba y representaba la vida sexual donde “se expresaban únicamente las mujeres que los españoles equipararon a las prostitutas y los varones que usaban hábitos de mujer y asociados a la sodomía” (González, 2016, p.218). Estos actos rituales, señala el autor, celebraban el temporal de la fertilidad agrícola y el placer sexual. Entre las fuentes, imprecisas en cuanto a hombres amujerados y mujeres varoniles, se encuentran aquellas en las que se afirma que tanto hombres amujerados como mujeres varoniles participaban de la organización de la vida comunitaria y de su

ritualidad (González, 2016). A partir del proceso de evangelización, las fiestas religiosas cristianas fueron las únicas permitidas, entre ellas Carnaval, donde los religiosos no obstruyeron, siguiendo al autor, la continuidad de las inversiones de los roles de género. González, a partir de este último dato, abre un interrogante de primera importancia:

En este sentido, se vuelve inevitable cuestionarse: si los evangelizadores siguieron permitiendo el desarrollo de estas danzas porque bajo su concepción moral se evitaba promover la vida pecaminosa y la exposición pública de las mujeres o, por el contrario, los sobrevivientes indígenas de la conquista buscaron formas de resistir a la evangelización para asegurar la pervivencia de sus tradiciones (González, 2016, p.226).

En espera de un análisis a profundidad en torno al reto planteado por Oscar González, la aceptación de la participación de mujeres transgénero representando a personajes femeninos en las danzas del *Xantolo*, en algunas comunidades nahuas de la Huasteca Hidalguense, coincide con la lógica de preservar la tradición. Además, el *Xantolo* constituye un ciclo ritual vinculado al calendario agrícola, reflejando un estrecho nexo entre la muerte y la fecundidad (Sevilla, 2002), situación vinculada al aspecto de fertilidad que González asocia al *cuecuechcuicatl*.

Considero, comparando Nuestra Belleza Gay Huejutla y *Xantolo*, que es en las comunidades nahuas donde existen mayores posibilidades para la construcción de espacios saludables para las mujeres transgénero, una vez que las propias comunidades ofrecen, desde sus prácticas rituales, espacios que no contradicen su reproducción cultural. El individualismo, la mercantilización y la cosificación, como características propias de lo

moderno/colonial, ha tenido menor impacto en las comunidades indígenas que en las zonas urbanas mestizas de la Huasteca Hidalguense. Sin embargo, la pobreza y la pobreza extrema son realidades concretas que amenazan la subsistencia individual y colectiva de las comunidades, situación agravada a partir del cambio en la política agraria del Estado, traducido en abandono al campo, y en sintonía con un Tratado de Libre Comercio que, en 1994, anunciaba la llegada de una nueva “modernidad”.

6.3 Proceso Salud-Enfermedad-Atención

Como he sostenido a lo largo del trabajo, las relaciones de dominación de género en cuanto procesos de determinación social impactan en el acceso limitado y estereotipado al mercado laboral, afectando el proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense y, en consecuencia, sus condiciones de desarrollo. La inserción acotada del grupo al proceso económico amplio profundiza su desigualdad social en un contexto sociocultural marcado por relaciones históricas de explotación económica y de dominación étnica.

He mostrado cómo opera la dominación de género en el grupo social estudiado y cómo dicha dominación se articula a la dominación étnica, particularmente, en una lógica de género racializado producto de lo moderno/colonial. Ahora, interesa saber el impacto concreto de la determinación social en la inserción laboral de las mujeres transgénero para poder abordar en su justa dimensión el proceso salud-enfermedad-atención.

El trabajo infantil y el trabajo adolescente está presente en la mayor parte de las entrevistas. En general, se trata de labores de apoyo (limpieza y cocina) al interior del hogar, aunque algunas experiencias, particularmente de la adolescencia, se vinculan a labores de estética, costura, baile y trabajo sexual. En ciertos casos, se cruza con el tema migratorio a la Ciudad de México. Raquel, por ejemplo, intentó probar suerte en la capital y fue engañada, estafada y explotada por un “maricón” mayor que ella:

(...) conocí a dos amigos gays mayores que yo, me llevaron a México y de ahí conocí a otro que me metió a un salón a trabajar, porque a mí siempre me gustó lo de cortar el cabello. Me gustó y me metió a trabajar ahí, y yo diciendo que sabía, aunque no sabía nada. El primer día ya sabía agarrar tijera y todo, estaba chico, yo tenía como 16, 15 años. ¡Imagínate! (...) Empecé a cortar cabello, ya en la noche dijo el dueño: “Tú te quedas a cortar aquí”. Todo el día me tuvieron cortando cabello, pero el señor estaba viendo y ya. Estuve cortando cabello en México no sé cómo, cuánto tiempo, y me regresé a Huejutla. Hay maricones más grandes que yo, tú sabes, cuando uno es chico y es mariconcito hay otros más grandes que abusan de uno. Yo trabajaba con uno que nunca me pagó. (Testimonio de Raquel)

Además del abuso entre pares traducido en trabajo sin paga, en explotación, otro problema compartido fue el del peligro en espacios laborales de riesgo. Brenda narra una experiencia vivida en su adolescencia cuando intentó trabajar en una cantina de Huejutla:

Siempre he tenido la amistad de un gay que tiene unos bares aquí, en La Aviación, los famosos “laminados”. Entonces, como yo tenía muy buena relación con ella, le comenté que quería trabajar. Me dice: “Mira, pero es un trabajo muy pesado, es muy riesgoso porque tienes que tenerle paciencia a las personas y, aparte, pues tienes que

cuidarte mucho”. Y le digo: “No, pues no importa” (...) Me tocó estar de encargado, estuve en la barra (...) Una ocasión sí hubo una discusión y unos golpes porque un cliente no quería pagar, entonces llegó la patrona y el señor no se había dado cuenta. Ya no debía mucho, debía como unos veinte pesos porque había pedido otra cerveza de más y dice: “Pues no te voy a pagar y hazle como quieras. Total, ustedes bola de maricones, no pueden hacer nada”. En eso la patrona escucha y dice: “¿Cómo de que no vas a pagar?; ¿a ver, cuáles maricones, piensas que no te podemos pegar o qué?” En eso se le ocurre empujarla y pues ella, a través de los años y la experiencia, ya conoce a ese tipo de gente. No se dejó, al contrario, salió golpeado el señor. Fue lo que de momento me sacó de onda porque dije: “Bueno, pues yo estoy expuesto a muchas cosas aquí”, entonces opté por ya no ir y, a parte, porque mis papás se dieron cuenta y pues ya no me dejaron. (Testimonio de Brenda)

La experiencia de mayor violencia en el trabajo adolescente es la de Luisa, quien migró con su madre de Tamiahua, San Luis Potosí; a Cerro Azul, Veracruz; iniciándose en el trabajo sexual desde los 14 años:

(...) Ese día unos amigos estaban con que se iban a trabajar a un centro nocturno y yo: “¿Por qué no me llevan?”; y dicen: “¿Pero... tú qué vas a hacer allá?” “No sé, me cambio, me prestan ropa” y dicen: “Es que estás muy chico, no puedes estar allá”. Les digo: “Van a ver que sí, como quiera ya empiezo a tomar y ya aguanto”. Me dicen: “Pues vamos si gustas, pero no nos hacemos responsables de ti porque hay pleitos, a veces luego llega la policía”. Le digo: “No, cuando llegue la policía me escondo, si hay gente yo me salgo corriendo”. Ese día me fue muy bien, me acuerdo que me hice once fichas, iba hasta el tope de peda. Me había vestido, me había puesto

una falda larga y un top y luego me veían cría. Y luego soldados, pues era zona militar.
(Testimonio de Luisa).

Con el dinero de su primera experiencia en el trabajo sexual, Luisa pudo pagar el gas de la casa que habitaban su madre y su hermano en Cerro Azul sin decirles el origen del mismo. Sus familiares supieron la procedencia cuando se dieron cuenta de que Luisa ya vivía con el dueño de la cantina donde comercializaba con su cuerpo. Meses después, y ante la violencia física contra Luisa ejecutada por quien administraba su labor, Luisa huyó a Tamazunchale, San Luis Potosí.

Sin embargo, la violencia en la nueva cantina donde trabajaba, la obligó a salir de Tamazunchale:

Era un sábado, haz de cuenta que bajaron la cerveza el jueves, entonces vendo jueves en la tarde, viernes y el sábado todavía es una gran venta. Tocaban la puerta, yo estaba platicando con un muchacho atrás de la barra, el muchacho enfrente, ya se iba y tocaban de momento la puerta. Me dicen: “Véndenos unas cervezas”. Eran tres muchachos. Les digo: “Ya cerré, ya se va el muchacho”; “¡Véndenos, véndenos un cartón para llevar! Trabajo aquí al lado”. Les digo: “Sí, ya los he visto en el rastro. Bueno, sólo para llevar”. Y abro la puerta para que saliera el muchacho y para despacharlos a ellos y en eso empujan al muchacho, le pegan al muchacho y lo patean, a mí me pegan en la quijada, me rompen la boca, me agarran contra la pared y me ponen el cuchillo. Me lo pone aquí en la garganta, como una hoz. Empezaron a sacar cerveza y abren el cajón y agarran el dinero y levantan el cajón y yo tenía ahí los fólderes, tenía más dinero y toda la venta. Me quitaron las llaves, abrieron el cajón y se llevaron la

cerveza. Todavía me pegaron y al otro le hicieron bien feo: “Si hablas, te carga a madres y a ti también, mañana te damos en tu madre, es más, ya no te queremos ver, si te vemos te partimos tu madre”. Yo, a esa edad, siendo ellos tres y en un lugar desconocido, sí me dio mucho temor, me entraron muchos nervios. Fui a ver a mi amiga y la otra me dice: “No, hay que demandarlos”. “No, es que me dijeron que me van a matar”. Dice: “Ahora, ¿qué vas a hacer?”; “yo me voy”. Y saliendo de ahí que nos agarra la poli, que nos meten al bote porque, según, nos andábamos prostituyendo y ya con el poco dinero que traía mi amiga pagamos la multa (...) Ya no regresé pues la dueña de la cantina me demandó por robo, porque no hice la demanda y no le dije a ella. Me demandó y ya no me pude quedar en Tamazunchale. (Testimonio de Luisa)

Las trayectorias laborales de la adultez, al igual que las de la adolescencia, están vinculadas, en lo general, a condiciones de precariedad y descansan en actividades como la enseñanza de la danza, la estética, el comercio informal, el show travesti, el apoyo a campañas de partidos políticos, el servicio en cantinas y el trabajo sexual. Asimismo, algunas de las entrevistadas reconocen la dificultad de encontrar trabajo debido a su identidad sexo-genérica y, en algunos casos, reconocen actitudes de violencia propias de los espacios en lo que pueden insertarse.

Carmen, quien se dedicaba al momento de la entrevista a la enseñanza de la danza, a cortar cabello en Atlapexco y a vender ropa en el tianguis de Huejutla, tuvo dificultad para ser contratada al inicio de su trayectoria laboral adulta por su condición sexo-genérica:

Al principio como que sí batallé, nunca me querían dar trabajo, pero después ya hablé con el director de la preparatoria donde estudié y me decía que sí, pero el subdirector

me decía que no. Yo le dije que era mi trabajo, que me iba a dedicar al cien por ciento, que me iba a dar a respetar con los alumnos; “o sea, acá yo soy maestro, allá afuera yo sé si salgo a tomar, o a la disco o a equis cosa”. Estuve trabajando en la prepa de Tecolotitla, me dieron unas horas de danza, estuve muy bien, estuve también en el plantel del municipio de Huejutla, de ahí renuncié y me fui a Xilitla, San Luis Potosí, también la gente muy contenta con mi trabajo y no tuve ningún problema por lo que soy, porque cuando trabajo me dedico a mi trabajo, ya mis cosas son fuera de la escuela. (Testimonio de Carmen)

Sandra, quien también enseñaba danza en escuelas de la zona de Huejutla, relató un par de situaciones de violencia por su condición de sexo-genérica experimentadas en una secundaria de una comunidad rural, en una de ellas comenta:

(...) tenía que presentar varios cuadros, yo ya tenía a mi gente, a los que iba a llevar, todos saben que nos llevan fuera, todo pagado y todos se querían meter. Hice la selección de quiénes sí y de quiénes no y haz de cuenta que estaba: “Pues tú vente, tú quédate”, estaba seleccionando gente, en eso agarro y no selecciono a un muchacho y se molesta y dice: “Por qué no me seleccionas a mí, porque de seguro usted se anda comiendo a esos” (...) El prefecto le llamó la atención y lo llevó a la dirección. Enfrente del prefecto, del subdirector, me volvió a faltar al respeto y me volvió a decir lo mismo, que no lo quise llevar porque como no me anda dando, según él, por eso, y como a los otros sí, por eso me los iba a llevar. Fue ese el problema que me salió ahí con ellos. (Testimonio de Sandra)

Sonia, quien nació en la comunidad de Atlapexco y a los dos años quedó huérfana de madre, vivió con sus abuelos maternos durante su infancia en la localidad de Tepetitla, municipio de Yahualica, en condiciones que ella misma reconoce de extrema pobreza: “Vivíamos en extrema pobreza, porque cuando yo crecí, ni siquiera un par de huaraches, ni siquiera un par de chancas conocía, y mis abuelitos me metieron a la escuela, a la primaria. Terminando la primaria me vine para Huejutla”.³⁹

En Huejutla, mientras estudiaba la secundaria y la preparatoria, vivió en una tienda de abarrotes en la cual trabajaba al regresar de la escuela. Un año antes de concluir la preparatoria, dejó la tienda para laborar en el gobierno federal y, posteriormente, se dedicó al trabajo de estética generando una amplia y fiel clientela.

Yolanda, quien habría emigrado a Ciudad de México para trabajar en la confección de vestuario y en el baile coreográfico, cuando fue entrevistada se dedicaba a vender calzado de la marca Andrea, a apoyar campañas de partidos políticos y, ocasionalmente, al show travesti. En 1987 regresa a Huejutla y se emplea cortando cabello y ofreciendo espectáculo nocturno imitando a Ana Gabriel. Ocasionalmente, era contratada para dar presentaciones en espacios distintos al bar donde realizaba show travesti, como en el Instituto Tecnológico Agropecuario, experiencia de la que tiene muy mal recuerdo:

(...) Yo estaba muy fuerte, me sentía como Thalía, pero luego dicen: “Con ustedes, Yolanda Gay, la voz bravil.” ¡Ay!, era una cosa espantosa y no sé qué pasaba. Yo entrando a actuar y me aventaban una Tecate, una Modelo, entonces yo me acuerdo

³⁹ Testimonio de Sonia.

que yo me enojé mucho y el empresario no hacía nada; o sea, todavía fueron y bajaron la luz (...) Suspendí el show (...) El problema es que el empresario cuando te contrata, das un show, y un montón de gente borracha, uno se expone mucho. El que se expone es el artista, no el empresario. (Testimonio de Yolanda)

Sobre su participación en los partidos políticos, Yolanda señala que trabajó para el Partido Verde Ecologista de México y, contrario a lo que había pactado de palabra, no recibió ningún pago por ello. En la época de la entrevista participaba para campañas políticas del partido Convergencia (hoy Movimiento Ciudadano):

(...) En el Verde le trabajé a un candidato formándole su grupo de bastoneras, hice proselitismo, hice campaña, le arreglé su carro alegórico bien, era por el partido, conociendo la cultura del partido fue como me moví. Pero él ni las gracias me dio, así como lo oyes (...) Convergencia es un partido muy joven, además un color que a mí me encanta (...) Yo estoy muy contento con Francisco Xavier, es una persona muy linda, con mucho mundo y muy agradecido, cuando trabajé para ese partido era candidato Erick Azuara Toledo, también lo ayudé bastante y de hecho él me ha recomendado con el mismo partido (...) Con el partido Verde yo no tengo nada que agradecerles mas que dolores de cabeza y las sudadas que me di a diario, pero ya pasó, ahorita nos vamos por el naranja (Convergencia) otra vez. (Testimonio de Yolanda)

Luisa, quien se había dedicado desde los 14 años al trabajo sexual y al trabajo de mesera, logró abrir una cantina cuando finalmente regresó a Cerro Azul. Sin embargo, tuvo que cerrarla debido a las disputas de los cárteles del narcotráfico y su consecuente violencia:

(...) en el bar de al lado vendían droga, me iban a hacer relajos allá arriba. Nunca me dejé, siempre me les enfrenté, llegué a agarrarme a trancazos con los chavos. Me hice muy amigo de un coronel, me manda los militares y así me fui deshaciendo de los problemas. Me han hecho porquerías, me hizo brujería la señora de al lado, pues como el relajo estaba arriba; o sea, aunque los drogadictos iban a comprar abajo la mala droga, allá arriba iban a echar su desmadre: bailar con los muchachos, tenía varios gays, y el relajo lo echaban arriba. Matan al marido de la señora, lo mataron por lo mismo, lo quemaron y la gente se espanta, deja de ir. Baja el negocio, se hace de otro marido la señora. Ella vendía de unos y él vendía de otros, de otro capo, y entonces andan matando a la señora. Se anda escondiendo el señor, dan el negocio a cuidar, y lo encuentran, lo quemaron con uno de sus amigos (...) Entonces la gente se espanta, baja más el negocio y ya la gente, las chavas, se empezaron a ir también. Yo me quedé ya sola con el negocio. Luego me estaban tragando las horas extras porque allá pagábamos las horas extras. Pagaba 30 pesos la hora, eran cinco, seis horas diarias al mes, a parte la renta, la luz, el agua, no me daba. Hablé con el presidente municipal, le dije que me echara la mano, que me aguantara las horas extras. Me dijo: “Si no se te da tu putero, ciérralo; porque a mí me tienen muy presionado los de arriba por las muertes que ha habido, no te puedo echar la mano”. Me redujo el horario: abría a las 9 y tenía que cerrar a las 12. ¿A qué abría? (...) Las horas extras eran una cuota, según, para obras públicas. Pero ya no eran cuotas, ya eran obligatorias. Yo cerraba a las cuatro, cinco de la mañana, y me redujo el horario a las doce, me quita todo el horario. Entonces la gente estaba acostumbrada a estar nada más en la noche. Ahí de día no había nada, las chavas durmiendo, no me convino y cerré. (Testimonio de Luisa)

Una vez cerrado el negocio de Cerro Azul, Luisa se trasladó a Necaxa a trabajar “de encargada y a manejar chavas, a controlarlas”. Es en Necaxa en donde adopta a un bebé, hijo de una trabajadora que no podía hacerse cargo del niño. Al momento de la entrevista, Luisa trabajaba en una cantina de Huejutla y vivía con un novio, relación que mantenía desde doce años atrás. Juntos criaban al niño y pensaban en establecerse de manera definitiva en Huejutla:

(...) En Cerro Azul no hay nada ahorita, creo que hay toque de queda, hubo una balacera, entonces la gente está chisqueada. Quiero poner el negocio aquí porque veo más movimiento, más entrada de dinero y estar en un lugar estable para ver a mi hijo, porque quiero verlo crecer y quiero sentir esa forma realizada de que es mío, de que lo saqué adelante y ya que se mantenga solo. Ya me sentí realizada como madre, ¿sí me entiendes?; o sea, no fallarle como padre o madre, verlo que sea alguien en la vida.
(Testimonio de Luisa)

Como podemos observar, la mayor parte de las entrevistadas narran historias de trabajos eventuales, inestables, de baja remuneración, sin seguridad social, vinculados a la oferta de un servicio y, en algunos casos, relacionados a un oficio. En los casos más extremos la violencia es la constante. Algunas, las mayores, han rentado locales para abrir estéticas o inclusive cantinas; sin embargo, ninguna era propietaria de algún negocio cuando fueron entrevistadas.

La mayor parte de ellas reconoce que su identidad sexo-genérica, sin llamarla como tal, influye en el tipo de trabajos a los que pueden acceder (Bourdieu, 2000). Ciertamente, sus trabajos son limitados y estereotipados producto de una división sexo-genérica del trabajo

(Morán, 2015) sustentada en la normatividad de género (Scott, 2013) y en el sistema jerárquico de valor sexual (Rubin, 1989). He aquí uno de los resultados de la determinación social en cuanto a posición social devaluada desde la que el grupo social se inserta al proceso productivo.

La determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, en su dimensión de daño a la salud y producción de enfermedad, aterriza en una situación generalizada de rechazo, exclusión y violencia debido a la condición sexo-genérica de las entrevistadas. La homofobia y la transfobia se traducen en experiencias que colocan a la familia y a la escuela como las principales instituciones que, de distintas formas y a diferentes grados, les han provocado sentimientos de miedo, de culpa y de vergüenza. En los casos más dramáticos, fueron compartidas situaciones de violencia en donde algunas son forzadas, desde la infancia, a realizar labores pesadas asociadas al género masculino o a enfrentar situaciones de violencia física a partir de la incursión en actividades económicas relacionadas al trabajo sexual o al trabajo en cantinas.

A esta situación de daño en la salud mental, se añaden problemas de salud física, o posibilidad de desarrollarlos, al transformar sus cuerpos, o querer hacerlo, de manera artificial. Dos de las mujeres entrevistadas habían utilizado hormonas y aceites sin la necesaria supervisión médica. De las restantes, más de la mitad deseaba hacerlo; sin embargo, la mayoría no lo había hecho por miedo a sus familias o a reducir, aún más, sus oportunidades de trabajo. Una de ellas estaba por iniciar el suministro de hormonas.

El caso más claro de daño físico por uso de hormonas y aceites es el de Raquel, quien detuvo el uso al enfermarse. En algunas ocasiones, la idea de hacerlo nuevamente pasa por su mente:

Cuando estaba más cría sí (usaba hormonas), ahorita ya no, cuando estaba más polilla tomé mucha hormona, ¡tenía un chicharrón! Pura hormona, tenía los pechos grandes y ya no me salía barba (...) una diaria me tomaba al día, es que veía que los maricones tomaban hormonas y dije: “Yo también quiero” (...) Que me inyecto aceite también, nada más que el maricón ya se estaba muriendo, me estaba petateando, porque yo quería más y más (...) Dejé las hormonas y el aceite porque me enfermé. A veces digo: “Voy a volver a tomar”, pero no, ¿para qué me voy a tomar hormonas? Ya tengo 45 años y todavía me llueven. Sí, no creas que no me llueven los galanes, sí me llueven y no les pago. No, de veras, tengo suerte con los chamacos. (Testimonio de Raquel)

Luisa utiliza aceites y hormonas desde los 17 años:

Fue en Piedras Negras, es que todas se inyectaban allá. Bueno, más bien no me querían inyectar porque era menor de edad, entonces yo empezaba, empecé a meterme hormonas y empecé a agarrar formita, pero yo quería más. Si me ponía truco, no podía andar en shorts, tenía piernas flacas. Ya estaban todas inyectadas y con cuerpazos. Llegué acá (Cerro Azul) y le dije a mi hermana, a mi cuñada: “¡Inyéctame!”; me dice: “No”. Finalmente, sí me inyectó, me metí aceite Capullo en las piernas. Luego me volví a retocar y hasta la fecha no he tenido problemas (...) Usé hormonas para los pechos, me metí Perlutal. (Testimonio de Luisa)

Brenda, quien deseaba transformar su cuerpo, había escuchado ya las experiencias de algunas amigas:

(...) Estoy pensando seriamente en someterme a un tratamiento de hormonas. Nada más sería, yo creo, lo más que quisiera hacer. Me gustaría pecho, más que nada, y sí, un poco más de pompi porque estoy delgada (...) Me he asesorado con amigas que ya se han sometido a eso. Como dicen, cada cuerpo es diferente y pues uno tiene que tener la opinión de una persona especialista en eso y, de hecho, es lo que voy a hacer; o sea, buscar a alguien que me asesore. Unas amigas se han inyectado; por ejemplo, unas me han comentado de la Perlutal, otras de unas de cuerpo amarillo y cosas así; o sea, hay diferentes tipos de hormonas que se han inyectado (...) Yo tuve una ocasión una compañera que trabajaba en bares, que yo la veía de un cuerpo muy bonito, entonces yo le digo: “Oyes, ¿qué es lo que te hiciste?” Entonces ella dice: “No, ¿pues sabes qué?, yo te voy a decir la neta, yo a todas les he dicho que son hormonas, pero yo lo que traigo es aceite”. Entonces yo le digo: “Pero es que a mí me han dicho que el aceite es muy malo, que se sube al cerebro y te puedes morir”; “pues sí, pero pues qué decides: esperarte con hormonas a que te salga o no te salga, o de una vez a lo seguro”. (Testimonio de Brenda)

La ausencia de atención a las necesidades de la población transgénero en los servicios públicos del sistema de salud mexicano profundiza los daños a la salud física de una población colocada, por el sistema de género y por el sistema jerárquico de valor sexual, en situación de desventaja. Las críticas y las propuestas en torno al proceso transexualizador del Sistema Único de Salud de Brasil, presentadas en el segundo apartado de esta tesis, son un buen punto de partida para el diseño de una política de salud dirigida a la población

transgénero del país, siempre y cuando se consideren las especificidades culturales, las voces de la población transgénero y se evite cualquier posibilidad de imponer un tratamiento hegemónico como sucedió en el caso brasileño.

La determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, en la dimensión de la atención, se observa en dos vertientes: 1) la atención entendida como búsqueda de prevención y cura de la enfermedad y 2) la atención como resistencia a la dominación y búsqueda de acción política, organización colectiva y construcción de salud. En este apartado finalizamos abordando ambas vertientes.

Siete de las ocho entrevistadas no habían contado ni contaban con un empleo estable y permanente que les permitiera acceder a los servicios públicos de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y, en consecuencia, a las prestaciones que ofrece la seguridad social de dichos institutos. Esta precariedad laboral las lleva a atenderse con médicos privados o a afiliarse al Seguro Popular.⁴⁰ Si bien esta problemática, intrínseca al modelo neoliberal, afecta a la población en general, la situación del grupo estudiado cobra relevancia por su condición de vulnerabilidad y limitación de oportunidad laboral.

⁴⁰ El Seguro Popular de Salud inició su fase piloto en 2001 y, actualmente, es pieza clave del proceso de mercantilización de la atención médica en el contexto de las reformas neoliberales en salud implementadas desde la década de los años ochenta en México. Es un programa discrecional y focalizado, diseñado para la población no derechohabiente de la seguridad social, y su costo es cubierto por subsidio federal y cuotas de los beneficiarios. No cuenta con la infraestructura necesaria y su cobertura de riesgos es muy limitada (Tamez y Eibenschutz, 2008).

Ninguna de las entrevistadas manifestó discriminación por su condición sexogenérica en los servicios de salud, por el contrario, Luisa comparte la siguiente experiencia:

Inclusive la vez pasada, por un golpe en una pierna, se me hizo un absceso y yo empecé a sacármelo, me lo aplanaba pa' dentro y se fue pudriendo todo. Me vio una amiga y me dice: "No, es un absceso, vamos al Seguro". Llegamos al Seguro y me dice la doctora: "No te podemos atender, ¿cuál es tu caso? Te vamos a atender por ética, pero debes de pedir seguro para que te puedan atender". Bien padre, buena onda, la doctora me atendió sin tener el seguro". (Testimonio de Luisa)

Respecto a la atención a la información sobre salud sexual, la mayor parte de las entrevistadas, especialmente las más jóvenes, reconocen que la obtuvieron en la escuela y, en el caso de Sandra, añade las charlas recibidas en el programa Oportunidades. En cuanto al acceso a preservativos, los obtienen comprándolos en farmacias o a través de amistades que trabajan o acuden a clínicas públicas. Cinco de las ocho entrevistadas reconocen haber asistido, o asistir ocasionalmente, a médicos tradicionales como hueseros, yerberos, sobadores, curanderos y brujos.

En la segunda vertiente de la atención, registré que existen distintos niveles en cuanto a las respuestas individuales a la homofobia y a la transfobia. Esta violencia inicia, prácticamente, desde la infancia. Es ahí donde la toma de conciencia de la diferencia emerge y recorre, ya en la adolescencia y en la vida adulta, un proceso de aceptación que les permite responder a las agresiones y a las exclusiones. A mayor reconocimiento social, la respuesta cobra mayor fuerza. Sonia, cuando gozaba de prestigio en Huejutla por ser una de las mejores

estilistas de la ciudad, decidió ir a la presidencia municipal para protestar en contra de los abusos policiacos:

Un día unos amigos me pidieron que les consiguiera pañoletas porque los habían rapado en la presidencia, ¡ay no!, traía un coraje. ¿Qué crees que hice? Me hago el peinado, el pelo lo traía hasta acá (señala media espalda), me lo recojo tantito, me arreglo tantito, me pongo las zapatillas, falda-pantalón y blusa. ¡Bien elegante! Que me voy a la presidencia, me fui a zarandear toda la presidencia, me subí acá, me subí a todos los departamentos para ver qué me hacían. No me hicieron nada, no más se me quedaron viendo y no me dijeron nada. (Testimonio de Sonia)

Como ejemplo de resistencia individual en el espacio escolar, Sandra decidió enfrentar a sus agresores:

(...) En la secundaria fue cuando empezaron a quererme humillar, pero como yo no soy de esas personas que nada más agarran y agachan la cabeza y siguen caminado, dije: “¿Por qué me voy a estar dejando que me hagan eso si yo no les hago nada?” Había una chava que me decía: “Te habla tal persona, que vengas, te van a saludar, y yo no le hacía caso (...) y una vez que me agarran enojado y yo iba caminando y que me dice: “Te manda saludar tal persona, que cuándo lo vienes a ver”; y yo agarro y le dije vulgarmente: “Sabes qué, ¡déjame de estar chingando la madre y que vayan a chingar a su madre porque te voy a romper la madre!” Y cuando le dije eso, jamás me volvió a decir algo; es más, ni me volteaba a ver y fue cuando fui entendiendo que no me debo dejar de las críticas que me hagan. Y así desde la secundaria he crecido, persona que me quiera humillar o que me quiera hacer sentir mal, primero lo hago sentir mal yo. (Testimonio de Sandra)

Las respuestas a nivel colectivo, al momento de realizar el trabajo de campo, eran incipientes. El certamen Nuestro Belleza Gay Huejutla, a pesar de la reproducción de los estereotipos de género que en éste se observa, era el único espacio de confluencia grupal para la reivindicación de sus derechos.

A excepción de Yolanda, el resto de las entrevistadas reconoce la importancia de impulsar la organización colectiva hacia la defensa de sus derechos como lo señala Brenda:

(...) Es muy diferente que tengamos otra preferencia, nos hace otro tipo de persona, entonces yo digo que está bien que nos organicemos porque tenemos que reconocer nuestros derechos, más que nada que nos den nuestro lugar como personas (...) No hay como tener un grupo que te asesore, a parte, hay veces que está bien que tú conozcas cosas, pero siempre hace falta la opinión de las demás personas.
(Testimonio de Brenda)

7. Consideraciones Finales

La salud, el trabajo y la discriminación de las mujeres transgénero de la Huasteca Hidalguense forman una triada articulada, de manera compleja, que visibiliza problemáticas de primer orden para la salud colectiva.

La salud, entendida como asunto político desde la lógica de las relaciones de poder, y a su vez como derecho social que garantice condiciones de bienestar y de justicia, representa un reto a defender y a conquistar. Para ello, resulta imprescindible entender cómo funcionan las estructuras y los mecanismos de dominación que afectan la salud de las poblaciones en lo general y, de los grupos en situación de vulnerabilidad, en particular.

A lo largo de esta investigación di cuenta de cómo las relaciones de dominación de género, sustentadas en un orden binario heteronormativo, y articuladas a relaciones de dominación étnico-racial, sustentadas en una ideología racista propia de lo moderno/colonial, impactan en el grupo social y limitan sus condiciones, ya de por sí precarias, de inserción al espacio global del proceso de trabajo. Es decir, las relaciones de dominación simbólica, aquellas del género racializado y de la racialización del género, sancionadoras de la transgresión al género inclusive si esa transgresión se da como reproducción del binarismo de género, inciden en la construcción de una particular división sexo-genérica del trabajo.

La exclusión social, traducida en discriminación materializada en el ámbito familiar, educativo y laboral, coloca a las mujeres transgénero entrevistadas en espacios desfavorables de la división sexo-genérica del trabajo. De ahí, entonces, la relación entre trabajo y

discriminación. La dominación de género en cuanto determinación social impacta, indudablemente, en la inserción laboral profundizando la desigualdad.

El efecto de la discriminación en la inserción laboral incide en las condiciones materiales de existencia, o de subsistencia, y daña las condiciones de salud tan sólo si miramos la precariedad laboral que reportan en cuanto grupo social. Las condiciones de salud, previamente deterioradas a nivel de la salud mental producto de las burlas, de las humillaciones y de las agresiones que ellas mismas comparten en sus narrativas, pueden ser fortalecidas una vez que emergen, desde la consciencia, las estrategias de resistencia.

Enfrentar al agresor, asumir una identidad sexo-genérica no esperada al interior de la familia, asumirla en público y en colectivo, reivindicar la existencia sexo-genérica de manera política en un certamen de belleza que traduce múltiples contradicciones, les ayuda a reconstruir y a fortalecer un sentido de dignidad individual y grupal con posibilidades creativas para el futuro. Sin embargo, el peso de lo moderno/colonial, y la introyección de cierto colonialismo interno, incita a que como grupo social incorporen lógicas mercantilistas, individualistas y de competencia que puedan destruir la posibilidad de organización y de acción colectiva.

En cuanto al avance legislativo e institucional del derecho a la no discriminación, ubico problemáticas a plantear y retos a resolver en cuanto a política pública y multiculturalidad. ¿Los poderes y las instituciones nacionales actuales tienen la capacidad para generar, de manera crítica y con perspectiva histórica, política pública para una nación multicultural atravesada por relaciones de dominación racial, explotación económica e

impunidad política? La capacidad, evidentemente, es limitada. De ahí la necesidad urgente por cambios de la representación política actual, de modelo económico y de la política pública neoliberal, de los sistemas de justicia, educativo y de seguridad social. Respetar, de manera irrestricta, los derechos colectivos de las comunidades indígenas, particularmente, su derecho a la libre autodeterminación. De otro modo, la política pública, incluyendo la vinculada al derecho a la no discriminación, seguirá siendo un mero paliativo a manera de barnizada democrática. El pensar sobre género, sexualidad y disidencia en contextos inter-étnicos, y articular la reflexión a derechos sociales y políticas públicas, es entrar a tierras movedizas, pero impera hacerlo.

Esta investigación no representa un punto de llegada, al contrario, implica un punto de partida en varios sentidos:

1. En principio, como primer ejercicio de acercamiento académico, desde la mirada de la salud colectiva, a un problema social novedoso y complejo, con apoyo de otras conceptualizaciones teóricas posiblemente contradictorias, que más adelante habrá posibilidad de afinar.
2. Como acercamiento a la reflexión sobre género, sexualidad y salud en una región inter-étnica que, en espacios rituales, y sin caer en situaciones de romanticismo antropológico, otorga reconocimiento social a quienes disienten del orden heteronormativo moderno/colonial.

3. Como cuestionamiento personal sobre la necesidad de observar mis propios colonialismos internalizados, igualmente marcados por procesos racializados, y así desentrañar opacidades, y afinar perspectivas, para un ejercicio académico de mayor alcance.

Necesitamos cuestionar desde dónde pensamos, teórica y metodológicamente, sobre género y sexualidad. La interseccionalidad, y la decolonialidad, son ejemplos de miradas que pueden contribuir al fortalecimiento del abordaje complejo que desde la salud colectiva se construye para entender las articulaciones entre clase social, etnicidad y género en cuanto determinaciones sociales de la salud. Al mismo tiempo, resulta imprescindible cuestionar cómo son empleadas tanto la interseccionalidad, como la decolonialidad, para evitar excesos como el de Lugones y para evitar desechar, por simple que parezca, cualquier referencial teórico-metodológico por su origen presuntamente eurocéntrico.

Los debates sobre el proceso salud-enfermedad-atención de grupos sociales disidentes del orden heteronormativo, y atravesados por relaciones de dominación étnica, representan nuevos retos para la salud colectiva. Continuar por esta línea, afinando el arsenal teórico-metodológico de la disciplina, la perspectiva histórica y las estrategias de inserción para la investigación, resulta tarea pendiente e imperativa.

8. Bibliografía

- Absi, P., y Geffroy C. (2016). Intimidaciones Políticas. Preámbulo. *Bulletin de l'Institut français d'études andine*, 45(3), 361-362.
- Adrian, T. (2013). Cuadrando el círculo: despatologización vs derecho a la salud de personas trans en DSM-5 y CIE-11. *Comunicación y Salud*, 11(1), 58-65.
- Aguilar, T. (2008). El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis*, (8). doi: 10.4000/amnis.537
- Alcaraz, R. y Alcaraz, A. (2008). *El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Alston, P., Anmeghichean, M., Cabral, M., Cameron, E., Onufer, S., Ertürk, Y., y otros (2007). *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*. Yogyakarta, Indonesia: Comisión Internacional de Juristas, Servicio Internacional para los Derechos Humanos.
- Alvarado, M. (2016). Epistemologías feministas latinoamericanas: un cruce en el camino junto-a-otras pero no-junto-a-todas. *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1(3), 9-32.
- Álvarez, L., Aruquipa, D. y Absi, P. Trans y maricas en la Primera cumbre Planetaria de Descolonización y Despatriarcalización (La Paz, Bolivia, noviembre de 2015). (2016). *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 45(3), 419-432.
- Ameigeiras, A. R. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis (Coord.). *Estrategias de Investigación Cualitativa*, (pp. 107-152). Barcelona, España: Gedisa Editorial.

- Angulo, A., y Jarillo, E. (2017). *Familias homoparentales. Una mirada sistémica desde la salud colectiva en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- Bacigalupo, A. M. (2011). El hombre mapuche que se convirtió en mujer chamán: Individualidad, transgresión de género y normas culturales en pugna. *Scripta Ethnologica*, 33, 9-40.
- Bareiro, M. L. (2016). *La exclusión de las personas trans del sistema educativo: un análisis de la experiencia en la educación de personas jóvenes y adultas en Paraguay*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20160401010040/informefinaldeinvestigacionlaurabareiro.pdf>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M. y Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": how erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- Belza, M.J., Llácer, A., Mora, R., De la Fuente, L., Castilla, J., Noguera, I., y Cañellas, S. (2000). Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gaceta Sanitaria*, 14(5), 330-337.
- Boivin, R. R. (2014). "Se podrían evitar muchas muertas". Discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (16), 86-120.
- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaw*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, España: Anagrama.

- Butler, J. (2007). *El Género en Disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Estigma y discriminación a profesional de la salud transgénero. *Rev. Fac. Med.*, 62(1), 41-45.
- Cardona-Cuervo, J. (2017). La construcción de los derechos del grupo social transgénero. *Entramado*, 12(2), 84-95.
- Castorena-Sáenz, N. (2018). Angustias de la transformación: un acercamiento al proceso de transformación hombre-mujer desde la subalternidad y el borde. *La Ventana*, (47), 178-206.
- Cesar, B. (2013). “Doidas e putas”: usos das categorías travesti e transexual. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (14), 352-379.
- Cohen-Kettenis, P. T., y van Goozen, S. H. M. (2002). Adolescents who are Eligible for Sex Reassignment Surgery: Parental Reports of Emotional and Behavioural Problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 412-422.
- Colchero, M. A., Cortés-Ortiz M. A., Romero-Martínez, M., Vega, H., González, A., Román, R.,...Bautista-Arredondo, S. Prevalencia de VIH, características sociodemográficas y comportamientos en mujeres transgénero en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex*, 57(supl 2), 99-106.
- Collignon, M. M. y Lazo, P. (2017). Derechos humanos/sexuales, género y biopolítica: reflexiones sobre la configuración subjetiva del derecho a la libre elección de identidad de género. *La Ventana*, (45), 50-87.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2010). *Panorama socioeconómico de la población indígena del Estado de Hidalgo*. México: CDI, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017). Recuperado de:
www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2011). *Índice de Marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México: CONAPO.

Cuadra-Hernández, S. M., Zarco-Mera, A., Infante-Xibillé, C., y Caballero-García, M. (2012). La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: una intervención para abatir el estigma; México, 2005-2009. *Salud Colectiva*, 8(2), 191-204.

De Santis, J. P. (2009). HIV infection risk among male-to-female transgender persons: a review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 20(5), 362-372.

Dellacasa, M. A. (2017). Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad: Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades. *Psicoperspectivas*, 16(3), 17-28.

Dourado, I., Silva, L. A. V., Magno, L., Lopes, M., Cerqueira, C., Prates, A.,...MacCarthy, S. (2016). Construyendo puentes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32(9), 1-11.

Echeverría, B. (1991). Modernidad y capitalismo: Quince tesis. *Review (Fernand Braudel Center)*, 14(4), 471-516.

- Enguix, B. (2000). Sexualidades e identidades. Identidades Homosexuales. *Gazeta de Antropología*, (16), 1-8.
- Escobar, M. R. (2013). La politización del cuerpo: subjetividades *trans* em resistencia. *Nómadas*, (38), 133-49.
- Esteban-Reyes, C., Ortiz-Mendoza, C. M., Rivera-Morales, N., Purcell-Baerga, P., y Ruiz-Mojica, G. (2016). La educación del género en peligro de extinción: preparación de psicoterapeutas clínicos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 80-93.
- Fabbri, L. (2014). Desprendimiento androcéntrico. Pensar la matriz colonial de poder desde los aportes de Silvia Federici y María Lugones. *Universitas Humanística*, 78(78), 89-107
- Farji, A. (2017). *Travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del Estado argentino. Desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género*. Buenos Aires, Argentina: Teseo Press.
- Ferreira Jr. S., Francisco P. M. S. B., y Nogueira, P. A. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. *Rev Panam Salud Pública*, 40(6), 410–17.
- Foucault, M. (1999). *Historia de la sexualidad. Vol. 1 La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Fraser, N. (2000). Heterosexismo, falta de reconocimiento y capitalismo. Una respuesta a Judith Butler. *New Left Review*, (2), 123-136.

- Garduño, M. A., Granados, J. A., Salinas, A. A., Tetelboin, C. (2011). Reflexiones sobre discriminación y salud. En M. C. Chapela y M. A. Contreras (Coords.), *La salud en México* (303-326). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- Garduño, M. A., y Granados, J. A. (2015). Género y derecho a la salud. En O. López y S. López (Coords.), *Derecho a la salud en México* (175-186). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- Gay, J. (1985). Mummies and Babies and Friends and Lovers in Lesotho. *Journal of Homosexuality*, 11(3-4).
- Gómez, V. (2016). El derecho a la identidad de género desde una mirada etnográfica. *Rev. urug. antropología etnografía*, 1(2), 73-87.
- González, C. O. (2003). *La construcción de la identidad gay travesti. Poder discursos y trayectorias; la disputa por espacios y territorios: el travestismo entre los gays en la ciudad de Colima y su zona conurbada* (tesis de maestría). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Guadalajara, México.
- González, O. (2016). Identidades sexo-genéricas, cosmovisión y comunalidad en la “danza de las mascaritas” en Santa María Huazolotitlán, Oaxaca, México. *Intersticios de la política y la cultura. Intervenciones latinoamericanas*, 5(10), 209-233.
- Granados, J. A. (2001). Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales. *Salud Problema*, (10-11), 37-46.
- Granados, J. A., Delgado, G., Méndez, J. M. (2006). Homofobia y Salud. *Salud Problema*, (20), 35-51.

- Granados, J. A. (2007). Medicina social, sexualidad y salud. En E. Jarillo y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (217-243). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Granados, J. A. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina. *Salud Problema*, (16), 12-29.
- Granados, J. A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, (17), 66-78.
- Granados, J. A., Hernández P. A., y Olvera, O. A. (2016). Mujeres trans: medicalización y proceso de adecuación sexo-genérica. *Salud Problema*, (20), 12-29.
- Grey, J. P. (1985). Growing Yams and Men: An Interpretation of Kimam Male Ritualized Homosexual Behavior. *Journal of Homosexuality*, 11(3-4), 55-68.
- Gutiérrez, N. (2012). *Mitos nacionalistas e identidades étnicas: los intelectuales indígenas y el Estado mexicano*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hall, S. (2010). *Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. E. Restrepo, C. Walsh, y V. Vich. (Eds.). Quito, Ecuador: Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Andina Simón Bolívar sede Ecuador y Enviación Editores.
- Hamel, R. E., Brumm, M., Carrillo, A., Loncon, E., Nieto, R., y Silva, E. (2004). ¿Qué hacemos con la castilla? La enseñanza del español como segunda lengua en un currículo intercultural bilingüe de educación indígena. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 9(20), 83-107.

- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Harawa, N. T., y Bingham, T. A. (2009). Exploring HIV prevention utilization among female sex workers and male-to-female transgenders. *AIDS Educ Prev*, 21(14), 356-371.
- Harnecker, M. (1976). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. España: Siglo veintiuno de España editores.
- Huerta, C. (2006). La estructura jurídica del derecho a la no discriminación. En C. De la Torre (Coord.), *Derecho a la no discriminación* (pp. 185-204). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Ibáñez, T. (2014). Foucault o la ética y la práctica de la libertad. Dinamitar espejismos y propiciar insumisiones. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 14(2), 3-18.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.
- Infante, C., Sosa-Rubí, S. G., y Cuadra, S. M. (2009). Sex work in Mexico: vulnerability of male, travesti, transgender and transsexual sex workers. *Culture, Health & Sexuality*, 11(2), 125-137.
- Jurado, M. A. (2001). *Xantolo, el retorno de los muertos*. México: CONACULTA, FONCA, Jaiser Editores.
- Kerr-Corrêa, F., Pinheiro Junior, F. M. L., Martins, T. A., Costa, D. L. C., Macena, R. H. M., Mota, R. M. S.,...Kerr, L. R. F. S. (2017). Hazardous alcohol use among transwomen in a Brazilian city. *Cad. Saúde Pública*, 33(3), 1-13.

- Khan, S. I., Hussain, M. I., Parveen, S., Bhuiyan, M. I., Gourab, G., Sarker, G.F.,...Sikder, J. (2009). Living on the Extreme Margin: Social Exclusion of the Transgender Population (Hijra) in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(4), 441-451.
- Lambert, W. E. (1974). Culture and language as factors in learning and education. En F. Aboud y R. Meade (Eds.), *Cultural factors in learning and education* (pp. 124-142). Washington, Estados Unidos: Western Washington State College.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana Salud*, 1(2), 7-25.
- Laurell, A. C. (1991). Trabajo y Salud: Estado del conocimiento. En S. Franco, E. Nunes, J. Breilh y A. C. Laurell (Eds.), *Debates en Medicina Social* (pp. 249-339). Quito, Ecuador: OPS/ALAMES.
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M. I. Rodríguez (Comp.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 1-12). Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Laurell, A. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. En ALAMES (Ed.), *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- Lewis, V. (2012). Volviendo visible lo invisible: hacia un marco conceptual de las migraciones internas trans en México. *Cuicuilco*, (54), 219-240.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. (2016). Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf

Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Eliminar la Discriminación en el Estado de Hidalgo. (2017). Recuperado de:

http://www.conapred.org.mx/leyes/Ley_para_Prevenir_Atender_Sancionar_y_Eliminar_la_Discriminacion_en_el_estado_de_Hidalgo_Ax.pdf

Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal. (2011). Recuperado de: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-cae358cccc07e426436f4dd2adcbae94.pdf>

López, O., y Blanco-Gil, J. (2003). Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Problema*, (14-15), 7-16.

López, O., Escudero, J. C., y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.

Martínez-Guzmán, A. (2012). Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. *Psicoperspectivas*, 11(2), 164-84.

Martínez-Guzmán, A., Montenegro, M., y Pujol, J. (2014). Consideraciones para un abordaje situado. *Annual Review of Critical Psychology: Gender and Sexuality*, (11), 23-39.

Meléndez, R. M., y Pinto, R. M. (2009). HIV prevention and primary care for transgender women in a community-based clinic. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 20(5), 387-397.

Meléndez, M. C., Rodríguez, J. R., y Vélez, M. (2015). Personas trans y su adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(3), 315-331.

- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?
Alteridades, 7, 71-83.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, 9-32.
- Menéndez, E. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2), 335-345.
- Mendoza, J.C. (2017). *El papel de la discriminación y violencia en las inequidades en salud mental que enfrentan hombres y mujeres homo y bisexuales en México* (tesis de doctorado). Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, Ciudad de México.
- Mendoza-Pérez, J.C., y Ortiz-Hernández, L. (2018). Violence as Mediating Variable in Mental Health Disparities Associated to Sexual Orientation Among Mexican Youths. *Journal of Homosexuality*. doi: 10.1080/00918369.2017.1422938
- Miano, M. (2002). *Hombre, mujer y muxe' en el Istmo de Tehuantepec*. México: INAH – Plaza y Valdés.
- Miano, M. (2007). Femminielli. Los travestis napolitanos en el ámbito de lo simbólico sagrado. En M. Civera y M. R. Herrera (Eds.), *Estudios de Antropología Biológica, volumen XIII* (pp. 1103-14). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Antropología e Historia y Asociación Mexicana de Antropología Biológica.
- Mignolo, W. D. (1995). La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales. *Revista Chilena de Literatura*, (47), 91-114.

- Mirabal, S. (2016). *Representaciones Sociales de la homosexualidad entre los nahuas de la Huasteca Potosina* (tesis de maestría). Colegio de San Luis, San Luis Potosí, México.
- Modonesi, M. (2012). *Subalternidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
Recuperado de: http://conceptos.sociales.unam.mx/conceptos_final/497trabajo.pdf
- Morales, M. C. (1985). Día de Muertos en la Huasteca de Hidalgo. *Boletín del INAH*, (6).
- Morán, J. M. (2015). Géneros, transgéneros: hacia una noción biodimensional de la injusticia. *Andamios*, 12(27), 257-278.
- Nahmad, S. (1982). Indoamérica y educación: ¿etnocidio o etnodesarrollo? En A. Scanlon y J. Lezama (Eds.), *México pluricultural. De la castellanización a la educación indígena bilingüe bicultural* (pp. 21-44). México: SEP-Porrúa.
- Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgender People*. Chicago, Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Nanda, S. (1985). The Hijras of India: Cultural and Individual Dimensions of an Institutionalized Third Gender Role. *Journal of Homosexuality*, 11(3-4), 35-54.
- Negri, A. (2015). *El poder constituyente. Ensayo sobre las alternativas de la modernidad*. Madrid, España: Traficantes de sueños.
- Noseda, J. (2012). Muchas formas de transexualidad: diferencias de ser mujer transexual y de ser mujer transgénero. *Revista de Psicología*, 21(2), 7-30.
- Nussbaum, M. (1999, 22 de febrero). The Professor of Parody. *The New Republic Online*.
Recuperado de:
<https://ia801607.us.archive.org/34/items/ProfessorOfParodyByNussbaum/Professor%20of%20parody%20by%20Nussbaum.pdf>

- Olvera, O. A., y Granados, J. A. (2017). *La experiencia de varones homosexuales y bisexuales en torno al rechazo social, la violencia y su impacto en la salud mental*. México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- Operario, D., Soma T., y Underhill, K. (2008). Sex work and hiv status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Jornal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48(1), 97-103.
- Ortiz, L., y Granados, J. A. (2001). Determinantes sociales de la política de salud en el combate del VIH-SIDA en México. *Argumentos*, (38), 23-42.
- Ortiz, L. (2003). Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud en las poblaciones. *Salud Problema*, (14-15), 17-26.
- Ortiz, L. (2004). Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales. *Salud Problema*, (16), 19-39.
- Ortiz-Hernández, L. (2004). La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura*, (22), 161-182.
- Ortiz, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 49-65.
- Ortner, S. B., y Whitehead, H. (2013). Indagaciones acerca de los significados sexuales. En M. Lamas (Ed.), *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 127-179). México: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM), Editorial Porrúa.
- Páez, J., Hevia, G., Pesci, F., y Rabbia, H. H. (2015) Construcción y validación de una escala de actitudes negativas hacia personas trans. *Revista de Psicología*, 33(1), 151-188.

- París, M. P. (2002). Estudios sobre el racismo en América Latina. *Política y Cultura*, (17), 289-310.
- Peralta, K. J., y Pachón, N. (2013). Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. *Tabula Rasa*, (19), 281-300.
- Petry, A. R. (2015). Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 70-5.
- Pinto, T. P., Teixeira, F. B., Barros, C. R. S., Martins, R. B., Sagasse, G. S. R., Barros, D. D., Veras, M. A. S. M. (2017). Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 33(7), 1-13.
- Pizza, Giovanni. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.
- Popadiuk, G. S., Oliveira, D. C., y Signorelli, M. C. (2017). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1509-20.
- Prieur, A. (1998). *Mema's House, Mexico City. On transvestities, Queens and machos*. Chicago, Estados Unidos: The University of Chicago Press.
- Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Bland, S., Mayer, K. H., Perkovich, B., y Safren, S. A. (2009). HIV Risk and Social Networks Among Male-to-Female Transgender Sex Workers in Boston, Massachusetts. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 20(5), 373-386.

- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs*, (5), 631-660.
- Rivera, S. (2010). *Violencias re-encubiertas en Bolivia*. La Paz, Bolivia: La Mirada Salvaje, Editorial Piedra Rota.
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., y Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-9.
- Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., y Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-25.
- Rocon, P. C., Zamboni, J., Sodr e, F., Rodrigues, A., y Roseiro, M. C. F. B. (2017). (Trans)forma es corporais: reflexões sobre saúde e beleza. *Saúde Soc.*, 26(2), 521-532.
- Rocon, P. C., Sodr e, F., Zamboni, J., Rodrigues, A., y Roseiro, M. C. F. B. (2018). O que esperam pessoas trans do Sistema  nico de Saúde? *Interface*, 22(64), 43-53.
- Rodríguez, J. (2007). * Qu  es la discriminación y cómo combatirla?* México: Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Discriminación.
- Roen, K. (2002). "Either/Or" and "Both/Neither": Discursive Tensions in Transgender Politics. *Signs Journal of Women in Culture and Society* 27(2), 501-522.
- Rottenbacher, J. M. (2012). Conservadurismo político, homofobia y prejuicio hacia grupos transgénero en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 23-37.

- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres. Notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp.113-90). Madrid: Editorial Revolución.
- Ruiz, A. P., García, L. C., y García, E. G. (2015). Entre la regulación y la emancipación: el caso de las políticas de atención en salud para mujeres trans (Bogotá D.C., 2008-2013). *Revista Aletheia*, 7(1), 52-69.
- Ruiz, J. I. (2009). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Sanchez-Guillermo, E. (2007). Nacionalismo y racismo en el México decimonónico. Nuevos enfoques, nuevos resultados. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. doi: 10.4000/nuevomundo.3528
- Sánchez, N. F., Sánchez, J. P., y Danoff, A. (2009). Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. *Am J Public Health*, 99(4), 713-719.
- Sandoval, E. M. (2006). *En diálogo con el propio cuerpo. La experiencia de la transexualidad en sujetos que habitan en la Ciudad de México* (tesis de maestría). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Scott, J. W. (2013). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Ed.), *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (265-302). México: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM), Editorial Porrúa.

- Scourfield, J., Roen, K., y McDermott, L. (2008). Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health Soc Care Community*, 16(3), 329-336.
- Segato, R. L. (2011). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En K. Bidaseca y V. Vázquez. (Comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina* (pp. 17-47). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Godot.
- Sevelius, J. M., Reznick, O. G., Hart, S. L., y Schwarcz, S. (2009). Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Educ Prev*, 21(2), 113-127.
- Sevilla, A. (2002). *De Carnaval a Xantolo: Contacto con el inframundo*. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México: Instituto Tamaulipeco para la Cultura y las Artes.
- Silva, G. W. S., Souza, E. F. L., Sena, R. F. C., Moura, I. B. L., Sobreira, M. B. S., Miranda, F. A. N. (2016). Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-7.
- Solana, M. (2011). La crítica de Martha Nussbaum al "quietismo político" de Judith Butler. II Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género, 28, 29 y 30 de septiembre de 2011, La Plata, Argentina. En *Memoria Académica*. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4897/ev.4897.pdf
- Souza, M. H. T., Malvasi, P., Signorelli, M. C. y Pereira, P. P. G. (2015). Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 31(4), 767-776.
- Sobrevilla, D. (1999). El surgimiento de la idea de Nuestra América en los ensayistas latinoamericanos decimonónicos. *Revista de Crítica Latinoamericana*, (50), 147-163.

- Stone, S. (1991). The “empire” strikes back: a posttranssexual manifesto. En K. Straub, y J. Epstein (Eds.), *BodyGuards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity* (pp. 280-304). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Tamez, S. y Eibenschutz C. (2008), El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(sup)1, 133-145.
- Taylor, S. J., y Bogan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Urrego, G. A., y Betancur, L. F. (2017). Del cuerpo grotesco al cuerpo moderno: una vision contemporánea del cuerpo desde el culto al culo. *En Clave Social*, 6(2), 28-46.
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender. An Ethnography of a category*. Londres, Inglaterra: Duke University Press.
- Valle, J. (2003). *Nahuas de la Huasteca*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Van Dijk, T. A. (2007). *Racismo y discurso en América Latina*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Vanderleest, J. G., y Galper, C. Q. (2009). Improving the Health of Transgender People: Transgender Medical Education in Arizona. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 411-416.
- Veale, J. F., Clarke D. E., y Lomax, T. C. (2008). Sexuality of male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 36(4), 586-597.
- Vendrell, J. (2012). Sobre lo trans: aportaciones desde la antropología. *Cuicuilco*, 19(54), 117-38.

- Vice. (2016, 2 de noviembre). Señorita Cempasúchil. *El Insurgente*. Recuperado de:
<https://elinsurgente.mx/senorita-cempasuchil/>
- Villasana, P., Sánchez, L., y Rojas, G. (2013). Percepción de docentes de la Escuela de Medicina sede Aragua de la Universidad de Carabobo sobre la atención en salud a población sexo-género diversa. *Comunidad y Salud*, 11(1), 51-57.
- Villoro, L. (1998). *Estado plural, pluralidad de culturas*. México: Editorial Paidós y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Viveros, M. (s.f.). De diferencia y diferencias. Algunos debates desde las teorías feministas y de género. Recuperado de: http://glefas.org/download/biblioteca/estudios-genero/algunos_debates_desde_teorias_feministas_genero.pdf
- Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet: queer politics and social theory*. Minneapolis, Estados Unidos: University of Minnesota Press.
- Williams, W. L. (1985). Persistence and Change in the Berdache Tradition Among Contemporary Lakota Indians. *Journal of Homosexuality*, 11(3-4).
- Wilson, E. C., Garofalo, R., Harris, R. D., Herrick, A., Martínez, M., Martínez, J., y Belzer, M. (2009). Transgender female youth and sex work: HIV risk and a comparison of life factors related to engagement in sex work. *AIDS Behav*, 13(5), 902-913.
- Winton, A. (2017). Cuerpos disidentes en movimiento: miradas sobre movilidad transgénero desde la frontera sur de México. *El Cotidiano*, (202), 115-126.
- Wittig, M. (1980). The Straight Mind. *Feminist Issues*, 1(1), 108-111.
- Wright, E. O. (2011). Ciencia social emancipatoria: Repensar el marxismo hoy. *Entramados y Perspectivas*, 1(1), 221-229.

9. Anexos.

Anexo 1

Comparativo sobre indicadores socioeconómicos entre la media nacional, Estado de Hidalgo y municipios que conforman la Región Huasteca del Estado de Hidalgo

	<i>Población de 15 años o más analfabeta</i>	<i>Población de 15 años o más sin primaria completa</i>	<i>Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado</i>	<i>Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica</i>	<i>Ocupantes en viviendas sin agua entubada</i>
Nivel nacional	6.93%	19.93%	3.57%	1.77%	8.63%
Hidalgo	10.30%	22.67%	6.03%	2.50%	9.10%
Atalpexco	26.83%	37.06%	8.59%	3.12%	34.91%
Huautla	23.22%	39%	1.17%	2.01%	43.91%
Huazalingo	24.81%	39.50%	8.52%	3.88%	22.91%
Huejutla de Reyes	21.55%	32.20%	7.65%	1.97%	17.38%
Jaltocán	30.19%	40.23%	4.41%	2.86%	9.46%
San Felipe Orizatlán	26.86%	42.89%	6.70%	1.66%	13.69%
Tlahuiltepa	19.71%	45.84%	3.79%	16.04%	23.10%
Xochiatipan	31.54%	47.80%	12.66%	6.56%	48.95%
Yahualica	35.01%	48.73%	4.14%	3.85%	42.91%

Anexo 1 (continuación)

Comparativo sobre indicadores socioeconómicos entre la media nacional, Estado de Hidalgo y municipios que conforman la Región Huasteca del Estado de Hidalgo

	<i>Viviendas con algún nivel de hacinamiento</i>	<i>Ocupantes en viviendas con piso de tierra</i>	<i>Población en localidades con menos de 5 000 habitantes</i>	<i>Población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios Mínimos</i>
Nivel nacional	36.53%	6.58%	28.85%	38.66%
Hidalgo	37.68%	7.22%	58.71%	49.92%
Atalpexco	48.59%	3.99%	100%	68.19%
Huautla	38.46%	27.44%	100%	79.76%
Huazalingo	55.88%	32.94%	100%	82.74%
Huejutla de Reyes	47.53%	22.63%	67.44%	55.20%
Jaltocán	48.41%	8.10%	43.28%	76.11%
San Felipe Orizatlán	46.39%	28.90%	82.94%	76.66%
Tlahuiltepa	38.52%	5.12%	100%	79.25%
Xochiatipan	61.45%	19.39%	100%	85.17%
Yahualica	56.44%	9.80%	100%	85.56%

Anexo 2

Matriz para el análisis de entrevistas

A. Eje relaciones de dominación simbólica

<i>frecuencia alta</i>	<i>frecuencia media</i>	<i>frecuencia baja</i>
----------------------------	-----------------------------	----------------------------

a) género

1. rasgos socialmente asociados a lo
femenino y su vínculo con la exclusión

2. identidad sexo-genérica

3. división entre lo público y lo privado

4. la relación entre lo cotidiano y lo ritual

5. resistencias a la exclusión por género
e identidad sexo-genérica

b) racismo

1. exclusión por identidad

2. migración interna en la región (urbano-rural)

<i>frecuencia alta</i>	<i>frecuencia media</i>	<i>frecuencia baja</i>
----------------------------	-----------------------------	----------------------------

c) clase social

1. construcción de la exclusión clasista

2. posible exclusión entre identidades

LGBT urbanas y rurales

d) otros temas relevantes no incluidos

en la guía

B. Eje proceso salud-enfermedad-atención

<i>frecuencia alta</i>	<i>frecuencia media</i>	<i>frecuencia baja</i>
----------------------------	-----------------------------	----------------------------

a) factores protectores

b) factores destructores

c) atención a la salud y a la enfermedad

d) tipología laboral

e) trabajo de familiares

f) discriminación laboral

g) otros temas relevantes no incluidos en la guía

C. Eje respuestas y resistencias

<i>frecuencia alta</i>	<i>frecuencia media</i>	<i>frecuencia baja</i>
----------------------------	-----------------------------	----------------------------

a) acciones individuales

b) acciones colectivas

*c) otros temas relevantes no incluidos
en la guía*