

“¿Por qué pasa esto? Porque vivimos en una sociedad que constantemente te dice que no eres mujer”: género y riesgo del VIH en mujeres trans del noreste mexicano

“Why did this happen? Because we live in a society that constantly says that you are not a woman”: gender and HIV risk in trans women in Northeast Mexico

“Por que isso está ocorrendo? Porque estamos vivendo em uma sociedade que constantemente te diz que você não é mulher”: gênero e risco de HIV em mulheres trans do nordeste mexicano

Alma Angelica Villa-Rueda ¹

Dora Julia Onofre-Rodríguez ²

Juan Antonio Doncel de la Colina ³

Siobhan Churchill ⁴

Geu Mendoza-Catalán ¹

doi: 10.1590/0102-311X00266920

Resumen

Las mujeres trans enfrentan un riesgo desproporcionado de adquirir el VIH. Este estudio analiza cualitativamente el riesgo del VIH en mujeres trans mexicanas desde el género como estructura social. Se trata de un estudio cualitativo realizado en el noreste de México. Se hicieron 15 entrevistas a mujeres trans de entre 22 y 69 años y se realizó un análisis temático. El análisis de las entrevistas reveló tres categorías temáticas: construcciones sociales del VIH y estigma, el género y el VIH en las relaciones interpersonales, y el género y el VIH en las instituciones y la política. Los resultados muestran que las construcciones sociales del VIH se tejen en el colectivo, a partir de la interacción con otras mujeres trans. El VIH es un fenómeno atravesado por la temporalidad sociohistórica y, en ese sentido, se generan las percepciones de riesgo frente a él. El género como estructura de opresión se vincula con las experiencias de estigma y discriminación, así como la búsqueda de la legitimación del género a través de las relaciones con parejas sexuales. Las instituciones y la política pública se relacionan con el acceso a los servicios de salud, además se identifican y analizan las barreras institucionales, personales y colectivas a partir de la identidad de género. La política sostiene y refuerza la marginalización de las mujeres trans impactando en el riesgo del VIH. Los resultados muestran que el riesgo del VIH es un fenómeno multicausal basado en el género como estructura de opresión con implicaciones sistémicas.

Identidad de Género; Personas Transgénero; VIH

Correspondencia

A. A. Villa-Rueda

Calle G s/n, Col. Nueva, Mexicali, Baja California
21100, México.

alma.villa@uabc.edu.mx

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México.

² Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

³ Centro de Estudios Interculturales del Noreste, Universidad Regiomontana, Monterrey, México.

⁴ Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London, Canada.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Introducción

“Trans” es un término paraguas que incluye, pero no está limitado, a identidades trans, transgénero, transexual y travesti. Trans se refiere a una persona cuya identidad de género no corresponde con el sexo asignado al nacer. Una mujer trans es una persona que fue asignada con el sexo masculino al nacer y que tiene identidad de género femenina ¹. Las identidades trans subvierten la expectativa social de hetero-cisnormatividad que sostiene que *“existen solo dos géneros, que el sexo refleja el sexo biológico, y que solo la atracción entre personas de géneros ‘opuestos’ es natural y aceptable”* ² (p. 35). Debido a que las mujeres trans no se alinean con la organización sexual-binaria, enfrentan múltiples experiencias de estigma y discriminación a lo largo de sus vidas, las cuales generan inequidades sociales que incrementan el riesgo de enfrentar resultados de salud adversos, como el riesgo de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ^{3,4}.

Las mujeres trans son consideradas poblaciones clave para el VIH. En un estudio reciente, aproximadamente el 19% de la prevalencia de casos del VIH se asoció a este grupo ⁵. En México la epidemia del VIH afecta desproporcionadamente a las mujeres trans. Entre el 16% y 32% de los casos del VIH en el país se presentan en este grupo ⁶. En el 2017, México acumuló el 14% de las nuevas infecciones por el VIH en Latinoamérica, el segundo país solo después de Brasil ⁷. Las conductas sexuales, como el sexo anal insertivo/receptivo sin condón, mantener relaciones sexuales con hombres-cisgénero, realizar trabajo sexual, mantener relaciones sexuales bajo la influencia de drogas, son factores de riesgo para el VIH en mujeres trans ⁸. Sin embargo, por mucho tiempo el estudio del VIH dejó de lado los elementos socioculturales y estructurales que influyen en la construcción del bienestar y la salud individual ⁹, resultando potencialmente en entendimientos morales y reducidos del fenómeno que acortan la perspectiva de interpretación del riesgo ¹⁰.

Actualmente, los organismos y estrategias internacionales comprometidos con la lucha contra el VIH urgen a las políticas a que aborden el fenómeno del VIH como multicausal y de género ¹¹. Los estudios de género son clave para entender las configuraciones del riesgo del VIH en mujeres trans. Los sistemas de opresión, basados en el género y la sexualidad (hetero-cisnormatividad), producen estigma estructural y sistémico, reproduciéndose desde lo político, institucional e interpersonal, hasta lo individual. Tal es el caso de las leyes que criminalizan el trabajo sexual y las identidades trans legitiman el estigma, produciendo experiencias de discriminación, violencia y marginalización en todas las dimensiones ¹². Además, se relaciona con las barreras para acceder a servicios de salud y tamizaje del VIH, la falta de redes de apoyo, todos considerados factores de riesgo para el VIH ^{1,13,14,15}.

Las críticas a la inclusión de mujeres trans en la categoría de HSH (hombres que tienen sexo con hombres), y el posterior desarrollo de una categoría propia de esta población, hizo posible visibilizar la forma particular en que se configura el riesgo del VIH en las mujeres trans. Aunque las conductas de riesgo, la discriminación y el estigma están presentes como factores relacionados al VIH en otras poblaciones, entre las mujeres trans su identidad de mujer trans las diferencia, detonando procesos únicos basados en el género ^{3,16}.

La investigación que explora el riesgo del VIH en mujeres trans está creciendo, especialmente en países de ingresos altos. Sin embargo, en México esta población permanece poco estudiada. El gobierno ha reconocido que el riesgo del VIH en este grupo está moldeado por la intersección de inequidades sociales y de salud ¹⁷, sin embargo, la mayoría de los programas y estrategias financiadas se enfocan en HSH ¹⁸. Como resultado de este contexto cultural y político, las experiencias de las mujeres trans, y por lo tanto del VIH, son únicas, comparadas con la población general y de otras poblaciones en riesgo en México y otros países. El propósito de este estudio es analizar cualitativamente el riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans desde el género como estructura ¹⁹.

Material y métodos

Se trató de un estudio cualitativo, basado en la postura teórica del género como estructura, que analiza cómo se originan y refuerzan las experiencias basadas en el género, mediante la articulación sistémica de tres dimensiones interdependientes: individual, de interacciones y político-institucional. Esta perspectiva explica que el género no es una categoría que atraviesa únicamente a la persona (nivel

individual), sino que está implícito en cada parte de la vida, y eso incluye a la política y la economía^{20,21}. “Los conceptos estructurales deben ser observables, externos al individuo e independientes de la motivación individual. Esta definición de “estructura” impone un claro dualismo entre estructura y acción, con la estructura como restricción y la acción como elección”²⁰ (p. 431). La autora explica que la estructura social donde las personas socializan origina acciones o conductas, moldeando las percepciones de las personas sobre las cosas que son de su interés y directamente restringiendo la elección. Las personas construyen su género mediante la socialización con otras personas, basados en preceptos que ya están implícitos en la estructura social²². Las formas de hacer género originan inequidades sociales y de salud, cuando una persona no vive su género de acuerdo a las estructuras hegemónicas de opresión (hetero-cis-normatividad), como sanción enfrentan vigilancia social y estigma²³. De acuerdo con Risman²⁰, el componente cultural de la estructura social incluye las expectativas de interacción que cada una de las personas cumple en cada encuentro social.

Por ejemplo, las mujeres trans rompen con la causalidad impuesta por los sistemas de opresión heterocisnormativos, los cuales están encarnados en cada parte de la vida cotidiana, política, económica e interpersonal. Esto impacta en las experiencias de las mujeres trans, y de las “elecciones” que pueden hacer desde las posiciones sociales que ocupan y de su propia conciencia de cómo existen y viven en esa sociedad normada. Con esta postura teórica, no se reducen los procesos sociales complejos al “nivel individual”, sino que el análisis se profundiza a la comprensión más sociológica de cómo las personas llegan a tener creencias, percepciones y sentimientos, que surgen de la interacción social, no solo a través de personas que interactúan entre sí, sino a través de la construcción social de la creación de significados que constituyen la comprensión de las personas, de lo real, verdadero.

Se utilizó una entrevista semiestructurada, la cual se elaboró bajo la revisión de la literatura. Contenía preguntas sobre datos sociodemográficos, experiencias basadas en su identidad de género en relación al VIH en todas las dimensiones de análisis. Las entrevistas se llevaron a cabo en un lugar elegido por cada participante, duraron entre 90-150 minutos. Se proporcionó alimentación y bebidas durante la entrevista. La entrevistadora principal fue una mujer cisgénero mexicana, feminista interseccional.

La recolección de la información se realizó entre agosto de 2017 a marzo de 2019. Se siguieron los lineamientos del método PLACE (*Priorities for Local AIDS Control Efforts*). para el mapeo sitios de encuentro y ambiente²⁴, y los criterios del muestreo bola de nieve²⁵. Se asistió a bares, clubs, sitios de encuentro y organizaciones de la sociedad civil (OSC), frecuentados por mujeres trans, y a eventos de activismo trans, con la finalidad de construir confianza y promover la participación en el estudio. El universo del estudio fueron mujeres trans mayores de 18 años, residentes del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Las participantes se autoidentificaron bajo alguno de los términos de identidad de género trans. El tamaño de la muestra se determinó a partir del principio de saturación teórica²⁵.

El análisis de la información se realizó mediante análisis temático²⁶. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas textualmente, revisadas en dos ocasiones, y se desautenticaron. Se utilizó el software Nvivo-12 Plus (<https://www.qsrinternational.com/nvivo/home>). El análisis se presentó en una sesión a mujeres trans para recibir retroalimentación. Este estudio se apegó a los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y de la *Declaración de Helsinki* de 1964. Se contó con la aprobación del Comité de Investigación (nº 13CI19039006) y del Comité de Ética en Investigación (nº 19CEI02420141127) de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Se obtuvo consentimiento informado de cada participante. Para proteger el anonimato, los nombres de las participantes fueron suplidos por otros ficticios.

Resultados y discusión

Se entrevistaron 15 mujeres trans (Cuadro 1). Siete participantes se describieron como mujeres trans trabajadoras sexuales en el momento de la entrevista, y 13 reportaron haberlo realizado en algún momento de su vida. Los resultados se presentan de forma narrativa. El análisis reveló tres categorías temáticas: construcciones sociales del VIH y estigma, el género y el VIH en las relaciones interpersonales, además del género y el VIH en las instituciones y la política.

Cuadro 1

Características sociodemográficas de las participantes.

ID	IDENTIDAD DE GÉNERO	EDAD (AÑOS)	FUENTE DE INGRESOS	EDUCACIÓN
Isis	Trans	57	Desempleada	Primaria incompleta
Sandra	Trans	69	Desempleada	Secundaria
Kenia	Trans	50	Desempleada	Carrera incompleta
Alexia	Transexual	44	Trabaja en empresa	Universidad
Alma	Transexual	41	Trabajo sexual/Comerciante/Negocio de belleza	Preparatoria
Laura	Trans	40	Trabajo sexual	Secundaria/Cosmetología
Jennifer	Trans	39	Tienda de autoservicio	Secundaria
Alicia	Transexual	38	Escritora/Reportera	Carrera técnica
Selmi	Trans	37	Desempleada	Carrera incompleta
Corina	Trans	34	Trabajo sexual	Secundaria
Tania	Trans	32	Organización de la sociedad civil	Preparatoria
Alexia	Trans	31	Trabajo sexual	Primaria
Fernanda	Transexual	27	Trabaja en restaurante	Secundaria
Perla	Trans	26	Trabajo sexual	Carrera técnica
Leslie	Trans	22	Trabajo sexual/Trabaja en restaurante	Secundaria

Construcciones sociales del VIH y estigma

En las narrativas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y el VIH no se diferencian entre sí por las mujeres trans. Se retratan como mortales y una de las principales causas de muerte entre las mujeres trans. El VIH se reconoce como afección común entre sus pares, y se relacionó con emociones asociadas al miedo. El “dolor” emerge a falta de acceso a tratamientos al principio de la epidemia. Además de lo que implica vivir con el VIH orgánicamente, la carga de estigma social es relevante en la construcción de relaciones frente al virus. En ese sentido, el tiempo y contexto emergen como entes que atraviesan las construcciones del VIH. Kenia de 50 años, una mujer trans procedente de un área urbana costera de México, comparte lo que muchos años atrás representó el VIH para ella como mujer trans.

“¿Qué sentía? mucho dolor porque te imaginabas morir igual, lo poquito que existía de información y medicinas decían que eran para ricos. Llevar un tratamiento del VIH en los ochentas noventas era quedarte pobre”.

Las narrativas convergen en que, al principio de la epidemia, la falta de información y el estigma potenciaban imaginarios e ideas erróneas sobre el VIH. Más tarde, la introducción de antirretrovirales como tratamiento para el VIH cambia las construcciones colectivas sobre su mortalidad, lo que implica vivir con él actualmente y cómo se relaciona con el uso del condón. Fernanda de 27 años, una joven transexual oriunda de la zona metropolitana de Monterrey, hace alusión a una perspectiva posiblemente colectivizada entre mujeres trans jóvenes acerca del VIH como enfermedad mortal:

“Pues creo que a todos nos da miedo, ahora gracias a la ciencia o no sé, puedes tener VIH y no ser tan grave, tener cuidados y vivir como todo mundo. Algo normal. Eso es lo que ya no nos da tanto miedo [a las mujeres trans], ya tienen un control y ya no nos podemos morir tan fácil, y por eso se nos hace fácil no cuidarnos [usar condón]”.

Lo que describe Fernanda ha sido relacionado con la modificación de la conducta sexual, basada en el optimismo al tratamiento, conducta que ha sido relacionada principalmente en estudios con HSH²⁷, lo que puede sugerir que otras poblaciones están poniéndolo en práctica como una estrategia de reducción de riesgo para el VIH.

Otra dimensión de las construcciones del VIH nace de las interacciones con la comunidad trans, ya que las relaciones interpersonales entre iguales crean percepciones y creencias colectivas. Alicia de 38 años, mujer transexual, que trabaja como profesional en comunicación, y anteriormente dedicada al trabajo sexual, comenta como fue para ella conocer a otras mujeres trans en relación al VIH:

“Empecé a conocer a otras chicas que también tenían eso [el VIH] y una de las estaba enferma de VIH y me platicaba, me enseñó muchísimo al respecto, mi primer acercamiento con esto [el VIH], fue con ella”.

Las construcciones sociales de las mujeres trans sobre el VIH emergen en la colectividad, el acceso a la información sobre el virus y la creación de percepciones de riesgo se da en el encuentro a cara a cara con personas que se reconocen como igual. Entonces los significados no se producen meramente en el nivel individual, sino interpersonalmente y reforzados por estructuras dominantes.

En el mismo campo de las construcciones del VIH, el estigma es un concepto importante que surge dentro del análisis. En las narrativas de las 16 participantes se identificó la percepción de estigmas relacionados con su identidad de género, el trabajo sexual y el VIH, incluso cuando no eran trabajadoras sexuales. Explicaron que las personas no saben si son o no trabajadoras sexuales, si viven o no con el VIH, pero esos son temas que están socialmente implicados como parte de su identidad de género. Así lo explica Leslie, una chica transgénero trabajadora sexual de 22 años:

“Yo creo que la gente tiene el estigma que esa enfermedad [el VIH] es exclusivamente de trans y gays, que una persona trans tiene sida de ley”.

A esto se refiere Risman ²⁰, cuando menciona que el género como estructura, en este caso hablamos de una predominantemente hetero-cisnormatividad que delimita las elecciones que las personas pueden tomar. Entonces, cuando las participantes hablan, por ejemplo, sobre lo que el VIH significa para ellas, eso no es algo que exista a nivel individual, sino que surge de cómo se producen significados (dominantes) a nivel social/cultural, a través de la interacción social, que es reflexiva y reforzada a través de instituciones sociales (política). Del mismo modo, el estigma no es algo que exista a nivel individual; es un producto de la estructura y la interacción social. Monteiro & Brigeiro ²⁸ explican en su estudio con mujeres transgénero y travestis que incluso en los servicios de salud el estigma por el VIH emerge de la identidad trans como si fueran causales.

El género y el VIH en las relaciones interpersonales

En esta categoría se profundiza en cómo el género permea las relaciones interpersonales y las “elecciones” que realizan las mujeres trans, con base a las posibilidades a las que pueden acceder desde sus identidades. Alexia, una mujer transexual de 44 años, activista, dedicada a la ingeniería y al trabajo sexual ocasional, analiza el hecho de que el riesgo del VIH no deriva solo por la identidad trans, sino que es mucho más complejo y socioestructural.

“Propiamente una mujer trans nada más por ser trans no creo que tenga más riesgo de tener VIH (...) El riesgo viene por lo que hay detrás de la identidad trans, por rechazo familiar, escolar, por todo eso se han dedicado al trabajo sexual y las hace vulnerables. Por la falta de opciones y te digo porque llegué a andar sin dinero y un día dije ‘bueno a ver que sale algo de trabajo sexual’”.

En ese entendido, las elecciones (trabajo sexual) son dadas por la estructura que restringe ^{20,29}. El riesgo no se detona por ser mujer trans, sino por los sistemas de opresión, como la hetero-cisnormatividad, que vigila y castiga la desalineación de los cuerpos y las identidades, estableciendo reglas de normalidad social. La hetero-cisnormatividad es, entonces, pieza central para el análisis de las experiencias basadas en el género de mujeres trans con respecto al VIH, ya que origina las inequidades sociales y de salud.

En las relaciones interpersonales con parejas sexuales se identificaron tres tipos de parejas: formales, casuales y del trabajo sexual. En los tres casos las parejas se caracterizan como hombres cisgénero, casados, que tienen relaciones simultáneas con mujeres cisgénero. Las parejas sexuales son ruta importante para el riesgo del VIH por ocultamiento de su sexualidad, que ocasiona dos relaciones concurrentes. Selmi, mujer trans feminista de 37 años, explica que el ocultamiento de las dimensiones de la sexualidad se vuelven un problema en cuestión del VIH:

“El deseo es deseo, al hacer una cosa pública y otra cosa a escondidas (...) y ahí vienen los problemas de por ejemplo el HSH, el VIH/sida. La moralidad está de que ‘en la calle tengo una puta y en la casa una pendeja mojigata’”.

El ocultamiento de las relaciones con mujeres trans por parte de las parejas es resultado del estigma, de las estructuras dominantes que condicionan las elecciones y las relaciones interpersonales. Las formas de vivir que se tienen de acuerdo a la posición o formas de percepción de las identidades. Las percepciones de las parejas primarias sobre la homo-transfobia pueden hacerles sentir vulnerables a la vigilancia social y los prejuicios y, por lo tanto, entablar relaciones sexuales con mujeres cisgénero para cumplir con la norma y con mujeres trans debido a su deseo sexual. En ese sentido, el estigma y el riesgo de adquirir el VIH convergen micro y macro socioculturalmente, el género condiciona las formas de vivir y de interrelacionarse.

Las conductas sexuales se construyeron con las parejas primarias en el marco del género ³⁰, a través de posiciones sexuales identificadas como femeninas vs. masculinas. Adoptar el rol “pasivo” (receptivo) respondió a la posición que algunas consideraron eran propias de la mujer. Asimismo, el uso del condón se diferenció por tipo de pareja. Mientras que en el trabajo sexual su uso se describió como obligatorio o “ley”, el condón se no se utilizó o con menor frecuencia entre parejas formales. Corina mujer trans de 34 años que relata haber comenzado el trabajo sexual a los 15 años, comparte qué significan las posiciones sexuales por tipo de pareja:

“En la cuestión de mi trabajo [sexual] quién o cómo, eso es viceversa [ser pasivo o activo]. En las parejas formales siempre han sido activos, pues ¡imagínate! voy a conocer a una niña (...). Sé envolver mucha gente, pero en esa cuestión yo creo que sí me envolvieron ‘es que no me demuestras tu amor’ [dice su pareja]. Que como quiera lo hice [no usar condón]. Es lo que te ponen siempre ‘el amor incondicional, pero sin condón’”.

El género estructura las “elecciones” que las participantes toman con respecto a sus parejas sexuales y sus encuentros íntimos. Las posiciones sexuales en el sexo anal y sus significaciones son importantes para el VIH, ya que quien ejerce el papel de “activo” conlleva menor riesgo de adquirirlo ^{31,32}. También se rescatan estrategias de poder ³³ que se dan cuando las parejas sexuales utilizan el amor y confianza como elementos para manipular la toma de decisiones ³⁴. Como consecuencia, el riesgo del VIH es mayor, tanto por simultaneidad de parejas como por no usar condón ^{35,36}. Una de las participantes, Laura, mujer trans de 40 años y trabajadora sexual desde los 14 años, explica claramente cómo es que el VIH se presenta interpersonalmente en las parejas sexuales dentro de la comunidad trans:

“Hay muchos novios de mujeres trans que ya anduvieron con ¡todas las chicas trans! Entonces de esas que anduvo, una tiene VIH. Entonces, como ya ando con él, pues yo no uso condón y entonces ahí ¡Tras! ¡Ahí va la cadenita!”.

Lo anterior trae a discusión el tema de la fidelidad, el cual convergió con el riesgo del VIH, cuando no se describieron conflictos si las parejas primarias tenían parejas cis simultáneas.

“...tú puede hacer lo que quieras con cualquier vieja [cis], pero conmigo (...) con una de nosotras [trans] no te quiero ver’ [le dijo a su pareja primaria] y él me obedecía y todo” (Alexia, mujer trans trabajadora sexual de 31 años).

Esto puede tratarse de acuerdos sexuales ³⁷ entre las parejas, y también un reflejo de cómo ellas se perciben y cómo se ha introyectado la hetero-cisnormatividad en sus formas de socialización y de experimentar su sexualidad. La hetero-cisnorma cumple su cometido al hacerles sentir que “no son mujeres”, no como “las demás”, que sus cuerpos son ajenos a lo que el género como estructura dicta. Selmi conecta la dicotomía estructurada de los géneros, con la búsqueda de la transformación de los cuerpos y el VIH, como una serie de “elecciones” que están basadas a partir del género estructurador.

“¿Por qué pasa esto? Porque vivimos en una sociedad que constantemente te dice que no eres mujer, entonces llegas, ese bombardeo hace que en la búsqueda de tu identidad caigas en la hiperfeminidad, en la hipersexualización, de tu propia identidad y la hipersexualización va a llegar, te va a ir a llevar a las cirugías extremas, a mermar tu salud, tu salud por las otras cuestiones de ITS y VIH (...) las mujeres en general son objeto de deseo del hombre y en base a eso construyen sus cuerpos para ser bonitas”.

El cuerpo es el recipiente socializador del género y al serlo puede implicar procesos de modificación del cuerpo para apegarse a la heterosexualidad, es decir, marcar mediante los cuerpos en el encuentro sexual quién es hombre y quién mujer. Y también, para alinearse a la cisnorma. El cuerpo es un terreno biológico que se moldea y transforma de acuerdo a la cultura “en un proceso dialéctico [biológico y social]” ³⁸ (p. 75). Es central en las relaciones de poder, ya que ahí se encarnan los procesos de nacimiento, muerte o de salud pública. “De los diferentes (y cruciales) papeles que juega el cuerpo lo sitúan a medio camino de lo individual y lo colectivo” ³⁸ (p. 75). En vías de obtener el reconocimiento social, en este caso como mujer, los cuerpos tienen que ser “inteligibles”, es decir, los cuerpos de las mujeres

trans tienen que ser moldeados para ser encajados en algunas de las dos opciones estructuradas dicotómicamente y socialmente aceptables. Es aquí donde los procesos de afirmación del género cobran importancia. Y donde el VIH converge como un riesgo potencial y relacionado a la toma de decisiones que se hacen en la búsqueda y legitimización del propio género.

El género y el VIH en las instituciones y la política

En esta categoría, se profundiza en el género como estructura de opresión anclado y legitimado a través de las instituciones de salud, y en la política pública respecto al VIH. Ambas aristas interdependientes del nivel macro que introducen la perspectiva teórica del género como estructura. Por una parte, el acceso a los servicios de salud se considera relevante para la prevención, detección, atención y tratamiento del VIH, sin embargo, en el caso de las poblaciones vulnerables y clave para el VIH, están atravesados por la discriminación y el estigma lo que los hace inaccesibles, al mismo tiempo que el acceso está enmarcado en la política pública, en relación al VIH y a las identidades trans ³⁹.

En las narrativas se identifica que la discriminación y falta de sensibilización por profesionales de salud es la principal barrera de acceso. A pesar de que algunas mujeres trans reconocieron que el derecho a la salud lo “tienen”, existen elementos en la interacción y de orden institucional que suponen barreras para el acceso, como hecho tangible relacionado con este derecho. Las participantes identifican el uso de pronombres masculinos como el principal elemento para no asistir a los servicios de salud, como se muestra en la declaración de Perla, mujer trans de 26 años, trabajadora sexual y originaria de un área rural de Nuevo León:

“...el derecho a la salud también lo tienen, pero no van por el que están en la sala de espera y les hablen como hombre”.

Estudios previos han mostrado que principalmente la falta de sensibilización de los profesionales de salud son la barrera más importante para que las mujeres trans accedan a los servicios de salud. Los profesionales rigen su ejercicio profesional de acuerdo con las normativas del género en las que fueron socializados(as) y reproducen la estructura a través de las conductas ^{13,40}.

La transfobia internalizada también se señaló como barrera de acceso cuando una mujer trans teme ser discriminada en un servicio de salud de manera anticipada, a raíz de las experiencias de otras mujeres trans. Alicia reflexionó sobre cómo la transfobia internalizada puede suponer una barrera para acceder a los servicios de detección del VIH:

“Yo lo percibo como transfobia internalizada, de pensar ‘si los servicios generales de salud me discriminan o me violentan, pues es posible que también un servicio que sea sobre VIH o sobre educación sexual o atención sexual pues también me vayan a discriminar’”.

La declaración de la participante permite indagar en cómo es que una mujer trans, a partir de la interiorización que hace sobre cómo es percibida en el mundo, determina sus “elecciones” y que en su caso el género, como estructura dominante, la aleja del acceso al derecho a la salud ²⁸. Y esto se relaciona con la política pública imperante, tanto en materia de identidad de género, como del VIH específicamente, ya que la mayoría no cuentan con identidades “oficiales”, legitimadas por las instituciones políticas para sortear el estigma.

Piot et al. ⁴¹ discuten el papel que ha jugado la política pública en la epidemia del VIH y sostienen que la epidemia del VIH es producto de desigualdades, inequidades y, por lo tanto, marginación de ciertas poblaciones, lo cual es “sumamente político”. Por un lado, la ley de identidad de género es para algunas mujeres trans clave para reducir las inequidades sociales y de salud, además de ser un derecho humano y un elemento vital, identificado en evidencia científica para reducir la marginalización de las poblaciones trans y el riesgo de adquirir el VIH ⁴². Vivir “legalmente” con su identidad de género les da la oportunidad de existir y acceder a sus derechos en base a sus identidades.

“¡No!, el problema es que, si somos una población trans grande de mujeres, pero ¿cómo las vas a detectar? ¿Cómo las vas a buscar?, si en primer lugar no tienen una identidad pública (...) no están en un censo, aparecen como ¡hombre! Nosotras le costamos más al gobierno que si nos legalizara ¿no? Porque somos un problema sanitario, un problema de salud, un problema de marginalización, un problema de pobreza. Hay muchísimas personas trans que son capaces de insertarse al campo laboral y aportar (...) ¡vaya! El sector salud tuviera muchísimo menos trabajo con las problemáticas de las ITS y el VIH/sida” (Selmi, mujer trans feminista de 37 años).

Por otro lado, en el marco del VIH, ser localizadas como mujeres trans. Sin embargo, en lo que respecta a la política pública mexicana, se encuentra que para las pruebas de VIH en Ley General de Salud ⁴³ (Artículo 377) se sostiene que: *“La autoridad sanitaria competente podrá requerir tarjeta de control sanitario a las personas que realicen actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna enfermedad transmisible [ITS], en los casos y bajo las condiciones que establezcan las disposiciones aplicables”*.

El artículo no esclarece ¿quiénes son esas personas? Y, por lo tanto, deja a la subjetividad de los que representan e “imparten” la justicia, en este caso los policías en las calles.

“En las guías técnicas de la Secretaría de Salud, por decir las de VIH, dice que ‘tiene que ser una detección voluntaria, no obligatoria’. Entonces, por qué tenemos que ser obligadas por esa ley general de la salud y aparte esta norma la protege la Comisión Nacional de los Derechos Humanos” (Perla, mujer trans, trabajadora sexual, de 26 años).

La visibilidad política hace referencia a lo que Risman ²⁰ llama la dimensión institucional, que se articula con las otras dimensiones donde el género como estructura nace, crece, se expande y se refuerza. La subsistencia de normas y leyes que criminalizan las identidades trans y el trabajo sexual, basadas en la escasa claridad del argumento o faltas a la moral, dejan a la libre interpretación de los servidores públicos que tienen que aplicar estos reglamentos de buen gobierno. Y esto ha ocasionado violaciones a los derechos humanos de la población, en particular de la población LGBTTTTIQ+, impactando en el riesgo del VIH.

Consideraciones finales

Este es el primer estudio que busca explorar el riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans mexicanas desde los estudios de género. El reconocimiento y adopción de metodologías y teorías de género es un hito en la comprensión de la epidemia del VIH, porque permite analizar cómo el género moldea las conductas sexuales, el acceso a los servicios de salud, la visibilidad en el discurso político ⁴⁴, y que va más allá de lo que una persona es o cómo se identifica, a lo que hace y cómo socializa con otras personas. La postura teórica aporta un nuevo análisis de las conductas que se han denominado de riesgo para el VIH y contempladas en un plano individual, y las redirige a “elecciones” que no son elecciones, sino opciones dadas por el género como estructura de opresión, que se aloja en cada parte del espacio micro y macro-sociocultural. Y cómo las personas reproducen esos sistemas de opresión en las interacciones personales. Es por ello que no se presenta un nivel individual como tal, con el fin de alejarse de las interpretaciones biomédicas hegemónicas que, debidas al moralismo, responsabilizaban únicamente al individuo por enfermarse ⁴⁵.

Los cuerpos de las mujeres trans son inteligibles para el sistema hetero-cisnormativo, se encuentran en la lucha por lo humano y lo real. En lucha por existir. Las personas hetero-cisgénero representan en el imaginario lo humano y lo real, porque se apegan a las normativas sociales que posibilitan su existencia, y al hacerlo lo legitiman. Ser real, humano y por lo tanto inteligible permite que la justicia exista para ellas, porque sus necesidades y violencias pueden ser nombradas y reconocidas. Por el contrario, las mujeres trans subvierten todo lo anterior y rompen con el andamiaje del género como estructura, lo que las posiciona en una situación de opresión *“darse cuenta de que el lenguaje de uno está vacío, que no te llega ningún reconocimiento, porque las normas por las cuales se concede el reconocimiento no están a tu favor”* ⁴⁶ (p. 52-3). El VIH es en este escenario uno de los muchos resultados de salud adversos de ser invisibles para la sociedad.

Colaboradores

A. A. Villa-Rueda contribuyó con el desarrollo y dirección del estudio y elaboración del artículo. D. J. Onofre-Rodríguez colaboró con el análisis y elaboración de artículo. J. A. Doncel de la Colina y S. Churchill contribuyeron con el análisis de la información y elaboración del artículo. G. Mendoza-Catalán participó de la elaboración de artículo.

Informaciones adicionales

ORCID: Alma Angelica Villa-Rueda (0000-0002-2501-2820); Dora Julia Onofre-Rodríguez (0000-0003-1214-9761); Juan Antonio Doncel de la Colina (0000-0002-7779-027X); Siobhan Churchill (0000-0002-3348-473X); Geu Mendoza-Catalán (0000-0002-5061-2457).

Agradecimientos

Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca de doctorado otorgada para desarrollar este estudio. A David de Jesús Reyes, Esmeralda González, Fernanda Ramírez Barajas, Victoria Ríos-Infante por su acompañamiento y orientación durante el desarrollo de esta investigación. Así como a todas las mujeres trans que compartieron sus experiencias. Especialmente a Karla, mujer trans activista que murió antes de ver este artículo publicado.

Referencias

1. Poteat T, Reisner SL, Radix A. HIV epidemics among transgender women. *Curr Opin HIV AIDS* 2014; 9:168-73.
2. Worthen MGF. Hetero-cis-normativity and the gendering of transphobia. *Int J Transgend* 2016; 17:31-57.
3. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2013; 13:214-22.
4. Diehl A, Vieira DL, Zaneti MM, Fanganiello A, Sharan P, Robles R, et al. Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomena in Brazil, India and Mexico: travestis, hijras and muxes. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63:389-99.
5. Poteat T, German D, Flynn C. The conflation of gender and sex: gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Glob Public Health* 2016; 11:835-48.
6. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida; 2017.
7. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; 2018.
8. Moriarty KE, Segura ER, Gonzales W, Lake JE, Cabello R, Clark JL. Assessing sexually transmitted infections and HIV risk among transgender women in Lima, Peru: beyond behavior. *LGBT Health* 2019; 6:370-6.
9. Friedman EE, Dean HD, Duffus WA. Incorporation of social determinants of health in the peer-reviewed literature: a systematic review of articles authored by the national center for HIV/AIDS, viral hepatitis, std, and tb prevention. *Public Health Rep* 2018; 133:392-412.
10. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Med Anthropol Q* 2003; 17:423-41.
11. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. On the fast-track to end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; 2016.
12. Magno L, Silva LAV, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00112718.
13. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. "I don't think this is theoretical. This is our lives": how erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009; 20:348-61.
14. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: a systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *Am J Public Health* 2019; 109:E1-8.

15. Costa AB, Fontanari AMV, Catelan RF, Schwarz K, Stucky JL, Rosa Filho HT, et al. HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS Behav* 2018; 22:2534-42.
16. Logie CH, Wang Y, Lacombe-Duncan A, Jones N, Ahmed U, Levermore K, et al. Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc* 2017; 20:21422.
17. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: respuesta al VIH, sida e ITS 2013-2018. México DF: Secretaría de Salud; 2013.
18. Salas-Espinoza KJ, Menchaca-Diaz R, Patterson TL, Urada LA, Smith D, Strathdee SA, et al. HIV prevalence and risk behaviors in male to female (MTF) transgender persons in Tijuana, Mexico. *AIDS Behav* 2017; 21:3271-8.
19. West C, Zimmerman D. Doing gender. *Gend Soc* 1987; 1:125-51.
20. Risman BJ. Gender as a social structure. *Gend Soc* 2004; 18:429-50.
21. Risman B. Gender as structure. In: Risman B, editor. *Gender vertigo: American families in transition*. New Haven: Yale University Press; 1998. p. 292-9.
22. Berger PL, Luckmann T. *The social construction of reality*. New York: Doubleday & Company; 1967.
23. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
24. MEASURE Evaluation. *PLACE: Priorities for Local AIDS Control Efforts. A manual for implementing the PLACE method*. Chapel Hill: MEASURE Evaluation; 2005.
25. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods integrating theory and practice*. Thousand Oaks: SAGE; 2012.
26. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3:77-101.
27. Macapagal K, Birkett M, Janulis P, Garofalo R, Mustanski B. HIV prevention fatigue and HIV treatment optimism among young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2017; 29:289-301.
28. Monteiro S, Brigeiro M. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00111318.
29. Risman BJ. Gender as structure or trump card? *J Fam Theory Rev* 2011; 3:18-22.
30. Sevelius JM. Gender affirmation: a framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles* 2013; 68:675-89.
31. Snowden JM, Raymond HF, McFarland W. Seroadaptive behaviours among men who have sex with men in San Francisco: the situation in 2008. *Sex Transm Infect* 2011; 87:162-4.
32. Villa-Rueda AA, Onofre-Rodríguez DJ, Churchill S, Ramírez-Barajas F, Benavides-Torres RA. Multilevel elements associated with HIV serosorting for sexual encounters: a scoping literature review. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:2183-94.
33. Kaufman MR, Cornish F, Zimmerman RS, Johnson BT. Health behavior change models for HIV prevention and AIDS care. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 66 Suppl 3:S250-8.
34. Moayedi-Nia S, Taheri L, Hosseini Rouzbahani N, Rasoolinejad M, Nikzad R, Eftekhari Ardebili M, et al. HIV prevalence and sexual behaviors among transgender women in Tehran, Iran. *AIDS Behav* 2019; 23:1590-3.
35. Poteat T, Malik M, Scheim A, Elliott A. HIV prevention among transgender populations: Knowledge gaps and evidence for action. *Curr HIV/AIDS Rep* 2017; 14:141-52.
36. Reisner SL, Perez-Brumer A, Oldenburg CE, Gamarel KE, Malone J, Leung K, et al. Characterizing HIV risk among cisgender men in Latin America who report transgender women as sexual partners. *Int J STD AIDS* 2019; 30:378-85.
37. Satcher MF, Segura ER, Silva-Santisteban A, Sanchez J, Lama JR, Clark JL. Partner-level factors associated with insertive and receptive condomless anal intercourse among transgender women in Lima, Peru. *AIDS Behav* 2017; 21:2439-51.
38. Coll-Planas G. *La voluntad y el deseo: la construcción social del género y la sexualidad. El caso de lesbianas, gays y trans*. Madrid: Egales; 2010.
39. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. *Zero discrimination in health care settings*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; 2017.
40. Hernández-Valles J, Arredondo-López AA. Barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad transgénero y transexual. *Horiz Sanitario* 2020; 19:19-25.
41. Piot P, Russell S, Larson H. Good politics, bad politics: the experience of AIDS. *Am J Public Health* 2007; 97:1934-6.
42. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016; 388:412-36.
43. Secretaría de Salud. *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación 1982; 2 mar.
44. Kaplan RL, Sevelius J, Ribeiro K. In the name of brevity: the problem with binary HIV risk categories. *Glob Public Health* 2016; 11:824-34.
45. Lupton D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *Int J Health Serv* 2005; 23:425-35.
46. Butler J. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós; 2006.

Abstract

Trans women experience disproportionate risk of HIV infection. The study performed a qualitative analysis of HIV risk in Mexican trans women from the perspective of gender as social structure. The qualitative study was performed in North-east Mexico. Fifteen interviews were performed with trans women 22 to 69 years of age, followed by thematic analysis. The analysis revealed three thematic categories: social constructs of HIV and stigma, gender and HIV in interpersonal relations, and gender and HIV in institutions and policy. The results show that social constructs of HIV are produced collectively based on interaction with other trans women. HIV is a phenomenon traversed by sociohistorical temporality, generating risk perceptions. Gender as a structure of oppression is linked to experiences of stigma and discrimination and the search for gender legitimization through relations with sex partners. Institutions and public policy relate to access to health services, and institutional, personal, and collective barriers are identified and analyzed based on gender identity. The policy sustains and reinforces the marginalization of trans women, impacting HIV risk. HIV risk is a multicausal phenomenon based on gender as a structure of oppression with systemic implications.

Gender Identity; Transgender Persons; HIV

Resumo

As mulheres trans enfrentam um risco desproporcional de adquirir HIV. Este estudo analisa qualitativamente o risco do HIV em mulheres trans mexicanas a partir do gênero como estrutura social. Trata-se de um estudo qualitativo realizado no nordeste de México. Foram realizadas 15 entrevistas com mulheres trans, com idade entre 22 e 69 anos, além de uma análise temática. A análise das entrevistas revelou três categorias temáticas: construções sociais do HIV e estigma, gênero e HIV nas relações interpessoais, e gênero e HIV nas instituições e a política. Os resultados mostram que as construções sociais do HIV se consolidam no coletivo, a partir da interação com outras mulheres trans. O HIV é um fenômeno atravessado pela temporalidade socio histórica e, neste sentido é que são geradas as percepções de risco frente a ele. O gênero como estrutura de opressão está relacionado às experiências de estigma e discriminação, e a busca da legitimação do gênero através das relações com parceiras sexuais. As instituições e a política pública são relacionadas com o acesso aos serviços de saúde e se identificam e analisam as barreiras institucionais, pessoais e coletivas, a partir da identidade de gênero. A política apoia e reforça a marginalização das mulheres trans, impactando o risco do HIV. Os resultados mostram que o risco do HIV é um fenômeno multicausal baseado gênero como estrutura de opressão com desdobramentos sistêmicos.

Identidade de Gênero; Pessoas Transgênero; HIV

Recibido el 10/Sep/2020

Versión final presentada el 04/Jun/2021

Aprobado el 20/Ago/2021