

# PIO – Proyectos de Investigación Orientados

2015-2016

CONICET-SEDRONAR

Componente cualitativo

Intercambios AC

**Estudio “Impacto del consumo de cocaína  
(clorhidrato, pasta base y derivados) en la salud  
de mujeres trans. Componente Cualitativo”**



**intercambios**

# PIO – Proyectos de Investigación Orientados

2015-2016

CONICET-SEDRONAR

**Componente cualitativo**

**Intercambios AC**

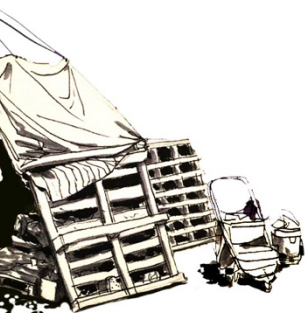
**Estudio “Impacto del consumo de cocaína  
(clorhidrato, pasta base y derivados) en la salud  
de mujeres trans. Componente Cualitativo”**

**Informe Final**

**Directora del estudio:** Graciela Touzé

**Investigadora principal:** Yamila Abal

**Investigadoras asistentes:** Jorgelina Di Iorio y Yoko Oshimo



**intercambios**

## INTRODUCCIÓN

Desde el año 2015, el Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS) de la Facultad de Medicina de la UBA viene coordinando el proyecto de investigación orientado (PIO SEDRONAR\_CONICET) “Impacto del consumo de cocaína (clorhidrato, pasta base y derivados) en la salud de mujeres trans”.

En el marco de este proyecto, en el año 2020, desde Intercambios AC realizamos un estudio con el objetivo de evaluar las modalidades de acceso a los servicios de salud de las mujeres trans e identificar las principales barreras o facilitadores para el acceso a tratamientos por problemas relacionados con sustancias psicoactivas entre las mujeres trans que consumen cocaína (clorhidrato, pasta base y derivados). Presentamos aquí sus resultados.

Los objetivos específicos que se plantearon fueron los siguientes:

- Caracterizar los consumos de sustancias legales e ilegales de las mujeres trans distinguiendo frecuencia de uso según sustancias, escenarios espacio temporales de estas prácticas y representaciones sobre el consumo.
- Indagar sobre experiencias significativas vinculadas a la reafirmación de la identidad de género de las mujeres trans entrevistadas en relación con las particularidades del proceso de salud-enfermedad/cuidado.
- Describir las estrategias de auto-atención de las mujeres trans y los cuidados en sus redes sociales relacionados a los consumos problemáticos de sustancias y la situación de su salud integral.
- Analizar el tipo de relación que se configura entre esta población y los servicios de salud en general y por problemas de consumo en particular, identificando los facilitadores y barreras de accesibilidad en sus dimensiones económicas, geográficas, organizacionales y simbólicas, reconociendo las prácticas discriminatorias y las “buenas prácticas” de los/as profesionales de la salud.

En la población abordada se interseccionan por lo menos dos situaciones que podrían vulnerar sus derechos dadas las barreras de acceso a los servicios de salud: ser personas trans y ser usuarias de drogas.

En el caso de las personas trans, se estima una elevada mortalidad por múltiples causas. Entre las principales, se encuentran efectos negativos de las terapias hormonales realizadas sin prescripción médica, las altas prevalencias de VIH y otras infecciones de transmisión sexual y, sobre todo, altos niveles de exposición a distintos tipos de violencias que en algunos casos hasta llegan a provocar la muerte (OPS-RLCPT, 2013; CIDH, 2020).

Sin ir más lejos, en el último Boletín de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación (2020), se releva que la prevalencia de VIH en las mujeres trans es del 34%, mientras que en la población general es del 0,4%. En Argentina, las mujeres trans son el grupo con mayor prevalencia, configurándose lo que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) llama “epidemia concentrada”.

Sus dificultades de acceso al sistema de salud son múltiples, pero en la literatura es posible registrar una mayor relevancia de aquellas barreras simbólicas vinculadas con situaciones de estigma y discriminación que se dan en los servicios y con las consecuentes resistencias que opone esta población por temor a atravesarlas (Aristegui et al., 2012; Aristegui, 2014; REDLACTRANS, 2018; Pawlowicz, Abal y Rossi, 2019; CIDH, 2020)

Asimismo, este grupo muestra prevalencias significativamente superiores a las del resto de la población en lo que refiere a problemas de salud mental y emocional tales como depresión, ansiedad e intentos de suicidio, producto del estigma y la discriminación (OPS-RLCPT, 2013; Aristegui et al, 2020; CIDH, 2020)

A su vez también presentan altas prevalencias de uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, en particular de cocaína (Toibaro et al., 2009; OPS-RLCPT, 2013).

Las personas que usan drogas parecieran tener una relación esporádica y discontinua con los servicios de salud o de asistencia por uso problemático de drogas. Los más vulnerables entonces, parecieran tener menor relación con los servicios de salud, lo que impide prevenir de una manera integral y tratar con continuidad los diferentes problemas de salud. Una situación frecuente (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007) que lo ejemplifica es el problema de los casos de intoxicación atendidos en Guardias de Hospitales Generales en los que se señaló que es poco habitual que al dar el alta se ofrezca a las personas que usan drogas la oportunidad de continuar la intervención de alguna forma (una consulta, un tratamiento, etc.).

Al mismo tiempo, hay legislación nacional reciente que subraya la importancia de garantizar el acceso a derechos de estas poblaciones, tal como la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 que incluye las adicciones como parte de las políticas de salud mental y “garantiza el derecho de toda persona a: - acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial; - ser atendida en hospitales generales, sin discriminación”; o la Ley de Identidad de Género 26.743 que llama a los efectores de salud a garantizar el reconocimiento y el “libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género”, garantizando su derecho “a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos

que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada”.

La complejidad del tema, que involucra dimensiones socioculturales, psicológicas y políticas, exige que se estudie desde la perspectiva de la Salud Integral con un equipo interdisciplinario. Las páginas que siguen dan cuenta del componente cualitativo de la investigación en la que se enmarca este estudio. La investigación cualitativa es importante para comprender los valores culturales y las representaciones de determinado grupo sobre temas específicos; para comprender las relaciones entre actores sociales; y para evaluar políticas públicas y sociales desde el punto de vista de los actores a quienes se destinan (De Souza Minayo, 2005). Este tipo de estudio no se propone realizar una generalización estadística, sino que busca comprender las particularidades y significados de los casos, dentro de sus contextos.

De este modo, lo que pretendemos aquí es indagar en la perspectiva de este grupo en particular para evaluar las modalidades de acceso a los servicios de salud de las mujeres trans y travestis e identificar las principales barreras o facilitadores para el acceso a tratamientos por problemas relacionados con sustancias psicoactivas entre las mujeres trans y travestis que consumen cocaína (clorhidrato, pasta base y derivados).

Por otro lado, no podemos dejar de resaltar que tanto el trabajo de campo como el análisis y la producción del presente informe fueron llevados a cabo en el contexto de la pandemia por COVID 19 que tiene lugar desde principios del 2020. Esta situación no solo tuvo las implicancias metodológicas descritas en el próximo apartado, sino que además exigió agregar un objetivo específico vinculado con conocer el impacto del contexto en la vida cotidiana de esta población en particular.

Este informe se estructura en cinco apartados. Luego de esta breve introducción, se desarrolla el abordaje metodológico implementado, haciendo especial hincapié en las estrategias de contacto de las personas entrevistadas y en las principales dificultades encontradas en el trabajo de campo. En el tercer apartado se caracteriza la población a estudiar, puntualizando diferentes aspectos que hacen a la intersección de situaciones de desigualdad y subordinación que ayudan a comprender las diferentes vulneraciones de derechos que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención de este grupo de personas.

En el cuarto apartado se presentan los resultados del estudio. En primer lugar, se analizan los problemas de salud que emergieron en las entrevistas. Luego se abordan las barreras y dificultades de acceso a la atención, así como los facilitadores que perciben las mujeres trans y travestis entrevistadas y, por último, antes de las consideraciones finales, se analizan los modos en los que la pandemia de COVID 19 impactó en su vida cotidiana.

Para finalizar, en el quinto apartado esbozamos algunas reflexiones e interrogantes que nos invitan a continuar profundizando sobre el tema.

## DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio es exploratorio- descriptivo, cualitativo y transversal. Se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas en profundidad que incluyeron módulos referidos a las experiencias con temas de salud, la accesibilidad a los servicios, y a la asistencia por consumo problemático de drogas con las entrevistadas que hubieran firmado el consentimiento informado. Se promovió un primer momento de acercamiento y generación de confianza en el que se realizaron preguntas más generales. Luego una parte de profundización en los temas nodales, para finalmente ir finalizando el intercambio con las entrevistadas.

Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia de 12 mujeres trans y travestis. La cantidad dependió del criterio de saturación conceptual, que “es el fenómeno por el que, superado un cierto número de entrevistas, el investigador o el equipo tienen la impresión de no aprender ya nada nuevo, al menos por lo que respecta al objeto sociológico de la investigación” (Bertaux 1976, citado en Bertaux 1999).

En un primer momento, a partir de vínculos personales de las investigadoras y de Intercambios Asociación Civil, se contactaron organizaciones sociales y comunitarias de la CABA que trabajan con la población del estudio y son parte de la red socio-asistencial. Se sensibilizó a dichas organizaciones sobre la importancia de acceder a información sobre las vulnerabilidades en salud desde la perspectiva de las participantes. Luego, se contactaron otras mujeres trans y travestis a través de la técnica de bola de nieve “para localizar a informantes pidiendo a otras personas que identifiquen a individuos o grupos con un conocimiento especial del fenómeno. (...) De este modo, la bola de nieve crece a medida que avanza y recoge un conjunto de recursos ricos en información para explorar el interrogante planteado por la investigación. Como los informantes con conocimientos especiales con frecuencia pueden identificar a otras personas bien informadas, esta técnica puede ser valiosa cuando el investigador no conoce el entorno sobre el terreno” (Ullín, 2006: 53).

Los *criterios de inclusión* en la muestra fueron:

- Autoperibirse como mujeres trans, travestis u otras identidades que habiendo sido asignadas como varones al nacer, actualmente no se identifican con dicho género.
- Residir, trabajar o frecuentar diferentes dispositivos de asistencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ser mayor de 18 años.

- Haber consumido cocaína en forma de clorhidrato, pasta base y derivados, sin excluir las asociaciones con otras sustancias y/o vías de administración, al menos una vez en el último año.
- No formar parte activa en funciones directivas u otras responsabilidades a cargo de organizaciones que trabajen específicamente en la temática trans.
- Consentir participar voluntariamente del estudio.

Sin duda, una de las mayores dificultades tuvo que ver con el contexto en el que se realizó el trabajo de campo, el cual estuvo atravesado por la pandemia del COVID 19. Los riesgos vinculados a la transmisión del virus, así como las medidas de aislamiento y distanciamiento implicaron la postergación del inicio de las entrevistas hasta diciembre de 2020, momento en el que descendió la curva de contagios y se flexibilizaron las medidas restrictivas.

Vale aclarar que no en todos los casos fue posible realizar las entrevistas de manera virtual ya que, por un lado, no todas las participantes contaban con los recursos tecnológicos necesarios para ello. Por otro lado, la entrevista aborda temas sensibles que requieren la contención, privacidad y construcción de confianza que a veces son difíciles de conseguir en encuentros virtuales. En total, 6 de las entrevistas fueron realizadas de modo presencial, 4 telefónicamente y 2 a través de videollamadas por whatsapp.

Otra de las dificultades fue la pérdida de contacto con algunas de las personas a entrevistar por cierre de dispositivos o porque las organizaciones con las que estaban en contacto perdieron el vínculo con ellas. Esto también da cuenta de la labilidad de las redes de apoyo en función de la brecha digital y de conectividad en contexto de pandemia, en el que las acciones de los servicios/dispositivos también están limitadas.

Por último, en la apertura del campo se han registrado algunas resistencias y desconfianza sobre los motivos del estudio y los datos que se iban a recolectar. En algunos casos, referentes de organizaciones e incluso personas que potencialmente serían entrevistadas, expresaron “estar cansadas de que siempre les pregunten sobre sus vidas”. Este tipo de respuestas pueden ser comprendidas desde lo que María Epele (2007) llamó “la lógica de la sospecha”. La autora utiliza esta idea para definir el vínculo particular entre lxs usuarixs de drogas de sectores vulnerables y las instituciones del estado en un contexto marcado por la criminalización de drogas y de la pobreza. Aquí, nos apropiamos de esta noción y la extendemos para analizar lo que pasa con la población involucrada en esta investigación.

*“la violencia cotidiana erosiona las bases de la realidad social compartida y las características de los vínculos entre grupos minoritarios y los representantes de las instituciones de la sociedad dominante” (Epele, 2007: 157)*

*“Estas prácticas simbólicas que se han ido construyendo al ritmo que la desigualdad, la pobreza, la criminalización y la represión, devienen en parte de los procesos de visibilidad y ocultamiento, expulsión y auto exclusión, que han ido definiendo los patrones de vulnerabilidad y morbi-mortalidad de estos conjuntos sociales” (Epele, 2007: 167)*

Así, la desconfianza o la “lógica de la sospecha” podrían ser comprendidas como resultado de largas trayectorias atravesadas por violencias y sistemáticas situaciones de discriminación y estigmatización. En este caso en particular, la negativa o las resistencias a participar en el estudio hablan de un rechazo a la lógica dominante de la academia que promueve o retroalimenta la cosificación de estos grupos, tornándolos objeto de estudio y exotizándolos desde una “perspectiva cisexista<sup>1</sup>” (Millet, 2018) y no desde una perspectiva que promueva el diálogo entre saberes y coloque a las personas trans como productoras de conocimiento.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIAR**

La muestra de este estudio estuvo compuesta por doce personas autopercebidas como mujeres trans y travestis que en el último año habían consumido cocaína. Sus edades variaron entre 24 y 54 años, con una media de 37 años. Esta media es alta si se considera que el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años (Ministerio de Salud, 2020).

En lo que refiere a la educación formal, cuatro de las participantes completaron los estudios secundarios, otras siete solo terminaron la escuela primaria y una no llegó a finalizar este nivel.

Respecto a la cobertura de salud, ninguna de las entrevistadas contaba con obra social ni medicina prepaga.

---

<sup>1</sup> Define el cisexismo como: “un sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, los cuerpos, en suma: las vidas de las personas trans valen menos que las de las personas cis; y a partir de esa idea arbitra una distribución desigual de expulsiones, violencias, reconocimientos, derechos y privilegios” (Millet, 2018: 17).



Tampoco ninguna contaba con trabajo formal. Tres dijeron que realizaban tareas de limpieza, cocina, mantenimiento y otras tareas por las que recibían una baja remuneración y dos cobraban el subsidio habitacional y eran beneficiarias del programa Ciudadanía Porteña. A su vez, diez de las entrevistadas dijeron estar ejerciendo o haber ejercido trabajo sexual.

La mitad de ellas (6) eran migrantes provenientes de otros países de Sudamérica (4 de Perú, 1 de Brasil y 1 de Uruguay).

En lo que refiere a la vivienda, a excepción de una de las entrevistadas que aún vivía con el padre y la madre y otra que dijo que vivía en la casa de una amiga, el resto vivía en condiciones de inestabilidad y precariedad habitacional. Entre ellas, algunas vivían en hoteles que pagaban ya sea por día con los ingresos obtenidos en sus inserciones laborales precarias o con el subsidio habitacional del GCBA. Otras dijeron que vivían en dispositivos tales como paradores, hogares u otro tipo de centros gestionados ya sea por el GCBA o por organizaciones de la sociedad civil.

Si bien solo dos de las entrevistadas se autoperciben como personas en situación de calle, el resto entraría en definiciones más amplias como la de la Ley N° 3706/11 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires<sup>2</sup> o en perspectivas como la de Busch-Geertsema (2010) que propone una tipología de siete categorías de “sin techo”, incluyendo modos de “exclusión habitacional” que, si bien no implican el pernocte en la vía pública, consideran aquellas situaciones en las que la seguridad física, la legalidad de la tenencia, la privacidad y otras características que hacen a la adecuación de la vivienda, no están garantizadas

## ALGUNOS HALLAZGOS

### a) La salud vulnerada

Hasta aquí se presentaron solo algunas características de la población que ayudan a comprender sus condiciones de vulnerabilidad y orientan la lectura de las páginas que siguen en clave de interseccionalidad. Según Pecheny (2013: 963), “El concepto de vulnerabilidad designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a padecimientos o

---

<sup>2</sup> El artículo n° 2 de la ley establece “Se consideran personas en situación de calle a los hombres o mujeres adultos/as o grupo familiar, sin distinción de género u origen que habiten en la calle o espacios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no la red de alojamiento nocturno”. A su vez, define la categoría de “personas en riesgo a la situación de calle” para contemplar otras situaciones de vulnerabilidad habitacional tales como aquellas personas próximas a ser desalojadas.

perjuicios y, de modo inseparable, menos disponibilidad de recursos para su protección”. En el campo de la salud, este enfoque nace con la epidemia del VIH-SIDA para superar las lecturas estigmatizantes e individualizantes ligadas a los conceptos “grupos de riesgo” y “comportamiento de riesgo” e incluir en cambio, componentes colectivos y estructurales. Desde esta perspectiva, se desprende la necesidad de hacer hincapié en la intersección de las diferentes desigualdades sociales, las cuales operan de manera integrada, retroalimentándose y reproduciéndose (Pecheny, 2013). En este sentido, todas las personas entrevistadas forman parte de más de una “población clave”<sup>3</sup>.

En este capítulo, presentamos diferentes problemas de salud que emergieron en las entrevistas y que están vinculados a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra esta población.

Además de la alta prevalencia de VIH en este grupo (de las 12 personas entrevistadas, 6 dijeron que conviven con el virus), en las entrevistas fueron mencionadas otras infecciones de transmisión sexual como sífilis y enfermedades respiratorias como TBC, asma, neumonía, principios de pleura.

También fueron referidos padecimientos producidos por tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas u otras prácticas vinculadas con la adecuación del cuerpo a la identidad de género.

La presencia de todas estas situaciones de padecimiento físico en una muestra tan pequeña no sorprende ya que, como dijimos en la introducción, existen diversos estudios epidemiológicos que dan cuenta de la baja esperanza de vida de esta población, la concentración de la epidemia del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, las dificultades de acceso al sistema de salud y las situaciones de sufrimiento mental vinculadas con trayectorias de vida marcadas por experiencias de discriminación y estigmatización.

Sin embargo, interesa aquí detenernos en las narrativas vinculadas al contexto y a experiencias que estas personas atravesaron y que dan cuenta del modo en el que es vivida la vulnerabilidad en la que se encuentran.

Uno de los principales puntos en común que presentan los testimonios es la referencia a situaciones de agresiones físicas que provocaron serias lesiones y en la mayoría de los casos, la demanda de asistencia en un servicio de emergencia. Estas lesiones en general fueron provocadas por

---

<sup>3</sup> Llamamos “clave” a aquellas poblaciones caracterizadas no solo por la alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y por presentar mayores dificultades de acceso a los servicios de salud, sino también por haberse constituido como actores de la sociedad civil claves en lo que respecta a la búsqueda activa de respuestas frente a las problemáticas que afectan a sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC).

situaciones de violencia policial, por peleas con pares o por la estigmatización y la violencia ejercida por personas cis sobre mujeres trans y travestis.

*“Cuando recién llegué que me golpearon la cara. Y me dolía, no podía masticar. Me llevaron a [Hospital 1]. Eso ha sido cuando recién llegué. A los tres meses, hace casi cuatro, cinco años. Me golpearon la cara, y no podía comer masticar la comida. Porque me pegaron con una manopla de fierro en la cara”.*  
**[Entrevistada 11S, 40 años]<sup>4</sup>**

*“Tuve solamente problemas con la policía, que 5 policías me violaron, donde yo alquilaba, llevo un proceso con eso y además estoy con un botón antipánico”.* **[Entrevistada 7M, 30 años]**

*“Pero cuando perdí mis tetas, mis prótesis, porque yo laburaba en Varela, en provincia. Unos pibes me patearon acá y me rompieron las prótesis (señala la parte izquierda) y el gel se me estaba yendo para atrás (...) No puedo hacer nada, tampoco puedo por la pandemia. Pero me siento un poco bajoneada, porque para una travesti lo principal es los senos. Y yo me siento re bajoneada, además por mi discapacidad. Y como no salgo a trabajar peor, y no tengo mucha ayuda”.* **[Entrevistada 3S, 42 años]**

*“Yo he tenido un accidente que me caí de un tercer piso, parada. Un accidente con mi ex, un accidente, (se acerca al micrófono) COMILLAS. Y me atendieron en el [Hospital 6].”* **[Entrevistada 6C, 41 años]**

Estos testimonios ejemplifican el impacto que tienen este tipo de situaciones violentas no solo en la salud física sino también en la salud mental y emocional de las personas trans.

En este sentido, fueron identificadas varias referencias a situaciones de angustia, depresión, estrés e incluso en un caso, fueron aludidos intentos de suicidio.

Al indagar específicamente sobre el uso de drogas, la mayoría de las entrevistadas dijo que consideraba que su consumo era o había sido problemático.

---

<sup>4</sup> Para garantizar el anonimato de las entrevistadas, los fragmentos citados en este informe son identificados con el n° de orden de la entrevista, la inicial del nombre de pila de la entrevistada y su edad. A su vez, tanto lxs referentes y organizaciones sociales, así como los nombres de hospitales, organismos públicos y comunidades terapéuticas también fueron anonimizados y marcados en rojo para facilitar la lectura.

A su vez, en los testimonios también fue posible identificar episodios de violencia física asociados a estos consumos. En algunos casos llama la atención lo naturalizados que están y a su vez, es interesante notar que las entrevistadas parecen culpabilizarse por haber vivido estas situaciones.

*"Yo tomé mucho alcohol. Tomé mucho alcohol el otro día. No sé si para estar feliz, o para olvidar un poco mis problemas de calle, que aún no soy una mujer, de lo que está tardando mi cirugía. Entonces son muchas cosas (...) perdí toda mi documentación por haber estado bebiendo alcohol con pastillas. Tomé cocaína. Y todo eso me llevó a dormir a una plaza y agarraron mi bolso, abrieron mi bolsa, agarraron mi documentación completa. Y estoy ahora mismo saliendo del agujero ese al cual me metí. Me metí solita, nadie me condujo. Así que hay que pensar dos veces al consumir sustancias tóxicas."*

**[Entrevistada 6C, 41 años]**

*"Cuando yo me metí a la villa, y me pegaban, tenía que ponerle un punto final, en cualquier momento ya te mataban."*

**[Entrevistada 7M, 30 años]**

Al preguntar por los contextos en los que se da el consumo y sus motivaciones, lo que apareció con más fuerza fue el consumo de alcohol y cocaína en soledad como modo de canalizar la angustia y la depresión. En menor medida, también fue referenciado el contexto laboral. Si bien, también fueron asociadas al consumo situaciones grupales recreativas y de festejo, lo que predominó fue la alusión al uso de sustancias para evadirse y embriagar el dolor que generan las condiciones de vulnerabilidad.

*"Cuando estoy así, como deprimida. Cuando me pasa algo. Cuando estoy así con penas. Para olvidarme de lo que está pasando. Así lo consumo. Si no, no lo consumo. (...) Sola, en general (...) Cuando termino de trabajar y estoy en mi casa. O si un día no trabajé ni un peso y vengo con una bronca, saco unos ahorritos que tengo y voy me compro y vengo y consumo"*

**[Entrevistada 10J, 50 años]**

*"Sí hay veces que me siento sola, me drogo. Extraño a mi familia, son 30 años que no los veo. Yo salí de*

*muy pequeña de la crianza de mis padres, me vine a la capital de Lima, Perú. Pero son muchos años, (...) perdí a una hermana y no la he podido enterrar. (...) Simplemente me vine porque había demasiada discriminación allá, te tratan re mal, re feo porque eres una chica travesti. Te dan asco, es feo el trato. [E: ¿Y qué sustancia consumís?] El crack (...) Cuando quiero, cuando me da la gana. No todos los días. Cuando me siento así bajoneada. (...) cuando me separé era diario, diario, ahora ya no. Lo hago cuando me da la gana." [Entrevistada 2K, 35 años].*

*"[Sobre el alcohol y la pasta base] Si salgo a trabajar, sino no. (...) Como para que no se vea tan duro la realidad de lo que es el trabajo. El lado oscuro, yo tengo que salir borracha a trabajar, o me tomo un pase, o entendés llevo a casa me tomo un crack. Son muy frecuentes en mi vida. Las tengo todo el tiempo. Y las comercializo." [Entrevistada 5L, 28 años]*

Por último, otro aspecto que nos llamó la atención fue la reiterada referencia de la mayoría de las entrevistadas a su necesidad de "desahogo". Prácticamente todas agradecieron el espacio de intercambio y de escucha. Si bien en la etapa de apertura de campo se encontraron ciertas resistencias y no fue fácil encontrar quien aceptara realizar las entrevistas, la disposición en el momento del intercambio fue de apertura. A su vez, vinculado con esto, la necesidad de un acompañamiento psicológico o de un espacio de escucha fue referenciado explícitamente por más de una entrevistada.

*"[E: Durante este tiempo quisiste consultar con algún profesional por todo lo que contaste que te pasó]. Sí, quise con un psicólogo, psiquiatra. Pero con la pandemia no pude, y conversar contigo me liberó, es como hablar con una psicóloga. Destapar lo que tengo y decir." [Entrevistada 3S, 42 años]*

*"Simplemente creo que es bueno conversar. Hace tiempo no lo hacía, antes cuando tenía mi psicóloga, tenía ganas de despojarme. Le decía a "G", quiero llorar, todas esas cosas. Pero como tengo problemas en la vida y quería conversar. Porque antes de ayer me sentía re mal, mal, tenía ganas de llorar. Venía a mi mente, mi familia, me acordaba de mi ex pareja en Perú." [Entrevistada 2K, 35 años]*

## b) Acceso a la atención

Desde una perspectiva relacional, entendemos la accesibilidad a los servicios de salud como el vínculo entre los sujetos y los servicios que surge de una combinación entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización con los servicios” (Comes, 2002: 203).

Las barreras y facilitadores para el acceso son múltiples. Si bien la mayoría de las veces las barreras se encuentran relacionadas, a grandes rasgos podemos identificar las geográficas, económicas, organizacionales, culturales.

En este apartado se analizan algunos de los obstáculos vigentes y los facilitadores que se ponen en juego en el acceso a una atención integral de la salud de mujeres trans mujeres trans y travestis con consumo de cocaína, recuperando sus voces y sus experiencias.

Al igual que en trabajos anteriores (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007; Pawlowicz, Abal y Rossi, 2019), en el presente estudio las barreras más jerarquizadas fueron las que se vinculan a los aspectos organizacionales y a los simbólicos o culturales.

### **Barreras simbólicas: prácticas discriminatorias y representaciones sobre los servicios de salud**

La principal barrera simbólica percibida por las personas entrevistadas tiene que ver con la **discriminación y estigmatización**. Si bien no existe una mirada homogénea y algunas de las entrevistadas dijeron nunca haber vivido situaciones de discriminación en los servicios de salud, otras plantearon que sí las habían padecido. Entre ellas, las que aparecieron con mayor frecuencia son el ser llamadas por el nombre con el que fueron inscriptas al nacer, ser internadas en salas de varones y recibir comentarios prejuiciosos o incisivos respecto a sus prácticas sexuales.

*“Sí. Me dicen P. S., es mi nombre verdadero. Pero como opté sino como P o S, me quiero poner en el cambio de DNI, de género. (...) [En el hospital] Algunos me dicen ¿cómo te autopercebés? pero alguno, porque cuando digo Paola, algunos me llaman Pablo P. Me da como una vergüenza cuando están todos reunidos, o mismo cuando estás haciendo la cola. En la fila. Y bueno tengo que pasar*

nomás, me las trago. Me incomoda". [Entrevistada 3S, 42 años]

"Me ha pasado que una vez fui al proctólogo, te trata como una mujer. Pero me revisó la cola y me dijo algo como que yo tengo relaciones sexuales por la cola... un comentario que yo podría haberle dicho de todo, pero soy educada, y también más bien relajarse y me callo la boca". [Entrevistada 1P, 41 años]

"Porque estuve trabajando en la calle hace años, una vez quedé internada en el [Hospital 7] y me metieron en una sala de internación con todos los varones (...) Y uno de los que manejaba el servicio, viene y me llama por mi nombre de hombre y yo ahí le frené y le dije soy una mujer y vos me estás faltando el respeto. Yo me llamo "P" y vos te llamás "X". Yo estoy acá para que me operen el brazo, me pongan los tornillos y me pueda ir a mi casa". [Entrevistada 1P, 41 años]

"Pero loco! Dame las pastillas, dale las pastillas a mi compañera. "Ah no, estoy ocupada, disculpe caballero. Disculpe señor" me dice. Pero no era por mi salud, era por la salud de mi compañera. Usted es una maleducada, usted me trata como me autopercibo y como me ve. Por portación de rostro, no me importa (...) Y se quedó muda, levantó la ventanilla. No me dijo nada. Pero se zarpó, o sea me dio en el talón de Aquiles como quien dice. Semejantes tetas, me dice señor. ¿Cómo señor!?. Me indigné". [Entrevistada 5L, 28 años]

"Bien, más allá que algunas veces a alguno se le escapa el nombre con el que no se autopercibe, o quizás no te lo respetan. Pero bueno, es comprensible, son enfermeras grandes o quizás son jóvenes y no le caben los putos. Hay mucha transfobia en los hospitales todavía, porque es así me entendés? Somos muy estigmatizadas a la vez". [Entrevistada 5L, 28 años]

Si bien es evidente que la sanción de la Ley 26.743/12 de Identidad de Género en Argentina<sup>5</sup> no ha logrado deconstruir prácticas fuertemente arraigadas en lo que respecta a situaciones de discriminación sobre las personas trans tanto del personal de salud como de otrxs usuarixs, de los testimonios surge que las entrevistadas conocen la ley y sus derechos, lo que implica que la falta de información sobre los propios derechos no es lo que explicaría las mayores dificultades de acceso.

En este sentido, parecen ser valoradas las actitudes o prácticas vinculadas con la exigibilidad de derechos. Y como contracara, en algunos testimonios se culpabiliza a quienes no acceden por “ser flojas” o “no hacerse valer”. Se construye una especie de tipología que distingue a las personalidades débiles de las fuertes y las dificultades de acceso pasan a ser leídas como resultado de características individuales, desdibujando su dimensión estructural y colectiva.

*“Hay de todo. Depende de cada persona lo que le toque o como le toque vivir su vida o con qué persona se rocen. Hay personas de todo tipo. A mí gracias a dios, me han tocado personas que cuando iba me tratan con respeto como soy. No hay discriminación. Hay casos sí que escucho. Pero como trata te tratan y sino maltrata. A mí me trataron bien, y he ido y siempre con respeto” [Entrevistada 11S, 40 años]*

En lo que refiere a lo que ocurre fuera de los servicios de salud, la mirada es más homogénea. Ninguna de las entrevistadas negó haberse sentido discriminada alguna vez.

*“Y porque todavía sigue habiendo discriminación en la sociedad. Te doy un ejemplo. Una vez con una amiga fuimos a la playa de Olivos con una amiga, que es lesbiana. Yo iba atrás, iba con el tapaboca. La gente miraba y que íbamos en pareja, la mirada de la gente, el asombro, el susto. Yo como acompañante he aprendido a observar, y observaba y miraba que la cara de la gente era como “historias asombrosas”. ¿Viste el programa?, así como que hay gente que no entiende, que no le*

---

<sup>5</sup> El artículo 12 de la ley N° 26.743/12 establece el “trato digno” por el que debe “respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.”



*importa nada. Para la gente es muy chocante, sos como un centro de miradas". [Entrevistada 1P, 41 años]*

*"Algunas... pero en el hospital no tanto. En lugares como restaurantes, la gente que te burla, te grita. Pues siempre me he hecho respetar, nunca me he quedado callada. Policías también que son asquerosos." [Entrevistada 2K, 35 años]*

*"Con muchos traumas, también tenía la pega de mi familia, vecinos, algunas agresiones, burlas. No es fácil." [Entrevistada 6C, 41 años]*

*"Cuando fui a hacerme el testeo, fui con un poco de miedo. De vergüenza, que te digan algo, porque 'es trabajadora sexual va a estar infectada'. Pero bueno, lo necesitaba y fui. Por eso es que volví a recurrir al médico. (...)Un poco de miedo de que por ahí me tengan un rechazo. Como somos muy rechazadas en la sociedad. Es más, me dieron un turno para un médico clínico que se llamaba Sebastián y no sé porque no quise ir (...) cuando tenía 13 años sí. Me sentí muy mal, muy discriminada. Y como era chica me sentía mal. Quizás por eso también después dejé de ir. Porque hasta por tener un dolor de muelas, prefería no ir. Me automedicaba y hasta ahora que fui y me atendieron muy bien las chicas." [Entrevistada 8E, 24 años]*

En este último testimonio puede leerse el modo en el que las diferentes experiencias discriminatorias (propias o ajenas) que ocurren fuera de los servicios impactan en el acceso inicial a la atención. Se configuran resistencias basadas en el miedo a vivir este tipo de situaciones y esto es lo que hace que no concurren a un servicio de salud.

De este modo, los servicios de salud pasan a ser instituciones a las que se recurre solo ante situaciones de emergencia. En momentos en los que los padecimientos son graves y requieren intervenciones urgentes. Relatos en los que las entrevistadas necesitaron "tocar fondo" o "sentirse morir" para realizar una consulta o iniciar algún tratamiento.

Esta parece ser una de las principales causas por las que estas personas no acceden o acceden de forma tardía.

Para analizar esto con mayor profundidad, nos detendremos solo a modo ejemplificador, en el testimonio de 2K:

*“No. No nunca. Cuando yo vine desde Perú, nunca fui al hospital. Nunca. Ni ahora tampoco he ido. Nunca me he enfermado. Hasta la reciente, que he tenido una fuerte infección estomacal. Y ahí tampoco he ido (...) Porque a veces, yo he acompañado a mis amigas y para que te lleguen a atender tienes que estar bien grave, grave, para que te atiendan. Si no, no te atienden. O te dicen, tienes que tomar este y ya está. Yo un día vi eso y le dije al doctor. Mire doctor. Disculpe la molestia, disculpe la ignorancia, uno tiene que venir sin un brazo, sin una pierna o medio cuerpo, así destrozado para que a uno lo puedan atender. Si no, no lo atiende. “No, pero si no es grave”. Como que no es grave, si una persona viene porque algo le duele. No solamente para que nos vean los pies por fuera y digan “está bien, es algo leve nada más”. Disculpe doctor, usted está equivocado, le dije. En mi país no es así. En mi país uno va por emergencia y te atienden la emergencia. Claro que en mi país cuesta, sí cuesta una consulta por más que sea del Estado. Entonces le digo, yo creo que está mal, está bien que sea pobre y que nosotros no pagemos nada. Pero también tenemos el derecho de que nos revisen bien. Que nos analicen bien. Sin embargo, yo vengo ahorita por un dolor de hombro, hace como 15, 20 días y usted me dice estás bien y punto. Sin fijarse si tengo un desgarre muscular o algo. No, está mal, le digo. Por eso que yo la verdad no voy al hospital, porque lo único que te dicen, estás bien. Uno tiene que ir con las tripas afuera para que recién te puedan atender. (...) Así como yo cuando llevé a una amiga que estaba con una fiebre que volaba, hace años, cuando yo vivía en La Plata, fuimos y le dijo, te tomas un baño de agua caliente y se te pasa todo. Por eso yo le dije, uno tiene que venir agonizando, muriéndose para que te atiendan. Qué barbaridad doctor. Prefiero pagar un particular y yo sé que me van a atender” [Entrevistada 2K, 35 años]*

Por un lado, la entrevistada plantea que no concurre a un servicio de salud hace muchos años porque “nunca se ha enfermado”. De esta manera, lo que prima en el imaginario sobre los servicios de salud es su función asistencial y se omite la función vinculada a la prevención y promoción de la salud. El hospital o el centro de salud son los lugares a los que se concurre en caso de enfermarse.

Esta negativa a concurrir a los servicios de salud para controles de rutina o ante padecimientos menores que “no ameritan” parece estar asociada a la percepción de no resolutivead<sup>6</sup> del sistema de salud, respaldada en relatos sobre situaciones en las que se concurrió a un servicio y no se recibió la respuesta esperada: “te dicen que estás bien”, “te mandan para tu casa”, “te mandan a que te des un baño y se te pasa todo”. La idea de “te tenés que estar muriendo para que te atiendan” fue referida en más de una entrevista.

Respecto a los tratamientos por uso problemático de drogas, ocurre algo parecido. Algunas entrevistadas plantearon que intentaron consultar e iniciar determinados tratamientos pero no consiguieron la vacante por no estar lo suficientemente mal.

*“Yo una vez fui al [organismo público], porque había consumido, me llevaron del [organización social 1]. Yo había consumido pero no me dejaron internada. Una noche sola, me dieron una pastillita (...) me escucharon, vieron el léxico que tengo y dijeron esta chica no, no es una drogadicta empedernida. O sea, yo consumo bastante, no me arrepiento, pero es un presupuesto. Pero qué sé yo, no lo vieron tan agravado. Pero por cómo hablé, nada más. “Y quién te trajo?” “Mi profesora del colegio” “Ah estás estudiando encima” O sea lo vieron como algo “light”. O sea, arremetí y dije “qué tengo que venir con una jeringa en el brazo” (...) O sea, hay gente que lo necesita más. Yo necesito también. Está bien, yo me empaco en dos segundos. Después me compré un whisky. Lloré como condenada.*

*(...)*

*[E: ¿Intentaste ir al [Institución religiosa]?] Y me dijeron que no porque tenía que estar muy enferma para poder entrar.*

*Tenía que estar al techo de enfermedades infectocontagiosas para poder entrar. Al punto del cajón para que se me abra la puerta. Yo veo compañeras que salen, se drogan y vuelven. Y hacen actividades, y vuelven de nuevo. ¿Por qué no me das la posibilidad a mí que yo quiero cambiar? Y de ahí como que ya le perdí la fe a los centros de atención de salud por narcóticos. No quiero ir a una reunión, ya no me interesa, me han dejado desahuciada que*

---

<sup>6</sup> La “resolutivead” se refiere a la capacidad de los servicios de salud de responder a una determinada demanda de atención. En su construcción como indicador, algunos autores han planteado la necesidad de incorporar la satisfacción de las expectativas de lxs usuarixs, es decir, su mirada sobre la aptitud que tienen los servicios de resolver sus problemas (Pasarín et. al., 2007; Turrini et. al., 2008; Rosa et. al., 2011;).

*no me interesa. Pero la droga constantemente pasa por mis manos. Que es lo que me da de comer, no te voy a mentir. Es así la cuestión, es la realidad.”*  
**[Entrevistada 5L, 28 años]**

### **Barreras organizacionales: la espera y la deriva institucional**

La principal barrera de atención organizacional tiene que ver con no encontrar respuestas concretas ante determinadas demandas. En tanto categoría nativa, emerge de los testimonios la idea de “peloteo” para referirse a la seguidilla de derivaciones de un servicio a otro o de un hospital a otro y que dejan a la persona que consulta con la percepción de que el sistema de salud no puede resolver su demanda. El tiempo personal (“tener tiempo”) es un recurso estructural desigualmente distribuido según las relaciones de clase, género y étnicas. Barcala (2015) define como “deriva institucional”, los recorridos “sin rumbo” producidos por las múltiples derivaciones que se producen cuando los servicios de salud no logran alojar la demanda, es decir, no logran dar respuestas a los problemas por los que los consultan.

La segunda barrera organizacional que aparece con claridad tiene que ver con los horarios de atención, dificultades para conseguir turnos y tiempos de espera. El último punto se refiere tanto al tiempo que deben aguardar en la sala de espera para ser atendidas como a los meses o años que deben aguardar para someterse a alguna intervención luego de inscribirse en listas de espera. En los testimonios es interesante analizar el significado particular que tiene la idea de espera para esta población en particular.

*“Hay muchas amigas que van y no, para qué. Primero tenés que sacar turno, madrugar. Primero tenés que madrugar para sacar turno, segundo el turno te lo dan de aquí para seis meses. O sea que de aquí a seis meses te morís. Hay que sacar un turno para medio año, cuando debería tardar dos, tres días nada más. Uno necesita un turno. Me gustaría que eso cambie en los hospitales. Que no nos den un turno de aquí a medio año o al año”. [Entrevistada 2K, 35 años]*

*“Pero que tenga claro aún no estoy operada. Llevo 5 años, hay una lista de espera, así que lleva tiempo. (...) Y una envejece y capaz que tiene un HIV u otra clase de discapacidad y desea vivir un poco esa felicidad. El ser mujer, el sentirse mujer. Entonces yo creo que hay que mirar solo para eso. O si una es una discapacitada o si tiene alguna enfermedad terminal, HIV, el tema de la edad también. Yo creo*

que la barrera está ahí. Mirar un poco por ahí y decirme, bueno voy a acercarme a esa persona, le voy a dar esa felicidad (...) Que se fijen la edad de una y los temas de salud de uno, para que puedan darnos esa oportunidad. Porque sí, yo me voy a desfallecer, me voy a morir. (...) Así que yo espero que pronto me operen.” **[Entrevistada 6C, 41 años]**

“Bueno a mí no me gusta esperar... cuando yo voy al [Hospital 2] a buscar medicación tengo que esperar y no me gusta estar sentada tanto tiempo, me levanto y me voy. También veo en algunos hospitales que voy y se ponen a hablar los médicos y ni bola, ahí sí contesto. Te discriminan, no te dan bola.” **[Entrevistada 7M, 30 años]**

Estos tiempos de espera muchas veces son percibidos como una práctica direccionada específicamente a ellas, como un modo de maltrato o de subestimar sus necesidades.

“Solo por el hecho de ser trans hay que esperar hasta que les dé la gana a ellos de atendernos, le dan prioridad a otras personas que a nosotras.” **[Entrevistada 9R, 30 años]**

Para cerrar el apartado, vale aclarar que la distinción entre barreras de acceso simbólicas y organizacionales es simplemente una estrategia analítica ya que los diferentes tipos de barreras, dialogan y se articulan entre sí. En este caso, “el peloteo” y los prolongados tiempos de espera, en tanto barreras organizacionales, retroalimentan la percepción de no resolutivez, definida aquí como barrera simbólica.

### **La importancia de los vínculos como facilitador de acceso**

Al igual que en un estudio anterior sobre accesibilidad a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave (Pawlowicz, Abal y Rossi, 2019), lo que aparece como principal facilitador es la posibilidad de generar vínculos personales con trabajadorxs de la salud. Se valora la confianza, la empatía, la escucha, el buen trato, y la humanización de las prácticas. En general, las buenas experiencias relatadas son identificadas como excepciones, son atribuidas a personas “fuera de lo común”.

Esto en las entrevistas se expresa de diferentes maneras: se valora mucho la continuidad de las relaciones con lxs profesionales, el conocimiento de las particularidades de las cuestiones vinculadas con la salud de la población trans y la simplificación de los procedimientos para sacar turnos, pautar visitas, obtener medicación. Incluso se referencia algún tipo de trato diferencial que facilita el acceso.

*“Yo me hago el tratamiento de las hormonas, en una salita, en Parque Patricios. Y me hacen los análisis, te tocan las mamas, te mandan a hacer análisis continuamente por el tema de las hormonas y te ven como está tu hígado, el colesterol, muy copado. Tenemos un grupo también donde podemos hablar y entre todos nos ayudamos un montón. (...) Hay un grupo de hombres trans y chicas trans, es todo bajo control y muy copado. Nunca nos dejaron de lado, a las chicas trans se las puso en el hombro. (...) En este país a mí me abrió muchas puertas. Hay un doctor, [nombre de pila del médico], o varios doctores que ayudan a las chicas trans, que te digan que te avisen, que te pregunten si te hiciste los análisis de HIV, cómo va. Es un trato muy bueno.”* [Entrevistada 1P, 41 años]

*“Al llegar acá hice el DNI y eso creo que también eso me facilitó, tener acceso. Y sí, son buenos profesionales. Además yo puedo hablar del [Hospital 3]. Allá empecé un tratamiento con una psiquiatra, así de mis temas personales que había vivido allá en Brasil, sin ayuda. Me encontraba con trastorno de depresión, intento de suicidio. Y ahí también he sido muy bien cuidada. Y hoy también con el [Hospital 5], tengo una psiquiatra linda, se llama [nombre de pila de la médica] y estoy también muy contenta y estoy siendo cuidada por ellos. (...) En el caso de mi psiquiatra, ella huye de profesional, ella es persona, es amiga. Hay un trato humano, amigable, podemos hablar de cosas lindas. Me ha hecho superar muchas cosas, yo tengo una banda de logros y gracias a ella.”* [Entrevistada 6C, 41 años]

*“No, cada tanto voy a ver a mi infectólogo que me hace unos análisis para ver como 0 (...) Lo conocí en la calle. Siempre se acercaba y me decía...pero bueno como yo estaba en otro estado, consumía pasta base...él me aceptaba, era como que le decía todo que sí y ni bola. (...) Mi infectólogo es divino, tengo confianza. Le puede decir si tengo algo adentro mío, si me puede ver. Él no tiene problema,*

*mi infectólogo es también, gay y le tengo confianza (...) [nombre de pila del médico] (...) Es único... Me ve y me abraza. Lo amo. Nunca tuve una persona así que se preocupe por mí, me manda mensajes. Habla muy bien de él. [E: ¿y eso repercute en el tratamiento?] Gracias a él tengo el HIV negativizado." [Entrevistada 7M, 30 años]*

Un último facilitador identificado en las entrevistas fueron las **redes de pertenencia y sostén**. Ellas posibilitan el acceso a los servicios de salud, ya sean organizaciones de la sociedad civil u otros/as acompañantes que funcionan como soporte en los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

*"y este es a través de una organización de chicas trans. Que es de la diversidad, de acá de Avellaneda y que ellos me dijeron: te sacamos el turno. Y es como que ya van sabiendo que va a ir una chica trans a hacerse un chequeo para una hormonización. No como yo fui, que no sabían que yo era trans. Una se anima a través de una organización, y que la persona que te va a atender ya va sabiendo, que va una chica trans a atenderse." [Entrevistada 8E, 24 años]*

*"A mí porque del [organización social 1], me internaron desde el [Hospital 4] o al [Hospital 3]. Con otra compañera que trabaja en el Ministerio de la Mujer. Y lucharon y exigieron que me internen porque estaba muy mal. [E: La organización te da el respaldo para que te atiendan] Exactamente. Pero si estás sola..." [Entrevistada 5L, 28 años]*

*"[E: ¿Cómo llegaste al [Hospital 3], cómo te enteraste que ese era un lugar donde podías hacer tratamiento para dejar de consumir?] Con la ayuda del grupo de mujeres de [organización social 2]. [E: Gracias a la organización accediste ahí al [Hospital 3]] Correcto." [Entrevistada 6C, 41 años]*

### **Representaciones sobre el subsistema público: "gratis pero no resuelve"**

Por otro lado, en las entrevistas a personas migrantes se puede observar el modo en el que se valora la gratuidad del sistema de salud argentino en contraposición con el de sus países de origen.

*“Y ella [mi madre] me decía ‘regresa a Perú’, y yo le dije ‘no, yo a Perú me muero porque allá la pastilla cobra, los antirretrovirales cobran. Me enfermo y una internación cobran más de 900 pesos por día. Acá no’. Allá todo cuesta, te pasa algo y todo cuesta. Ni una pastilla para la fiebre o para el dolor de cabeza.”*

**[Entrevistada 3S, 42 años]**

*“Correcto, he venido apenas ese objetivo, hacerme cirugía, porque allá en Brasil el sistema público de salud no cubre una cobertura como esa. De una cirugía estética de cambio de género, cambio sexual. Allá hay la cirugía, pero si hay que hacerla, hay que pagar y es caro, muy muy caro.”*

**[Entrevistada 6C, 41 años]**

Si bien esta característica del subsistema público de salud se constituye como un importante facilitador de acceso a la atención, también es cierto que la percepción de “no resolutivez” que mencionamos en páginas anteriores parece estar asociada en el imaginario de las entrevistadas a la idea de gratuidad. Para visualizar esta idea con mayor claridad, retomamos el testimonio de 2K:

*“En mi país no es así. En mi país uno va por emergencia y te atienden la emergencia. Claro que en mi país cuesta, sí cuesta una consulta por más que sea del Estado. Entonces le digo, yo creo que está mal, está bien que sea pobre y que nosotros no paguemos nada. Pero también tenemos el derecho de que nos revisen bien.”* **[Entrevistada 2K, 35 años]**

En este sentido, ante la existencia de un imaginario que identifica al subsistema público y gratuito de salud con largos tiempos de espera, “el peloteo” y respuestas que no se adecuan a lo esperado, se recurre al subsistema privado de salud.

Así, si bien en Argentina la ley N° 26.743/12<sup>7</sup> establece como derecho el acceso a las intervenciones quirúrgicas y a los tratamientos hormonales vinculados a la adecuación del cuerpo según la identidad de género

---

<sup>7</sup> El artículo 11 de la ley N° 26.743/12 dice: “acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa (...) Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.”



autopercebida, en la práctica muchas veces las personas prefieren recurrir a la atención privada y pagar para evitar las dilaciones producidas por la deriva institucional.

*“No, aún no, estoy averiguando en cualquier hospital para que me ponga. Si se trata de abonar algo de diferencia, porque ahora está como cien mil en particular. Pero si se trata de mitad de precio, como sea, con mis actividades y mis amigas, como estamos acostumbradas a hacer polladas y todas se ayudan puedo reunir la mitad. Pero no todo. Por eso necesito un hospital, ya pasó un año. Cualquier doctor me dijo que tenía que pasar un año para la curación. En febrero ya es un año.”* [Entrevistada 3S, 42 años]

*“Al particular sí fui yo. Me atendieron muy bien, porque como yo pagué mi plata. Porque como yo sufro de la.... Yo me fui. Me estaba haciendo ver en el [centro médico privado]. Queda en Pompeya en la Av. Sáenz. (...) Mi hermana me sacó mi turno, yo fui con mi hermana y me atendieron muy bien. Porque como es particular y tú estás pagando tu plata, te atienden bien.”* [Entrevistada 10J, 50 años]

*“[¿Vos requeriste hacer algún tipo de tratamiento de hormonización, o intervención quirúrgica en la Argentina?]*

*No, no, yo me he operado por mi cuenta, no pedí a nadie que me opera. ¿Me preguntas si me hicieron alguna operación gratis? (...) Yo me he operado las lolas pero en una privada acá en Argentina.”* [Entrevistada 11S, 40 años]

### **c) La vida en pandemia**

Con respecto a los modos en los que el contexto de pandemia afecta la vida cotidiana de la población en estudio, tres entrevistadas contaron haber contraído el virus. Ninguna requirió internación. Solo una de ellas lo confirmó a través de un testeo. Las otras dos lo presumen por haber tenido algunos de los síntomas, pero nunca lo confirmaron.

Independientemente de esto, lo que surgió de manera más contundente en las entrevistas fue la **imposibilidad de trabajar y las dificultades económicas** que eso produjo.

*“Nos afectó a casi todos, más a las trabajadoras sexuales que salimos a trabajar, y que nuestros ingresos es por nuestro cuerpo. Y por las restricciones hay personas que salen de noche pero no se puede salir y durante el día hay personas que no salen. Y que van a hacer... hay personas que viven de los subsidios, de las organizaciones. Yo por ejemplo recibo ayuda de eso, ahora que no estoy trabajando.”* [Entrevistada 11S, 40 años]

*“Antes trabajaba en la calle, pero después de la pandemia ya no salí más. Ahora no salgo. Desde que empezó la pandemia vivo encerrada acá. Salgo para ir al banco, a hacer las compras, alguna cosa, pero si no, acá en casa cuidándome.”* [Entrevistada 12A, 54 años]

*“En la vida general, económica, me afectó un 100%: dejé de laburar (...) y sí, psicológicamente me hizo reflexionar un montón.”* [Entrevistada 9R, 30 años]

*“Por ejemplo, yo que trabajo de noche y te dejan trabajar hasta un cierto horario. Creo que ahora es hasta las ocho, ya me tengo que venir. Y por ahí no llegás a hacer la plata que vos querías. Es como que te quedás pinchada. Decís, uh qué bajón. A esta hora yo ya tendría que tener, por ejemplo, tres mil pesos o dos mil. Y no los tengo porque no puedo ir a trabajar. Y si voy capaz que me hacen una contravención o una multa. O la misma policía te echa. Te dicen, no, no, estamos en restricción.”* [Entrevistada 8E, 24 años]

Ante la pregunta sobre los modos en los que la pandemia afectó la vida cotidiana, otra de las respuestas que se reiteraron fue que se profundizaron e incrementaron las situaciones de **represión y violencia policial**. En las entrevistas se identificaron varias referencias al miedo de posibles contravenciones, multas y detenciones policiales por circular o trabajar en la vía pública en los momentos en los que las medidas de restricción más fuertes estuvieron vigentes.

*“En el transcurso de la pandemia, sí, hubo bastante discriminación de parte de la policía. Nos discriminaban, nos gritaban, nos golpeaban, nos revisaban, nos llevaban a los hoteles a revisarnos y nos revisaban así como viniste al mundo. Te hacían*

sacar de pies a cabeza toda tu ropa. Te quedabas en bolas. Yo una vez le dije (...) Está bien que usted tiene que hacer su trabajo de revisarnos en la calle, pero no meternos a revisarnos, a desnudarnos y hasta tocarnos a nuestro cuerpo, es violación, le dije. (...) nos revisaban de pies a cabeza, nos revisaban las partes íntimas de adelante, las partes íntimas de atrás, nos hacía abrir la cola. Te tenía así, todo eso es lo que hemos pasado en la pandemia.

(...)

También sucedía antes de la pandemia y en la pandemia se generalizó más todavía. Pero todavía. Era la policía. Hasta ahora nos tienen loca, nos tienen así. Hasta el último que vino, uno de la brigada a cobrar a la zona de Constitución y le metió una piña a una amiga. Y nosotras al ver que, porque estaba filmándolo, yo lo estaba filmando. Entonces me quitó mi celular el policía y me lo tiró de una calle a la otra calle. Desde la pared de aquí hasta la pared de allá. Estábamos en la calle Pavón. De la bronca, tenía un perfume de vidrio esos gruesos que no se rompe, y de la cólera lo agarré y le di en la cara. Y ahí fue cuando se originó un quilombo grande que todas empezamos a correr al de la brigada. Porque la idea es que nos respeten también." [Entrevistada 10J, 50 años]

En menor medida, también fueron atribuidas al contexto de pandemia demoras y otras **dificultades en la atención en los servicios de salud**, así como demoras o interrupciones en la realización de determinadas gestiones tales como el trámite necesario para sacar el DNI argentino o para el cambio de género en el DNI.

"[El año pasado fui al [Hospital 8], no fue como la primera época que fui. El anteaño pasado, cada vez que es invierno me daba que se me llenan los pulmones de flema. El año anterior fue rápido, pero este último porque estábamos en pandemia creo que se demoraban mucho. Me hicieron esperar, pero igual me atendieron." [Entrevistada 11S, 40 años]

[E: me estuviste diciendo que estabas con el tema del tratamiento de hormonización y cuando empezó la pandemia no lo pudiste avanzar]. Rta: claro, era en un [Centro de salud]. Pero cancelaron todo el tema de la hormonización porque el que nos iba a atender se contagió de covid, después la salita también

*estuvo aislada por un tiempo. Creo que ahora volvieron a retomar, tengo que volver a preguntar, para ver si me dan otro turno. Porque el turno que yo tenía, justo pasó esto, por el doctor que estaba infectado, aislaron al sanatorio.”* **[Entrevistada 8E, 24 años]**

*“Entonces en el 2020 yo quise hacerlo y cayó justo la pandemia. Y ya de ahí no pude mover mis papeles. Ahora yo estoy cobrando habitacional con mi precaria vencida. Pero ya me dieron el ultimátum que tengo que renovar la precaria, para yo poder seguir cobrando. Si no, no voy a poder cobrar.”* **[Entrevistada 10J, 50 años]**

Por último, en dos de los testimonios las medidas de aislamiento fueron vividas como un **alivio** ya que les permitió replegarse por un tiempo e interrumpir la vida social y la interacción con otros.

*“Pero no puedo hacer nada, tampoco puedo por la pandemia. Pero me siento un poco bajoneada, porque para una travesti lo principal es los senos. (...) Para mí [el aislamiento] fue como darme un respiro, justo me sucedió lo de las lolas. Esto es un descanso para mí, sino yo no puedo laburar, porque los chongos piden las gomas viste. Y dije, ay esto es un alivio para mí.”* **[Entrevistada 3S, 42 años]**

*“Yo soy una persona que nací en pandemia, ¿en qué sentido? Adoro estar sola, con una televisión, un teléfono, que nadie me moleste y me encanta estar en mi casa. Con eso te dije todo. No lo sentí, no siento el encierro, porque ya es algo que me gusta.”* **[Entrevistada 12A, 54 años]**

## CONSIDERACIONES FINALES

Queda pendiente profundizar algunos de los temas más sensibles a partir de encuentros distendidos, cara a cara con mates de por medio, que faciliten la construcción de vínculos de confianza tan necesaria en los estudios cualitativos. Sin embargo, vale la pena problematizar algunas cuestiones de lo presentado hasta aquí.

Sin acceso al sistema educativo, al trabajo formal, a la vivienda estable, con la salud física y mental vulneradas producto de la exposición cotidiana a situaciones de discriminación y estigmatización y sin protección frente a la violencia institucional, vale la pena preguntarse qué función cumplen las sustancias para los colectivos trans. Según surgió en las entrevistas, muchas veces el consumo no es percibido como el problema sino como parte de su respuesta. Ante las continuas y sistemáticas violencias, el uso de cocaína, alcohol y otras drogas parecería constituirse como una estrategia de autoatención, como punto de fuga o de escape para hacer la vida más vivible.

Si bien la sanción de la Ley 26.743 permitió una mejora en la aceptación social y el empoderamiento de sus propios derechos, persisten barreras simbólicas y organizacionales que continúan obturando - o por lo menos, retardando- el acceso de los colectivos trans a los servicios de salud. Desarmar estas barreras para promover el acceso y el trato digno requiere deconstruir las principales características estructurales del modelo médico hegemónico, en tanto matriz cultural que da sentido al conjunto de prácticas y saberes relacionados con la atención a la salud que son dominantes. Nos referimos especialmente al biologicismo, al individualismo, la lectura fragmentada y mecánica de los cuerpos y los padecimientos, la relación unilateral y asimétrica entre el médico y el paciente, la concepción de la salud y la enfermedad como mercancías y (nosotres agregamos) la perspectiva profundamente cisexista (Menéndez, 2015).

Para aportar a este proceso largo y complejo, es necesario, en palabras de Millet (2020), continuar realizando estudios que corran el foco de las personas trans para orientar el interés hacia el cuestionamiento del cissexismo. En este sentido, es fundamental preguntarse qué tipo de estrategias nos damos para continuar avanzando en investigaciones participativas que asuman a los colectivos trans como protagonistas y productores de conocimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arístegui, I., Vázquez, M., Dorigo, A. & Lucas, M. (2012). Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas. Buenos Aires: Fundación Huésped. Disponible en <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/06/Informe-Final-Percepciones.pdf>

Arístegui, I. (2014). VIH y mujeres trans en Argentina. En: M. Braylan. Exclusión e inclusión iii. Discursos. Estereotipos. Desigualdad de oportunidades. Prejuicio y violencia. Buenos Aires: Centro de estudios sociales DAIA. Disponible en: <https://www.daia.org.ar/wp-content/uploads/2019/02/Exclusion-Inclusion-3-web.pdf>

Aristegui, I., Zalazar, V., Radusky, P. D., & Cardozo, N. (2020). De la Psicopatología a la Diversidad: Salud Mental en Personas Trans Adultas. *Perspectivas En Psicología*, 17(1), 21-31. Disponible en: <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/467/284>

Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En: A. Barcala y L. Luciani Conde. *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

Bertraux, D. (1999) El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones* 29, 1-18, Santiago de Chile [artículo original publicado en *Cahiers Internationales de Sociologie*, Vol. LXIX, París, 1980].

Busch-Geertsema, V. (2010). Defining and measuring homelessness. *Homelessness Research in Europe: Festschrift for Bill Edgar and Joe Doherty*, 19-39. Disponible en: <https://www.feantsaresearch.org/download/ch013303200488323787194.pdf>

Comes Y. (2002). Accesibilidad: Una revisión conceptual. Documento Laboris realizado en el marco del proyecto de Investigación Equity and Decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. International Development Research Centre of Canadá. Mimeo. Buenos Aires.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Boletín Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. N°37, año XXIII, diciembre de 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>

Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos De antropología Social, (25). Disponible en: <https://doi.org/10.34096/cas.i25.4383>

Menéndez, E. (2015). De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Millet, An (2018). Barreras en la accesibilidad de personas trans de la ciudad autónoma de buenos aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias. Informe final del Programa de Becas de Investigación 2017- 2018, Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/5\\_informe\\_final\\_-\\_an\\_millet.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/5_informe_final_-_an_millet.pdf)

Millet, An (2020). Cixesismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado. Buenos Aires: Puntos suspensivos ediciones.

Ministerio de Salud de la Nación. Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Argentina, 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Organización Panamericana de la Salud- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans. (2013). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Disponible en: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JQ81.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf)

Pasarín, M.; Berra, S., Rajmil, L. Solans, M., Borrel, C. y Starfield, B. (2007). Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. Aten Primaria, 39(8):395-403.

Pawlowicz, M. P., Abal, Y. y Rossi, D. (2019). Persistencias en la epidemia de VIH. Estigma y acceso a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Pecheny, M. (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento. ¿Qué sabemos y qué preguntamos?. *Temas en psicología*, 21(2), 961-972.

Red Latinoamericana y del Caribe de personas Trans (REDLACTRANS). (2018). Esperando la muerte: Informe regional CeDoSTALC 2016-2017.

Rosa, R., Pelegrini, A., y Lima, M. (2011). Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 345-351.

Rossi, D., Pawlowicz, M. P. y Zunino Singh, D. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de

Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Toibaro, J. J., et al. (2009). Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. *Medicina* 69, 327-330.

Turrini, R., Lebrão, M. y Cesar, Ch. (2008). Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*, 24 (3):663-74.

Ullin, P.R., Robinson, E.T. y Tolley, E.E. (2006). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington: OPS



## OTRO MATERIAL CONSULTADO

Ley n° 3706/11 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>

Ley Nacional n° 26.743/12 de Identidad de Género. Disponible en: [http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley\\_26743\\_identidad\\_de\\_genero.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley_26743_identidad_de_genero.pdf)

Ley Nacional n° 26.657/10 de Salud Mental. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

