

VIOLENCIA ESTRUCTURAL: ORIGEN DEL SUFRIMIENTO SOCIAL EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE MUJERES TRANS EN CALI, COLOMBIA.

María Camila Bolívar-Rocha.¹

Marcela Arrivillaga²

RESUMEN

Objetivo. Analizar la experiencia de sufrimiento social en el acceso a servicios de salud de mujeres trans en Cali, Colombia. **Método.** Estudio cualitativo fenomenológico de alcance exploratorio y descriptivo, con 10 mujeres trans. La unidad de análisis fue “sufrimiento social”, entendido como el resultado de desbastadoras heridas que fuerzas sociales infligen en la experiencia humana. **Resultados.** El sufrimiento social en el acceso a los servicios de salud de las participantes de este estudio tiene como base la violencia estructural, la cual es expresada en la inequidad en la prestación del servicio de salud, la invisibilización de las necesidades en salud e identidad de las mujeres trans, la estereotipación de las mujeres trans por VIH/Sida y los riesgos que asumen en el acceso a procesos de transición informales con consecuencias en su bienestar físico y mental. **Conclusiones.** La violencia estructural es la responsable de las experiencias de sufrimiento social en el acceso a los servicios de salud de las mujeres trans en Cali. La vulneración de su derecho a la salud es determinada por el tipo de vinculación al SGSSS, las condiciones de vida precarias y la identidad de género, siendo la identidad de género, el factor que más causa inequidad. Esta situación genera en ellas respuestas como: la “distribución del estigma” y las acciones confrontativas y organizativas.

Palabras Claves: sufrimiento social, accesibilidad a los servicios de salud, personas transgénero, mujeres, estigma, violencia estructural

Keywords: social suffering, health services accessibility, transgender persons, women, stigma, structural violence.

¹ Socióloga, Candidata Magister en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Correo electrónico: mariabolivar@javerianacali.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4637-4131>

² Tutora de Tesis. PhD. Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-5927-3386>

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento social es el resultado de desbastadoras heridas que fuerzas sociales infligen en la experiencia humana. Es el efecto de la violencia social que ordenes locales, nacionales y globales ejercen sobre las personas. Se basa en la distribución desigual del bienestar y en el desequilibrio del ejercicio del poder (1). Esta definición permite señalar la asociación que existe entre las estructuras políticas, sociales y culturales y el riesgo diferencial de enfermedad y muerte de las personas.

A comienzos de los años 90 se inicia el proceso de apertura liberal en Colombia, trayendo consigo procesos de reforma política, modernización, descentralización, disminución del Estado social y esfuerzos por abrir espacios a la participación privada en sectores tradicionalmente públicos (2). Un ejemplo es la aprobación de la Ley 100 de 1993, donde se adoptó un modelo de salud basado en el mercado regulado de aseguradoras que compiten por la afiliación de los colombianos a través de los regímenes contributivo, subsidiado y especial.

Este sistema se formalizó en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual buscaba una cobertura universal en un ambiente de equidad y calidad en la prestación de los servicios, atendiendo la ineficiencia e inequidad del anterior sistema, donde tanto la provisión de recursos como la prestación de servicios, era monopolizada por el Gobierno (3). La consolidación del SGSSS se lograría a través del aumento a la demanda con la cobertura universal, trayendo como resultado esperado el salvamiento de hospitales en crisis, una mejora en las condiciones de los profesionales de la salud insatisfechos y atención adecuadamente para la población (4).

Con el SGSSS la cobertura pasó del 29% en 1995 a 94% en el 2018 (5). No obstante, los problemas no desaparecieron debido a agentes aseguradores de naturaleza privada que privilegian la extracción de renta sobre los objetivos misionales en salud; Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB que por mantener su sostenibilidad recurren a recobros y el incumplimiento de pago a las IPS; y la corrupción generalizada que hace que los recursos públicos se desvíen (6).

La persistencia de esos problemas afecta el acceso a los servicios de salud desde el enfoque de la garantía del derecho a la salud, el cual debe cumplir con la disponibilidad de recursos pertinentes para la atención; la accesibilidad física, económica y de información para todas las personas sin

perjuicio por discriminación; la aceptabilidad desde el punto de vista del respeto, la ética y la apropiación cultural; y, la calidad desde lo técnico y lo científico (7). En este escenario, el acceso para las poblaciones en contextos de vulnerabilidad por condiciones de raza, género y clase social no está garantizado (8).

Como parte de un grupo poblacional históricamente vulnerado, las mujeres trans conviven en estructuras violentas que se caracterizan por la pobreza y los altos grados de inequidad social que las exponen a rechazos, conflictos emocionales, discriminación, estigmatización y malos resultados en salud (9). Poseen una marcada diferencia de condiciones de vida respecto a otros grupos poblacionales, lo que suscita en ellas barreras personales y sociales, relacionadas con bajos niveles educativos, menores recursos económicos y bajas posibilidades laborales (8).

Las condiciones adversas experimentadas por las mujeres trans se originan por una irrupción que ellas hacen a lo normado desde la construcción de su género, el cual no se da por atributos biológicos, sino por una producción performativa de su identidad que subvierte el orden social binario del sistema sexo/género (9). Estas mujeres son víctimas directas de la violencia estructural, entendida como aquella violencia sistemática que se ejerce contra un grupo por pertenecer a un determinado orden social y que obstaculiza el ejercicio de sus derechos, en el caso puntual, al derecho a la salud (10).

Esto es corroborado por estudios en América Latina que dan cuenta de los contextos de privación económica, social y política que las obliga a ejercer prácticas que van en detrimento de su salud y, se vuelven habituales a los ojos de los Sistemas de Salud (11). Para el estudio “Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México”, la negación de procedimientos médicos para la transformación del cuerpo, el uso incorrecto de su identidad de género, la discriminación y el estigma por parte de profesionales de la salud, es una negación completa a su autonomía y modo de vida que se repite de forma cotidiana (12).

En Colombia, se han realizado estudios que dan cuenta de cómo las debilidades del modelo de salud afectan de manera directa a las mujeres trans, al ser quienes presentan los menores porcentajes de afiliación; son quienes menos consultan los servicios de salud; perciben que sus identidades de género son patologizadas; son víctimas de violencia verbal, emocional y física en los centros de

salud; sus cuerpos son recurrentemente masculinizados; y, se les niega procedimientos estéticos y de hormonización hasta que se cumplan protocolos impuestos que no incluyen la perspectiva de la paciente. Esto trae como consecuencia la postergación de procedimientos o tratamientos importantes para la salud y exponer su salud y su vida a servicios periféricos de bajo costo, muchas veces, de mala calidad (8,9,13–16).

En el caso de Cali, son pocos los estudios relacionados con el acceso a los servicios de salud de mujeres trans. Existe uno en específico, de corte cuantitativo, titulado “acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia”, donde se concluye que el sistema de salud mantiene modelos convencionales de asistencia en salud, desconociendo la diversidad de sectores poblacionales que poseen condiciones específicas de atención y cuidado, como es el caso de las mujeres trans. Este estudio, analiza cómo la debilidad institucional de las EAPB genera retrasos y obstáculos en los servicios preventivos de salud, donde se requiere hacer énfasis en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y de consumo de sustancias psicoactivas; la atención integral diferencial; y, el acceso a especialistas y medicamentos para requerimientos relacionadas con su identidad de género y procesos de transformación corporal (17).

Para avanzar en la comprensión local de este fenómeno social, se propone el presente estudio, cuyo propósito es, analizar la experiencia de sufrimiento en el acceso a servicios de salud de mujeres trans en Cali, Colombia, desde un enfoque cualitativo. Se plantea como hipótesis el “sufrimiento social” para identificar los diversos rostros de la violencia ocasionada por las estructuras sanitarias que impactan la cotidianidad de las mujeres trans, explorando las condiciones fundamentales y profundamente inquietantes de los procesos subjetivos que intervienen en dicho acceso. Para la salud pública este estudio hace un llamado sobre la vulneración de derecho a la salud, las inequidades e injusticias relacionadas con el género y la necesidad del trato justo y equitativo para esta población.

MÉTODO

Tipo de estudio. Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, de orientación fenomenológica. Aprobado por el Comité de ética de la investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia (No. 011-2020). El trabajo de campo se

llevó a cabo de octubre de 2020 a febrero de 2021 en la ciudad de Cali. La elección del método fenomenológico permitió hacer un análisis sistemático del sufrimiento social en el acceso a los servicios de salud a través de la descripción e interpretación de la experiencia vivida por parte de las participantes, dándole un lugar protagónico a los significados que de manera individual les atribuían a dichas experiencias.

Unidad de análisis. La unidad de análisis de este estudio es el “sufrimiento social”. El sufrimiento social es el efecto directo de la violencia social ejercida sobre colectivos y personas vulnerables y desposeídas por parte de órdenes sociales locales, nacionales y globales que privilegian a grupos de personas establecidas por la clase, el género y la raza adecuadas a la hegemonía heterosexual (1). Para analizar el sufrimiento social es necesario enfocarse en las dinámicas cotidianas y concretas de grupos e individuos (mujeres trans) y comprender cómo ordenes más grandes de la fuerza social (políticas en salud - SGSSS) se unen con microcontextos de poder local (servicios de salud) para moldear los problemas humanos (acceso a los servicios de salud).

Participantes. Participaron 10 mujeres trans residentes de la ciudad de Cali. Se efectuó un muestreo intencional a través de la base de datos de población a riesgo del estudio *“Desarrollo de Estrategias de Implementación Profilaxis Pre-Exposición A VIH en Clínicas de VIH en Colombia: Protocolo de un Estudio de Implementación de Método Mixto”* la cual fue debidamente autorizada para ser usada en este estudio. Se seleccionaron informantes clave y la saturación teórica determinó el tamaño final de la muestra. Los criterios de elegibilidad fueron ser mayor de edad, residentes de la ciudad de Cali, haber asistido a alguno de los servicios de salud estudiados en los últimos seis meses y llevar un proceso de transito de más de cinco años para capturar experiencias consolidadas. El criterio de exclusión fue no estar bajo los efectos de sustancias psicoactivas al momento de participar en la entrevista.

Técnicas de recolección de datos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas. La guía de entrevista fue elaborada por la investigadora basándose en la bibliografía, posteriormente fue revisada por la tutora de tesis de la investigación y finalmente, aprobada por el Comité de ética en acta mencionada. La captación de las participantes se realizó a través de llamadas telefónicas donde los objetivos del estudio fueron informados verbalmente y se programó un tiempo de reunión. En la entrevista se les solicitó autorización para ser grabadas y la aceptación del consentimiento

informado. La duración de las entrevistas osciló entre 30 y 90 minutos; 3 fueron vía Zoom y 7 fueron presenciales. Se presentaron dificultades relacionadas con la técnica de recolección de datos “observación no participante” propuesta en el protocolo de investigación debido a la contingencia que produjo la pandemia SARS-Cov 19.

Análisis. Una vez obtenidos los audios, se realizó la transcripción literal de las entrevistas para procesarlas en el software de análisis de datos Atlas Ti. La información tuvo una doble codificación. En la primera, se usaron las categorías establecidas *a priori*, posteriormente se identificaron nuevos patrones y se definieron categorías emergentes que permitieron encontrar nuevos significados a la información; las categorías finales se muestran en la tabla 1. Luego de la codificación se asumió como categoría central el sufrimiento social. Se llevo a cabo un proceso de validación de los resultados con las participantes; finalmente, se escribieron los resultados, incorporando los *verbatim*s más representativos, se realizó la discusión de la información y se precisaron las conclusiones del estudio.

Tabla 1. Categorías estudio violencia estructural: origen del sufrimiento social en el acceso a servicios de salud de mujeres trans en Cali, Colombia.

Categorías	Subcategorías
Violencia estructural.	<ul style="list-style-type: none"> • Precarización de las condiciones de vida. • Representaciones sociales patriarcales. • Burocracia del sistema de salud.
Experiencias colectivas en el acceso a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación. • Desconocimiento de necesidades específicas de las mujeres trans por parte de profesionales y servicios de salud. • Estereotipos estigmatizantes: mujer trans = VIH/Sida. • Acceso a servicios para el tránsito de género.
Vivencias individuales en el acceso a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento del derecho a la salud. • Estigma sentido. • Negación del nombre identitario. • Apariencia y cédula “femenina”. • Expresiones de resistencia.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las participantes

Este estudio se realizó con diez mujeres trans que se reconocen como madres cabeza de familia, artistas, conductoras de camión, cocineras, estilistas, modelos webcam, trabajadoras sexuales, lideresas trans y defensoras de derechos humanos, residentes en Cali. De edades entre los 27 a los 56 años; con grados de escolaridad de bachiller, técnicas y profesionales; pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado. Todas sus experiencias fueron fundamentales para construir una idea acerca de lo que ha sido las experiencias de sufrimiento en el acceso a los servicios de salud. Sus testimonios indican que el tipo de vinculación al SGSSS, las condiciones de vida precarias y la identidad de género limitan el acceso a los servicios de salud, siendo la identidad de género, el factor que más causa inequidad y determina la vulneración de su derecho a la salud. Si bien existen avances en el enfoque diferencial del sistema de salud, estas mujeres en su mayoría, siguen sufriendo de esta violencia estructural como lo muestran los resultados de este estudio.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las participantes.

Identificador	Descripción
P01.	Participante: 01 Edad 30, Técnica, Choferesa, Contributivo
P02.	Participante: 02 Edad 46, Profesional, Artista, Subsidiado
P03.	Participante: 03 Edad 52, Bachiller, Vendedora, Subsidiado
P04.	Participante: 04 Edad 48, Técnica, Activista por los DDHH, Contributivo
P05.	Participante: 05 Edad 45, Bachiller, Trabajadora sexual, Contributivo
P06.	Participante: 06 Edad 36, Bachiller, Estilista, Subsidiada
P07.	Participante: 07 Edad 56, Técnica, Lideresa trans, Contributivo
P08.	Participante: 08 Edad 27, Bachiller, Cocinera, Contributivo
P09.	Participante: 09 Edad 35, Profesional, Modelo webcam, Subsidiado
P10.	Participante: 010 Edad 32, Profesional, Gestora Social, Contributivo

A continuación, se describen los resultados principales:

La violencia estructural en los servicios de salud.

En el acceso a los servicios de salud existe un repertorio de expresiones de violencia estructural que generan sufrimiento social en las participantes, identificados como inequidad en la prestación del servicio de salud, invisibilización de las necesidades en salud e identidad de las mujeres trans, la estereotipación de las mujeres trans por VIH/Sida y riesgos en el acceso a procesos de transición informales con consecuencias en su bienestar físico y mental.

Inequidad en la prestación del servicio de salud

La violencia estructural es evidenciada en el acceso a los servicios de salud en la inequidad existente en la prestación de los servicios de salud. En Colombia las personas afiliadas al SGSSS no pueden acceder de forma oportuna a los servicios por falta de atención médica o de mala calidad; baja oferta de servicios especializados; y falta de recursos propios para desplazarse a lugares de atención, costear copagos y medicamentos (6). Para las mujeres trans esta inequidad se exagera por las condiciones de vida precarias y la identidad de género, que profundizan experiencias de sufrimiento como la precarización de sus vidas evidenciada en bajos niveles de educación; mínimos recursos económicos; menores posibilidades de trabajo que garanticen seguridad social; desconocimiento de la ruta de acceso a los servicios de salud; desesperanza en el ejercicio de sus derechos en salud, entre otros.

“Te traspasas toda una noche como trabajadora sexual, vas a una cita a las ocho y sales a las 4:00 de la tarde porque te ponen a voltear de aquí para allá, vaya acá, que... Uno no vuelve, linda, la verdad, no vuelve, al otro día, ¿a qué va a volver?” (...) Ni para el transporte. Que para ir allá (servicios médicos) ... Una por ahí, pálida del hambre... y a más de una le toca. No te digo, una a las 4:00 de la tarde sin almorzar, ¿qué ganas le va a quedar de volver? Que pase aquí, pase allá, después el psicólogo queriéndola como coger de destrabe a uno, porque los psicólogos siempre lo quieren coger de destrabe a uno como queriendo cambiar tu forma de pensar. “Mira, que eres un hombre”” (P05).

Al interior de los servicios de salud existen lógicas desiguales que establecen sexualidades legítimas e ilegítimas al ser definidas como hombres vestidos de mujer; cuerpos grotescos o anormales; sujetos disruptivos o son asociadas a actividades ligadas a la prostitución y la delincuencia haciéndolas únicas responsables de sus desenlaces en salud. *“Te dicen señor o fulano, (...) aquí nos*

ven como cosa rara, aquí no nos ven como seres humanos, aquí siempre nos ven como el espécimen raro sidoso y nos dejan de última en atender y es nuestro problema si esperamos” (P02). Otra participante afirmó “después me tienen que hacer una cirugía, y hasta los mismos médicos burlándose (...) y mi dolor, y luego, que estoy sin maquillaje porque estoy con dolor, me empiezan a burletear más, me provocaba irme y morirme” (P04).

Para las participantes, los prejuicios hacia sus condiciones y modos de vida generan un trato despectivo y discriminatorio por parte de los profesionales de la salud y personal administrativo, de todos los niveles de atención. *“una no encaja en lo socialmente aceptado. ¿Que por qué no? Por ladronas, por promiscuas y porque confundimos a la gente, porque la gente a veces no sabe cómo tratarte” (P01). Estas conductas son más recurrentes en los servicios de urgencias próximos a los lugares de ejercicio del trabajo sexual. Usualmente estos espacios pertenecen a la Red Pública de Hospitales que atienden a personas del régimen subsidiado y no afiliados, y se encuentran ubicados en zonas de pobreza y exclusión. Una de las participantes contó cómo era el trato al interior de uno de estos hospitales “Hospitales como el San Juan de Dios, tú notas que, si eres una mujer hetero, te tratan de ubicar bien; pero si eres trans (...) en este hospital atienden casi a todos los habitantes de calle, entonces, como castigo, la ponen a uno con ellos. Con los habitantes de calle. Es una parte de urgencias dónde huele horrible” (P05).*

En las entrevistas las participantes plantearon que, como consecuencia, se veían forzadas a desertar de los servicios de salud formales y acceder a servicios periféricos de salud, es decir, servicios informales y en ciertos casos de mala calidad *“Las enfermeras me dijeron “¿ella no se queda?”; y yo les dije “no, porque ustedes están diciendo que es un hombre”. Una muriéndose y ustedes diciéndole que una es un hombre y burlándose que porque tiene pipi. No, niña, guárdese sus comentarios. Uno lo que ve no lo juzga. Entonces, me la llevé para su casa y luego llamé a un amiguito que estudio algo de salud” (P05).*

La experiencia de sufrimiento varía en cierto grado según las condiciones de vida de la mujer trans. Las participantes explicaron que aquellas en situación de calle o pertenecientes a estratos 1 y 2, con bajo nivel educativo y pertenecientes al régimen subsidiado, son más violentadas que aquellas de estrato más alto y pertenecientes al régimen contributivo *“no es lo mismo una niña, que vaya al puesto de salud del Retiro, en Cali, estrato 1, a una niña que vaya a la Clínica Valle de Lili estrato 6*

(...) *se le empiezan a burlar*" (P04). La precarización económica se encuentra entrelazada con la exclusión social y falta de apoyo, lo cual conlleva a la aparición de problemas psicosociales como ansiedad, inseguridad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza *"cuando estuve en el Hospital Departamental y me diagnosticaron amputación del brazo, yo tan joven, sola, mi familia había venido y me habían encontrado en el tránsito y me habían dicho que me muriera, que ellos no me iban a ayudar, desde ahí toda la depresión mía ha sido por eso, la discriminación de mi casa"* (P05).

En sus narraciones describen las formas que viven la inequidad de forma directa o discreta. Su derecho a la salud es vulnerado principalmente al no recibir los servicios de salud que requieren por la recurrente revictimización, donde el dolor y la vulnerabilidad física y mental se conjuga con burlas, señalamientos y exclusión, constituyendo un drama existencial sobre su vida y su identidad. Una de las participantes contó con melancolía como después de diversas experiencias en el acceso a los servicios de salud pensaba *"te sientes mal, pero no te puedes sentir mal, porque tu felicidad fue tu propia cruz, ser tú te condena, lo sabes, no encajas, no eres normal"* (P01).

Invisibilización de las necesidades en salud e identidad de las mujeres trans

La invisibilización de las necesidades en salud e identidad de las mujeres trans es la segunda forma en que la violencia estructural se evidencia en el acceso a los servicios de salud. Las mujeres trans manifiestan que profesionales de la salud por factores morales, religiosos o académicos, invisibilizan o desconocen las necesidades de la transexualidad, negando la posibilidad de acceder a una atención adecuada y oportuna. *"Es que el médico se preparó para atender cualquier persona, cualquier ser humano sea negra, blanca, india, lo que se sea, pero la postura de los médicos es sólo atiende hombres o mujeres"* (P02).

Una de las participantes indicó que algunos profesionales de la salud tienen introyectada una estructura de cuerpo binario que dificulta la atención a aquellos cuerpos disidentes *"los médicos no saben tratar a una mujer trans, un médico le llega una mujer trans con teta, músculos, puede ser una mujer que aparentemente la confundan con una mujer cisgénero, ¡ay, pero tiene pene! ¿Y qué tiene qué tenga pene?"* (P01). Para las participantes es muy dispendiosa la asistencia a consultas médicas donde la inexperiencia médica obliga a las mujeres trans a informarse más que el

profesional que las atiende para poder acceder a tratamientos y medicamentos *“Cuando yo fui la primera vez al psiquiatra, me tocó girar la pantalla del monitor y empezar a buscar (...) los códigos de cada patología para que él me pudiera dar un papel y me mandaran donde otros especialistas” (P01).*

Desde sus testimonios se hace un llamado a la formación de profesionales y a la creación de programas donde se visibilicen las necesidades de las mujeres trans. Ellas no ven el cambio de género en la cédula como la solución a las diversas dificultades que enfrentan, pues el reconocimiento femenino en un sistema regido por la lógica del sexo les provoca nuevos desafíos *“Claro porque es que los programas de salud cuando yo aparezco mi documento en una historia clínica como mujer, me van a ofertar otros servicios de salud que son muy diferentes para un hombre” (P05).*

Estereotipación de la mujer trans por VIH/Sida y otras ITS.

La tercera forma que toma la violencia estructural, es la recurrente discriminación hacia las mujeres trans por un estereotipo relacionado con el VIH/Sida y otras ITS *“Aquí lo estigmatizan mucho por el VIH, para la gente nosotras somos la aberración del VIH” (P09).* Para las participantes, algunas acciones de los profesionales de la salud, propagan ambientes de sospecha que ensombrecen otro tipo de afecciones médicas. Esto genera un distanciamiento que perjudica la decisión de la mujer trans de acceder a los servicios de salud *“yo tengo ocho días con una diarrea y yo voy y te cuento a ti como doctora, usted me mata más la cabeza con que puede ser SIDA. ¡Linda, no! vine con un problema, pero usted ya me está hablando de otro problema más grande, algo que le tengo miedo. No, ya no voy a tener la misma confianza” (P05).*

Estas actitudes llevan a las mujeres trans a pasar por situaciones traumáticas, de estrés, cansancio emocional y vulneración del derecho. Según sus relatos, etiquetarlas con la enfermedad y hacerlas pasar por situaciones de miedo, ansiedad e incertidumbre es la forma que tienen los servicios de salud de excluirlas. En los servicios de urgencias, las prácticas de estigma y discriminación padecidas por las mujeres trans aumentan son exacerbados si el tipo de ingreso es por sangrado, donde muchas veces no se hace una atención adecuada y se practica la prueba de VIH sin su autorización *“también influye si la persona está desangrándose, o tiene algún tipo de trauma, o algún tipo de*

corte, o algún tipo de herida muy grave o fuerte, inmediatamente lo que te hacen antes es la prueba de VIH, a veces sin consentimiento de la persona” (P10).

Riesgos en el acceso a procesos de transición informales.

Por último, la violencia estructural se expresa en los riesgos que las mujeres trans asumen al acceder de forma autónoma a servicios de transición informal porque los servicios del SGSSS les genera insatisfacción por la constante invisibilización de sus necesidades en salud, la deficiente y discriminativa atención del personal administrativo y profesionales de salud y la falta de disponibilidad de recursos humanos y materiales para cumplir con sus expectativas de tránsito de género.

Estas limitantes se superan con la automedicación de hormonas, conducta reiterativa que incorporan por sugerencias, consejos o anécdotas de redes conocidas y/o apoyo de mujeres trans que ya han iniciado algún tratamiento hormonal *“Uno empieza sola. Yo le dije a mi amiga: 'ay, tan bonita. Yo quiero tener senos, así como de niña'. Me dijo: 'ay, no, vaya y cómprese estas dos pastas'. Y fui a la droguería y me vendieron las pastas” (P09).* La incursión de este tratamiento, muchas veces al ser desarrollada sin la asesoría de un profesional de la salud, trae consigo diversos efectos secundarios *“a algunas les da tontera, otras se empiezan a engordar. Tengo otras amigas que desde que se empiezan a hormonizar se les altera su forma de ser, o sea, a toda hora viven como rabiosas, como peleando” (P04).*

La terapia hormonal automedicada puede tener repercusiones controversiales que ponen en riesgo la salud de las mujeres trans, en particular, quienes ejercen algún tipo de comercio sexual *“Ellas trabajan con su pene, cuando la hormona se pone fría no se les para. Entonces, tienen que tomarse un sobre de pastas para que les pare. Hay una niña que me está diciendo que cada después de que se desarrolla bota sangre y está jovencita tiene 22 años” (P07).*

De modo similar pasa con los servicios quirúrgicos, donde se destacan los servicios periféricos de salud, es decir, servicios informales que pueden llegar a poner en riesgo la vida de las mujeres *“construimos nuestros cuerpos con sustancias como aceite, como silicona industrial... O sea, tú llegas donde un médico y lo primero que te dice: - ¿es que tú eres bruta? - ¿y si no tenemos acceso a las*

hormonas? Es que esto es como la guerra del centavo” (P08). La convergencia de las anteriores situaciones representa un riesgo para la salud y la vida de las mujeres trans, quienes optan por este tipo de tratamientos que se caracterizan por aprovechar la demanda de dichas intervenciones médicas a bajo costo y con fácil acceso, pero que carecen de la debida praxis médica y cuyo desenlace es nefasto para la vida de las personas.

Ella fue al puesto de salud nadie la quiso aceptar, todo mundo se burlaba, y se fue a Bogotá, a que le aplicaran sus biopolímeros. El caso es que fue a una clínica de garaje y una niña hermosa, de las mujeres más hermosas que ha habido en el trópico de Buenaventura. Falleció -no tenía ni 25 años-, hermosa y nadie puso demanda. Los padres no fueron capaces de presentarse a poner la demanda, de pronto no porque ganen algo monetario, pero sí al menos, que la gente sepa. (P04).

Otro de los aspectos resaltados en las entrevistas, se relaciona con el arraigo cultural y la búsqueda de cohesión social a través del aceleramiento de la transformación hormonal. En las entrevistas se comentaba *“muchas quieren rápido verse femeninas y bonitas, entonces hoy en día muchas lo hacen desde temprana edad y solitas, porque por la EPS eso es tedioso, largo y demorado” (P09).* Este hecho indica que, la automedicación de hormonas y los procedimientos quirúrgicos informales están dados por la lentitud del proceso tanto médico (u otros profesionales de la salud), como burocrático.

Expresiones de resistencia de mujeres trans en los servicios de salud.

Se destaca la posibilidad de las mujeres trans de establecer ciertas formas de resistir a las vulneraciones que surgen en el acceso a los servicios de salud, como las acciones individuales confrontativas y las acciones colectivas organizadas.

Las acciones confrontativas se dan en situaciones donde profesionales de la salud y personal administrativo se niegan a reconocer la identidad femenina de las participantes, haciéndolas pasar por situaciones de vergüenza, rechazo y negación de servicios o tratamientos en salud, esto genera en ellas sentimientos de rabia, dolor y frustración. *“Le dije, ¿su papá tenía tetas?, (...) usted es muy atrevido, (...) usted es machista y usted es transfóbico porque si usted se niega a darle el valor a esta mujer que está en esta camilla como una mujer, qué pena, pero usted está muerto por el culo (...).*

Eso hubo un reguero, un mierdero mi amor, pero fue la única manera de educarlo y dije si nos toca irnos a las directivas, me voy a las directivas” (P07). La sociedad acusa a las mujeres trans de hacer uso recurrente de este tipo de acciones. Sin embargo, detrás de la imagen agresiva se encuentran mecanismos de defensa ante el dolor, las burlas, la humillación, la tristeza, la frustración y la impotencia que se experimenta en la negación al derecho fundamental de la salud. “Nosotras nos ponemos un escudo y por eso la gente piensa que somos agresivas y malas. No, no somos, sino que, si nos estamos muriendo de un dolor y vemos el estigma, la discriminación y la humillación, claro, nos da rabia, como a cualquier ser humano, y sí, podemos ser alegonas y todo” (P06).

Las acciones de tipo organizativo se dan en el marco de la defensa de los derechos humanos. Es la expresión de resistencia más cualificada que las mujeres trans han incorporado dentro del sistema de salud. Consiste en el reconocimiento, ejercicio y defensa de la salud como derecho fundamental. Para ellas, el empoderamiento colectivo de años de luchas, ha mejorado ciertos aspectos de los servicios de salud, lo que significa un logro importante ya que estar desprovistas de dicho empoderamiento y experimentar carencia de soportes sociales, económicos y culturales, las expone con más fuerza a la experiencia de sufrimiento en el acceso sanitario *“es diferente cuando una mujer trans como yo, lideresa, que no es abogada pero que conoce un poco sus derechos y se puede defender; a una chica que no le dan, no le entregan los medicamentos a tiempo” (P10).*

“Si yo que conozco mis derechos he sentido la discriminación; ahora muchas mujeres trans, que casi todas pertenecemos al régimen subsidiado, algunas ni tienen; entonces, para nosotras, es muy difícil estar hospitalizadas porque nuestro género” (P10).

Una de las formas más representativas de este tipo de resistencia es Santamaría Fundación, espacio que enmarca su trabajo en la defensa de los derechos de las mujeres trans, en especial, el de la salud. Esta fundación ha sido un hito en la historia de las mujeres trans de Cali gracias a su capacidad de movilizar y visibilizar las problemáticas más sentidas de sus beneficiarias. Para las participantes Santamaría Fundación representa un salto cualitativo en la defensa de su vida y su salud *“hay un antes y después de Santamaría Fundación. La fundación nace en el 2005, donde nos procuran que nosotras, las mujeres trans, tengamos derecho a la salud, porque antes era horrible. Santamaría, pues, nos dio las bases como para defendernos, que sí teníamos derecho, como seres humanos, a ser atendidas” (P05).*

DISCUSIÓN

Para Joan Scott la “experiencia” tiene como evidencia irrefutable el relato de individuos inmersos en sistemas ideológicos dados. En el caso de la historia del género esta premisa permite documentar prácticas que han permanecido ocultas por distintas circunstancias y el impacto sobre la vida de quienes han sido afectados. Saca a la luz la historia de represión y exclusión que grupos disidentes han padecido (18). El objetivo de este estudio fue analizar esas experiencias de sufrimiento social, efectuadas por la violencia estructural, que mujeres trans de Cali han tenido en el acceso a los servicios de salud.

Violencia estructural en el acceso a los servicios de salud

El proceso de apertura económica en Colombia trajo consigo una reforma a la salud que ha logrado que los niveles de deterioro de la salud se aceleren, desborden y complejicen, sobre todo en aquellas poblaciones vulnerables por condiciones de clase social y género (19,20). Este estudio retoma la perspectiva crítica de la salud pública e integra los análisis de la sociología y la antropología que asumen que el acceso a los servicios de salud está determinado por un orden social que ha hecho que las experiencias de mujeres trans se vean supeditadas por procesos supraindividuales como sus condiciones de vida y la identidad de género.

El Fondo Mundial realizó recientemente un estudio donde caracterizó la población de mujeres trans en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Cali. Obtuvo como resultado que la mayoría de ellas vivía en los estratos más bajos; la secundaria era el último grado alcanzado; su principal ocupación era la prostitución y los servicios de peluquería; y sus ingresos mensuales estaban entre \$15.000 y \$800.000 (15). Esta realidad no es desconocida, repetirla solo reafirma que la mayoría de ellas poseen condiciones de vida precarias, se encuentran ubicadas en el punto de mayor presión social y en consecuencia experimentan regularmente la mayor cantidad de violencia estructural.

Para Paul Farmer la fuerza coercitiva que viene de las estructuras sociales y condiciona la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre sus vidas, recayendo sobre los cuerpos de los más desposeídos, se llama “violencia estructural” (10). Al señalar el repertorio de expresiones cotidianas, como la inequidad en la prestación del servicio de salud, la invisibilización de sus necesidades en

salud e identidad de género, la estereotipación de ellas con el VIH/Sida y los riesgos que asumen en el acceso a procesos de transición informales con consecuencias en su bienestar físico y mental, las mujeres trans ven como en los servicios de salud opera un mundo local donde pasan por un proceso de distribución desigual del poder, que les impide la definición y expansión de su identidad, proyectos y sueños (21).

Estas conductas se dan en un contexto de avances y retrocesos en el enfoque diferencial de atención en salud, donde profesionales de la salud y personal administrativo crean situaciones de injusticia hacia aquellas con condiciones de vida precarias e identidad de género transfemenina. Para el sociólogo Norbert Elías, esta realidad se encuentra relacionada con el desprecio e incluso odio que un grupo de personas con privilegio tienen sobre los marginados. Para Elías, la sociedad muestra una división tajante en su interior entre el grupo de establecidos por la norma patriarcal y, el grupo disidente, a quienes el grupo de establecidos trata como marginados (22). Las mujeres trans hacen parte del grupo disidente al desligarse de la hegemonía heterosexual que incluye pertenecer a posiciones de clase, raza y género relegadas.

Siguiendo la conceptualización de Elías, en los servicios de salud el grupo de establecidos pone sobre el grupo de marginados el estigma de personas de menor valor y virtud humana (22), situación que es posible observar cuando se hace un esfuerzo por estereotiparlas en un retrato de hostilidad injustificada; sospecha de enfermedades de transmisión sexual; acusaciones de libertinaje y desorden sexual; comportamientos delictivos, estados mentales desequilibrados y comportamientos extravagantes. Para Breilh, esto constituye una inequidad, pues existe una apropiación y concentración del poder por parte de un grupo de personas con privilegio en detrimento de personas con condiciones de vida precarias e identidad de género relegada, dando como resultado situaciones de explotación y subordinación (21).

El sufrimiento social es el efecto directo de la violencia ejercida por órdenes estructurales sobre la dinámica social de las prácticas cotidianas de las personas y se reconoce en sus formas más intensas como el racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales (1). En el acceso a los servicios de salud tener un género subordinado por el patriarcado supone el riesgo de tener que asumir agresión y discriminación (21). Dando como resultado la exclusión y estigmatización de las mujeres trans a manos de los profesionales de la salud y personal administrativo, quienes

asumen el desequilibrio de poder como un arma poderosa para conservar su identidad, afirmar su superioridad y mantener a las mujeres trans firmemente en su lugar (22).

Dinámicas del estigma sentido

Las experiencias de sufrimiento social tienen un origen estructural y son encarnadas en los cuerpos de las personas más vulnerables de formas intensas y continuas, varía en grado y modo y se distribuye de manera parcial o total en cada individuo. Una de estas formas es el estigma sentido, el cual se define como una marca deshonrosa que carga un grupo social en su identidad en virtud de atributos o características particulares que son incongruentes con el estereotipo del “deber ser”, legitimando el hecho de ser excluidos moralmente por la sociedad. Existen diferentes tipos de estigma, pero este estudio se centrará en los “defectos del carácter”, relacionado con las mujeres trans al considerarse una desviación en el carácter moral de la sociedad y cuya conducta se considera una amenaza para el resto (23).

El estigma sentido siempre tiene variaciones que dependen de los contextos en los que se viven. Todas las participantes manifestaron experiencias discriminatorias, no obstante, fueron expresadas de diferentes maneras identificando que para algunas el estigma sentido es mayor que en otras. Para su análisis fueron agrupadas en dos sub categorías: mujeres trans que resisten al estigma y mujeres trans que abrazan el estigma.

La resistencia al estigma da como resultado la “denigración lateral” concepto acuñado por el sociólogo Loïc Wacquant, que se refiere a culpar al otro del mismo grupo social por el defecto que ilegitima su existencia. Para Wacquant, estas actitudes solo demuestran el alto nivel de internalización del estigma que tienen como grupo social, pues refuerzan involuntariamente las imágenes clasistas, racistas y sexistas que angustian a otros (24).

Este mecanismo es usado por algunas para tomar distancia entre ellas y poder obtener mejores resultados en salud. Se desvían las imágenes negativas que se tienen de su grupo social, en lugar de tomar acciones que debiliten y retracten las imágenes sexistas, racistas y clasistas que el grupo dominante genera en la sociedad sobre ellas. El objetivo de este mecanismo es difuminar los límites

entre ellas y el grupo establecido, de esta manera, alcanzan espacios moralmente aceptados que las lleva a disociarse de la identidad manchada (24).

El segundo grupo de mujeres trans, son aquellas que abrazan el estigma. Este grupo dimensiona de forma distinta la violencia simbólica que se ejerce sobre sus cuerpos. El grupo social se siente incómodo con las imágenes negativas que los describen como inmorales, pero esta vez, no responden atacando a sus iguales, sino a las estructuras y agentes que posibilitan dichas representaciones simbólicas (24).

Para las mujeres que abrazan el estigma, el ser trans representa una fuente de orgullo que las impulsa a resistir a las imágenes desagradables que les han sido impuestas e impiden su oportuno acceso a los servicios de salud. Batallan en distintos frentes de exclusión, estigmatización y discriminación; se caracterizan por ostentar el reconocimiento de ser puente legítimo entre entes de salud y población trans; tienen formación y experiencia en derechos humanos y civiles; y desempeñan el papel de proteger y garantizar el derecho fundamental a la salud de sus compañeras.

Ellas adoptan diversas formas y denominaciones: lideresas, “madres” u organizaciones sociales. Emprenden acciones comunitarias y fraternales de acompañamiento en situaciones de vulneración del derecho a la salud; brindan cuidado en hospitales y casas ante el abandono de familiares y amigos; y movilizan acciones de protesta, denuncia y resistencia ante la negación de tratamientos o medicamentos. Para la antropóloga Kathleen Millar, el sentimiento de orgullo convierte a un individuo común en un símbolo de resistencia, el cual desafía los prejuicios impuestos por otros, permitiendo a su grupo social redefinirse en pro de una mayor aceptación social (25).

Formas de resistencia

Las mujeres trans consideran que han sido abandonadas por un sistema de salud que valora más las ganancias monetarias, que las vidas humanas. Sus luchas son formas desesperadas de resistir a la marginación y otras formas de opresión y se dan en un contexto de exclusión y subvaloración a sus identidades transfemeninas, generando en ellas ira, desesperación y tristeza en contra del sistema de salud responsable de no garantizar su derecho fundamental a la salud. En este sentido, como decía Breilh, quienes carecen de poder no siempre carecen de armas para subvertir el orden social

y construir un proceso de disolución del poder dominante (21), razón por la cual, las mujeres trans usan estrategias de tipo organizativo y confrontativo, que si bien, difieren en forma y contenido, emergen de la emoción central de no tener acceso los servicios de salud.

Como estrategia organizativa se da la participación ciudadana como respuesta a la violencia rutinaria que se establece en los servicios de salud. Las lideresas y organizaciones civiles y comunitarias deciden formarse en categorías legales, médicas y otras categorías técnicas que profundizan la experiencia de sufrimiento social e individual. Esto permite plantear una representación moral, legal y política ante sus pares, permitiéndoles debatir las relaciones desiguales de poder en los servicios de salud y batallar su equilibrio (22).

Castro y Farmer llaman la atención sobre el encanto que para la sociedad produce explicar la historia en una frase y desconocer los entramados políticos, sociales y culturales que producen y reproducen los fenómenos sociales (26). En el caso de las mujeres trans, la sociedad simplifica sus estrategias confrontativas en la afirmación “es que son violentas”, para desconocer los detalles históricos que entretejen sus condiciones actuales. Estos entramados históricos son los que dan respuesta a por qué las mujeres trans cultivan la violencia ante los rechazos y el estigma. No es una opción entre muchas, es la opción que eligen para atrincherarse y tomar una posición defensiva, ante el miedo, angustia y desdén que experimentan (27).

CONCLUSIONES

- La violencia estructural determina las experiencias de sufrimiento social en el acceso a los servicios de salud al hacer una distribución desigual del poder en detrimento de las mujeres trans que poseen condiciones de vida precarias e identidad de género relegada.
- Las experiencias de sufrimiento en el acceso a los servicios de salud varían según la vinculación al SGSSS, las condiciones vida y la identidad de género, siendo la identidad de género, el factor que más causa inequidad y determina la vulneración de su derecho a la salud.
- La violencia estructural se vale de un repertorio de expresiones cotidianas que atentan contra la garantía y ejercicio del derecho fundamental a la salud. Este repertorio está compuesto por inequidad en la prestación del servicio de salud; invisibilización de las

necesidades en salud e identidad de las mujeres trans; la estereotipación a la mujer trans por VIH/Sida y otras ITS; y riesgos en el acceso a procesos de transición informales con consecuencias en su bienestar físico y mental.

- Las mujeres trans usan estrategias de resistencia de tipo organizativo y confrontativo para enfrentar la marginación y otras formas de opresión en el acceso a los servicios de salud.
- En el estigma sentido se identificaron dos grupos de mujeres, aquellas que “abrazan el estigma” y aquellas que “resisten al estigma”. Quienes lo resisten han empleado la “denigración lateral” para desviar la atención de ellas mismas y difuminar los límites entre ellas y el grupo establecido. Y quienes lo abrazan, el ser trans les representa una fuente de orgullo que las convierte en un símbolo de resistencia y las legitima como lideresas de su comunidad.
- En el acceso a los servicios de salud de las mujeres trans en Cali, no se puede negar el sufrimiento social. La salud pública debe señalar las consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad que este fenómeno tiene y buscar formas de protección a la vida y la salud de este grupo poblacional. En este sentido, este estudio de tipo sociológico y antropológico es un aporte inicial al campo de los “servicios de salud” y sus componentes de atención (entrada, trámites administrativos, consultas con profesionales de la salud y cumplimiento de entrega de tratamientos y medicamentos), es un llamado de atención para mejorar la prestación de servicios, los cuales deben ser parte fundamental de la dignidad de las personas y ser basados en la salud como derecho.
- Se recomienda que próximos estudios se centren en la definición de propuestas de protocolos y servicios a partir de la identificación de los mecanismos de expresión que tiene el sufrimiento social en el acceso a los servicios de salud. Estos aportes permitirán que las mujeres trans de Cali puedan realizar tránsitos libres y seguros, gracias a un acceso real y basado en la garantía del derecho fundamental a la salud.

AGRADECIMIENTOS.

Esta investigación hubiera resultado imposible sin la amistosa ayuda y cooperación de las mujeres trans que convirtieron las entrevistas en una tarea tan agradable como iluminadora. También agradezco a la claridad teórica y metodológica de la Doctora Marcela Arrivillaga quien siempre estuvo presta a orientar y debatir los resultados y discusiones plasmados en este trabajo.

Finalmente, toda mi gratitud a James, quien me acompañó y ayudó incansablemente en todo este proceso.

REFERENCIAS

1. Kleinman A. The Violences of Everyday Life: The Multiple Forms and Dynamics of Social Violence. In: V. Das, A. Kleinman MR and PR, editor. Violence and Subjectivity [Internet]. Berkeley: U.C. Press, 2000; 2000 [cited 2021 May 10]. p. 226–41. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9bcwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA226&dq=Kleinman,+A.+2000.+The+Violences+of+Everyday+Life:+The+Multiple+Forms+and+Dynamics+of+Social+Violence.+En:+Violence+and+Subjectivity,+V.+Das,+A.+Kleinman,+M.+Ramphel+and+P.+Reynol>
2. Herz R. Privatización en Colombia: una historia particular. Coyunt Económica [Internet]. 1995;121–3. Available from: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2232>
3. Triviño AFR. Coyuntura del sistema de salud en Colombia : caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. Gestión Desarro. 2013;103–16.
4. Villar L. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. Deslinde [Internet]. 2009;36:1–10. Available from: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>
5. Gaviría A. Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.” Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2013;52. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley Reforma a la Salud/E%0AExposicion-Motivos-Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocialSalud.pdf.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/E%20Exposicion-Motivos-Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocialSalud.pdf.pdf)
6. Ayala-García J. La salud en Colombia : más cobertura pero menos acceso. In: La salud en Colombia : una perspectiva regional Capítulo 8 La salud en Colombia : más cobertura pero menos acceso Pág:249-279 [Internet]. 2017. p. 45. Available from: <http://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/9358>
7. Arrivillaga M, Borrero YE. Uma análise crítica e abrangente dos modelos conceituais sobre o acesso aos serviços da saúde, 1970-2013. Vol. 32, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2016.
8. Mejía A, Benavides LF. Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay,

- bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. Secr Dist Planeación la Alcaldía Mayor Bogotá DC [Internet]. 2008;1–29. Available from: www.ilga-europe.org
9. García Becerra A. Tacones, Siliconas, Hormonas Teoría Feminista y experiencias Trans en Bogotá. *Fac Ciencias Humanas, Esc Estud Género*. 2010;169.
 10. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Curr Anthropol* [Internet]. 2004 [cited 2021 May 10];45(3):305–25. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/30774012/farmer_anthropology_of_structural_violence.pdf?1362339874=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAn_Anthropology_of_Structural_Violence_1.pdf&Expires=1620685461&Signature=R1FIJghmYfozl8wPLXpFVrPU5
 11. Magno L, da 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 Saude Publica*. 2019;35(4):e00112718.
 12. Granados Cosme JA, Hernández Ramírez PA, Olvera Muñoz OA. Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. *Salud Colect* [Internet]. 2017 Dec 14 [cited 2019 Sep 4];13(4):633–46. Available from: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1363>
 13. Arredondo-López AA. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres transgénero. *Horiz Sanit* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29];20(1). Available from: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
 14. Estrada Montoya JH, García Becerra A. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Rev gerenc políticas salud*. 2010;9:90–102.
 15. Fondo Mundial. Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia [Internet]. Universidad CES – Medellín. 2019 [cited 2021 May 5]. Available from: <https://editorial.ces.edu.co/libros/vulnerabilidad-al-vih-y-prevalencia-de-vih-en-mujeres-transgenero-en-tres-ciudades-de-colombia/>
 16. Profamilia. El VIH es asunto de todos. 2019.
 17. Domínguez CM, Ramírez SV, Arrivillaga M. Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*. 2018 Jul 5;20(3):296–309.
 18. Scott J. "Experiencia". *Rev Estud género La Vent* [Internet]. 2001 [cited 2021 May 10];Vol. 2, Nº(1405–9436):42–74. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202178>

19. Hernandez A, Vega R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusion. *Rev gerenc políticas salud*. 2001;1(1):48–73.
20. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. In: *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? : memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 2011. p. 290.
21. Breilh Jaime. La inequidad y la perspectiva de los sin poder. Construcción de lo social y del género. *Cuerpo, Difer y Desigual* [Internet]. 1999;304. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1269/2/01PREL01.pdf>
22. Elias N, Scotson JL. Establecidos y marginados- Una investigación sociológica sobre problemas comunitarios [Internet]. 2016 [cited 2021 May 5]. 293 p. Available from: <https://www.traficantes.net/libros/establecidos-y-marginados>
23. Goffman E. Stigma. *BMJ*. 1997;314(7093):1559.
24. Wacquant L. La estigmatización territorial en la edad de la marginalidad avanzada. *Ciências Sociais Unisinos* [Internet]. 2007 [cited 2021 May 10];43(3):193–9. Available from: <https://rei.iteso.mx/handle/11117/249>
25. Millar KM. Toward a critical politics of precarity. *Sociol Compass*. 2017 Jun 1;11(6).
26. Castro A, Farmer P. El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. 2005.
27. Bourgois P. *En Busca de Respeto. Vendiendo Crack en Harlem*. Siglo Veintiuno Editores, editor. 2015.