



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La violación de derechos humanos como factor de expulsión migratoria de personas transgénero portadoras de VIH: una odisea de México a California

Adam Charlebois



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.

TESIS DOCTORAL

La violación de derechos humanos como factor de expulsión migratoria de personas transgénero portadoras de VIH: una odisea de México a California

ADAM CHARLEBOIS



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

2020

La violación de derechos humanos como
factor de expulsión migratoria de personas
transgénero portadoras de VIH: una odisea de
México a California

Programa de doctorado: Ciudadanía y Derechos Humanos -
HDK0C

Facultad: Facultad de Filosofía

Doctorando: Adam Charlebois



Directores/tutores:

Dra. Josefina Goberna Tricas

Dr. José Antonio Estévez Araujo

Agradecimientos:

A todas las mujeres trans que luchan cada día por su dignidad y por los derechos de la comunidad LGBT, agradezco particularmente a aquellas que tomaron el tiempo de compartir conmigo sus relatos de vida con confianza y transparencia.

A mis directores de Tesis, Dra. Josefina Goberna Tricas y Dr. José Antonio Estévez Araujo por su paciencia y por los valiosos comentarios que me proporcionaron durante ese proyecto.

A mi esposo, Arturo, por su amor, comprensión y el apoyo brindado durante esos últimos años.

A mis padres, Denis y Linda por la ayuda incondicional y por enseñarme el valor de la educación y del conocimiento.

A mi amigo el Dr. Miguel Gámez, por su ayuda y los consejos proporcionados a lo largo de este proceso.

Resumen/Abstract

Según la teoría del estigma de Erving Goffman, una persona estigmatizada está privada de la plena aceptación social y reducida a una condición de persona manchada, con una identidad deteriorada por el hecho de tener un atributo, una diferencia no deseada que la identifica y la lleva a ser menospreciada y marginalizada.

El grupo de las personas transgénero, que incluye diferentes realidades y que hace referencia a las personas que tienen una identidad de género o una expresión de género que difiere de lo típicamente asociado al sexo asignado al momento del nacimiento, es sin duda uno de los grupos sociales más estigmatizados, discriminados y marginados. La ausencia de reconocimiento legal, la exclusión, la negación de servicios y de derechos básicos contribuyen al aislamiento y marginación con consecuencias sobre la salud (exposición al VIH, problemas de salud mental, entre otras), la esperanza de vida y la capacidad de respuesta a las necesidades básicas. La discriminación múltiple o interseccional que viven esas mujeres las hacen sujetos particularmente vulnerables al VIH y aumenta aún más las probabilidades de discriminación y violencia. En un país como México, las personas transgénero portadoras del VIH deben luchar en contra de una violencia sistemática, la cual se expresa de muchas maneras. Esa violencia puede incitar esas personas a migrar, en búsqueda de una vida digna.

La migración internacional de las mujeres trans sigue siendo un tema sobre el cual conocemos poco. Los conocimientos son aún más escasos al agregar la variable del VIH.

En este análisis, evaluamos los marcos sociales y legales que rigen la vida de las mujeres trans y de las personas con VIH en México y en los Estados Unidos de América, para determinar las esferas de exclusión y de violaciones de los derechos humanos así como los mecanismos que existen para proteger a esas personas.

Posteriormente, presentamos los testimonios de mujeres trans con VIH que migraron de México hacia California y los comentarios de personas que trabajan para ONG de defensa de los derechos trans. Esos testimonios fueron recogidos mediante entrevistas completadas en México y en San Francisco, California, entre 2017 y 2019. Usaremos conceptos de los métodos de los relatos de vida y de la fenomenología para transmitir la experiencia de esas mujeres, analizar las discriminaciones sufridas (en el país de origen como de destino) así como las razones o circunstancias que motivaron su migración.

Como podremos constatar en este trabajo, los derechos de las mujeres trans con VIH son violentados en México como en los Estados Unidos. Efectivamente, la existencia de leyes no garantiza de por sí que puedan gozar de la protección necesaria debido al hecho de que esas leyes no son aplicadas o, de serlo, son afectadas por mecanismos deficientes de cumplimiento. Frente al odio y a las agresiones que atentan en contra de sus vidas, las mujeres trans consideran frecuentemente la migración como única salvación. Se concluirá este análisis con una lista de prioridades de políticas públicas a considerar para mejorar y garantizar la dignidad de esas mujeres.

According to the stigma theory developed by Erving Goffman, a stigmatized individual is deprived of social acceptance and is reduced to the condition of a stained individual, whose identity is spoiled by the presence of an attribute, an undesirable difference which brings him to be identified, scorned and marginalized.

The group formed by transgender individuals, which includes different realities and includes people whose gender identity and/or gender expression differ from what is typically associated with the sex they were assigned at birth is one of the most stigmatized, discriminated and marginalized social groups. The absence of legal recognition, the exclusion, the refusal of services and basic rights contribute to an isolation and marginalization that lead to health consequences (exposure to HIV, mental health issues), a diminished life expectancy and hardship in fulfilling the basic human needs. The multiple forms of discrimination or intersectionality experienced by these women make them extremely vulnerable to HIV and raises the probability of further discrimination and violence. In a country such as Mexico, the transgender people with HIV need to fight against systematic violence under several forms. This violence can motivate them to migrate, in search of a dignified life.

The international migration of trans women is a subject on which very few is known. The knowledge is even less common when we add the HIV variable.

In this analysis, we evaluate the social and legal framework affecting the lives of trans women and people with HIV in Mexico and the United States of America in order to identify the areas of exclusion, the human rights violations and the mechanisms adopted to protect these individuals.

Posteriorly, we present the testimonies of trans women who migrated from Mexico to California as well as the commentaries of individuals working for NGO specialized in the defense of trans rights. These testimonies were collected during interviews held in Mexico and San Francisco, California between 2017 and 2019. We will use concepts taken from the life stories and phenomenological methods in order to transmit the experience of these women, analyze the discrimination they suffer (in the country of origin and of destination) and the reasons or circumstances behind their decision to migrate.

As we can appreciate in this investigation, the rights of the trans women living with HIV are violated in Mexico and in the United States of America. Indeed, the existence of laws does not guarantee by itself that these women will benefit from the necessary protection due to the fact that these laws are unapplied or suffer from deficient enforcement mechanisms. In the face of hate and attempts against their lives, these women frequently consider migration as their unique form of salvation. This analysis will conclude with a list of public-policy priorities to be considered in order to improve and guarantee the dignity of these women.

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| Lista de acrónimos, siglas y abreviaturas..... | 10 |
| Introducción..... | 12 |
| Antecedentes de investigación | 16 |
| Funciones y efectos del estigma sobre la salud..... | 16 |
| Estigma y VIH..... | 16 |
| VIH en los Estados Unidos de América..... | 17 |
| VIH en México | 17 |
| VIH y comunidad transgénero..... | 18 |
| Salud TRANS..... | 19 |
| Discriminación, desafíos y resiliencia de la comunidad trans..... | 19 |
| Migración | 20 |
| El estigma: Sus manifestaciones, funciones y efectos..... | 21 |
| Manifestaciones del estigma | 21 |
| Funciones del estigma..... | 25 |
| Efectos del estigma | 26 |
| PARTE I - MARCOS JURÍDICO Y REALIDAD POLÍTICO SOCIAL DE LAS PERSONAS CON VIH Y DEL COLECTIVO TRANSGÉNERO EN ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO..... | 29 |
| Capítulo 1 – Marco jurídico y realidad político social de las personas con VIH/SIDA en Estados Unidos de América..... | 31 |
| Discriminación y estigma..... | 33 |
| Leyes y políticas de no discriminación | 35 |
| Bragdon vs Abbott..... | 35 |
| Derecho a la privacidad..... | 36 |
| Criminalización de la transmisión y/o exposición | 36 |
| Entrada a Estados Unidos y restricciones de residencia | 38 |
| Acceso a tratamiento | 39 |
| Programas federales y estatales de seguro | 42 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Covered California</i> | 44 |
| <i>The Ryan White HIV/AIDS Program</i> | 45 |
| <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> | 45 |
| <i>Ayuda internacional: U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)</i> | 46 |
| <i>Un sistema complejo</i> | 47 |
| Una lucha al nivel local..... | 48 |
| El modelo San Francisco..... | 49 |
| Politización de las reformas de salud..... | 52 |
| Capítulo 2 - Marco jurídico y realidad político social de las personas con VIH/SIDA en los Estados Unidos Mexicanos | 55 |
| Discriminación y estigma: el papel fundamental de la Iglesia católica..... | 59 |
| Leyes y políticas de no discriminación | 64 |
| Derechos constitucionales y disposiciones penales..... | 64 |
| Leyes federales..... | 66 |
| Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) | 67 |
| Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010..... | 69 |
| La Comisión Nacional de los Derechos Humanos | 71 |
| Entrada a México y restricciones de residencia..... | 73 |
| Criminalización de la transmisión y/o exposición | 73 |
| Restricciones de las uniones civiles..... | 75 |
| Acceso a tratamiento | 76 |
| Sistemas públicos basados sobre la afiliación laboral..... | 78 |
| Medicamentos antirretrovirales y fondos de gastos catastróficos..... | 79 |
| Medicamentos genéricos y patentes | 80 |
| Los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y la Clínica Condesa..... | 82 |
| La cascada de tratamientos: los diferentes fallos del modelo en México. | 84 |
| Capítulo 3 - Marco jurídico y realidad político social del colectivo transgénero en los Estados Unidos de América | 99 |

| | |
|--|------------|
| Acta de derechos civiles de 1964 (Civil rights act 1964) | 100 |
| Identidad y documentación | 101 |
| Discriminación en el contexto del alojamiento..... | 103 |
| Discriminación en el contexto laboral y pobreza | 107 |
| Trabajo sexual y prostitución | 110 |
| Detención y condiciones carcelarias | 115 |
| Cuestiones de salud e intervenciones de afirmación de género | 119 |
| Crímenes de odio, acceso a los baños y espacios públicos..... | 131 |
| Apoyo familiar y entorno social | 133 |
| Migración y solicitudes de refugio/asilo | 134 |
| Ciudades Santuarios..... | 136 |
| Capítulo 4 - Marco jurídico y realidad político social del colectivo transgénero en los Estados Unidos Mexicanos..... | 137 |
| Identidad y documentación | 138 |
| Discriminación en el contexto del alojamiento..... | 141 |
| Discriminación en el contexto laboral y pobreza | 144 |
| Trabajo sexual y prostitución | 146 |
| Detención y condiciones carcelarias | 151 |
| Cuestiones de salud e intervenciones de afirmación de género | 158 |
| Crímenes de odio y acceso a la justicia | 165 |
| PARTE II – PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE ENTREVISTAS CON PERSONAS TRANSGÉNERO Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES | 170 |
| Capítulo 5 – Metodología y recolección de datos..... | 171 |
| Metodología | 171 |
| Significado personal y prejuicios..... | 172 |
| Selección de la muestra | 173 |
| Confidencialidad y compensación..... | 176 |
| Procedimiento de entrevista..... | 177 |
| Tratamiento de los datos | 177 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 6: Análisis de las entrevistas y discusión temática | 177 |
| Relaciones familiares..... | 178 |
| Estudios y ámbito escolar..... | 184 |
| Oportunidades de trabajo y prostitución..... | 188 |
| Alojamiento | 194 |
| VIH, seguimiento médico y PREP | 197 |
| Cambio de identidad de género..... | 204 |
| Afirmación de género..... | 208 |
| Relación con las fuerzas policiales | 210 |
| Crímenes de odio y acceso a la justicia | 212 |
| Proceso de migración..... | 215 |
| Organización comunitaria y futuro | 217 |
| Conclusiones | 220 |
| Prioridades en materia de políticas públicas..... | 221 |
| Limitaciones e investigaciones futuras | 225 |
| Notas finales | 226 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 227 |

«Una innegable necesidad de derechos, y de derecho, se manifiesta por doquier, desafía cualquier forma de represión, crispa la política. Y así, con la acción cotidiana, sujetos diferentes sacan a escena una ininterrumpida declaración de derechos que extrae su fuerza, no de una formalización o de un reconocimiento desde lo alto, sino de la convicción profunda de unas mujeres y unos hombres que solo así pueden hallar reconocimiento y respeto por su dignidad y por su misma humanidad».

Stefano Rodotà, *El derecho a tener derechos (Il diritto di avere diritti)*¹

¹ Rodotà, S, (2014) El derecho a tener derechos (Il diritto di avere diritti), Editorial Trotta, Madrid, p. 13

Lista de acrónimos, siglas y abreviaturas

| | |
|-----------------|--|
| ACA | Affordable Care Act |
| AHF | AIDS healthcare Foundation |
| CAPASITS | Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual |
| CEAV | Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas |
| CEC | Clínica Especializada Condesa |
| CD4 | Linfocitos-T CD4 |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CDMX | Ciudad de México |
| CENSIDA | Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA |
| CNDH | Comisión Nacional de los Derechos Humanos |
| CONAPRED | Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación |
| CONASIDA | Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA |
| CURP | Clave Única de Registro de Población |
| ENADIS | Encuesta Nacional sobre Discriminación |
| ENT | Encuesta Nacional Trans |
| FEHA | Fair Employment and Housing Act |
| FPGC | Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos |
| HAART | Highly Active Antiretroviral Therapy |
| ICE | Immigration and Customs Enforcement |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INE | Instituto Nacional Electoral |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |

| | |
|----------------|---|
| INER | Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias |
| ISSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| LGBT | Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero |
| LGBTI | Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales |
| LGBTQ | Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero, Queer |
| LGBTTTI | Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero, Transexual, Trasvestis, Intersexuales |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PEPFAR | President's Emergency Plan for AIDS Relief |
| PREP | Profilaxis preexposición |
| SCJN | Suprema Corte de Justicia de la Nación |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEMAR | Secretaría de Marina |
| SIDA | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| SER | Secretaría de Relaciones Exteriores |
| TAR | Tratamiento antirretroviral |
| TARGA | Terapia antirretroviral de gran actividad |
| TRANS | Transgénero |
| UNAM | Universidad Nacional Autónoma de México |
| VIH | Virus de la inmunodeficiencia humana |

Introducción

«[...] No puede realizarse el ideal del ser humano libre en el disfrute de las libertades civiles y políticas y liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos civiles y políticos, tanto como de sus derechos económicos, sociales y culturales»².

Con esas palabras, las cuales forman parte del preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se afirma con claridad que los derechos humanos establecidos por convenios internacionales y leyes derivadas de los ámbitos jurisdiccionales nacionales deben ser acompañados por condiciones y mecanismos que permiten transformarlos en derechos efectivos, en una realidad cotidiana que permita a cada persona vivir con dignidad y humanidad.

Ser ciudadano de una entidad política significa, en la mayoría de los casos, tener una serie de obligaciones y derechos políticos y sociales que le permiten participar de manera activa en un proyecto de comunidad, desarrollarse dignamente como miembro de esa sociedad y satisfacer las necesidades básicas comunes a la mayoría de los seres humanos, por ejemplo, la salud, la vivienda y la alimentación.

Sin embargo, algunas sociedades y entidades político-sociales excluyen de manera directa o indirecta algunos grupos y categorías de individuos, debido a que presentan ciertas características no deseadas o porque pertenecen a grupos rechazados por los grupos dominantes. Los grupos dominantes imponen un discurso cultural que valida unas normas y una homogeneidad en los comportamientos y las expectativas sociales. La estructura social, las leyes y el marco normativo de la sociedad reflejan esas normas y esos valores, y buscan regularmente castigar o identificar lo que se sale del marco aceptado. Los excluidos, que pueden ser grupos estigmatizados, no son siempre los mismos de una sociedad a otra y su marginación refleja frecuentemente una época y un contexto social determinado.

Las teorías contemporáneas sobre el fenómeno del estigma se basan principalmente en la obra del sociólogo Erving Goffman, publicada en 1963, llamada *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (en castellano: Estigma: la identidad deteriorada).

Como lo explicó Goffman, el término estigma proviene del griego antiguo y se refería a: «[...] signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor – una persona

² Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Disponible en línea:

<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos»³.

Según la teoría de Goffman, una persona estigmatizada está privada de la plena aceptación social y reducida a una condición de persona manchada, con una identidad deteriorada por el hecho de tener un atributo, una diferencia no deseada que la identifica y la lleva a ser menospreciada y marginalizada.

La diferencia no deseada es conceptualizada por la sociedad, la cual determina lo que constituye una desviación o diferencia, aplica normas y reglas para definirlo y sanciones para castigar la violación de esas normas. El estigma no es solamente el producto de la mancha, sino también de las interacciones sociales y de las relaciones dinámicas construidas alrededor de la persona estigmatizada.

Por lo tanto, una persona estigmatizada logra raramente acceder al estatus y a los derechos reservados para los ciudadanos debido a una exclusión y marginación que pueden manifestarse de diferentes formas. Las personas estigmatizadas se convierten *de facto* en ciudadanos de segunda clase o en personas socialmente invisibles.

El grupo de las personas transgénero, que incluye diferentes realidades y que hace referencia a las personas que tienen una identidad de género o una expresión de género que difiere de lo típicamente asociado al sexo asignado al momento del nacimiento⁴, es sin duda uno de los grupos sociales más estigmatizados, discriminados y marginados.

Efectivamente, las personas que salen del binomio mujer/hombre son profundamente incomprendidas y generan reacciones sociales e individuales de rechazo, aversión y violencia. La ausencia de reconocimiento legal, la exclusión, la negación de servicios y de derechos básicos, contribuyen al aislamiento y marginación con consecuencias sobre la salud, la esperanza de vida y la capacidad de respuesta a las necesidades básicas. Los diferentes factores y categorías de discriminación que sufren las personas trans pueden provocar o llevar a situaciones adicionales de dificultad socioeconómica, lo cual ubica a estas personas dentro de un círculo vicioso del cual puede ser difícil liberarse.

De acuerdo con las bases del concepto de interseccionalidad definido por Kimberlé Crenshaw⁵, una mujer trans puede ser víctima de discriminación múltiple y simultánea debido a la superposición de diferentes identidades o atributos de carácter discriminatorio o que conlleven estigmas. La intersección de estigmas compuesta por el virus de

³ Goffman, E. (2006). Estigma: La Identidad Deteriorada. (Aморrrortu Editores España S.L., Ed.), La identidad deteriorada. Buenos Aires. Disponible en línea: <http://www.mediafire.com/?zjmkezygjiz%5Cnpapers2://publication/uuid/D9C798A4-9BA9-455F-BFF6-4B52A70872A0>

⁴ GLAAD (Gay & Lesbian Alliance Against Defamation) Media Reference Guide – Transgender. Disponible en línea: <https://www.glaad.org/reference/transgender>

⁵ Crenshaw, K. (2018). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics [1989]. In *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender* (Vol. 1989, pp. 57–80). <https://doi.org/10.4324/9780429500480>

inmunodeficiencia humana (VIH) y la identidad de género tiene dos aspectos importantes a tomar en cuenta. Por un lado, la exclusión y la marginación de las personas trans las exponen a un contexto sanitario de vulnerabilidad extrema frente al virus, lo cual contribuye a prevalencias de VIH en esta comunidad que oscilan entre el 19,1 % al nivel global hasta el 56,3 % en algunas comunidades como las mujeres trans afroamericanas en Estados Unidos⁶. Por otro lado, la seropositividad contribuye aún más a la marginación y la estigmatización de la mujer transgénero. Esos dos estigmas se nutren entre sí y maximizan la vulnerabilidad político-social de esas mujeres.

Cada año, miles de personas procedentes de México o de otros países latinoamericanos intentan llegar a los Estados Unidos de América en búsqueda de mejores oportunidades económicas, de una calidad de vida o huyendo de la violencia que consume sus países. La migración mexicana a Estados Unidos no es un fenómeno nuevo y se ha estudiado de manera amplia en las últimas décadas desde múltiples ángulos. Sin embargo, la migración internacional de las mujeres trans sigue siendo un tema sobre el cual conocemos poco. Los conocimientos son aún más escasos al agregar la variable del VIH.

Resulta prudente mencionar que las personas trans con VIH tienen probabilidades altas de vivir un proceso migratorio con discriminaciones más agudas que las que podría vivir un migrante sin esas características estigmatizadas. Por lo tanto, es pertinente preguntarnos lo siguiente: ¿Qué es lo que motiva a una persona trans con VIH a migrar de México a Estados Unidos? ¿Cuáles son los desafíos particulares que tienen esas mujeres en sus países de origen, durante el trayecto migratorio y en el destino final? ¿Es posible que la violación de los derechos humanos de ese colectivo en el país de origen pueda ser un factor decisivo de expulsión migratoria?

Al momento de la redacción de ese proyecto de investigación, el autor solamente tenía conocimiento de un proyecto académico previo que analizó específicamente la migración internacional de mujeres trans con VIH. El estudio de 2008 de Daniel Hernández-Rosete intitulado: *La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México*⁷, relata la historia migratoria de mujeres trans con VIH desde México a California. Ese estudio resultó fundamental para la elaboración de esta tesis doctoral debido a que el procedimiento que utilizaremos se inspira en los conceptos, métodos y conclusiones de Hernández-Rosete.

Sin embargo, buscaremos ampliar el tema y analizar los posibles impactos de los cambios legales y sociales recientes en México y en California sobre las razones o motivos detrás de la migración de las mujeres trans con VIH de México a California. La elección del estado de California se considera pertinente por la cercanía con México, la población elevada de individuos de origen mexicano y la reputación como lugar de apertura y derechos para el colectivo LGBT, particularmente en la ciudad de San Francisco.

⁶ Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)

⁷ Hernández-Rosete, D. (2008). *La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México*. *Salud Mental*, 31(4), 253–260.

Esta investigación es importante para continuar la exploración de los motivos que empujan a las personas trans con VIH a migrar y para entender las diferentes facetas de la estigmatización y discriminación de las personas trans con VIH en México y en Estados Unidos. De esta manera, podemos evidenciar las lagunas en el sistema de protección de cada Estado además de sugerir políticas públicas y sociales necesarias para poner fin a la situación inédita de discriminación y violencia sistemática que viven las personas trans, en particular las que viven con el VIH/SIDA.

Para lograr ese objetivo, se pretende describir la experiencia de personas trans mexicanas con VIH que migraron de México a Estados Unidos, a través de testimonios de primera mano. La riqueza de las experiencias humanas no se puede comprender en todas sus dimensiones mediante el uso de un enfoque puramente cuantitativo. Por lo tanto, el investigador escogió conceptos procedentes de dos métodos cualitativos para transmitir la percepción de los sujetos entrevistados acerca de su experiencia como persona transgénero y el significado que tiene esa condición social en el relato de sus vidas. Usaremos conceptos de la fenomenología y del método de los relatos de vida para analizar y presentar los testimonios de esas mujeres, los cuales complementaremos con las observaciones de algunas mujeres trans que trabajan para organizaciones no-gubernamentales en el sector de los derechos humanos de la comunidad trans.

Los testimonios de las ocho personas entrevistadas servirán para dar visibilidad a un colectivo frecuentemente invisibilizado y extremadamente marginado. Esas personas tuvieron la posibilidad de expresar en sus propias palabras la exclusión y el sufrimiento que vivieron y que viven cada día por su identidad de género, por el hecho de vivir con el virus del VIH y por su pertenencia simultánea a otras categorías discriminadas (migrante, trabajadora sexual, entre otras). Así, las mujeres entrevistadas se convirtieron no solamente en sujetos de estudio, sino en informantes, es decir, informaron al investigador acerca de una condición o realidad social.

Iniciaremos este trabajo con una breve revisión de los antecedentes de investigación en materia de discriminación vinculada al VIH, a la identidad de género y otras temáticas pertinentes para este trabajo de investigación. Seguiremos con una presentación del concepto de estigma para describir las teorías que existen acerca del significado y de las funciones asociadas a este.

Posteriormente, nos acercaremos a los marcos legales y sociales que disponen los Estados Unidos Mexicanos y los Estados Unidos de América en materia de VIH y de los derechos del colectivo transgénero. Solamente con una visión global de los derechos y cambios legislativos podremos dar sentido pleno a los testimonios y afirmaciones de las personas entrevistadas.

Continuaremos con una descripción de la metodología usada para coleccionar los datos cualitativos. Después, presentaremos y discutiremos la parte central de esta Tesis, es decir los testimonios coleccionados mediante el protocolo de entrevista.

Finalmente, utilizaremos esos testimonios como base para reflexionar sobre las acciones y políticas públicas, generar interpretaciones plausibles y posiblemente sustentar iniciativas de cambios que pudieran tener un impacto positivo sobre la calidad de vida y los derechos de las personas trans.

Antecedentes de investigación

Como hemos mencionado anteriormente, los temas del VIH, de la identidad de género, de la discriminación y del estigma relacionado con esas características han generado una literatura científica amplia que usaremos a lo largo de este trabajo para exponer y analizar los marcos legales y sociales que tienen un impacto sobre la vida de las personas con VIH y las personas trans. Para justificar la pertinencia de esta investigación, expondremos de manera breve en las próximas páginas algunas de las líneas de investigaciones existentes.

Funciones y efectos del estigma sobre la salud

Algunos autores (Phelan, Link, & Dovidio, 2008) intentaron definir el estigma y clasificar las funciones sociales del estigma. Otros analizaron los efectos del estigma sobre la salud, como la incidencia sobre la esperanza de vida (Hatzenbuehler, Bellatorre, et alii 2014) los efectos psicológicos y de salud mental relacionado con la disimulación de un estigma ocultable (Pachankis, 2007), la desigualdad de salud generada por el estigma (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013), los efectos del estigma sobre la salud mental de las minorías sexuales (Hatzenbuehler, 2009), los efectos sobre las funciones básicas de control y regulación de sus acciones cotidianas (Inzlicht, McKay & Aronson, 2006), mientras que otros autores intentaron hacer un inventario de los mecanismos de protección en contra del estigma, como el efecto positivo del grupo y de los pares (Frable, Platt & Hoey, 1998).

Estigma y VIH

Desde los principios de la pandemia de VIH/SIDA, esta condición patológica ha sido fuertemente estigmatizada por razones que detallaremos en ese trabajo de investigación. Existen numerosos ejemplos de trabajo científico que han buscado explorar los vínculos entre la enfermedad y la deteriorada condición social a la cual conlleva.

3339El estigma asociado al VIH puede constituir una barrera en la prevención de la enfermedad y en su tratamiento. Algunos autores han buscado herramientas para medir el estigma asociado al VIH así como sus efectos (Earnshaw & Chaudoir, 2009), o han expuesto las diferentes formas del estigma del VIH y de la discriminación derivada de esa exclusión (Malcolm, Aggleton, Bronfman et alii, 1998).

También, diversos investigadores han desarrollado métodos para calcular el valor económico que puede derivar de las estrategias de reducción del estigma asociado al VIH (Brent, 2016), han producido inventarios de las intervenciones existentes para reducir el estigma y las lecciones aprendidas de esas intervenciones (Brown, Macintyre, & Trujillo, 2003) mientras que otros han profundizado en la reflexión sobre las diferentes investigaciones empíricas necesarias para entender y reducir el estigma asociado al VIH (Herek, Burris, Devine, Gunther, et alii, 1998).

VIH en los Estados Unidos de América

Los Estados Unidos de América fueron profundamente afectados por la epidemia del VIH, desde el principio de los años ochenta. La experiencia vivida por diferentes entidades, los métodos de control y de vigilancia, los importantes costos sociales y humanos, son factores que motivaron entre otros una literatura científica importante acerca del virus. Algunos autores han analizado las políticas de criminalización del VIH, (Lazzarini, Galletly, Mykhalovskiy, et alii, 2013) o los impactos de esa criminalización sobre los trabajadores sexuales en California (Hasenbush, Wilson & Miyashita, 2015 y 2017). Otros han investigado las estrategias y conocimientos actuales acerca de la retención y de la implicación de los pacientes en el continuo de tratamiento del VIH (Gelaude, Spitzer, Carey, et alii, 2017). Existen también numerosos estudios que analizan la evolución de la epidemia en un lugar particular, como Washington D.C. (Greenberg, Hader, et alii, 2009) o que intentan comprender los efectos negativos de las campañas de miedo sobre la prevención, detección e incidencias de VIH (Earl & Albarracín, 2007).

VIH en México

Las investigaciones realizadas acerca del VIH/SIDA en México exploran una multitud de temas pertinentes como la importancia de revisar la educación sexual en el sistema escolar mexicano (Villalobos, De Castro, et alii, 2017) o la vulnerabilidad de las mujeres y la feminización de la epidemia, así como sus vínculos con la pobreza y otros factores socioeconómicos (Bautista-Arredondo, Serván-Mori, et alii, 2015).

Otros investigadores han analizado la relación de los pacientes con el sistema de salud como los factores sociodemográficos que tienen incidencia sobre la satisfacción de las personas con VIH hacia los servicios de salud en México (Compean-Dardón, Pérez-Salgado, et alii, 2014), o el estigma y la discriminación por parte de los prestadores de servicios de salud (Infante, Zarco, et alii, 2006).

Diversos estudios se enfocan en temas y estadísticas de mortalidad y epidemiológicas como el análisis de la mortalidad por SIDA en México (Bravo-García & Ortiz-Pérez, 2016), la desigualdad en la oferta e implementación de servicios para explicar la mortalidad por SIDA (Bautista-Arredondo, Serván-Mori, et alii, 2015), los factores administrativos y estructurales que afectan la recolección y el uso de datos de vigilancia epidemiológica (Rodríguez, Magis-Rodríguez & Bravo-García, 2013) o los factores que pueden explicar las incidencias muy altas de detección tardía del VIH (Crabtree-Ramírez, Caro-Vega, et alii, 2012).

Algunos autores han analizado las vulnerabilidades de colectivos específicos como las personas en ámbitos carcelarios en la Ciudad de México (Bautista-Arredondo, Gonzalez, Serván-Mori, et alii, 2015), la población de sexoservidores masculinos en la Ciudad de México (Galárraga, Sosa-Rubí, et alii 2014), las personas indígenas en Chiapas (Muñoz Martínez, 2018) o la población LGBT (Orozco-Núñez, Alcalde-Rabanal, et alii, 2015).

Existen diferentes estudios en México que permiten entender las particularidades de sistema de salud para los pacientes con enfermedades crónicas, mediante análisis del sistema del seguro popular (Tamez González & Eibenschutz, 2009), de la fragmentación del sistema de

salud (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE 2016), del procedimiento de compra y negociación de los precios de los antirretrovirales en México (Adesina, Wirtz, & Dratler, 2013) o (Vasan, A., Hoos, et alii, 2006) o de la administración del fondo de protección contra gastos catastróficos (Aracena-Genao, González-Robledo, 2011).

VIH y comunidad transgénero

La literatura científica acerca de los impactos del VIH sobre la población transgénero es relativamente reciente. Afortunadamente, este tema es cada vez más explorado y nos permite descubrir las vulnerabilidades particulares de esta comunidad frente a la epidemia.

Muchos autores han investigado las características y necesidades particulares de las personas trans en cuanto a riesgos frente al VIH, prevención y estrategias para reducir la vulnerabilidad de esa comunidad. Algunos se enfocan sobre la importancia de tener datos concretos para poder atribuir fondos y recursos de manera adecuada (Sevelius, Keatley & Gutierrez-Mock, 2011), mientras que otros autores analizan las barreras que existen en la atención médica de las personas trans y su retención en el sistema de cuidado (Reback, Ferlito, et alii, 2015).

Existen también estudios que analizan los vínculos entre la ausencia de oportunidades sociales y la vulnerabilidad de las personas trans frente al VIH. Algunos exploran las dinámicas de trabajo sexual (Poteat, T., Wirtz, et alii, 2015), los factores específicos de riesgos como el uso de hormonas de contrabando, las jeringas contaminadas, el sexo sin protección, entre otras (Crosby & Pitts, 2007), o critican el entorno de opresión y violación de los derechos humanos que prevalece en muchos países sobre las personas trans (Baral, Beyrer & Poteat, 2011).

Esos análisis coinciden frecuentemente en la necesidad de invertir en programas que se enfocan sobre las necesidades particulares de las mujeres trans en cuanto al VIH, de la importancia de diferenciarlas de las estrategias establecidas para hombres gays (Poteat, Keatley, et alii, 2016) y en el desarrollo de intervenciones de salud holística que tienen un impacto sobre diferentes niveles de vulnerabilidad socioeconómica, educación y consejería (Neumann, Finlayson, et alii, 2017) o (Mayer, Grinsztejn, et alii, 2016).

Otros autores analizan las incidencias y problemáticas de VIH en la población trans en regiones o lugares específicos y proponen estrategias para reducir, prevenir y tratar el virus. En el caso de la ciudad de San Francisco se toma en cuenta la interseccionalidad para exponer los factores adicionales que contribuyen a las incidencias de VIH, para adaptar las estrategias de prevención y de reducción de daño (Rapues, Wilson, et alii, 2013; Raymond, Wilson, Packer, et alii, 2019) y para responder de manera directa a las comunidades y sectores más afectados de acuerdo con su ubicación en la ciudad (Raymond, Chen, et alii, 2014).

Existen también análisis sobre los vínculos entre desafíos socioeconómicos y exposición al VIH de mujeres trans latinas o negras en Chicago, Houston y Los Ángeles (Denson, Padgett, et alii, 2017), de los factores de vulnerabilidad y de la ausencia de acceso a la salud en América Latina (Silva-Santisteban, Eng, et alii, 2016), de los programas de VIH para personas trans en Brasil (Sevelius, Murray, Martínez Fernandes, et alii, 2019), de los factores que pueden explicar las incidencias altas de VIH y de diagnóstico tardío en la Ciudad de

México (Arantxa Colchero, Cortés-Ortiz, et alii, 2015), o del éxito que tuvieron algunos programas de prevención en Perú, basados sobre centros de salud holística y organización comunitaria (Salazar, Núñez-Curto, et alii, 2016).

La profilaxis preexposición o PREP es una herramienta potente y muy reciente de prevención del VIH para las comunidades vulnerables. Existen estudios que llaman a analizar las necesidades particulares de las mujeres trans en cuanto a la PREP mediante la separación entre ese grupo y la población de hombres que tienen sexo con hombres. Otros autores proponen incluir la PREP en un programa de cuidado holístico de la salud que contemple incentivos al uso (Sevelius, Keatley, et alii, 2016 y Sevelius, Deutsch & Grant, 2016).

Salud Trans

Las personas trans tienen diferentes necesidades y desafíos sanitarios. Existe una literatura diversificada acerca de esas problemáticas de salud. Algunos autores hablan acerca de la prevalencia y de los factores que incitan al suicidio en las poblaciones trans mediante la perspectiva de la interseccionalidad (McNeil, Ellis & Eccles, 2017) o de la prevalencia muy alta de suicidio en las minorías sexuales en Estados Unidos (Toomey, Syvertsen, & Shramko, 2018). Otros demuestran una correlación entre transfobia, discriminación, violencia y depresión e ideas de suicidio en mujeres trans que han ejercido el trabajo sexual (Nemoto, Bödeker, & Iwamoto, 2011).

Existen algunas investigaciones en las cuales se analiza la necesidad de combatir la automedicación de hormonas de afirmación de género mediante un acceso más amplio a las hormonas de prescripción (Metastasio, Negri, et alii, 2018), las cuales demuestran la importancia de facilitar el acceso a cuidado y salud que permite la afirmación del género (Winter, Diamond, et alii, 2016) o un modelo de salud participativo que pueda responder a las necesidades particulares de las personas trans (Cameron Wolf, Adams, et alii, 2016).

Discriminación, desafíos y resiliencia de la comunidad trans

Además de los desafíos vinculados a los temas de salud, las personas trans sufren de discriminación y rechazo en diferentes sectores y aspectos de sus vidas. Algunos autores han explorado el tema de la indigencia y llaman al desarrollo de políticas de alojamiento que tomen en cuenta las características particulares de la comunidad trans (Shelton, 2015). Otros han demostrado el vínculo directo entre cristianismo y transfobia (Campbell, M., Hinton & Anderson, 2019), han realizado inventarios sobre los crímenes de odio recientes en México (Letra S Sida Cultura y Vida Cotidiana A.C., 2019), han analizado los diferentes tipos de violencia y discriminación que sufren las mujeres trans en México (Constant, 2017), o han expuesto la violencia estructural, interpersonal e institucional en contra de las mujeres trans sexoservidoras en Chiapas (Gutiérrez Gamboa, Evangelista García & Winton, 2018).

Otros autores han investigado acerca de los impactos de la violencia sobre las personas trans (Testa, Sciacca, Wang et alii, 2012), los factores que afectan la vida de las personas trans de color en San Francisco (Bith-Melander, Sheoran, et alii, 2010), o han evidenciado la

discriminación generalizada en lugares públicos como por ejemplo en Massachusetts (Reisner, Hughto, et alii, 2015).

Algunos investigadores detallan las estrategias de resiliencia y supervivencia de las personas trans para luchar en contra de los efectos de la violencia y de la discriminación. Analizan las estrategias de resiliencia en el grupo de personas trans de color (Singh 2013) y evidencian los factores positivos que constituyen el apoyo familiar, el acceso a servicios de salud, la espiritualidad y la conexión con grupos de pares para sobrevivir y manejar el estrés vinculado a situaciones traumáticas (Singh & McKleroy, 2011). Los efectos positivos del apoyo familiar y de la aceptación de la familia para las personas trans son también analizados por otros autores (Le, Arayasirikul, et alii, 2016) y algunos afirman que el bienestar de las personas trans debe pasar por medidas gubernamentales (Divan, Cortez, et alii, 2016), un acceso amplio a los procedimientos de afirmación de género (Sevelius, 2013), el desarrollo del apoyo social y comunitario (Dargie, Blair, et alii, 2014), o con el fin de un modelo médico que patologiza a la persona trans y la obliga a adoptar una apariencia estereotipada que mantiene la hegemonía de un modelo de género estrictamente binario (Coll-Planas & Missé, 2015; Mas Grau & Guasch Andreu, 2013; Mas Grau, 2015).

Migración

Como se ha mencionado previamente, la literatura que trata acerca de la migración de las personas trans es todavía muy escasa. Por lo tanto, esta Tesis doctoral viene a ser un aporte más de conocimientos para esta línea de investigación poco explorada.

Algunos autores ha investigado sobre el tratamiento del VIH en las comunidades de personas latinas indocumentadas en Estados Unidos así como de la necesidad de tener estrategias para alcanzar esas poblaciones vulnerables (Poon, Dang, et alii, 2013), mientras que otros han expuesto cómo las personas migrantes indocumentadas mexicanas en los Estados Unidos atienden sus problemas de salud (Nigenda, Ruiz-Larios, et alii, 2009) o cómo los migrantes que se infectaron con el VIH en Estados Unidos provocan una ruralización de la epidemia en México al momento de regresar a sus comunidades (Hernández-Rosete, García, et alii, 2008). Aunque estos estudios permiten acercarnos a algunas dinámicas o temas de interés, ninguna hace referencia claramente a las personas de la comunidad transgénero.

Otro estudio se enfoca sobre el fenómeno de las migraciones trans internas en México debido a que estos movimientos, a pesar de ser importantes, siguen siendo poco analizados y contabilizados (Lewis, 2012).

Las migraciones trans desde Latinoamérica hacia los Estados Unidos de América así como la discriminación derivada de la interseccionalidad de la raza, del estatus migratorio y de la identidad de género y sus impactos sobre el bienestar físico y mental, han sido discutidos por algunos autores (Cerezo, Quintero, Morales & Rothman, 2014). Otros han agregado la variable del estigma del VIH (Hernández-Rosete, 2008) mientras que algunos se han enfocado en las solicitudes de refugio de las mujeres trans y la violencia extrema en el país de origen (Cheney, Gowin, et alii, 2017), o han estudiado la migración de mujeres trans sexoservidoras desde Guadalajara, México hacia San Francisco, California (Howe, Zaraysky & Lorentzen, 2008).

Estos estudios comportan datos y conclusiones muy pertinentes para nuestro trabajo debido a que exponen las dificultades y particularidades de la migración trans latina hacia Estados Unidos. Como hemos mencionado previamente, el estudio de Hernández-Rosete es el único que trata específicamente de la migración de mujeres trans con VIH. El autor sugiere que las personas trans migran para preservar su salud, debido a la escasez o ausencia del tratamiento médico en México, además afirma que los factores de violencia y discriminación deben ser estudiados como causas de expulsión migratoria. El presente trabajo retomará, de manera generalizada, algunos de los elementos de este estudio para determinar si los cambios legales y sociales recientes en los países de estudio han tenido un impacto sobre las razones o motivos detrás de la migración de las mujeres trans con VIH de México a California, así como para revisar si la violación de los derechos humanos de estas mujeres en México es efectivamente un factor determinante de expulsión migratoria.

El estigma: Sus manifestaciones, funciones y efectos

Las teorías contemporáneas sobre el fenómeno del estigma se basan principalmente sobre la obra del sociólogo Erving Goffman publicada en 1963, llamada *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (en castellano: Estigma: la identidad deteriorada).

Diferentes autores e investigadores han desarrollado teorías para complementar, elaborar o construir sobre las ideas de Goffman. La epidemia de VIH/SIDA forma parte de los eventos o fenómenos sociales que han contribuido a la elaboración de diferentes hipótesis sobre las manifestaciones, las funciones y los efectos del estigma sobre las personas afectadas.

Para poder entender las consecuencias del estigma sobre el colectivo transgénero y las personas afectadas por el VIH/SIDA, resulta pertinente presentar de manera breve las teorías o conceptos centrales acerca del estigma.

Manifestaciones del estigma

De acuerdo con los autores Jo C. Phelan y Bruce G. Link, el estigma ocurre cuando se juntan etiquetas, estereotipos, separación cognitiva entre *nosotros* y *ellos*, pérdida de estatus y discriminación en una situación de poder que favorece la existencia de estos elementos⁸.

Por su parte, Harriet Deacon define el estigma como un proceso social que categoriza desde el otro, la culpa y la avergüenza (*othering, blaming and shaming*) y que lleva a la pérdida de estatus y a la discriminación⁹.

⁸ Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

⁹ Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(6), 418–425. <https://doi.org/10.1002/casp.900>

El estigma es un fenómeno complejo que puede tener diferentes aspectos y manifestaciones. De acuerdo con las teorías de diferentes autores, podemos afirmar que existen tres categorías principales de estigma: el estigma llamado estructural, funcional o cultural; el estigma interpersonal; y el estigma individual.

Estigma estructural, funcional o cultural

Los grupos dominantes en una sociedad imponen un discurso cultural que valida unas normas y homogeniza los comportamientos y expectativas sociales. La estructura social, las leyes y el marco normativo de la sociedad reflejan esas normas y valores, lo cual regularmente busca castigar o identificar aquello que se sale del marco aceptado.

Las personas culturalmente estigmatizadas son rechazadas por su pertenencia a un grupo particular, lo que produce el rechazo desde las estructuras, es decir desde el funcionamiento de las instituciones sociales¹⁰, las cuales no contemplan la posibilidad de la diferencia.

El estigma estructural, puede manifestarse en: «[...] *condiciones de nivel social, normas culturales y prácticas institucionales que restringe las oportunidades, los recursos y el bienestar de las poblaciones estigmatizadas*»¹¹. La discriminación y el rechazo se ven reforzados y normalizados por la existencia de reglas, políticas y procedimientos.

En el contexto de la identidad de género, el estigma hacia las personas que salen de la normativa del binario masculino-femenino, su clasificación como otros y la patologización de su existencia, operan como una forma de violencia simbólica en la cual: «[...] *estructuras, como las comunidades, las instituciones o los gobiernos perpetran violencia a través de sus leyes, políticas y hábitos comunitarios que restringen y remodelan con fuerza las personas transgénero para últimamente mantener el poder y el privilegio de la mayoría cisgénero*»¹².

Ese tipo de estigma no es necesariamente el más visible y puede manifestarse sencillamente por una ausencia de protección y de reconocimiento social, lo cual puede tener efectos drásticos sobre la calidad de vida de la persona o del colectivo estigmatizado.

En algunos casos, medidas que tienen como objetivo proteger las personas estigmatizadas pueden tener efectos perversos que refuerzan de manera distinta el estigma. Por ejemplo, las leyes de privacidad en materia de VIH/SIDA tienen como objetivo proteger a la persona enferma de las consecuencias del estigma vinculado a la divulgación de la enfermedad. Sin embargo, como lo afirman Herek *et alii*, la privacidad puede también confortar la idea que

¹⁰ Frable, D. E. S., Platt, L., & Hoey, S. (1998). Concealable Stigmas and Positive Self-Perceptions: Feeling Better Around Similar Others. *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 74).

¹¹ Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science and Medicine*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>

¹² David Valentine (2007) citado en: White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

ser portador del VIH es un secreto sucio, algo del cual alguien debe ser avergonzado y debe esconder del escrutinio público¹³.

En el mismo orden de ideas, las posibilidades de afirmación de género son pasos positivos para las personas trans que desean una concordancia entre su expresión de género y su identidad de género. Sin embargo, el proceso hacia una generalización de la transición física puede también según algunos autores ser vista como una voluntad por parte del grupo dominante de consolidar el modelo binario y por lo tanto esa tendencia puede tener como efecto perverso de castigar o estigmatizar aún más las personas trans que no adoptan esa conformidad física binaria¹⁴.

El estigma interpersonal

El estigma interpersonal hace referencia a las interacciones cotidianas que tienen las personas estigmatizadas con miembros del colectivo dominante. Esas interacciones son profundamente influenciadas por las normas estructurales y por el discurso dominante que estigmatiza a algunos colectivos. Así, la normalización de la discriminación puede tener un impacto directo sobre la cualidad de las interacciones. La persona del colectivo dominante se vuelve el hilo conductor de las normas culturales y alimenta el rechazo y la exclusión de la persona estigmatizada con sus acciones discriminatorias e incluso violentas.

Este tipo de estigma se traduce frecuentemente en señales más visibles como la violencia verbal, la burla, la violencia física e incluso el homicidio. En un artículo sobre el estigma hacia las personas trans y su salud, los investigadores Hughto, Reisner y Pachankis sugieren que las personas trans con una conformidad visual de género baja, es decir las personas que tienen características visuales o físicas que delatan la inconformidad binaria, tienen más probabilidades de sufrir de estigma interpersonal, lo cual puede llevar a diferentes situaciones de violencia física y sexual¹⁵.

El estigma interpersonal puede tener muchas consecuencias negativas para la salud de una persona transgénero, tal como lo demuestra un estudio realizado por la investigadora *Tania Poteat et alii*. Efectivamente, frente a su ausencia de conocimientos o su ambivalencia frente al cuidado de las personas trans, el médico puede percibir una amenaza a su autoridad y usará el estigma para rehabilitar su autoridad médica y reafirmar su poder sobre la persona

¹³ Herek, G. M., Burris, S., Devine, P., Chao Gunther, H., Levi, J., Novick, A., ... Snyder, M. (1998). AIDS and Stigma: A Conceptual Framework and Research Agenda. *AIDS Public Policy*, 13, 36–47. Retrieved from https://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/stigma98_pre.pdf

¹⁴ White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

¹⁵ *Ibid*

estigmatizada,¹⁶ lo cual puede llevar a la persona trans o a la persona con VIH a evitar encuentros similares y así a privarse de un seguimiento adecuado.

Estigma individual (internalizado, anticipado o vivido)

Ser miembro de uno o de diferentes grupos estigmatizados de manera simultánea lleva a consecuencias sociales negativas o de desventaja y tiene un impacto indiscutible sobre la percepción y la autoestima de la persona excluida¹⁷. La persona estigmatizada puede llegar a adoptar o a aceptar la realidad negativa asociada a su estigma e incluso a considerarse como inferior o merecedora del trato recibido (estigma internalizado). En el caso del VIH, esa internalización del estigma puede llevar a la persona afectada a pensar que no merece un trato médico digno y el respeto de sus derechos fundamentales¹⁸.

Las personas estigmatizadas pueden también tener miedo a ser reducidas a un estereotipo o a la posibilidad de que pueden reafirmarse en un estereotipo. Por lo tanto, pueden estar muy preocupadas con la gestión de la imagen que proyectan, anticipan ser objetos de prejuicios, pueden percibir situaciones ambiguas como amenazas y temen las respuestas que su diferencia puede causar en los otros (estigma anticipado). Esas situaciones provocan un diluvio de pensamientos negativos, ansiedad y posibles consecuencias psicológicas^{19,20}. Adicionalmente, puede llevar a la persona estigmatizada a disminuir las situaciones en las cuales el estigma podría pasar de estigma percibido a estigma vivido²¹, es decir la experiencia vivida de violencia, discriminación y exclusión.

Para entender las consecuencias del estigma individual anticipado, los autores Mendoza-Denton *et alii*, han propuesto el modelo de sensibilidad al rechazo basado sobre el estigma,

¹⁶ Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science and Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>

¹⁷ Frable, D. E. S., Platt, L., & Hoey, S. (1998). Concealable stigmas and positive self-Perceptions: Feeling better around similar others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 909–922.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.909>

¹⁸ Herek, G. M., Burris, S., Devine, P., Chao Gunther, H., Levi, J., Novick, A., ... Snyder, M. (1998). AIDS and Stigma: A Conceptual Framework and Research Agenda. *AIDS Public Policy*, 13, 36–47. Retrieved from
https://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/stigma98_pre.pdf

¹⁹ Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, 17(3), 262–269. Disponible en línea:
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x>

²⁰ Pachankis, J. E. (2007, March). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>

²¹ Aggleton, P., Malcolm, A., Bronfman, M., Verrall, J., Galvão, J., & Mane, P. (2007). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4), 347–370.
<https://doi.org/10.1080/09581599808402920>

el cual explica que las personas estigmatizadas se anticipan nerviosamente (hipervigilancia), observan rutinariamente (estigma percibido) y reaccionan ansiosamente al rechazo²².

Funciones del estigma

¿Cuáles son las funciones del estigma? ¿Cuáles son las razones conscientes o inconscientes que llevan a las sociedades y los grupos dominantes a excluir y estigmatizar individuos o grupos?

Los autores Phelan *et alii*, argumentan que el estigma y los prejuicios tienen tres funciones sociales: la explotación y dominación (mantener a las personas en un estado de sometimiento), reforzar las normas (mantener a las personas dentro de un marco normativo) y evitar las enfermedades (mantener a las personas lejos)²³.

Explotación y dominación

El estigma y la discriminación permiten la continuación de un modelo social en el cual domina una minoría tradicionalmente influyente, la cual conserva su poder de decisión, cultural, político y económico. El discurso de género, el cual incluye tanto el sexismo como la transfobia podría ser visto como un rechazo de los grupos que cuestionan y amenazan el orden tradicional o histórico de las estructuras de poder. Esa dominación se traduce en esquemas de explotación, entre los cuales podría ser categorizada la prostitución de supervivencia ejercida por las mujeres trans que no cuentan con alternativas profesionales debido al estigma.

En el caso del VIH, la investigadora Janet McGrath, considera que la estigmatización de las comunidades que han sido particularmente afectadas por el VIH ha servido para reforzar los prejuicios sociales y culturales, para favorecer la preservación de las estructuras sociales existentes y como medida de control social a través de la marginación, la exclusión y el ejercicio del poder sobre personas que exhibían características particulares²⁴.

Las funciones de poder y de dominación son identificadas también por las autoras Valerie A. Earnshaw et Stephenie R. Chaudoir, las cuales afirman en el caso del VIH que el estigma sirve para mantener a los estigmatizadores en una relativa situación de poder, ya que no poseen características devaluadas y pueden subordinar a los individuos que sí las tienen. Así, las personas que no están contagiadas con el VIH tienen el monopolio sobre los mecanismos de prejuicio, estereotipos y discriminación, lo cual los conduce a apoyar también las medidas

²² Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V. J., Davis, A., & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 896–918. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.896>

²³ Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>

²⁴ Janet McGrath (1992) citada en: Aggleton, P., Malcolm, A., Bronfman, M., Verrall, J., Galvão, J., & Mane, P. (2007). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4), 347–370. <https://doi.org/10.1080/09581599808402920>

estructurales que favorecen la distancia social, las pruebas de VIH y las políticas discriminatorias hacia las personas estigmatizadas²⁵.

Reforzar las normas sociales

Las sociedades siempre creen necesario extraer conformidad con la aplicación de normas sociales. El fracaso en la aplicación de esas normas, habitualmente presentadas en términos de moralidad y carácter es otra de las funciones del estigma y del prejuicio. Phelan *et alii*, creen que la sociedad usa el estigma y los prejuicios con la pretensión de corregir la desviación y de reintegrar a la persona desviada al grupo social dominante con la técnica llamada *vergüenza reintegrativa* (John Braithwaite, 1989). Esa función del estigma se aplica a grupos que el grupo dominante considera como desviantes y que de acuerdo con sus creencias se han desviado de las normas sociales aceptadas por elección. Así, las personas LGBT al contrario de las personas con problemas mentales, habrían voluntariamente salido de lo aceptado socialmente, según esta visión, por lo que la sociedad debe castigarlas hasta que se reintegren al cuadro social aceptado.

Evitar las enfermedades

Según Phelan *et alii*, los seres humanos buscan de manera consciente o inconsciente alejarse de las personas que consideran como enfermas o físicamente anormales. Este estigma o la exclusión podrían estar vinculados a procesos evolutivos y al instinto primitivo y desmedido de supervivencia y de rechazo de lo que se considera como poco atractivo. Esto podría explicar el rechazo irracional que puede ejercer la sociedad hacia personas que tienen algunas enfermedades como el VIH o incluso problemas mentales.

Efectos del estigma

Diferentes estudios han demostrado los efectos perniciosos del estigma sobre la salud mental, física e incluso sobre la esperanza de vida de las personas afectadas y las diferentes capas del estigma por la interseccionalidad de diferentes identidades estigmatizadas que pueden multiplicar esos efectos²⁶.

Pachankis *et alii*, afirman en un estudio sobre el estigma ocultable²⁷ que los grupos de personas con estigmas que se pueden ocultar, por ejemplo, las personas LGBT, las personas seropositivas sin señales visibles de la enfermedad o incluso las personas trans que realizaron una transición física completa, no son inmunes al estigma, a los prejuicios y a la discriminación debido a que tienen que tomar decisiones acerca de la divulgación de su identidad estigmatizada de manera constante. Estas personas tienen que navegar las

²⁵ Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009, December). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>

²⁶ Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Education and Prevention*. <https://doi.org/10.1521/aeap.15.1.49.23844>

²⁷ Pachankis, J. E. (2007, March). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>

cuestiones de divulgación y analizar los diferentes contextos sociales para asegurar su integridad. Ocultar su condición estigmatizada puede tener implicaciones cognitivas (*preocupación, vigilancia, dudas*), implicaciones afectivas (ansiedad, depresión, hostilidad, desmotivación, culpabilidad y vergüenza), implicaciones comportamentales (manejo de la impresión, aislamiento y evitación social, dificultad para construir relaciones sociales cercanas, importancia de la retroalimentación) e implicaciones sobre su autoevaluación (ambivalencia identitaria, autopercepción negativa, eficiencia personal reducida y ausencia de acceso a los grupos de autoayuda).

Las personas con un estigma ocultable presentan dificultades particulares en algunas situaciones en las que su estigma sobresale o es latente (cuando el estigma está compartido por muchos o por nadie en determinada situación), cuando existen riesgos probables que el estigma ocultado sea descubierto (relaciones sexuales, entrevista de trabajo) y que las consecuencias del descubrimiento pueden ser muy graves (criminalización del VIH, crimen de odio, pérdida de trabajo, entre otras).

Por su parte los autores Inzlicht *et alii*²⁸ afirman que el estigma puede causar aislamiento social y que las personas estigmatizadas sufran de incertidumbre crónica y déficit performativo. Por lo tanto, el estigma puede debilitar la capacidad fundamental de controlar y regular sus acciones y comportamientos, una conclusión apoyada por Hatzenbuehler *et alii*, quienes sugieren que el estigma es un factor potente de desigualdad social en materia de salud y que: «*Los individuos estigmatizados usan y agotan su autocontrol para gestionar su identidad deteriorada, lo cual requiere un uso flexible de estrategias para regular sus emociones*»²⁹.

En otro estudio, Hatzenbuehler *et alii* determinaron que las personas que viven en lugares con estigma estructural alto mueren más temprano que las personas que viven en lugares con estigma estructural bajo. El investigador calculó esa diferencia de expectativa de vida en 12 años³⁰.

Esa reducción de la esperanza de vida y complicaciones en cuanto a la salud puede ser aún más agudo en el caso de las personas estigmatizadas que requieren tratamiento y seguimiento médico continuo (VIH, Trans) debido a que el estigma y las estructuras que estigmatizan pueden conducir a la persona a autoexcluirse de la información, del tratamiento y del

²⁸ Inzlicht, M., Mckay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as Ego Depletion How Being the Target of Prejudice Affects Self-Control.

²⁹ Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>

³⁰ Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science and Medicine*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>

cuidado^{31 32}, y pueden afectar los lazos de confianza necesarios con los médicos, debido a que las personas estigmatizadas pierden confianza en las figuras de autoridad asociadas a comportamientos discriminatorios.³³

Los efectos del estigma sobre la salud pueden reducirse mediante la presencia y el apoyo de personas con el mismo estigma. Según Frable *et alii*³⁴, el contacto con personas similares o que pertenecen al mismo grupo estigmatizado puede proteger a las personas afectadas de los mensajes culturales negativos vinculados por el discurso social y cultural dominante. La presencia de personas similares puede aumentar la autoestima y la moral de las personas estigmatizadas al disminuir el sentimiento de aislamiento y de soledad. Adicionalmente, juntarse a un grupo puede ayudar a desarrollar y comparar estrategias de defensa y de protección frente a la discriminación, al rechazo y a la violencia. Los efectos benéficos vinculados a la comunidad o al activismo han sido también observados en el marco de diferentes estudios^{35 36}.

Analizaremos ahora los marcos legales y sociales que tienen impacto sobre las personas con VIH y las personas trans en Estados Unidos de América y en México. Podremos entender de qué manera el estigma influencia estos marcos y provoca diferentes tipos de discriminación y marginación sobre estos colectivos.

³¹ Aggleton, P., Malcolm, A., Bronfman, M., Verrall, J., Galvão, J., & Mane, P. (2007). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4), 347–370. <https://doi.org/10.1080/09581599808402920>

³² Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>

³³ Herek, G. M., Burris, S., Devine, P., Chao Gunther, H., Levi, J., Novick, A., ... Snyder, M. (1998). AIDS and Stigma: A Conceptual Framework and Research Agenda. *AIDS Public Policy*, 13, 36–47. https://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/stigma98_pre.pdf

³⁴ Frable, D. E. S., Platt, L., & Hoey, S. (1998). Concealable Stigmas and Positive Self-Perceptions: Feeling Better Around Similar Others. *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 74).

³⁵ Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>

³⁶ White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

PARTE I- MARCOS JURÍDICO Y REALIDAD POLÍTICO SOCIAL DE LAS PERSONAS CON VIH Y DEL COLECTIVO TRANSGÉNERO EN ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO.

El papel del Estado o la necesidad de un Estado proactivo.

Con el fin de poder llevar a cabo el objetivo del presente trabajo de investigación y facilitar el análisis de los testimonios recaudados, resulta primordial acercarnos de antemano a los marcos legales y sociales que disponen los Estados Unidos Mexicanos y los Estados Unidos de América en materia de VIH y de los derechos del colectivo transgénero.

En efecto, solamente con una visión global de los derechos y cambios legislativos podemos dar sentido pleno a algunos testimonios y realidades.

Los Estados tienen un papel sin equivalente al momento de traducir los conceptos éticos y morales en derechos reales y así garantizar la dignidad humana para sus ciudadanos y sujetos políticos. Sin marcos legales y mecanismos de aplicación claramente definidos, los colectivos marginados difícilmente logran acceder a las condiciones que pudieran garantizarles dignidad e igualdad de oportunidades.

Como lo estipula el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, tratado multilateral adoptado por la Asamblea general de Naciones Unidas en 1966:

«Cada Estado Parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter»³⁷.

Para incitar al Estado a adoptar un marco legal que garantice esos derechos humanos, los movimientos sociales de reivindicación son y han sido piezas claves a lo largo de la historia. Estos grupos son actores esenciales para poner presión sobre los elementos ejecutivos y legislativos y para propulsar la salida de un modelo de derechos estrictamente utilitarista o basado sobre una lógica de mercado. Como se ha visto claramente en Estados Unidos de América con la crisis de VIH/SIDA, la organización espontánea de grupos minoritarios en colectivos organizados de presión civil logró cambiar la dirección de las políticas públicas, obligando a los gobiernos y empresas privadas a cambiar de estrategia y adoptar medidas para garantizar la dignidad humana de los colectivos afectados.

Tal como lo menciona el autor Richard Parker de la Universidad de Columbia en su artículo *Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/ AIDS*:

« Grassroots activists and affected communities played a key role in shaping initial social and political responses to the epidemic around the world. In almost every community and country that has confronted HIV, there was an initial tendency toward denial on the part of governments and broader society about the threats posed by the epidemic. Grassroots activists from communities directly affected by the epidemic were almost universally the first to respond, providing home care when no adequate services were forthcoming from the formal healthcare delivery system, developing prevention education even before significant

³⁷ United Nations Human Rights. (1976). International Covenant on Civil and Political Rights. Part 2, art. 2
United Nations Human Rights, (March), 26. Disponible en línea:
<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr.pdf>

scientific knowledge was available about the causes of the emerging epidemic, and serving as the front line of defense against human rights abuses that almost everywhere accompanied the stigma associated with HIV and AIDS”³⁸.

En las próximas páginas evaluaremos los marcos jurídicos y la realidad político social de los dos países estudiados, centrados en los temas del VIH/SIDA y del respeto a la diversidad en materia de identidad de género. Cabe mencionar que por una cuestión de logística investigativa este análisis toma solamente en cuenta los cambios legislativos y sociales hasta junio de 2019. Las situaciones políticas y sociales inestables en los Estados Unidos de América y en México pueden haber generado cambios posteriores importantes en materia de VIH/SIDA e identidad de género.

Capítulo 1 – Marco jurídico y realidad político social de las personas con VIH/SIDA en Estados Unidos de América

Aunque la fuente del retrovirus, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) haya sido posiblemente africana y derivada de una zoonosis³⁹, su cuña simbólica como pandemia fue sin duda los Estados Unidos de América durante la década de los 80s.

Efectivamente, la posible llegada del virus a Estados Unidos en los años 70, la relativa lentitud del periodo de incubación en ese momento de la infección hasta la fase llamada SIDA, y las características particulares sociales de las comunidades de recepción en EUA, fueron circunstancias perfectas para una eclosión y propagación espectacular de la epidemia.

Los Estados Unidos de América representan en diferentes niveles uno de los ejemplos más interesantes para el análisis epidemiológico en cuanto a acciones y políticas públicas, detección, control, investigación, percepción pública, entre otras.

La epidemia del VIH en EUA es un caso extremadamente claro acerca de las consecuencias de la mezcla de valores morales con temas de salud pública, de los efectos devastadores de la discriminación integrada en los cuerpos legislativos, de los costos humanos y financieros elevados que pueden tener decisiones públicas basadas sobre conceptos dogmáticos de austeridad y de restricción presupuestal.

Los años de la administración Reagan en EUA, siguen siendo para muchos estadounidenses y pensadores políticos conservadores a través el mundo, un punto de referencia ideológica, el

³⁸ Parker, R. (2011). Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/ AIDS Epidemic. *Brown Journal of World Affairs*, 21–37. Disponible en línea: https://www.brown.edu/initiatives/journal-world-affairs/sites/brown.edu/initiatives.journal-world-affairs/files/private/articles/17.2_Parker.pdf

³⁹ Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1(1). <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>

nacimiento del orden neoliberal en el cual vivimos actualmente y el modelo a seguir en cuanto a la organización de las relaciones entre gobierno, mundo corporativo y sociedad civil.

Ese conjunto de políticas públicas, o ausencia de políticas públicas, ha sido adoptado por numerosos gobiernos de manera simultánea o posteriormente. El análisis global de ese periodo económico y político peculiar en la historia del siglo XX no será discutido en ese trabajo, pues los trabajos académicos que analizan y posiblemente desacreditan ese modelo neoliberal y neoconservador son numerosos.

Como lo afirma Jean François Y. Deluchey en el manual de derechos humanos y políticas públicas de la Red Derechos Humanos y Educación Superior (DHES):

«El problema del neoliberalismo no es que sea la expresión de una escuela de pensamiento; es que no presenta explícitamente sus elecciones, las presenta como verdades absolutas, e intenta evitar siempre que esas elecciones integren la discusión democrática. A partir del discurso económico que se presenta más como ciencia exacta que como ciencia social, se crea un nuevo fatalismo, base obligatoria de cualquier consenso ilusorio»⁴⁰.

Estar de acuerdo o no con los análisis críticos del modelo neoliberal abanderado por las administraciones neoconservadoras del dúo Reagan/Thatcher, difícilmente puede generar la negación del fracaso rotundo de la estrategia inicial adoptada frente a la crisis humanitaria de salud provocada por la epidemia de VIH/SIDA. La falta de respuesta adecuada contribuyó a millones de fallecimientos y favoreció la normalización de la discriminación por parte de grupos conservadores y religiosos hacia los colectivos afectados.

Podemos afirmar que la crisis de VIH/SIDA marca claramente una pauta en la historia sanitaria del mundo moderno. Esa pandemia, la cual sigue teniendo repercusiones extremas en varios países del mundo, ha dado lecciones vitales para el manejo de las crisis de salud. A su manera, el gobierno de Ronald Reagan ha definido un anti modelo en caso de surgimiento de una nueva epidemia.

La crisis de VIH/SIDA en EUA, el manejo administrativo, las implicaciones sociales, económicas, demográficas y científicas han sido analizadas de manera muy extensa, haciendo que estos estudios hayan permitido ampliar los conocimientos que tenemos de este virus. Afortunadamente, contamos hoy con mecanismos eficientes para controlarlo, reducir su propagación y posiblemente un día erradicarlo.

Solo en unas décadas, algunos países y ciudades, mediante políticas públicas basadas sobre hechos y datos científicos, permitieron reducir de manera drástica la incidencia de esta grave enfermedad. Sin embargo, faltan todavía muchas acciones para lograr las metas de control y erradicación fijadas por Naciones Unidas, así como para poder garantizar los derechos humanos y la dignidad de muchas comunidades frente a esa enfermedad.

⁴⁰ Deluchey, J.--François Y. (2014). El gobierno de los derechos humanos en la era neoliberal. Derechos humanos y políticas públicas. Manual. DHES.

Discriminación y estigma

Aunque los progresos médicos alcanzados en los años noventa hayan permitido a miles de personas vivir con el VIH, convirtiéndolo en una enfermedad crónica manejable, la discriminación social y el estigma siguen imponiendo una condición de sufrimiento silencioso y de profundo rechazo social. En uno años, el VIH/SIDA se convirtió en el padecimiento más temido e incomprendido.

Esa situación fue causada principalmente por la asociación de una realidad sanitaria con preceptos morales, con un estilo de vida cualificado como promiscuo o asociado a comunidades que fueron históricamente marginadas, tal como la LGBT o los usuarios de drogas intravenosas.

Tal como lo afirmó en sus estudios el académico Gregory M. Herek de la Universidad de California en Davis: «*AIDS attitudes were for many heterosexuals a symbolic vehicle for expressing preexisting sexual prejudice. Various studies have reported data consistent with the hypothesis that much of the stigma attached to AIDS in the 1980s reflected longstanding hostilities toward gay men, specifically, and the gay and lesbian community more generally*»⁴¹.

En los años ochenta y noventa, un diagnóstico positivo de VIH era sinónimo casi seguro de muerte física y posiblemente también de una muerte social, de un abandono y rechazo por parte de los círculos de amigos, vecinos, familiares y a veces de la misma pareja.

Las campañas de prevención agresivas y enfocadas sobre el miedo y la culpabilidad marcaron unas generaciones que aprendieron a temerle a la sexualidad y asociarla a alguna situación de riesgo permanente sin que esas campañas pudieran comprobar efectos positivos⁴².

Numerosas fueron las figuras públicas que criticaron y aislaron a las personas enfermas, asociando el padecimiento a un castigo divino, a una supuesta prueba de un estado de degrado moral de la sociedad occidental. Una de las figuras públicas más controvertidas de la época fue Jerry Falwell, pastor conservador televisado, el cual logró fama con sus discursos violentamente homofóbicos y misóginos. En 1993 el pastor afirmaba que:

*«AIDS is the wrath of a just God against homosexuals. To oppose it would be like an Israelite jumping in the Red Sea to save one of Pharaoh's charioteers. AIDS is not just God's punishment for homosexuals. It is God's punishment for the society that tolerates homosexuals»*⁴³.

⁴¹ Herek, G. M., & Capitano, J. P. (1999). AIDS Stigma and Sexual Prejudice. *American Behavioral Scientist*, 42, 1126–1143. Disponible en línea: http://psc.dss.ucdavis.edu/faculty_sites/rainbow/html/abs99_sp.pdf p. 2

⁴² Earl, A., & Albarracín, D. (2007). Nature, Decay, and Spiraling of the Effects of Fear-Inducing Arguments and HIV Counseling and Testing: A Meta-Analysis of the Short- and Long-Term Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Health Psychology*, 26(4), 496–506. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.496>

⁴³ 1993, quoted in Robert S. McElvaine (2009-04-07). *Grand Theft Jesus*. Random House. p. 35. ISBN 9780307395801.

Esa asociación entre un supuesto castigo divino y una epidemia no fue una idea novedosa, ya que tal como lo publicó la escritora Susan Sontag en su ensayo sobre la enfermedad y sus metáforas, diferentes épocas vivieron situaciones similares:

«Para los griegos la enfermedad podía ser gratuita o merecida (falta personal, transgresión colectiva o crimen cometido por los ancestros). Con la llegada del cristianismo que, como en todo, impuso ideas más moralizadoras acerca de las enfermedades, la correspondencia entre una enfermedad y su «víctima» fue haciéndose más estrecha. La idea de la enfermedad/castigo cedió su lugar a la de que una enfermedad podía, ser un castigo particularmente apropiado y justo⁴⁴ ».

También señala que: *«Boccaccio, en las primeras páginas del Decamerón, solo demuestra lo mal que se comportaban los florentinos durante la gran peste de 1348»⁴⁵.*

Algunos empleadores actuaron de manera rápida y desmedida al despedir a cualquier persona que presentara síntomas, por miedo a la asociación con la enfermedad o por miedos irracionales de contagio. Los síntomas visibles de la progresión del virus hacia la fase SIDA indicaban también para la sociedad una confirmación de una orientación sexual que algunas personas afectadas se habían empeñado en esconder de todas las maneras posibles.

Uno de los casos más mediáticos de discriminación en el lugar de trabajo fue el caso del abogado Geoffrey Francis Bowers, despedido de su despacho de abogados después de que los dueños hayan notado las lesiones del sarcoma de Kaposi en su cara. El juicio al cual dio inicio esa situación fue una de las primeras demandas civiles por parte de una víctima de discriminación derivada del VIH/SIDA.

El gobierno de Ronald Reagan no supo garantizar el derecho a la dignidad de las comunidades afectadas. Esa inacción, la cual puede sin duda ser analizada como una decisión propia de la administración pública, dejó la vía abierta a situaciones de abuso de derechos básicos y a destrucciones de vidas sociales y familiares.

Algunas figuras políticas militaron abiertamente en favor de medidas restrictivas tal como las cuarentenas obligatorias para personas enfermas e incluso campos de detención con la finalidad de frenar la epidemia y aislar socialmente a los que la padecían. Una de las medidas más controvertidas fue la proposición 64 de 1986 en California, la cual hubiese obligado a los profesionales de la salud a reportar ante las autoridades cualquier persona con el virus y a tomar las medidas apropiadas para evitar su propagación, tal como la cuarentena o aislamiento para más de 300.000 californianos.

⁴⁴ Sontag, S. (2003). La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas. (Taurus Pensamiento, Ed.). Buenos Aires: Impresiones Sud America SA. Disponible en línea: http://books.google.es/books?id=mSLOW_xS79QC p.21

⁴⁵ IBID, p. 18

Leyes y políticas de no discriminación

En 1990, después de unos años de negociaciones, el Congreso de Estados Unidos adoptó una ley en contra de la discriminación hacia las personas con discapacidades, el *Americans with Disabilities Act: An Act to establish a clear and comprehensive prohibition of discrimination on the basis of disability* (ADA).

Esta ley, firmada por el presidente Bush padre, fue la primera en incluir el VIH/SIDA dentro de los padecimientos protegidos en contra de la discriminación. Efectivamente, los impactos graves de la enfermedad sobre las capacidades físicas y psicológicas de los afectados permitían, según los legisladores, clasificarlos dentro de la categoría de personas con discapacidad.

Aunque fue un instrumento legal imperfecto y muy poco definido, se considera como el primer esfuerzo legislativo federal en reconocer la necesidad de proteger a las personas seropositivas en Estados Unidos.

Bragdon vs Abbott.

El primer caso de discriminación relacionado al VIH/SIDA analizado por la corte suprema de Estados Unidos fue el caso Randon Bragdon, dentista del Estado de Maine, y Sidney Abbott, ciudadana con VIH.

En 1994, durante una visita de rutina al dentista y después de haber contestado una pregunta relacionada al VIH en el formato general de la clínica del dentista, Bragdon rechazó llevar a cabo las operaciones para llenar las cavidades dentales de la señora Abbott, argumentando que la operación ponía en riesgo su salud.

La señora Abbott invocó el ADA (*Americans with Disabilities Act*), para protegerse de esa situación de discriminación. El dentista afirmó que no aplicaba esta ley ya que la paciente no tenía síntomas de VIH/SIDA. La Corte analizó el caso y determinó en 1998 que el ADA se aplicaba a todas las personas con VIH/SIDA que sean sintomáticas o no.

Según la misma página web del ADA: «*This landmark ruling helps protect the more than one million people estimated to be living with HIV/AIDS in the United States. The Court's ruling is also critical because advances in medical treatment have resulted in people with HIV/AIDS living longer and more active lives, often for years without showing symptoms of the virus, thus increasing the number of people who can benefit from the ADA's protections*»⁴⁶.

En California, el *Fair Employment and Housing Act* (FEHA) se superpone al marco legal adoptado por el gobierno central. Ese texto de ley, el cual fue adaptado en su versión original en 1959, tenía como objetivo prohibir la discriminación, el acoso y las represalias en el ámbito laboral y se aplicaba también en contextos relacionados al acceso, a la vivienda y a la proporción y suministro de servicios privados y públicos. La ley FEHA prohíbe actualmente la discriminación relacionada entre otras a las categorías siguientes; *edad*,

⁴⁶ United States Department of justice, ADA, About HIV/AIDS discrimination url: https://www.ada.gov/hiv/ada_aids_discrimination.htm, consultado el 4 de febrero 2018

origen, color de piel, religión, discapacidad, estado marital, condición médica, raza, sexo, identidad de género, orientación sexual, etc.

La prohibición de discriminación a las personas con VIH/SIDA se categoriza como condición médica y/o discapacidad desde 1989 cuando se determinó en el juicio llamado *Raytheon Co. v. Fair Employment & Housing Com.*, que el SIDA podía considerarse como discapacidad en los términos previstos por la ley y que la empresa Raytheon Co. había discriminado uno de sus empleos al no permitir su reintegración en la planta de producción después de una ausencia debida a complicaciones del SIDA.

Derecho a la privacidad

El derecho a la privacidad y a la confidencialidad son primordiales para una persona que vive con el VIH, ya que una divulgación de su estado puede llevar a situaciones de discriminación importante en diferentes ámbitos de su vida. Por lo tanto, los Estados Unidos de América, tal como otras naciones han adoptado leyes que buscan proteger la información relacionada al estado médico de una persona y a prohibir la divulgación de esa información sin el consentimiento de la persona afectada, restringiendo por lo tanto su acceso a las organizaciones pertinentes.

En 1996, el Congreso adoptó el *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA), acta firmada por el presidente Clinton. Esta ley determina los mecanismos de privacidad que deben respetar las empresas de seguro, los empleadores y otros organismos públicos. Consecuentemente, ese texto da herramientas legales a cualquier persona cuyo estado serológico hubiera sido divulgado por razones fuera de los contextos previstos y bajo motivos de discriminación. También permite a cualquier individuo revisar la información personal resguardada sobre su persona y solicitar correcciones al expediente.

En California, desde 2002, los nuevos casos de VIH son reportados al departamento de Salud por los doctores mediante un sistema que codifica los pacientes sin sus nombres y datos. Por lo tanto, el Estado puede obtener estadísticas de confianza para la adopción de políticas públicas adecuadas sin riesgos de divulgación de datos personales y estado serológico.

Sin embargo, en los casos de SIDA, el departamento de Salud debe reportar el nombre de la persona al organismo Federal CDC (*Center for Disease Control*). EL organismo tiene una obligación estricta de protección de los datos personales.

Criminalización de la transmisión y/o exposición

En 2008, el ONUSIDA en un documento oficial pidió a los Estados miembros erradicar o al menos limitar las políticas que penalizan la transmisión del VIH. En este documento los expertos de Naciones Unidas afirmaron lo siguiente:

«En algunos países, a las personas que transmiten la infección por el VIH o exponen a otras personas al VIH se les aplica el derecho penal. No hay datos que indiquen que por medio de la aplicación general de la legislación penal a la transmisión del VIH se consiga la justicia penal o se prevenga la transmisión del virus. Esta aplicación más bien corre el riesgo de

socavar la salud pública y los derechos humanos. El ONUSIDA, debido a esta preocupación, insta a los gobiernos a limitar la penalización a los casos de transmisión intencionada, por ej., cuando una persona conoce su estado serológico positivo con respecto al VIH, actúa con intención de transmitirlo o, efectivamente, lo transmite»⁴⁷.

En 2012, un grupo de expertos y asociaciones civiles adoptó la *Declaración de Oslo sobre la criminalización del VIH*, la cual llegó a observaciones similares y estipula entre otras conclusiones que:

«Un cada vez mayor corpus de evidencia sugiere que la criminalización de la no revelación del estado VIH, de la exposición potencial y de la transmisión no intencional está generando más daños que beneficios en términos de impacto en la salud pública y en los derechos humanos y que las medidas que promueven un medio que permite a las personas testearse, buscar apoyo y tratamiento oportuno y revelar sin riesgos su estado VIH representan una mejor alternativa que la utilización de la ley penal»⁴⁸.

Actualmente, 32 Estados de los Estados Unidos de América tienen leyes que criminalizan la exposición y transmisión de VIH por una persona que conoce su estado serológico. La mayoría de esas leyes fue adoptada en las décadas de los años 80 durante la crisis aguda de salud y respondieron a un deseo de la población por una adopción de medidas coercitivas para protegerse de las personas que pudieran transmitir el virus, sin que esas medidas fueran sostenidas por hechos científicos.

Esas leyes se consideran hoy en nuestros días como inútiles, contra productivas, y se reconoce que llevan a situaciones de marginación y a la criminalización de comportamientos consensuales de bajo riesgo. Solamente en el periodo entre 2008 y 2017, el *Center for HIV law and Policy* de Estados Unidos ha compilado 332 casos de juicios o demandas criminales en EUA. La mayoría de esos casos fueron iniciados después de actos sexuales consensuados y de bajo riesgos o riesgos insignificantes⁴⁹.

Las consecuencias sobre los individuos acusados son extremadamente destructivas y agregan capas al estado general de discriminación, de aislamiento y de marginación social del individuo seropositivo.

Adicionalmente, estas leyes pueden llevar a frecuencias más bajas de pruebas en los colectivos afectados, ya que el no conocimiento de su estado puede amparar a un individuo

⁴⁷ ONUSIDA. (2008). Penalización de la Transmisión del VIH. Informe de Política. Disponible en línea: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1601_policy_brief_criminalization_long_es.pdf

⁴⁸ International Civil Society. (2012). Oslo Declaration on HIV criminalization, (February), 1–5. Disponible en línea: http://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2012/02/Oslo_declaration.pdf

⁴⁹ The Center for HIV Law & Policy (CHLP). (2012). Arrests and Prosecutions for HIV Exposure in the U.S., 2008–2017. Disponible en línea: <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/arrests-and-prosecutions-hiv-exposure-united-states-2008–2017-center-hiv-law-policy-2017>

frente a una acusación penal. Esa lógica tiene sin duda consecuencias desastrosas sobre la detección temprana y el control epidemiológico^{50 51}.

Durante el mandato del presidente Obama, varias recomendaciones fueron hechas a los Estados para que revisaran la pertinencia de esas legislaciones. Las propuestas de legislación a nivel federal no lograron obtener consenso en el Congreso y fueron rápidamente desechadas.

En 2017, el gobernador de California, Jerry Brown firmó la propuesta de ley del Senado número 239, la cual modificó el código de salud del estado para eliminar algunas medidas de penalización de la transmisión y exposición al VIH, así como limitar algunas otras a circunstancias muy restringidas y apenas amparadas del resto de las enfermedades transmisibles similares.

Con esta nueva ley, California dejó atrás las políticas adoptadas durante la década de los 80 y ajustó su marco legal a las realidades actuales y a las necesidades de acciones públicas para lograr las ambiciosas metas fijadas en su plan de prevención, tratamiento y vigilancia, «llegando a cero»⁵².

Esas modificaciones legislativas fueron recibidas muy positivamente por la comunidad científicas, por los grupos sociales y asociaciones de personas que viven con el VIH.

Entrada a Estados Unidos y restricciones de residencia

De 1987 a 2010, Estados Unidos prohibió la entrada sobre su territorio a cualquier persona con VIH incluso a las personas que intentaban entrar por motivos de turismo. Cualquier persona seropositiva tenía la obligación de declarar la enfermedad al momento de entrar a Estados Unidos. Por este motivo, la entrada podía ser denegada bajo discreción del agente aduanal.

Esas restricciones se aplicaron también desde 1993 a las solicitudes de residencia y de refugio. Una persona en trámites migratorios tenía la obligación de pasar unos exámenes médicos para comprobar su estado serológico negativo.

En 2009, el presidente Obama continuó los procedimientos iniciados por su predecesor Georges W. Bush y eliminó en 2010 de manera formal la prohibición de entrada que

⁵⁰ Lazzarini, Z., Galletly, C. L., Mykhalovskiy, E., Harsono, D., O'Keefe, E., Singer, M., & Levine, R. J. (2013). Criminalization of HIV transmission and exposure: Research and policy agenda. *American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301267>

⁵¹ Harsono, D., Galletly, C. L., O'Keefe, E., & Lazzarini, Z. (2017). Criminalization of HIV Exposure: A Review of Empirical Studies in the United States. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1540-5>

⁵² California Department of Public Health. (2016). *Laying a Foundation for Getting to Zero: California's Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan*. Disponible en línea: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/CDPH Document Library/IP 2016 Final.pdf>

clasificaba las personas con VIH como amenazas para la salud nacional. Existen todavía numerosos países con restricciones de movilidad leves a severas en cuanto a personas con VIH. El hecho de viajar con medicamentos antirretrovirales o de declarar su estatus médico puede llevar a consecuencias graves en algunos países del mundo.

Acceso a tratamiento

Los progresos importantes en materia de tratamiento en las últimas décadas han permitido la conversión del VIH de enfermedad mortal a enfermedad crónica. Efectivamente, el tratamiento antirretroviral de triterapia altamente eficaz, permite a la mayoría de las personas seropositivas el control rápido y eficiente de la enfermedad mediante la toma diaria de una pastilla.

En 1996, año de la introducción de la llamada terapia antirretroviral de gran actividad (HAART) los fallecimientos relacionados al SIDA en Estados Unidos bajaron de 28.8 % en comparación con los datos registrados en 1995⁵³. La enfermedad dejó de ser la causa principal de muerte en los jóvenes estadounidenses de 25 a 44 años⁵⁴, aunque las estadísticas variaron mucho dependiendo de la comunidad de referencia. De 1996 a 1997 la mortalidad bajó de 47.7 %⁵⁵.

El problema principal para ese entonces fue el de accesibilidad al tratamiento, debido a sus costos elevados, a los esquemas complejos de cobertura y a las planificaciones variables adaptadas por los Estados.

En Estados Unidos, de manera general, los costos de salud deben ser cubiertos mediante planes de aseguradoras privadas vinculadas a la actividad laboral. Según la clasificación de los sistemas de salud llamada tipología Rothgang–Wendt, los Estados Unidos de América adoptaron un sistema privado, que presenta características basadas sobre la lógica de mercado privado en sus tres grandes esferas de funcionamiento: regulaciones o reglas, financiamiento y provisión de servicios⁵⁶.

⁵³ Peters, K. D., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1998). Deaths: Final data for 1996. In National Vital Statistics Reports (Vol. 47, pp. 1–100). Disponible en línea: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr47/nvs47_09.pdf

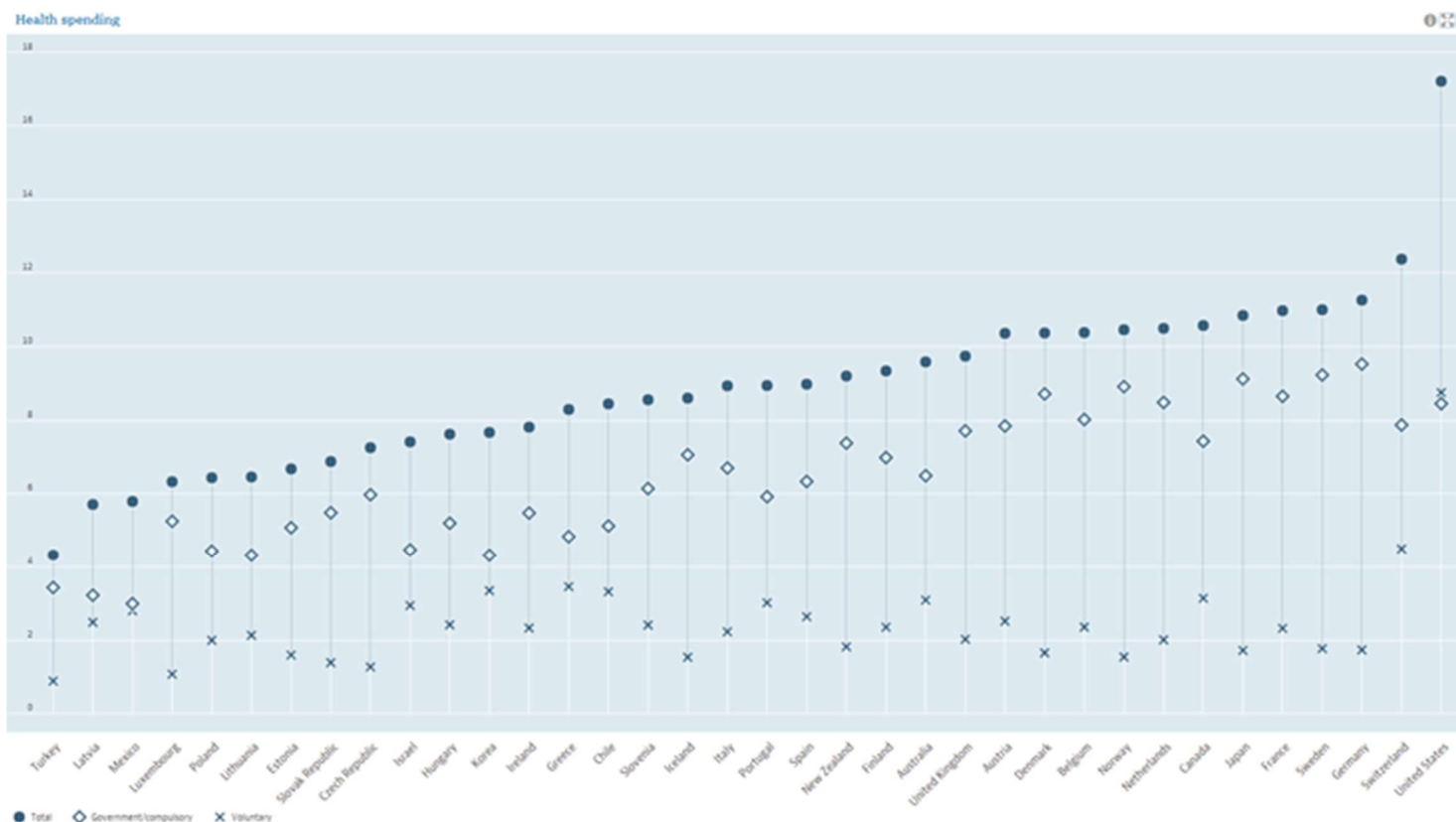
⁵⁴ Update: Mortality attributable to HIV infection among persons aged 25-44 years - United States, 1994. (1996). Journal of the American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.275.9.675>

⁵⁵ Hoyert, D. L., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1999). Deaths: final data for 1997. National Vital Statistics Reports : From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 47(19), 1–104. Disponible en línea: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr47/nvs47_19.pdf

⁵⁶ Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. Health Policy. p. 263 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>

Según las estadísticas y el análisis conducido de manera periódica por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), los Estados Unidos de América forman el país que gasta la suma más importante en el mundo para su sistema de salud. Tal como podemos verlo en la *figura 1*, los EUA gastaron en 2016 el equivalente de 17.2 % de su producto interior bruto en el sector de la salud, una cantidad sumamente superior a cualquier otra nación (Suiza llega en segunda posición con solo el 12.4 %).

Figura 1: Gastos de salud (Total en % del GDP, 2016) OCDE⁵⁷



Esa proporción significativa de recursos debería lógicamente traducirse en una cobertura amplia y en una accesibilidad garantizada para la mayoría de la población. Sin embargo, podemos ver en la *figura 2 y 3* que, pese a su alto costo de funcionamiento, el sistema de salud en Estados Unidos no logra garantizar acceso a la totalidad de la población.

En efecto, podemos deducir que el modelo de mercado adoptado por los Estados Unidos resulta ineficiente y no presenta las características proclamadas por la teoría de auto regulación del mercado, es decir, bajo costos y eficiencia derivados de la competitividad y de las posibilidades de elección por parte de los clientes.

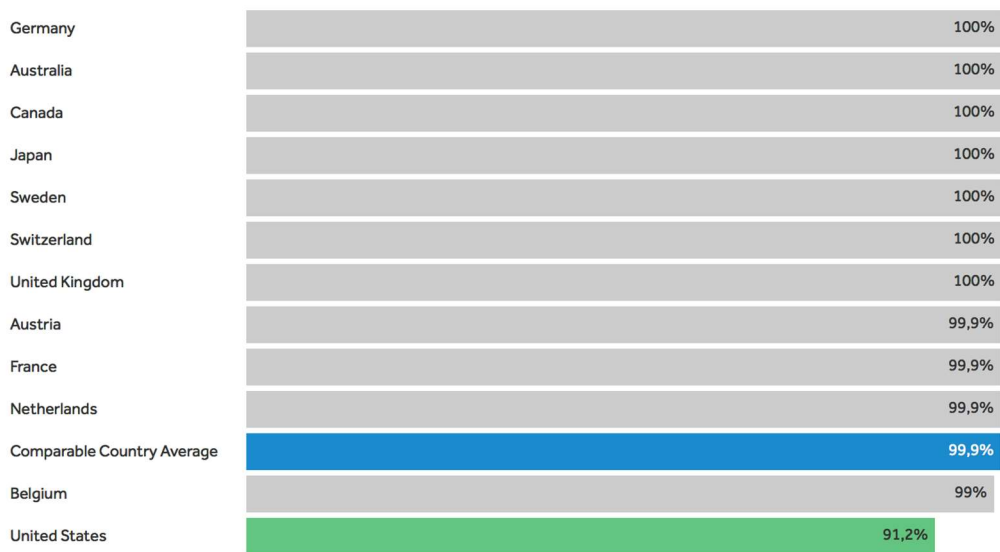
⁵⁷ OECD (2018), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 25 April 2018)

Las elecciones en cuanto a un sistema de salud y a su organización pueden afectar de manera considerable personas que se encuentran en situaciones precarias, de pocos recursos o con puestos de trabajos sin cobertura médica generosa.

Resulta pertinente mencionar que el porcentaje de personas sin cobertura (excluyendo mayores) disminuyó a casi la mitad desde la adopción del *Affordable Care Act* del presidente Obama, acción pública adoptada para corregir algunas deficiencias serias del mercado (Ver *Figura 3*).

Figura 2 Porcentaje de la población cubierta por el sistema de salud, Estados Unidos

Percent of total population covered by private and/or public health insurance, 2016 or nearest year

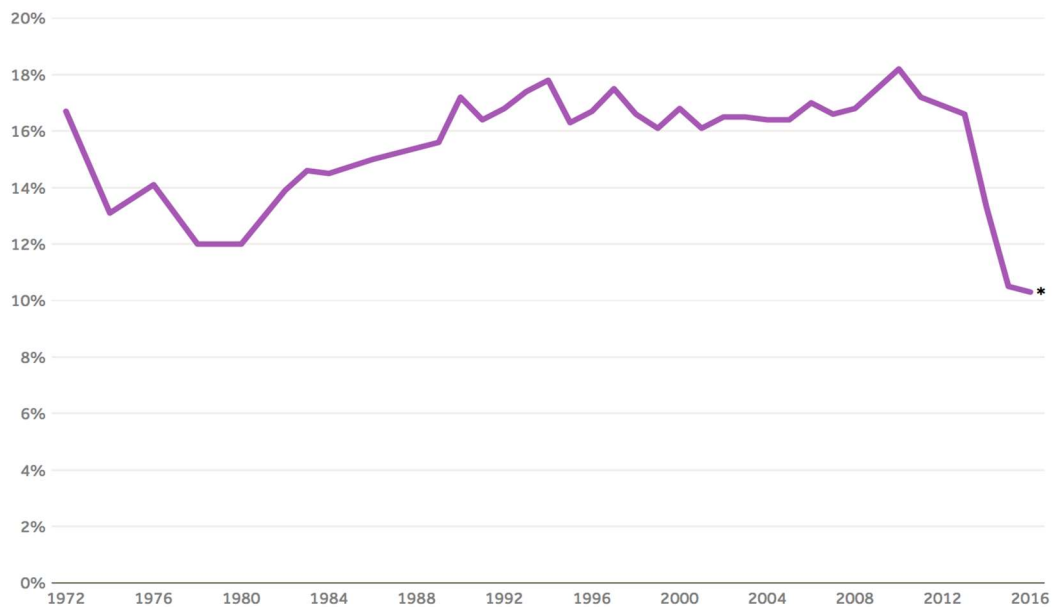


Note: 2016 data shown for the U.S., Australia, Canada, France, and Sweden.

Source: Kaiser Family Foundation analysis of data from OECD (2018), "Social protection", OECD Health Statistics (database) (Accessed on 25 January 2018) for comparable countries and U.S. Census Current Population Reports for the United States. • [Get the data](#) • [PNG](#)

Peterson-Kaiser
Health System Tracker

Uninsured rate among the nonelderly population, 1972-2016



*2016 data is for Q1 – Q3 only.

Source: CDC/NCHS, National Health Interview Survey, reported in http://www.cdc.gov/nchs/health_policy/trends_hc_1968_2011.htm#table01 and <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201702.pdf>.

Peterson-Kaiser
Health System Tracker

Figura 3: Porcentaje de la población adulta no asegurada (excluyendo personas mayores)

Programas federales y estatales de seguro

Dependiendo del tipo de cobertura y de su amplitud, una persona con VIH debe cubrir una parte variable del precio del medicamento y de las consultas y tratamientos conexos. Por lo tanto, según el plan disponible, un individuo tiene que reservar una parte de sus ingresos limitados para la compra de un fármaco esencial para su vida.

Por tal motivo, existen en Estados Unidos algunos programas públicos que tienen como objetivo mitigar los efectos perniciosos del sistema de salud privado y de la desigualdad de cobertura generada por las diferencias socioeconómicas.

En 2010, antes de la firma del *Affordable Care Act* del presidente Obama, solamente 17 % de la gente con VIH en Estados Unidos tenía seguro privado y casi 30 % no tenía ningún tipo de cobertura⁵⁸.

⁵⁸ The Affordable Care Act | Policy and Law | HIV/AIDS | CDC. (n.d.). Disponible en línea: <https://www.cdc.gov/hiv/policies/aca.html>

Medicare

Medicare es un programa público manejado directamente por el gobierno federal que proporciona seguro médico a los adultos mayores (más de 65 años) y a algunas personas con discapacidades permanentes, con probabilidad de muerte a corto plazo o con algunos padecimientos específicos (insuficiencia renal, entre otros.)

Medicare representa la proporción principal de los fondos del gobierno federal destinados al combate al VIH/SIDA.

Las personas con VIH/SIDA acceden a ese programa principalmente por su edad avanzada, algo que suele ser cada vez más frecuente por la conversión de la enfermedad de mortal a crónica o por ser beneficiario adulto del *Social Security Disability Insurance* (SSDI), prestación que proporciona cobertura a personas invalidas y discapacitadas permanentes.

Medicaid y Medical

Medicaid es un programa de seguro público federal proporcionado a la gente de ingresos escasos con discapacidades que impiden la actividad laboral, además incluye algunas categorías de personas protegidas tal como las mujeres embarazadas, los menores y sus padres y otras categorías para ancianos. Ese seguro se implanta en colaboración con los Estados, los cuales tienen la responsabilidad de aplicar sus bases de funcionamiento, sus límites y algunos criterios de elegibilidad. Dependiendo de las elecciones de cobertura adoptadas por cada estado, el gobierno federal contribuye de manera variable al programa.

Desde el principio de la epidemia de VIH, Medicaid y sus variantes en los Estados han sido programas esenciales para el cuidado de las personas con VIH/SIDA. La mayoría de esas personas han podido ser incluidas en el programa por su clasificación como personas con discapacidades y de bajos recursos, ya que los síntomas asociados a una progresión avanzada de la enfermedad y del cuadro clínico impedían a las personas afectadas tener una vida laboral, social y financiera que pueda cubrir sus necesidades básicas.

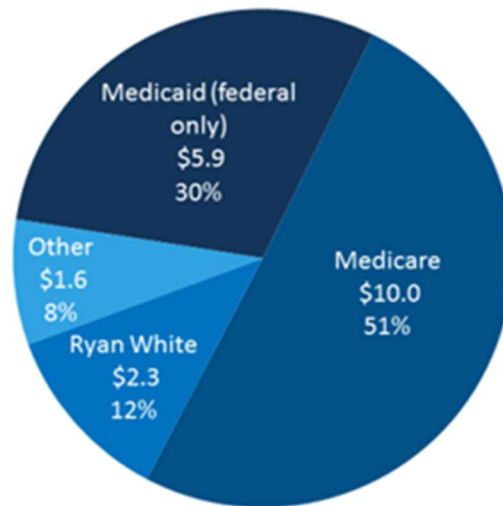
Actualmente, Medicaid es el plan que cubre la mayoría de la gente con VIH/SIDA en tratamiento en Estados Unidos. Más de 40% de las personas afectadas por ese virus en este país se beneficia de ese seguro. Medicaid representa también el segundo presupuesto en importancia del gobierno federal en materia de VIH/SIDA (*ver figura 4*).

Medical, la versión estatal del sistema de seguro es proporcionado por el Estado de California. El programa está sometido a reglamentos claros y se ofrece de forma gratuita o por un costo bajo. El interesado debe aplicar y proporcionar los documentos relacionados a su situación socioeconómica. California es de los Estados con cobertura más generosa y es parte de los Estados que decidieron ampliar la cobertura después de la adopción por el Congreso y firma de ley del *Affordable Care Act* del presidente Obama en 2010.

Figura 4: Fondos federales para el tratamiento del VIH/SIDA por programa

Federal Funding for HIV/AIDS Care in the U.S., by Program, FY 2016

In Billions



Total = \$19.74 Billion

SOURCE: KFF analysis of data from FY2016 Congressional Budget Justifications, White House Office of Management and Budget personal communication.

Note: Total program amounts may not add to \$19.74 billion due to rounding; Percentages may not add to 100% due to rounding.



ADAP

El ADAP: *AIDS Drug Assistance Program* o programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA del departamento de salud de California, proporciona desde 1987 acceso a más de 180 medicamentos de tratamiento del VIH/SIDA e infecciones conexas, mediante un sistema de cobertura para personas residentes de bajos recursos sin acceso a Medical u otros seguros públicos o privados. Ese sistema se basa en la colaboración activa entre el departamento de Salud de California, las empresas farmacéuticas y las ONG que proporcionan servicios a las personas viviendo con VIH.

ADAP ofrece también cobertura y servicios a personas indocumentadas que se encuentran en el Estado y facilita su adhesión mediante formularios y asistencia en idioma español. La persona interesada debe probar su residencia en California, lo cual puede hacerse mediante un comprobante de domicilio sencillo (facturas, etc.) o licencia de conducir, la cual se puede expedir también en California a las personas sin residencia legal en el país.

Covered California

Covered California es un registro/mercado de aseguradoras que ofrecen programas a precios relativamente asequibles a los residentes de California que no se cualifican para los programas públicos debido principalmente a una disponibilidad más alta de recursos

económicos. Se utiliza frecuentemente para la compra de seguros que financian la PREP (profilaxis preexposición), uno de los métodos más eficientes actualmente para la prevención de nuevos casos de VIH en algunas poblaciones vulnerables.

The Ryan White HIV/AIDS Program

El programa Ryan White, fue nombrado en honor del adolescente que se convirtió en figura pública de la epidemia en los años 80, después de haber contraído el VIH por una transfusión sanguínea proporcionada para tratar su hemofilia y que fue discriminado y expulsado de su escuela debido al estigma y a la reacción violenta de los demás padres de niños de la escuela.

El acta inicial fue firmada por el presidente Bush padre en 1990 y tuvo como objetivo desde su principio el cuidado médico de las personas afectadas por el virus y de sus familias, procedentes de categorías sociales sin seguros y con recursos muy escasos.

El programa fue prolongado de manera periódica desde su creación y es actualmente manejado de manera conjunta por tres grandes divisiones federales: El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), El Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la Oficina de VIH/SIDA (HAB).

El programa proporciona financiamiento a las ciudades, a los Estados y a las organizaciones comunitarias para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en las poblaciones más afectadas, según una clasificación de grandes ejes y de acuerdo con los objetivos federales y locales de reducción y eliminación del VIH/SIDA.

El programa apoya también directamente a más de 500.000 personas afectadas y a sus familias a través del pago de servicios de salud básicos tal como planes dentales, programas de compra de medicamentos, seguimiento médico, etc.

Las autoridades locales y las ONG están activamente implicadas en los modelos de decisión y atribución de fondos. Estas ONG tienen, entre otras, la responsabilidad de fomentar planes de capacitación y respuesta, de establecer modelos de cuidado y de identificar los sectores de poblaciones vulnerables y con dificultades de acceso a los servicios sanitarios.

Patient Protection and Affordable Care Act

La adopción de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible o *Affordable Care Act* por el gobierno del presidente Obama en 2010 fue un punto decisivo para el acceso a tratamientos para millones de personas en Estados Unidos. Efectivamente, esa reforma fue la reforma más amplia de los programas de salud en Estados Unidos desde la adopción de Medicaid y Medicare y aumentó de manera considerable el porcentaje de personas cubiertas por programas públicos⁵⁹.

⁵⁹ Martin, E. G., & Schackman, B. R. (2012, May 1). What does US health reform mean for HIV clinical care? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31824c0dd4>

En algunos Estados como California, esta ley permitió por primera vez a personas con VIH de bajos recursos acceder a programas como Medicaid/Medical ya que el programa eliminó algunos requisitos de elegibilidad para los adultos, tal como el hecho de padecer de alguna discapacidad. Los pacientes han podido conseguir tratamiento subvencionado antes de llegar a la fase de SIDA, así como mejorar considerablemente sus expectativas de vida y de bienestar.

De acuerdo con los estudios de la *UCLA Center for Health Policy Research*, el número de Californianos sin cobertura de seguro bajó hasta el 40 % desde la implementación del *Affordable Care Act*⁶⁰.

Esta ley permitió también a otras categorías de personas el acceso a seguros con mejores precios, debido a la obtención de créditos de impuestos relacionados a la compra de seguros, a la eliminación de la exclusión de seguros por condiciones preexistentes o la imposición de cuotas más elevadas así como sumas máximas deducibles a personas con VIH.

La reforma y beneficios para la gente con VIH son uno de los componentes principales para permitir lograr los objetivos fijados en la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, adoptada en 2010 por la administración Obama y actualizada en 2015. Efectivamente, la ampliación de la cobertura y de la accesibilidad en las poblaciones afectadas permitió combatir la epidemia tanto por el lado de la prevención como del lado del tratamiento.

Ayuda internacional: U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

En 2003, el gobierno del presidente Bush hijo, instauró un fondo destinado de ayuda a los países con problemas epidemiológicos de VIH/SIDA, con la finalidad de fortalecer la seguridad nacional de Estados Unidos mediante un control más eficiente de la pandemia a nivel global. Ese ambicioso programa de ayuda internacional recibió el apoyo de los dos grandes partidos políticos en Estados-Unidos y su creación es actualmente considerada como la piedra angular de la lucha internacional en contra del VIH/SIDA.

La implementación de este programa y de su organización conexas, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA/VIH, la tuberculosis y la malaria (*Global Fund*) fueron momentos decisivos en la estrategia de reducción de las incidencias internacionales de VIH/SIDA, especialmente en África.

Durante los últimos 15 años, este programa ha contribuido a salvar más de 11 millones de vidas, ha incrementado la proporción de gente en tratamiento a más de 50 % en el mundo y ha recortado a la mitad el número de fallecimientos por el SIDA⁶¹.

⁶⁰ San Francisco Department of Public Health. (2016). INTEGRATED HIV PREVENTION AND CARE PLAN 2017-2021. P. 16

⁶¹Ottenhoff; Crawford, Red Ribbon or White Flag? The Future of the U.S. Global AIDS Response, 2017, Disponible en línea: <https://www.one.org/international/policy/red-ribbon-or-white-flag-the-future-of-the-us-global-aids-response/?source=blog>

El programa apoya actualmente a más de 13 millones de personas en el mundo con la compra del tratamiento antirretroviral, con más de 70 mil millones de dólares que han sido distribuidos en iniciativas en más de 30 países para facilitar un control eficiente de la epidemia⁶². Este programa ha sido la contribución más importante de todas las naciones del mundo en materia de lucha VIH/SIDA y constituye una fuente primordial de fondos en los países más afectados por la epidemia⁶³.

El gobierno de Bush ha sido reconocido por su labor en ese tema y demostró que la epidemia se pueda controlar mediante políticas públicas justas y con un esfuerzo común e integrado de la comunidad internacional.

Sin embargo, a pesar de estos logros a nivel internacional, esta administración ha sido criticada también por su falta de acción a nivel doméstico y por su rechazo en tratar algunos temas más sensibles para su base política, tal como los impactos de la enfermedad en la comunidad LGBT y el uso del condón como método de prevención. Algunas organizaciones criticaron también la ausencia de un plan más amplio y claro desde la lucha nacional y la promoción de medidas de eficacia controvertida como la abstinencia.

Un sistema complejo

La profusión de esquemas de cobertura, la multiplicación de las reglas, los límites, las restricciones y las profundas diferencias que existen entre los cincuenta Estados hace que el seguimiento médico eficiente no se alcance siempre, especialmente en grupos vulnerables.

Años después de la entrada en vigor del *Affordable Care Act*, el sistema de salud estadounidense permanece altamente fragmentado y el acompañamiento por un proveedor de salud, un doctor o el personal de una ONG, resulta clave para poder navegar el laberinto administrativo, para conocer sus opciones y escoger un camino adaptado a cada situación personal⁶⁴.

La corte suprema de Estados Unidos permitió a los Estados retirarse de la ampliación obligatoria de Medicaid, lo que significa que algunos de estos limitaron sus herramientas para llegar a los objetivos de erradicación de la epidemia fijados en el plan nacional. Esas diferencias sustanciales de cobertura Medicaid dejan en situaciones frágiles a poblaciones altamente marginadas en Estados donde la epidemia todavía representa uno de los problemas de salud pública principales, tales como los de la corona sur de Estados Unidos.

⁶² The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. (n.d.). Disponible en línea: <https://www.pepfar.gov/about/270968.htm>

⁶³ Goosby, E., Dybul, M., Fauci, A. A., Fu, J., Thomas, W., Needle, R., & Bouey, P. (2012). The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief: A story of partnerships and smart investments to turn the tide of the global AIDS pandemic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 60(SUPPL.3), S51–S56. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31825ca721>

⁶⁴ Dawson, L., Kates, J., Perry, M., & Perry, K. (2016). The ACA and People with HIV : An Update. Disponible en línea: from <http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-The-ACA-and-People-with-HIV-An-Update>

En algunas de estas entidades como Indiana, el consumo de drogas intravenosas y las medidas limitadas de combate al VIH/SIDA han conducido a una crisis grave de salud pública. En noviembre 2015, Mike Pence, gobernador del Estado de Indiana y actual vicepresidente de Estados- Unidos declaró el estado de emergencia por la detección alarmante de nuevos casos de VIH⁶⁵.

Una lucha al nivel local

Más del 50 % de la población mundial vive actualmente en el ámbito urbano y esa cifra seguirá subiendo en las próximas décadas según las previsiones del Banco Mundial⁶⁶.

Por lo tanto, la mayoría de los desafíos demográficos, sociales y administrativos del futuro tendrán que gestionarse desde el ámbito local. Las ciudades son laboratorios donde iniciativas de administración pública deben desarrollarse, implantarse y evaluarse con la finalidad de crear modelos de gestión ambiental y sanitaria que permitan un desarrollo sostenible y compatible con el respeto de la dignidad humana.

Desde el principio de la pandemia de VIH las ciudades desempeñaron un papel primordial en las medidas de control, de prevención y de tratamiento, ya que estas entidades administran en la mayoría de los casos los primeros puntos de servicio y los programas destinados a las poblaciones afectadas o vulnerables. Por su cercanía con las poblaciones, los gobiernos locales están en una posición favorable para identificar las zonas de riesgo y las oportunidades de soluciones a corto y largo plazo.

En Estados Unidos, desde los primeros años de la pandemia, las principales ciudades tomaron medidas para enfrentar este problema de salud pública además paliar la deficiencia de respuesta por parte de los órganos públicos federales.

Hoy en nuestros días, la mayoría de los casos identificados de VIH y de las nuevas transmisiones siguen reportándose en grandes centros urbanos⁶⁷.

Debido al papel único que juegan las administraciones locales en esta lucha sanitaria, ONUSIDA, el órgano de Naciones Unidas encargado del combate contra el VIH/SIDA ha desarrollado un plan que recentra la lucha en detrimento de la epidemia a nivel local. Ese plan y sus ejes han sido plasmados en la declaración de París, firmada en dicha ciudad en el año 2014. En esa declaración se definieron de manera breve grandes ejes para guiar a las ciudades más importantes hacia una visión holística de prevención y tratamiento de la

⁶⁵ Kooreman, H., & Greene, M. (2016). Injection Drug Use in Indiana: A Major Risk for HIV Transmission. Center for Health Policy, IU Richard M Fairbanks School of Public Health at IUPUI,. Disponible en línea: <https://fsph.iupui.edu/doc/research-centers/Injection%20Drug%20Use%20in%20Indiana%202016.pdf>

⁶⁶ Worldbank. (2016). Urban population (% of total) | Data. Urban Population (% of Total). Disponible en línea: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

⁶⁷ Gouws, E. (2017). The role of cities in ending the AIDS epidemic. South African Centre for Epidemiological Modelling and Analysis (SACEMA)., (June). Disponible en línea: http://sacemaquarterly.com/wp-content/uploads/2017/06/Eleanor_The-role-of-cities_article-1.pdf

enfermedad, cuya la finalidad última es la de erradicar o al menos reducir la incidencia a niveles mínimos antes de 2030.

Esta declaración busca también incitar a las ciudades para que compartan estrategias eficientes y métodos para alcanzar a las poblaciones vulnerables y garantizar sus derechos básicos.

El modelo San Francisco

Durante los primeros años de la epidemia, las ciudades de San Francisco y Nueva York tuvieron más de la mitad de la incidencia de los casos reportados en Estados Unidos. Aunque esas dos ciudades se enfrentaron a dificultades muy similares, tomaron decisiones muy diferentes en cuanto a acciones públicas y políticas sanitarias durante los primeros años de la epidemia.

Desde que los primeros casos fueron reportados, San Francisco fue una de las ciudades más tocadas por la epidemia de VIH/SIDA y se estima que unos de 22.979 de sus residentes fallecieron debido a complicaciones derivadas de la enfermedad⁶⁸. Los impactos sociales, financieros y psicológicos, fueron extremadamente altos para la ciudad y marcaron sin duda el inconsciente de toda una generación.

A pesar de los métodos limitados y de la falta de conocimiento en cuanto a esta misteriosa enfermedad, la ciudad de San Francisco adoptó planes de emergencia para asistir a la población afectada y para garantizar un cuidado médico basado en la compasión y el bienestar del paciente. La famosa Ala 86 (Ward 86) del Hospital General de San Francisco fue el primer centro en Estados Unidos, desde el primero de enero de 1983, en ofrecer cuidados pacientes con VIH.

Esta visión holística del cuidado al paciente, la adopción de medidas novedosas y audaces para frenar la epidemia, continúa hasta nuestros días. Los numerosos enfoques desarrollados por la ciudad durante las últimas décadas han servido de base para el establecimiento de las pautas fijadas posteriormente por el *Center for disease control* y por la Organización Mundial de la Salud.

El programa conocido actualmente como el Modelo de cuidado San Francisco ha sido adoptado e imitado en numerosas ciudades al rededor el mundo. Hoy por hoy, San Francisco tiene más de 15 000 personas que viven con el VIH, de las cuales la mayoría están en tratamiento y con seguimiento médico. La ciudad tiene una tasa muy baja de nuevas infecciones con cifras alentadoras durante los últimos años, lo que sugiere que la ciudad californiana podría llegar a tasas casi nulas de nuevas infecciones en pocos años y alcanzar los objetivos de 90-90-90 fijados por ONUSIDA, es decir: 90 % de personas seropositivas que conoce su estado serológico, 90 % en tratamiento antirretroviral y 90 % con carga viral indetectable.

⁶⁸ San Francisco Department of Public Health. (2016). INTEGRATED HIV PREVENTION AND CARE PLAN 2017-2021. P. 12

El plan eficiente e integral de prevención y de cuidado de San Francisco, llamado *Getting to Zero* (llegar a cero)⁶⁹ se articula alrededor de grandes ejes y programas que se han probado y agregado durante las últimas décadas.

De manera conjunta entre los condados de Marín y de San Mateo se elaboró el plan actual, con la finalidad de ofrecer un enfoque regional en materia de VIH además de asegurar la uniformidad de la lucha contra el VIH/SIDA. Analizamos ahora sus grandes ejes:

a) La prevención:

La prevención se basa en la multiplicación de los métodos. La ciudad fue la primera en instaurar medidas para el uso y la distribución de preservativos en las comunidades afectadas. Diversas campañas sanitarias fueron adoptadas incluso antes de tener la certitud acerca de los métodos de prevención de propagación del virus.

Hoy, estos programas se inician desde la escuela secundaria y los jóvenes pueden obtener preservativos sin consentimiento de sus padres. La obtención de condones se hace mediante programas municipales. El tema de la profilaxis pre y postexposición es también discutido en ámbito escolar.

Una cultura de prueba se instauró en los ámbitos hospitalarios y sanitarios, donde el personal médico es incitado a proponer las pruebas de VIH en el marco de diferentes consultas de rutina. Este método tiene el objetivo de normalizar la prueba de VIH como examen rutinario. Está comprobado que una persona que conoce su estado físico tiende a adoptar medidas que contribuyen a salvaguardar su propia salud y la de los demás. Según el departamento de salud pública de San Francisco, 93 % de las personas seropositivas de la ciudad conoce su estado⁷⁰.

En 1992, San Francisco empezó a instaurar programas de reducción de daños en las comunidades de usuarios de drogas intravenosas mediante, entre otras medidas, la distribución de jeringas limpias. Este método intenta asegurar un ámbito seguro y de seguimiento médico sin prejuicios morales hacia esa comunidad, de esta manera reducir los daños físicos, morales y sanitarios relacionados con el uso de estas drogas.

En 2013, la ciudad fue la primera en adoptar el uso y la prescripción del antirretroviral *Truvada* (emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate) como método de prevención y de profilaxis preexposición (PREP). Este método, el cual fue muy criticado por la comunidad científica en su momento, ha sido desde entonces adoptado y recomendado por la OMS con el fin de reducir las incidencias de VIH de manera drástica en las comunidades más afectadas. La PREP es ahora reconocida como uno de los métodos más eficientes de prevención pues ningún nuevo caso de VIH ha sido reportado en la comunidad de usuarios local.

La ciudad, mediante la ONG como *San Francisco Aids Foundation*, ha establecido espacios dedicados a la promoción y al seguimiento del PREP, tal como el centro STRUT en el barrio LGBT del Castro. Estos centros tienen empleados llamados *navegadores* que buscan apoyar

⁶⁹ Getting to Zero San Francisco, Disponible en línea: <http://www.gettingtozerosf.org/>

⁷⁰ San Francisco Department of Public Health, Population Health Division, HIV epidemiology Annual Report 2016, p21

a las personas interesadas en la PREP, mediante el análisis de sus opciones de cobertura de seguro para el pago del tratamiento.

La ciudad busca también ampliar la difusión del programa de la PREP en comunidades marginadas, muy afectadas por el VIH y hasta ahora sub representadas dentro el colectivo de usuarios. Un plan piloto financiado por el programa de investigación California HIV/AIDS, ha sido una de las medidas más destacadas que busca evaluar los beneficios de la PREP en una comunidad conformada por más de 700 personas transgéneros.

b) El tratamiento eficiente:

En 1987, el Ward 86 del Hospital General de San Francisco fue el primer centro en probar una terapia antirretroviral, ahora conocida ahora como AZT (*Zidovudina, Azidotimidina*). Para 2009, también instauró un esquema de tratamiento con antirretrovirales desde el momento del diagnóstico, ignorando las pautas fijadas por la OMS, la cual recomendaba iniciar el tratamiento solamente a partir de unos niveles de CD4 inferiores a 500 (cúmulo de diferenciación 4). Al año siguiente, ese programa audaz se convirtió en política del condado de San Francisco.

La ciudad comprobó las ventajas del tratamiento inmediato en materia de prevención y también en cuanto a la salud a largo plazo del paciente. Hoy se reconoce que un tratamiento inmediato limita las posibilidades de transmisión por la reducción de la carga viral, reduce los daños irreversibles al sistema inmunitario del paciente, y disminuye los elevados costos sanitarios a largo plazo por la disminución de la proporción de pacientes que llegarán eventualmente a la fase SIDA. El estudio llamado START (*Strategic Timing of Antiretroviral Treatment*) demostró que un tratamiento con antirretrovirales sin espera puede reducir de 53 % las probabilidades de enfermedades graves en el caso de un paciente seropositivo⁷¹.

La Organización Mundial de la Salud adoptó posteriormente el modelo instaurado por San Francisco y recomienda ahora un tratamiento con antirretrovirales desde el momento del diagnóstico positivo, sin considerar el nivel de CD4.

San Francisco nombró su protocolo RAPID (*Rapid ART Program Initiative for HIV Diagnoses*). Este programa busca encargarse de los nuevos casos de VIH desde el mismo día del diagnóstico, asegurando un seguimiento y un acompañamiento médico inmediatos así como la prescripción rápida de antirretrovirales. Este protocolo guía al paciente de un diagnóstico positivo a una carga viral indetectable en cinco etapas simplificadas y reduce las posibilidades de pérdida de contacto con el nuevo paciente debido a largos procesos administrativos. El enfoque se centra sobre la dignidad del paciente y crea un entorno holístico de cuidado y de tratamiento.

c) Seguimiento médico, retención y continuación del tratamiento

El seguimiento médico y la continuación del tratamiento siguen siendo unos de los grandes desafíos en la lucha contra el VIH. La complejidad del sistema sanitario y de cobertura, el alejamiento de los centros de cuidado, los conflictos de horario y las diferentes características

⁷¹ Strategic Timing of Antiretroviral Treatment (START) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048>

de marginación socioeconómica, son factores que llevan a la pérdida de contacto con algunos pacientes seropositivos.

Por lo tanto, en 2012, la ciudad de San Francisco estableció un programa llamado *Linkage into Care teams* (Lincs), cuyo objetivo es buscar y reconectar con estos pacientes perdidos. Estos equipos contactan a los pacientes, los visitan y los acompañan con la finalidad de reintegrarlos al sistema de cuidado. Esta estrategia proactiva tiene también como objetivo la identificación y la eliminación de los obstáculos que impiden un seguimiento continuo con el paciente.

La identificación de las comunidades afectadas, de sus tendencias y características, se basa sobre un análisis sofisticado de datos compilados por los profesionales de salud. Grandes bases de datos e información actualizada permiten al departamento de salud la identificación temprana de los riesgos, de la evolución de la epidemia, de las personas marginadas y consecuentemente apunta hacia una mejor asignación de recursos y elaboración de estrategias más eficientes. Este programa de compilación de datos, llamado PRIDE es manejado por el departamento de salud de la ciudad y se financia, principalmente, con fondos del *Center for Disease control*.

El tratamiento y seguimiento médico pasan también por una reducción de factores que contribuyen negativamente a la marginación socioeconómica. Por lo tanto, San Francisco instauró programas de ayuda a la vivienda, programas para personas mayores con VIH y un seguro médico público local llamado *Healthy San Francisco*, el cual tiene como objetivo asegurar servicios básicos para la población residente que no cualifica para el acceso a otros programas estatales o federales.

Dichos programas e ideas ambiciosas lograron cambiar el panorama de la enfermedad en unas décadas en esta ciudad, la cual recordamos fue una de las más asociadas con los primeros casos de la pandemia.

Aunque algunas de las características demográficas y territoriales favorecen sin duda a San Francisco en su combate y hacen que su éxito no sea necesariamente replicable en cualquier lugar, podemos afirmar que numerosas medidas y programas instaurados en esta ciudad constituyen modelos de referencia para las ciudades que buscan reducir de manera drástica la incidencia de VIH. El modelo de San Francisco es ante todo un enfoque que se centra en la dignidad humana del paciente.

Politización de las reformas de salud

El control y la erradicación del VIH/SIDA son temas de salud pública que comportan ventajas indiscutibles para la sociedad en su conjunto. Una epidemia de las proporciones que Estados Unidos ha conocido en las décadas de los años 80 y 90 tiene consecuencias dramáticas sobre los costos del sistema de salud, sobre la productividad, sobre el bienestar general y el inconsciente de generaciones enteras.

Por lo tanto, mientras se encuentre una cura, cualquier gobierno debería adoptar políticas responsables para facilitar el acceso a tratamientos, disminuir la posible exposición al virus, identificar las poblaciones vulnerables para así alcanzar las metas fijadas por Naciones

Unidas, es decir, una erradicación del virus antes de 2030. Estos objetivos ambiciosos se basan sobre la multiplicación de estrategias con el fin de combatir el virus desde diferentes ángulos.

En Estados Unidos, desde el gobierno de George H. W. Bush padre, los dos grandes partidos políticos nacionales han reconocido la necesidad de un combate activo en contra de la epidemia. Unas políticas públicas claras en materia de VIH/SIDA fueron adoptadas y mantenidas por las administraciones nacionales en turno, sin importar el color del partido. Estas medidas contribuyeron en varias zonas del país a un control eficiente de la epidemia y de sus efectos sociales devastadores.

Sin embargo, la realidad es ligeramente diferente al nivel de los gobiernos locales y estatales. Algunos Estados conservadores han politizado el control sanitario, asociando el combate al VIH con un reconocimiento de realidades sociales que rechazan, tal como la homosexualidad, el transgenerismo, la prostitución, el uso de drogas, entre otras. La voluntad de dejar las leyes del mercado controlar el sector de salud deja a los sectores de bajos recursos muy expuestos a una posible infección por el VIH y disminuye los recursos disponibles al momento de tratarla.

Las incidencias de VIH en los Estados de la corona sur son dos veces más elevadas que las tasas de algunos Estados más activos en el combate de la epidemia, tal como California y Colorado. De acuerdo con las estadísticas del *Center for Disease Control*, 45 % de todos los casos de VIH diagnosticados se encuentran en algunos Estados del sur, a pesar de que esos Estados representan solamente un tercio de la población del país⁷².

Tal como lo afirman algunos investigadores, la epidemia de VIH en los Estados del sur del país ilustra los vínculos directos entre los procesos sociales, políticos y biológicos. La pobreza y los sistemas de salud deficientes reflejan decisiones políticas y de estrategias locales que van directamente en contra del interés y de la salud pública⁷³.

Desde su llegada al poder, el presidente Donald Trump ha mostrado una falta completa de interés por el combate al VIH/SIDA y ha tomado medidas que sugieren una politización de este importante asunto de salud pública.

Esta situación representa una ruptura con el gobierno del presidente Obama, el cual había adoptado medidas enérgicas y fue el primero en elaborar una estrategia nacional de combate a la epidemia, adoptada en 2010 y actualizada en 2015.

La postura de la administración Trump se evidencia entre otros factores por la ausencia de actividad del *Office of National AIDS Policy* (ONAP), organismo que había estado activo desde su creación en 1994 por el gobierno del presidente Clinton. Desde el principio del

⁷² Centers for Disease Control and Prevention. (2017). HIV in the United States by Geography. CDC. Disponible en línea: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/cdc-hiv-geographic-distribution.pdf>

⁷³ Adimora, A. A., Ramirez, C., Schoenbach, V. J., & Cohen, M. S. (2014). Policies and politics that promote HIV infection in the Southern United States. *AIDS* (London, England), 28(10), 1393–1397. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000225>

mandato de Trump, este organismo se encuentra acéfalo y ninguna estrategia nueva ha sido comunicada desde ese entonces.

Al final del año 2017, la Casa blanca puso fin sin motivos aparentes y destituyó a la totalidad de los trabajadores del *Presidential Advisory Council on HIV/AIDS* (PACHA), consejo estratégico presidencial que discutía sobre el VIH/SIDA desde el gobierno.

En 2018, el presidente Trump anunció su intención de recortar más del 20 % de los fondos dedicados a la lucha en contra del VIH/SIDA a nivel internacional. Los posibles recortes, los cuales se harían principalmente al programa PEPFAR y a la contribución nacional para el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA/VIH, la tuberculosis y la malaria (*Global Fund*), causaron alarma entre numerosos especialistas de la enfermedad, por lo que algunos han advertido que esas medidas podrían tener consecuencias desastrosas en el combate de la epidemia, alejando al mundo de las metas fijadas por Naciones Unidas.

La falta de coherencia estratégica actual pondría fin a décadas de liderazgo internacional por parte del gobierno de Estados Unidos, en materia de lucha contra esta epidemia⁷⁴.

Hasta el momento, la Casa blanca no ha sabido justificar estas acciones con evidencias científicas o consejos de expertos en salud pública. Los ataques a programas que dieron resultados concretos y cuantificados no se pueden explicar por otras razones que por un deseo visceral de desechar el legado de sus predecesores y de alentar la simpatía de una base electoral conservadora y religiosa.

La politización arriesgada de asuntos de salud pública podría tener efectos catastróficos a largo plazo. La situación de epidemia actual en algunos Estados del sur del país es un ejemplo claro de las consecuencias que puede tener una inacción administrativa en materia de sanitaria

El intento de eliminar la reforma de salud instaurada por el presidente Obama demuestra que los logros de los últimos años, en materia de combate al VIH/SIDA en Estados Unidos, no pueden considerarse como adquiridos. Por consiguiente, los expertos, las ONG, los gobiernos estatales y municipales, deben seguir adelante con la consolidación de esta lucha con la finalidad de contrarrestar cualquier medida política negativa que pudiera adoptar el actual gobierno nacional.

A pesar de la gran disponibilidad de recursos económicos, de la presencia de profesionales de la salud altamente cualificados, de técnicas extremadamente avanzadas y de la pericia más actual, los Estados Unidos de América padece de una desigualdad aguda en cuanto a vulnerabilidades epidemiológicas y al acceso posterior al tratamiento.

⁷⁴ Allinder, S. M., & Morrison, J. S. (2017). A Moment of Reckoning for U.S. Leadership on Global HIV. The Center for Strategic and International Studies. Disponible en línea: https://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/publication/170621_Allinder_USLeadershipGlobalHIV_Web.pdf?ZbtTzL1kIIRjhFx_nS8ZHBKYGli3mQow&utm_source=CSIS+All&utm_campaign=80819a09b2-EMAIL_CAMPAIGN_2017_03_02&utm_medium=email&utm_term=0_f326fc46b6-

Esta desigualdad se puede vincular a condiciones socioeconómicas que favorecen la marginación de algunos grupos y a un sistema económico donde el mercado se autorregula en favor de los más pudientes.

Capítulo 2 - Marco jurídico y realidad político social de las personas con VIH/SIDA en los Estados Unidos Mexicanos

El primer caso de SIDA fue diagnosticado oficialmente en México en 1983. Sin embargo, debido a las características de evolución del virus en el cuerpo humano, se puede suponer que este llegó probablemente a mediados de los años 70. Ahora se reconoce que casos con cuadros clínicos similares a los que se presentaban en Estados Unidos de América empezaron también a surgir en 1981 de manera simultánea en México⁷⁵.

De acuerdo con la información epidemiológica de la época, los primeros casos reportados en México fueron de individuos masculinos que tenían sexo con hombres, que habían residido en Estados Unidos o que habían tenido contactos sexuales con ciudadanos extranjeros⁷⁶.

Del primero de marzo de 1983 hasta octubre de 1987 se detectaron 107 casos de SIDA en México⁷⁷. Aunque el número absoluto de casos oficiales durante los primeros años estuvo relativamente reducido en comparación con las cifras del vecino del norte, algunos factores socioeconómicos facilitaron una aceleración de la epidemia: la falta de preparación del sector sanitario para enfrentar una crisis de salud, el periodo de crisis económica que vivía el país, la austeridad financiera subsecuente, y un clima social extremadamente conservador dominado por la omnipresencia del clérigo en las discusiones sociales.

La deficiencia en cuanto a mecanismos de detección epidemiológica llevó a las autoridades mexicanas a poner en duda la gravedad del asunto y a asumir que la situación no llegaría a niveles similares que se veían en Estados Unidos. Tal como lo recopila la investigadora Yesica Yolanda Rangel Flores, en su ensayo sobre las narrativas del riesgo respecto del VIH/sida en México, numerosos actores públicos hicieron declaraciones en los primeros años

⁷⁵ Magis-Rodrigueq, C., Loo-Méndez, E., & Del Rio-Chiriboga, C. (1996). La epidemia de SIDA en México. Análisis global 1981 -1996. *Gaceta Médica de México*, 132(5), 545–550. Disponible en línea: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1996-132-5-545-550.pdf

⁷⁶ Ponce de Leon Rosales, S., & Lopez Zaragoza, J. L. (2008). 25 años de SIDA en Mexico. Secretaria de Salud Mexico, 181–192. Disponible en línea: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>

⁷⁷ Ponce De León, S., Macías, A. E., Cruz, A., Calva, J., En, M., Tinoco, J. C., Macia, S. (1988). Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México. *Salud Publica de México*. Disponible en línea: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/160/153> p. 546

con el objetivo de no alarmar a la población pero al mismo tiempo asociar la enfermedad con comunidades marginadas y algunos comportamientos socialmente rechazados⁷⁸.

Así, en 1985, el Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), afirmaba a la prensa:

«Con 50 casos de sida en el país o 100 si se quiere pensar en los que escapan al diagnóstico, no tiene sentido distraer grandes recursos económicos o humanos como ocurre en Estados Unidos para combatir e investigar el mal, hay otros padecimientos que son prioridad» (Universal, 1985, agosto 12, cit. por Rangel Flores 2015).

De su lado, el Dr. Cipriano Borges Cordero declaraba: *«La enfermedad se presenta en homosexuales, promiscuos y drogadictos en un 92 %»*⁷⁹.

Este país, para ese entonces gobernado por el Partido Revolucionario Institucional de manera interrumpida desde 1929, manejaba todas las funciones del estado con una opacidad total, sin dejar ser el sector de salud la excepción.

Las autoridades sanitarias reconocieron la presencia del SIDA en el territorio nacional solo hasta julio de 1984, cuando el director del Instituto Nacional de Nutrición, Salvador Zubirán, confirmó por primera vez que el instituto seguía los casos de algunos individuos afectados.

El presidente de la época, Miguel de la Madrid Hurtado, atormentado por la crisis económica, la devaluación de la moneda nacional, la hiperinflación y el terremoto devastador de 1985 en la Ciudad de México, se convirtió rápidamente en el símbolo de un partido corrupto y desconectado de los intereses de la nación. De la misma manera que su homólogo de Estados Unidos, Ronald Reagan, se rehusó a hablar públicamente del SIDA y de la crisis sanitaria durante los primeros años de la epidemia.

En 1986, se estableció un sistema formal para vigilar el número de casos y la prevalencia del VIH/SIDA. El mismo año se creó el Comité Nacional de Prevención del SIDA, para evaluar la situación de la epidemia en el país y para elaborar estrategias de prevención, de control y tratamiento. En 1988, este comité se transformó por decreto presidencial en el CONASIDA (Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA) y empezó a publicar una Gaceta oficial mensual para compartir, con la comunidad científica y el público, las últimas noticias epidemiológicas.

En unos años se multiplicaron los números de casos y el virus hizo su aparición en ámbitos diversos a las comunidades originalmente afectadas. De 1983 a principios de 1995 los números de casos de SIDA habían alcanzado los 34.230 casos, de los cuales más de 21.000 personas ya habían fallecido. Alrededor de 120.000 individuos eran portadoras del VIH⁸⁰.

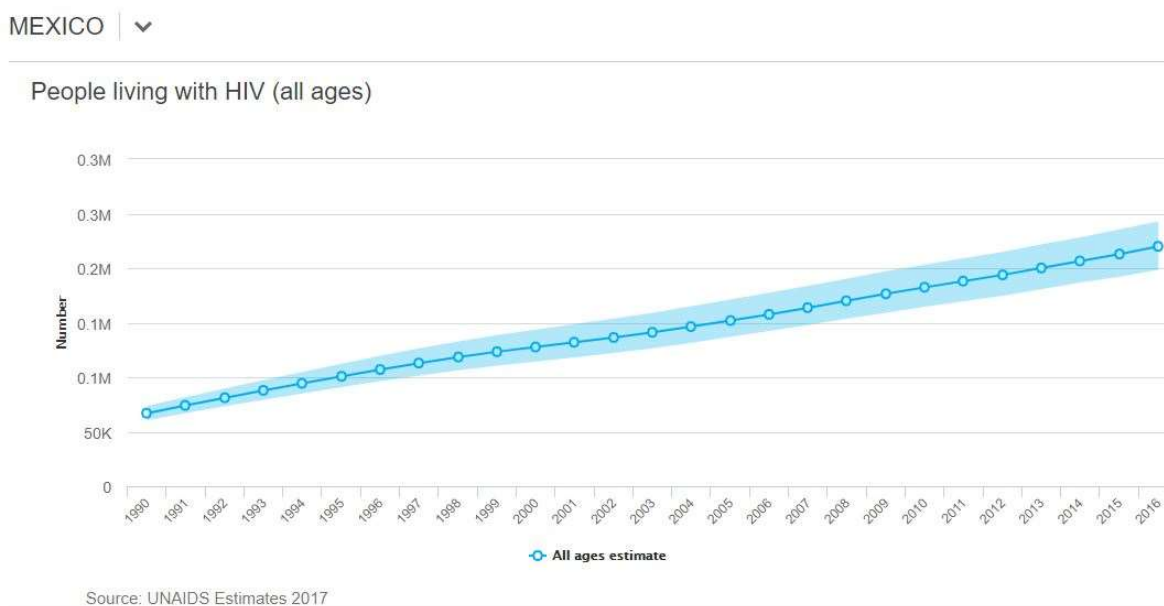
⁷⁸ Rangel Flores, Y. Y. (2015). VIH / sida en México. De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos. *Revista Del Colegio de San Luis*, 200–219. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rcsl/v5n9/1665-899X-rcsl-5-09-00200.pdf>

⁷⁹ Ibid, p. 203

⁸⁰ Valdespino Gomez, J. L., Garcia Garcia, M. de L., Zolezzi, A. del Rio; Loo Mendez, E., Magis-Rodriguez, C., & Salcedo-Alvarez, R. A. (1995). *Epidemiología de VIH/SIDA en México de 1983 a marzo de 1995*. Instituto

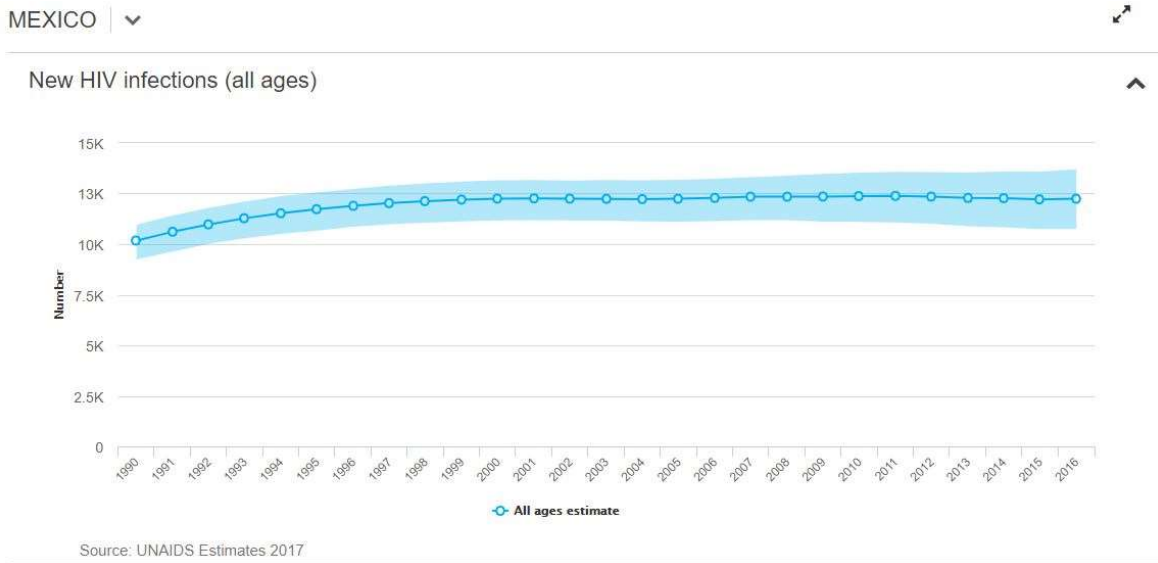
De acuerdo con los datos de 2016 de ONUSIDA (*ver figura 5*), México ocupa actualmente con 220.000 casos el segundo lugar en América Latina según el número de personas que viven con el VIH, después de Brasil (830.000). Esta cifra ha subido de manera continua desde los principios de la epidemia y se estima que podría llegar a 280.000 en 2020. En cuanto a prevalencia, México ocupa el decimoséptimo lugar de la región con 0.3 % de la población. Esta prevalencia sigue subiendo también en la población adulta (15-49 años) de manera continua desde que se registran los datos.

Figura 5 – Personas que viven con el VIH en México



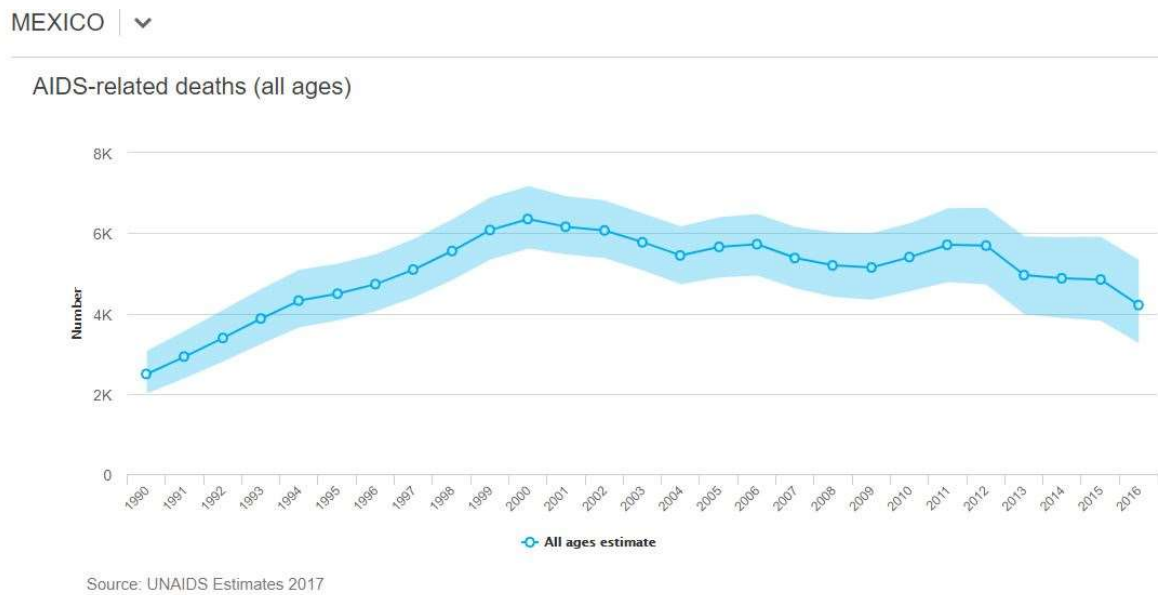
Las cifras anuales de nuevas infecciones (*ver figura 6*) se han mantenido desde el año 1994 y se estiman a 12.000 por años (variación estimada entre 11.000 y 14.000).

Figura 6 – Nuevas infecciones de VIH por año en México



Cada año, más de 4000 personas fallecen por complicaciones del SIDA en México (ver figura 7). Aunque esta cifra haya bajado ligeramente durante los últimos años, resulta preocupante que los fallecidos sigan contándose en miles de personas, considerando que la terapia antirretroviral de gran actividad (HAART) se puede conseguir sin ningún costo directo por el paciente.

Figura 7 – Fallecimientos vinculados con el SIDA en México por año



A pesar de la gratuidad del tratamiento antirretroviral, del carácter público del sistema de salud y de la creación y multiplicación de organismos federales y estatales de prevención y tratamiento, las cifras nos llevan a constatar que México no ha logrado resultados muy eficientes en materia de control, de prevención y de tratamiento del VIH/SIDA. Según los investigadores Enrique Bravo García e Hilda Ortiz-Pérez, el acceso universal a la terapia antirretroviral no ha tenido ningún impacto positivo sobre las tasas de fallecimiento relacionados al VIH/SIDA en México. Efectivamente, de 2003, año de introducción del tratamiento de acceso universal, hasta 2016 la tasa de mortalidad vinculada a esta enfermedad aumentó en 16 de los 32 Estados de la República mexicana⁸¹.

¿Cuáles son los factores que contribuyen al estancamiento en la lucha en contra de la epidemia en México? Según Bravo García y Ortiz-Pérez, México necesita desarrollar estrategias agresivas de prevención y consolidar mecanismos para retener los pacientes seropositivos en un esquema de tratamiento y seguimiento continuo⁸².

A partir de aquí analizaremos las características del sistema mexicano para comprender su funcionamiento.

Discriminación y estigma: el papel fundamental de la Iglesia católica

México ha formalizado la secularidad y la laicidad del Estado en su constitución política de 1857. La separación entre el clero poderoso derivado de la tradición colonial y la estructura de poder público se consolidó posteriormente en la Constitución de 1917, fruto de la guerra civil llamada guerra de la Revolución. Las décadas que siguieron alimentaron una rivalidad por parte de la Iglesia hacia el poder político, al ser privada de sus esferas tradicionales de poder, como la educación. Según los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2010), 82.7 % de los mexicanos se define todavía como católico y 9.8 % tiene una religión distinta. Solamente 4.6 % se declaró sin religión en el censo de 2010.

Los años 80 fueron particularmente interesantes en cuanto a la relación entre el Estado y la Iglesia, debido a que esta última supo aprovechar el momento de grave crisis económica y social para retomar un papel activo en la esfera social y política. Así, la Iglesia se volvió un vocero crítico del poder hegemónico del Partido Revolucionario Institucional.

Tal como lo afirman los investigadores Felipe Cuamea Velázquez⁸³ y Roberto Blancarte⁸⁴ en diferentes estudios sobre la laicidad y el papel de la Iglesia en México, el clero capitalizó el

⁸¹ Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2016). Analysis of HIV/AIDS mortality in Mexico from 1990 to 2013: An assessment of the feasibility of millennium development goals, GACETA MÉDICA DE MÉXICO EPIDEMIOLOGICAL INFORMATION Correspondence (Vol. 152). Disponible en línea: www.anmm.org.mx p.734

⁸² *Idem*, p. 732

⁸³ Cuamea Velázquez, F. (2015). La Iglesia Católica en México: en la arena política. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 41(165) Disponible en línea: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/49518/44556>

⁸⁴ Blancarte, R., (1991) El poder salinismo e Iglesia Católica : una nueva convivencia?, Grijalbo, Mexico.

descontento generalizado en los años 80 y pasó a verse posteriormente beneficiado por el partido en el poder, ya que los presidentes neoliberales de los 80 y 90, entendieron rápidamente la necesidad de transformar ese enemigo sagrado en provechoso aliado cuyo fin era el de consolidar el poder vacilante y garantizar el éxito de las impopulares reformas macroeconómicas neoliberales.

Esta alianza culminó con las reformas de la constitución en 1992, reformas abanderadas por el presidente Carlos Salinas de Gortari, las cuales debilitaron las restricciones impuestas a la Iglesia desde 1917. Así, la Iglesia retomó gradualmente un papel central en la política, en la educación y en los grandes debates sociales. El papa Juan Pablo II efectuó dos visitas oficiales a México durante estos años que consolidaron sin duda la reemergencia de la Iglesia como órgano central de la sociedad mexicana. También se consagró la nueva relación de mutuo beneficio entre el Estado mexicano y la Iglesia, beneficio formalizado en los cambios constitucionales de 1992 y en el apoyo tácito del clero a las reformas neoliberales más drásticas de la historia mexicana.

Según la autora Yesica Yolanda Rangel Flores⁸⁵, podemos analizar la evolución de la respuesta institucional a la epidemia de acuerdo con los sexenios presidenciales, debido a que las herramientas de control, de prevención y de educación mantuvieron un vínculo estrecho con la corriente ideológica del partido en el poder, de sus relaciones con la Iglesia, de su nivel de implicación en la educación y del papel confiado a las organizaciones civiles.

Las circunstancias políticas particulares de esta época permitieron a la Iglesia retomar una postura de confianza y un peso importante en el debate en torno a la epidemia de VIH/SIDA, de esta manera impulsar activamente sus posturas conservadoras, intransigentes y carentes de sustento científico, tal como la oposición completa al condón y a la educación sexual en ámbito escolar.

Desde los primeros años de la epidemia, la comunidad eclesiástica adoptó un enfoque crítico y agresivo hacia las comunidades afectadas y contribuyó de manera activa al estigma social, al rechazo, a la discriminación y a la normalización del discurso de odio hacia la población LGBT.

En agosto de 1984, el nuncio apostólico del Vaticano en México, Girolamo Prigione, definió la postura de la Iglesia mexicana con la afirmación en uno de sus discursos acerca de que el SIDA era un castigo divino: «*La naturaleza toma venganza y esto es la prueba evidente, no se puede justificar el vicio, y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que sanciona la Iglesia*»⁸⁶.

En 1986, en plena crisis de VIH/SIDA el papa Juan Pablo II, asistido del cardenal Ratzinger, prefecto de la Congregación para la Doctrina de la fe y futuro papa Benedicto XVI, elabora

⁸⁵ Rangel Flores, Y. Y. (2015). VIH / sida en México: De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos. Revista Del Colegio de San Luis, 200–219. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rcsl/v5n9/1665-899X-rcsl-5-09-00200.pdf>

⁸⁶ Ibid, p. 202

desde el Vaticano su *Carta a los obispos de la Iglesia católica sobre la atención pastoral a las personas homosexuales*⁸⁷.

Según el periodista mexicano Rafael Gandhi Magaña Moreno, esta carta fue la de mayor influencia para la normalización de la homofobia en la iglesia católica⁸⁸.

En dicha carta, la cual se puede consultar todavía en el portal web del Vaticano, la Iglesia consolida su visión del homosexual como enemigo de la Iglesia, de la sociedad y de la vida misma. Con un vocabulario perfectamente escogido, el Vaticano construye y refuerza la idea de una guerra, en el marco de la cual cualquier momento de descuido puede llevar a consecuencias abominables para la sociedad y el proyecto sagrado. Se pueden identificar algunos ejes en el discurso mediante un breve análisis:

a) La idea del mal, del desorden y de la inmoralidad personificado por la persona homosexual:

«[...] la particular inclinación de la persona homosexual, aunque en sí no sea pecado, constituye sin embargo una tendencia, más o menos fuerte, hacia un comportamiento intrínsecamente malo desde el punto de vista moral. Por este motivo la inclinación misma debe ser considerada como objetivamente desordenada.

[...] el comportamiento homosexual como un ejemplo de la ceguera en la que ha caído la humanidad. Suplantando la armonía originaria entre el Creador y las creaturas, la grave desviación de la idolatría ha conducido a toda suerte de excesos en el campo moral.

[...] en continuidad perfecta con la enseñanza bíblica, en el catálogo de aquellos que obran en forma contraria a la sana doctrina, vienen explícitamente mencionados como pecadores aquellos que efectúan actos homosexuales.

[...] Por consiguiente, una persona que se comporta de manera homosexual obra inmoralmente.

[...] pero cuando se empeñan en una actividad homosexual refuerzan dentro de ellas una inclinación sexual desordenada, en sí misma caracterizada por la auto-complacencia.

[...] ni la Iglesia, ni la sociedad en su conjunto deberían luego sorprenderse si también ganan terreno otras opiniones y prácticas torcidas y si aumentan los comportamientos irracionales y violentos».

b) La idea de una conspiración y de fuerzas oscuras que obran por la destrucción de la Iglesia:

⁸⁷ Disponible en línea:

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19861001_homo_sexual-persons_sp.html Consultado el 15 de enero 2018

⁸⁸ Magaña Moreno, Rafael Gandhi, “Las políticas de la iglesia católica hacia los homosexuales”, en La Cuestión del odio de Héctor Domínguez Ruvalcaba. Ed. Universidad Veracruzana, 2015, Xalapa.

«[...] en la actualidad un número cada vez más grande de personas, aun dentro de la Iglesia, ejercen una fortísima presión para llevarla a aceptar la condición homosexual, como si no fuera desordenada, y a legitimar los actos homosexuales. Quienes dentro de la comunidad de fe incitan en esta dirección tienen a menudo estrechos vínculos con los que obran fuera de ella. Ahora bien, estos grupos externos se mueven por una visión opuesta a la verdad sobre la persona humana.

[...] Aunque la práctica de la homosexualidad amenace seriamente la vida y el bienestar de un gran número de personas, los partidarios de esta tendencia no desisten de sus acciones y se niegan a tomar en consideración las proporciones del riesgo allí implicado».

c) La defensa de la familia y de los niños frente al enemigo homosexual:

«[...] Ella (la Iglesia) se preocupa sinceramente también de muchísimas personas que no se sienten representadas por los movimientos pro-homosexuales y de aquellos que podrían estar tentados a creer en su engañosa propaganda.

[...] La Iglesia es consciente de que la opinión, según la cual la actividad homosexual sería equivalente, o por lo menos igualmente aceptable, cuanto la expresión sexual del amor conyugal tiene una incidencia directa sobre la concepción que la sociedad tiene acerca de la naturaleza y de los derechos de la familia, poniéndolos seriamente en peligro».

d) Un llamado a la castidad y una demonización de la actividad sexual sin procreación:

«[...] Las personas homosexuales, como los demás cristianos, están llamadas a vivir la castidad».

e) Un llamado a oponerse a las modificaciones legislativas y civiles que reconocen los derechos de la comunidad homosexual:

«[...] La Iglesia no puede dejar de preocuparse de todo esto y por consiguiente mantiene firme su clara posición al respecto, que no puede ser modificada por la presión de la legislación civil o de la moda del momento.

[...] Se deberá retirar todo apoyo a cualquier organización que busque subvertir la enseñanza de la Iglesia, que sea ambigua respecto a ella o que la descuide completamente. Un apoyo en este sentido, o aún su apariencia, puede dar origen a graves malentendidos.

[...] Al evaluar eventuales proyectos legislativos, se deberá poner en primer plano el empeño de defender y promover la vida de la familia.

[...] cuando se introduce una legislación civil para proteger un comportamiento al cual ninguno puede reivindicar derecho».

Como podemos ver en esta carta, la Iglesia toma una postura clara y legítima del discurso y actos de odio hacia la comunidad LGBT, así como por una asociación directa hacia las personas afectadas por la grave crisis de salud de los años 80. La enfermedad venía, según la Iglesia, a comprobar su visión social y la debida condena tanto de la homosexualidad como de la liberalización del placer sexual. En México y en la mayoría de las naciones afectadas, esta visión se plasmó en el discurso político y mediático, en la presentación del

estereotipo del enfermo que había merecido su destino trágico por sus «elecciones y estilo de vida».

La prensa amarillista en México ayudó a cristalizar los miedos, los prejuicios y los rumores sobre los métodos de contagio, además sobrexponer a las poblaciones afectadas. Este clima general de ignorancia y de odio marcó a la sociedad mexicana, facilitado por la ausencia de educación sexual eficiente y el bajo nivel educativo.

El activista Max Mejía compiló unos títulos de la prensa mexicana de 1985 para pintar un retrato fiel de la grave situación de discriminación que vivía la comunidad LGBT y las personas afectadas por el VIH/SIDA. Esas expresiones confirman que existía en la creencia popular un vínculo entre la homosexualidad y la epidemia:

«“Norteamérica es la capital del sida”; “los homosexuales son sus víctimas comprobadas”; “plaga gay”; “la peste viaja en satélite”; “que la peste está entre nosotros”; “el sida es una venganza de la naturaleza”. “Cunde el sida”; “Los mujercitos esparcen la peste”; “La plaga bíblica sobre los afeminados”; “Dios sacude a Sodoma”. “¡Sidosos violan niños!”; “Sangre con sida”; “Repudio mundial a homosexuales”; “Razzia de gays”; “Sexo, vicio, muerte”; “Sida vs. Amor”; “¡Vaya suerte de lilos!”; “Los homosexuales se reproducen sin temor al contagio del sida”; “Prejuicios y pánico aíslan a los sidosos”; “Contra el sida sólo fidelidad y abstinencia”; “Gays y lesbianas son curables”»⁸⁹.

Por su parte, el escritor mexicano Carlos Monsiváis señalaba en su ensayo *Las plagas y el amarillismo. Notas sobre el sida en México*, un panfleto distribuido en la Ciudad de México en 1987 que decía lo siguiente:

«Atención, cuídese de contraer el mal “sida”. El que lo transmite y contagia en un 100 % es todo hombre homosexual, operados, maricones o bisexuales. ¡Aíslese de estas personas! No use el mismo sanitario, no hable cerca de ellos, se recomienda que los sanitarios sean aseados tres a cuatro veces al día por ellos mismos, para evitar que otras personas se contagien al limpiar los sanitarios [sic]»⁹⁰.

Como lo mencionó la escritora Susan Sontag en *el Sida y sus metáforas*, para las personas diagnosticadas de SIDA, la vergüenza iba acompañada de una atribución de culpa, de un mal merecido, una concepción punitiva, no solamente por un exceso de sexo, sino por la perversión misma del acto sexual y por la asociación con una comunidad marginada y aborrecida:

«La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta para los vecinos, los compañeros de trabajo, la familia, los amigos. También confirma una identidad determinada y, dentro del grupo de riesgo norteamericano más seriamente tocado al

⁸⁹ CONAPRED, Arellano, L. M. (2008). Estigma y discriminación a personas con VIH. P, 16 Disponible en línea: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/C-05-A.pdf

⁹⁰ *Idem*, p. 17

principio, el de los varones homosexuales, ha servido para crear un espíritu comunitario y ha sido una vivencia que aisló a los enfermos y los expuso al vejamen y la persecución»⁹¹.

Según los datos compilados por la Encuesta Nacional sobre Discriminación del *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación* en 2011, 36 % de la población mexicana no estaría dispuesta a que en su domicilio viviera alguien con VIH/SIDA⁹².

Adicionalmente, un estudio publicado por el instituto de Salud Pública de México en 2006 determinó que casi 25 % de los proveedores de salud creía que la homosexualidad era la causa del VIH/SIDA. Dos de cada tres opinaban que la prueba de VIH debería ser obligatoria para los hombres que tienen sexo con hombres, y más de 85 % creía lo mismo en relación con las trabajadoras sexuales⁹³. Estos datos confirman que México debe todavía trabajar arduamente para lograr derrumbar los prejuicios y actitudes que pueden llevar a violaciones serias de derechos fundamentales.

¿Cuáles son las acciones que tomó el gobierno de México en las últimas décadas para garantizar los derechos humanos de las personas afectadas y para disminuir la discriminación y el estigma vinculados a esa enfermedad? A continuación analizamos algunas de esas medidas:

Leyes y políticas de no discriminación

Derechos constitucionales y disposiciones penales

El derecho a la no discriminación, el respeto de los derechos individuales y la conformidad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos por parte del Gobierno mexicano, se definen en el artículo primero de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos⁹⁴, el cual estipula actualmente lo siguiente:

«Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la

⁹¹ Sontag, S. (2003). La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas. (Taurus Pensamiento, Ed.). Buenos Aires: Impresiones Sud América SA. Disponible en línea: http://books.google.es/books?id=mSLOW_xS79QC p.54

⁹² Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], (2011). Encuesta Nacional de Discriminación: Resultados generales. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>

⁹³ Infante, César, Ángel Zarco, Silvia Cuadra, Ken Morrison, Martha Caballero, Mario Bronfman y Carlos Magis, (2006). “El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México”. *Salud Pública en México* 48 (2): 141-150.

⁹⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf

dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas».

La versión actual de este artículo es el fruto de reformas adoptadas en 2001, 2006 y 2011. Efectivamente, este párrafo fue agregado y posteriormente modificado para ampliar la inclusión de derechos previamente indefinidos por la Constitución.

Las reformas constitucionales de 2011 fueron las más importantes y tuvieron como objetivo a armonización de la carta magna mexicana con las obligaciones internacionales:

«Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia».

El Estado federal introdujo también la obligación de acción en materia de promoción y protección de estos derechos:

«Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad».

E incorporó la idea de reparación y de sanción en el caso de violación de los mismos:

«El Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley».

Antes del año 2001, el artículo primero de la Constitución se limitaba a un reconocimiento ambiguo de los derechos otorgados por el texto constitucional para todos los ciudadanos de la siguiente manera:

«En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece».

El artículo cuarto de la Constitución, el cual fue agregado en 1983, establece la protección de la salud como un derecho y estipula lo siguiente:

«Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución».

Así, podemos afirmar que el Estado mexicano ha incorporado durante los últimos años cambios drásticos en su texto fundamental para reconocer, ampliar y garantizar los derechos de sus ciudadanos y residentes.

El Código Penal Federal⁹⁵ viene a complementar la Constitución con la definición de las sanciones aplicables en los casos de violaciones de estos derechos. En el Libro segundo,

⁹⁵ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Código Penal Federal, Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_120419.pdf

título tercero bis, intitulado *Delitos contra la dignidad de las personas*, el artículo 149 establece lo siguiente:

«Se aplicará sanción de uno a tres años de prisión o de ciento cincuenta a trescientos días de trabajo a favor de la comunidad y hasta doscientos días multa al que por razones de origen o pertenencia étnica o nacional, raza, color de piel, lengua, género, sexo, preferencia sexual, edad, estado civil, origen nacional o social, condición social o económica, condición de salud, embarazo, opiniones políticas o de cualquier otra índole atente contra la dignidad humana o anule o menoscabe los derechos y libertades de las personas mediante la realización de cualquiera de las siguientes conductas:

I. Niegue a una persona un servicio o una prestación a la que tenga derecho;

II. Niegue o restrinja derechos laborales, principalmente por razón de género o embarazo; o limite un servicio de salud, principalmente a la mujer en relación con el embarazo; o

III. Niegue o restrinja derechos educativos».

Leyes federales

Las leyes de ámbito federal definen los derechos introducidos por la constitución y elaboran las directivas generales para guiar a las autoridades y al público hacia un respeto de estos derechos.

En 2003, durante el Gobierno del presidente Vicente Fox Quesada, se adoptó La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación⁹⁶ Esta ley complementa el artículo primero de la Constitución y define claramente por primera vez las obligaciones del Estado hacia sus ciudadanos. Fue ampliada en 2014 para incorporar y detallar derechos adicionales.

La ley tiene una vocación amplia y busca prevenir y eliminar toda forma de discriminación con la finalidad de asegurar la igualdad real de trato y de oportunidades. El Estado mexicano reconoce qué acciones deben ser tomadas para convertir esos derechos legislativos en derechos reales. Este proceso pasa por la identificación y posterior eliminación de cualquier obstáculo ante la igualdad. El Estado reconoce que la igualdad de trato y la eliminación de los factores de discriminación son criterios básicos para asegurar el desarrollo máximo de cada ciudadano en la vida social, cultural y económica y política del país.

Algunos artículos del capítulo segundo de esta ley son particularmente importantes para la gente de la comunidad LGBT y para los que padecen de VIH/SIDA. Podemos reagrupar algunos de estos artículos en categorías pertinentes para nuestro análisis. Estos artículos mencionan algunos comportamientos y situaciones consideradas como discriminatorias para efectos legislativos y legales:

⁹⁶ Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación, Disponible en línea:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

Derecho a la información y educación sexual:

II. Establecer contenidos, métodos o instrumentos pedagógicos en que se asignen papeles contrarios a la igualdad o que difundan una condición de subordinación;

VI. Negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;

Derecho a la salud, a la privacidad y a la dignidad en materia de VIH/SIDA

VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;

XX. Impedir el acceso a la seguridad social y a sus beneficios o establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos, salvo en los casos que la ley así lo disponga;

XXI. Limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea;

XXXI. Difundir sin consentimiento de la persona agraviada información sobre su condición de salud;

XXXII. Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA;

Derechos de la diversidad sexual y de género

XIV. Impedir la libre elección de cónyuge o pareja;

XXVII. Incitar al odio, violencia, rechazo, burla, injuria, persecución o la exclusión;

XXVIII. Realizar o promover violencia física, sexual, o psicológica, patrimonial o económica por la edad, género, discapacidad, apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual, o por cualquier otro motivo de discriminación;

Para eliminar estas discriminaciones en la sociedad mexicana, el gobierno federal sugiere en esta ley estrategias de inclusión, de sensibilización, de nivelación, acciones afirmativas y la adopción de políticas públicas y medidas de capacitación para el personal de los órganos públicos y civiles. Los órganos públicos deben ser los motores del cambio social e institucional.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)

Para consolidar estas estrategias, se creó el *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación*. Este consejo debe confirmar la adopción de las medidas mencionadas por la ley y asegurar que cualquier cambio o adopción de legislación federal se haga en acuerdo con medidas para prevenir, disminuir y eliminar la discriminación hacia grupos vulnerables.

El consejo es también responsable de la recepción de las quejas, de las investigaciones de estos hechos y de las conclusiones que deben llevar a medidas de corrección y de reparación hacia las personas o colectivos vulnerados.

El número de quejas ha aumentado de manera sustancial durante los últimos años, resultado que podría deberse a un mejor conocimiento de esta institución por parte del público mexicano y de una voluntad creciente de hacer valer sus derechos frente a la discriminación.

La persona agraviada no necesita contratar un abogado para depositar una queja, pues la mayoría de los casos se resuelven mediante una mediación entre la persona discriminada y la entidad discriminatoria. La queja puede presentarse de manera presencial o virtual (internet, correo electrónico, fax o correo). Los acuerdos entre las partes se alcanzan mediante un proceso mediado por la CONAPRED. Las resoluciones institucionales son normalmente acompañadas de recomendaciones y acciones obligatorias con el fin de corregir situaciones de discriminación sistémica en las operaciones de entes u organizaciones culposas.

La CONAPRED ha emitido a lo largo de sus años de existencia algunas resoluciones con carácter decisivo para los derechos a la dignidad de las personas que viven con el VIH. La resolución por disposición 01/05, es probablemente la más famosa. En este proceso de queja, la CONAPRED concluyó que la Secretaría de la Marina, había despedido de manera injustificada a un integrante de sus fuerzas por su estado serológico. La secretaria consideraba que la parte demandante resultaba no apta para servir a su país debido a su estado de salud, a pesar de que estuviera en tratamiento y con condiciones físicas similares a sus compañeros. En su resolución, la CONAPRED obligó a la Marina de México a recontratar al individuo, a darle un seguimiento médico adecuado y a impartir cursos de sensibilización de la enfermedad para su personal. Esta resolución estableció un precedente importante para los derechos de las personas seropositivas en material laboral y dejó claro que las empresas u órganos oficiales no pueden despedir un individuo por su estado serológico. De esta manera, se confirmaron de manera eficaz los derechos a la salud, al trabajo y a la no discriminación.

En sus resoluciones por disposición 3/2012 y 7/15, la CONAPRED determinó respectivamente que la Comisión Federal de Electricidad y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) habían discriminado a personas seropositivas al pedir una prueba de VIH como requisito de contratación. Estas resoluciones confirmaron el derecho a no ser discriminado por la condición de salud y reiteraron las obligaciones de las instituciones del Estado mexicano en cuanto a la promoción, la protección, el respeto y la garantía de los derechos humanos de las personas, reconocidos por la Constitución y en los Tratados internacionales ratificados.

Entre 2011 y septiembre de 2017, la CONAPRED investigó 334 casos de presuntos actos de discriminación hacia personas que padecen del VIH/SIDA. De estas quejas, 64 % fue contra particulares. El 36 % restante, fue contra servidores públicos⁹⁷.

⁹⁷ CONAPRED. (2017). Ficha temática: Personas que viven con el VIH. Disponible en línea: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha_VIH.pdf p. 3

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010

La Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana⁹⁸, publicada en 1993 y posteriormente modificada en el 2010, es un texto de ley que establece normas en cuanto al manejo de la epidemia en el marco del Sistema Nacional de Salud, tomando en cuenta los derechos a la salud, a la privacidad y a la no discriminación de las personas que viven con VIH.

El texto es el fruto de una colaboración y de una conversación extensa entre instituciones gubernamentales y organismos de la sociedad civil. El cambio radical que representa la última versión de esta norma, en materia de comprensión del VIH y de estrategia para combatirlo, se debe probablemente a la multiplicación de las organizaciones civiles formales en favor de los derechos LGBT y a la formalización de su acción colectiva⁹⁹. Probablemente, los cambios en materia de derechos LGBT y de VIH/SIDA fueron impulsados desde la capital del país, centro económico, político y cultural, en el cual las organizaciones de defensa de derechos se aliaron a una administración de izquierda progresista (Partido Revolucionario Democrático) para adoptar leyes locales que rompieron el *statu quo* nacional¹⁰⁰. Una vez iniciado el cambio en la Ciudad de México, la corte suprema confirmó en una serie de juicios y decisiones la supremacía de los derechos fundamentales y motivó el gobierno federal a reconocer y adoptar modificaciones legislativas.

Este texto reconoce la necesidad de una estrategia global e integral de prevención, de tratamiento y una eliminación de los obstáculos que impiden a las personas afectadas desarrollarse como individuos plenos. Para lograrlo, acciones concertadas entre los actores políticos federales, locales y comunitarios deben implantarse.

La norma identifica de manera clara los vínculos directos entre factores socioeconómicos y vulnerabilidad ante el VIH. Así, en la introducción de esta norma, se estipula lo siguiente:

«En México, como en la mayoría de los países en desarrollo, la distribución desigual de ingresos, la migración de hombres y mujeres, la falta de empleo y de oportunidades de vida, el estigma, la discriminación, la homofobia, la inequidad de género y la falta de educación sexual, entre otros factores, aumentan la vulnerabilidad de la población para contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)»¹⁰¹.

⁹⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Disponible en línea:

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>

⁹⁹ López, J. A. (2017). Los derechos LGBT en México: Acción colectiva a nivel subnacional. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y Del Caribe*, 104(104), 69–88.

¹⁰⁰ De la Dehesa, R. (2015). Incursiones queer en la esfera pública, Movimientos por los derechos sexuales en México y Brasil. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. Disponible en línea:

<https://sxpolitics.org/es/incursiones-queer-en-la-esfera-publica-movimientos-por-los-derechos-sexuales-en-mexico-y-brasil-2/3044>

¹⁰¹ *Idem* p.2

Además de procedimientos y protocolos específicos para orientar a los profesionales de salud, la norma detalla tres grandes ejes de acción: las medidas de prevención del VIH y promoción de la salud, las medidas de control y los protocolos de investigación.

a) Medidas de prevención

«Las acciones de prevención con relación al VIH/SIDA, así como las de promoción de la salud deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas. Las medidas para la prevención y el control del VIH/SIDA nunca serán coercitivas».

En esta sección se elaboran las medidas de prevención y de educación que deben adoptar los diferentes niveles de gobierno, en colaboración estrecha con la Secretaría de la Salud y la Secretaría de educación.

La prevención debe pasar por la promoción del sexo seguro y por campañas de información sobre las prácticas de riesgo con el objetivo de fomentar una cultura de autocuidado, especialmente en los grupos más afectados y vulnerables. Esas medidas tienen como objetivo educar a la población, facilitar la detección temprana de nuevos casos de VIH/SIDA y orientar a las comunidades hacia los servicios médicos y clínicos existentes.

Esta sección de la norma afirma que la educación de la población debe empezar por programas de educación sexual desde la escuela primaria, programas concertados con el sector de educación y sostenidos también por los medios de comunicación. Estos programas tienen como finalidad definir las prácticas sexuales seguras, abordar el tema del VIH con objetividad científica para así disminuir el estigma, los prejuicios, la información errónea y los riesgos.

La diseminación de información sobre los servicios pasa por la promoción de la prueba de VIH en diferentes sectores de salud (mujeres embarazadas, homosexuales, entre otros), la oferta de la profilaxis postexposición para personas con prácticas de riesgo (sexo sin protección o bajo coerción), y la promoción de los servicios públicos de tratamiento y de seguimiento médico para las poblaciones afectadas (tratamiento antirretroviral y consejería psicológica).

Se hace hincapié en las responsabilidades cruciales del personal de salud con respecto a la diseminación de información veraz, en la adopción de acciones que garanticen el bienestar y los derechos humanos de las personas afectadas y en la promoción de los mecanismos de quejas disponibles en caso de violación de estos derechos.

b) Medidas de control

«Deben basarse en el respeto a la dignidad y los derechos humanos, en especial al respeto a la protección de la salud, al derecho a la igualdad, la del resultado y el derecho a la no discriminación y deben ser respetados y promoverse entre el personal que labora en las

instituciones de salud, por lo tanto, las medidas de control de las personas que viven con VIH/SIDA nunca serán coercitivas»¹⁰².

En esta sección de la norma se detallan directivas claras en cuanto a la manera de conducir una prueba de VIH. Se hace hincapié en el carácter profesional y confidencial del asunto y sobre la necesidad de acompañamiento del paciente con consejería y apoyo emocional antes, durante y después de la prueba, aunque el resultado sea negativo o positivo. La prueba debe ser reforzada por consejos de autocuidado y referencia a servicios pertinentes y conexos, de acuerdo con el perfil del paciente.

El carácter confidencial de la prueba, del diagnóstico, de la notificación, del expediente y del seguimiento médico se estipula claramente. Se menciona que la prueba nunca puede ser coercitiva y que nadie puede pedirla sin el consentimiento claro e informado del interesado. El diagnóstico y el expediente de un paciente no pueden ser compartidos con otra institución o individuo sin el consentimiento del interesado, lo que confirma de manera evidente la ilegalidad de algunas prácticas comunes en el ámbito laboral.

El personal médico debe proporcionar servicios a la población afectada de manera confidencial y discreta, sin prejuicios o actitudes discriminatorias. Debe informar al paciente de sus derechos, de los servicios disponibles (tratamiento profiláctico, vacunación, consejería psicológica, detección de tuberculosis) y asegurar un tratamiento sin interrupción mediante la disponibilidad continua de fármacos.

La norma asigna también responsabilidad a las instituciones de salud en cuanto a la capacitación y actualización continua de su personal, para que puedan proporcionar servicios médicos adecuados y conformes a los avances científicos y al respeto fundamental de los derechos y de la dignidad del paciente, de acuerdo con las leyes mexicanas y los convenios internacionales.

c) Protocolos de investigación

En esta corta sección se indica que las actividades de investigación en materia de VIH/SIDA en México deben hacerse de acuerdo con principios de bioética y con el respeto de los derechos humanos, con el fin de prevenir y controlar la epidemia.

Los resultados de las investigaciones deben tener como objetivo el mejoramiento continuo de las prácticas y protocolos relacionados a la enfermedad y deben ajustarse a la normatividad de buenas prácticas internacionales.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos

En 1990, por decreto presidencial se estableció la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, órgano inicialmente supervisado por la Secretaría de Gobernación. Entre 1992 y 1999, algunas reformas permitieron a esta comisión transformarse en una entidad propia, autónoma e independiente de los demás poderes federales.

¹⁰² *Idem*, p.13

Actualmente, la CNDH tiene como objetivo la promoción de los derechos humanos, la evaluación de la conformidad de las instituciones federales en materia de respeto a los derechos humanos, y la investigación acerca de posibles abusos y violaciones de esos derechos por parte de servidores públicos y entidades federales.

La estructura de la CNDH se replica a nivel estatal, así cada estado de la República tiene un organismo similar y propio, cuyo objetivo se enfoca en el respeto de los derechos humanos de los ciudadanos en el ámbito estatal.

De la misma manera que la CONAPRED, la CNDH investiga y emite recomendaciones al fin de corregir problemas institucionales, estructurales y sistemáticos de violación de los derechos humanos. Sin embargo, se limita a recibir quejas acerca de entidades o servidores públicos federales. Sus conclusiones no son vinculantes, pero conllevan generalmente a cambios legislativos o a modificaciones importantes en los funcionamientos de las instituciones federales.

La CNDH recomienda y supervisa también la adopción y el seguimiento de los convenios y normativas internacionales ratificadas por México en materia de derechos humanos.

Los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA forman uno de los programas de atención y de trabajo de la comisión a nivel federal. En su cartilla de los *Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida*¹⁰³ la CNDH reconoce que la crisis de VIH/SIDA no es solamente una crisis sanitaria sino también una crisis en cuanto al respeto de los derechos humanos y la dignidad de la persona. El organismo afirma que la discriminación lleva a algunas poblaciones tradicionalmente marginadas a niveles superiores de vulnerabilidad y de exposición frente a la enfermedad, y obstaculiza la detección y el seguimiento de las personas afectadas. La Comisión considera que una estrategia de salud exitosa en materia de VIH debe imperativamente colocar la cuestión de los derechos humanos en un lugar central.

La CNDH ha emitido a lo largo de sus años de existencia numerosos pronunciamientos y conclusiones sobre violaciones de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA. Esos reportes han permitido identificar deficiencias importantes en organismos federales, como el sistema carcelario, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) o dentro del sector de Defensa Nacional.

Sin embargo, el carácter no vinculante de sus recomendaciones lleva también a la repetición frecuente de estas violaciones por parte de las mismas organizaciones. La presencia seguida del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) del lado de los acusados nos conmina a suponer que existen deficiencias serias en sus protocolos de atención a los grupos afectados por el VIH/SIDA, así como que las recomendaciones emitidas por la CNDH no son aplicadas o consideradas con la seriedad que conllevan.

¹⁰³Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Derechos humanos de las personas que viven con VIH*, 2018, Disponible en línea: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/42-DH-VIH-SIDA.pdf>

Entrada a México y restricciones de residencia

A diferencia de los Estados Unidos de América, México nunca ha impedido la entrada o la residencia de individuos sobre su territorio por motivos serológicos. La obtención de un visado o de un permiso de residencia temporal o permanente no es sujeta a criterios de salud o exámenes de condición física.

Consecuentemente, el gobierno de México reconoce sus funciones y deberes en cuanto a la protección de los derechos humanos de cualquier individuo que se encuentre en su territorio. Las leyes de no discriminación y los derechos previstos por la Constitución se aplican de manera amplia e igual para todas las personas en el territorio nacional, sin diferencias basadas en origen étnico o nacionalidad. Por lo tanto, los derechos fundamentales de los migrantes son garantizados sin consideración especial por su condición jurídica o migratoria.

El artículo primero de la Constitución establece la base de esa igualdad de derechos:

«Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece».

De manera consecuente, cualquier extranjero en territorio nacional puede tener acceso a servicios de salud y al tratamiento antirretroviral. El tipo de servicio y la institución de atención dependerán de algunos factores, de acuerdo con las pautas establecidas para la población general.

Resulta interesante notar que, en 2017, después de un largo proceso administrativo, México acordó el estatuto de refugiado a un joven venezolano con VIH por motivos de violaciones serias a sus derechos de salud, ya que, en su país de origen, la crisis económica y las deficiencias de los servicios de salud lo condenaban a una muerte a corto plazo¹⁰⁴.

Criminalización de la transmisión y/o exposición

Al igual que en Estados Unidos de América y en diferentes países del mundo, México necesita actualizar sus códigos penales y administrativos para eliminar la criminalización de la gente que vive con el VIH.

En México, 30 de 32 Estados de la República cuentan con leyes vigentes que sancionan en el ámbito penal o administrativo la transmisión o peligro de transmisión del VIH y de otras enfermedades sexualmente transmisibles. Se estima que, en los últimos años, más de 40 personas han sido acusadas en procedimientos penales por el *delito de peligro de contagio* y

¹⁰⁴ Amnistía internacional, Cómo un venezolano que vive con el VIH podría cambiar la forma en que México trata a las personas refugiadas, Disponible en línea:

<https://www.amnesty.org/es/latest/news/2017/12/how-a-venezuelan-living-with-hiv-could-change-the-way-mexico-deals-with-refugees/>

eso sin pruebas conclusivas sobre la responsabilidad misma de la persona, sin contagio confirmado y sin confirmación del nivel real de riesgos de transmisión.

Estas leyes son contraproducentes y se encuentran fuera de sintonía con respecto a las recomendaciones de las organizaciones internacionales de salud. Favorecen una perspectiva negativa de las personas que viven con el virus y propician un ámbito social de discriminación, miedo y rechazo en un país con desafíos importantes en materia de respeto a los derechos humanos fundamentales.

Durante los últimos años, algunos legisladores estatales intentaron reforzar las leyes de criminalización de transmisión del VIH con penas más severas o con la ampliación de las definiciones de culpabilidad. Estas iniciativas fueron abandonadas o derogadas por recursos interpuestos por la sociedad civil, por grupos de protección de los derechos humanos, por la intervención de la Suprema Corte de Justicia de la nación así como otros organismos federales de vigilancia de los derechos humanos.

Frente a estos ataques recurrentes por parte de legisladores desinformados, numerosas ONG mexicanas en materia de VIH se han unido para crear la *Red Mexicana de organizaciones contra la criminalización del VIH*. El objetivo y la misión de este grupo de trabajo y de defensa de los derechos de las personas con VIH se establecieron en octubre de 2017 en la *Declaratoria mexicana contra la criminalización del VIH*¹⁰⁵. En esta declaración, la red indicó entre otros puntos que la criminalización perjudica los esfuerzos de prevención y detección, al ubicar a una persona con diagnóstico positivo en una postura legal y posiblemente criminal:

«Las formas jurídicas en materia penal que se generan con el delito de “riesgo o peligro de contagio” vulneran a la persona que se presenta para saber su condición de salud al momento de ser notificado como reactivo, ya que se convierte en víctima y victimario del supuesto delito con una pena que va de 3 días hasta 5 años de prisión y una multa de hasta 50 días de salarios mínimos, violentando así, de manera sistemática y permanente, los derechos humanos relacionados a las personas con VIH».

Debido a que estudios recientes han comprobado que una persona con carga viral indetectable no puede transmitir el virus, es necesario reevaluar las leyes que llevan a criminalizar relaciones sexuales con consentimiento y sin riesgo real de transmisión.

La multiplicación de métodos eficientes de protección frente al virus nos obliga a poner en duda la pertinencia y eficiencia de las medidas penales extraordinarias para el sector de la población afectada por el virus. Una protección general de la población mexicana frente al virus debe pasar por la educación, la prevención y el acceso a tratamientos eficientes y dignos, por métodos científicos comprobados y con resultados reales.

¹⁰⁵ Red Mexicana de Organizaciones contra la Criminalización del VIH. (2017). Declaratoria mexicana contra la criminalización del VIH. Disponible en línea https://vihnoescrimenmexico.files.wordpress.com/2017/10/declaratoria_red-mexicana-de-organizaciones-contra-la-criminalizacion-del-vih2.pdf

La eliminación de la criminalización en México ayudaría, sin duda, a favorecer las conversaciones sociales y científicas sobre los diferentes métodos de práctica del sexo seguro. También ayudaría a eliminar el estigma y algunas barreras psicológicas en la población afectada, factores que dificultan la detección temprana y la normalización de la prueba de VIH dentro de un marco de seguimiento médico de rutina.

Restricciones de las uniones civiles

El artículo 98, del Capítulo VII del Título cuarto del Código Civil Federal, estipula que una solicitud de matrimonio civil debe ser acompañada de:

«Un certificado suscrito por un médico titulado que asegure, bajo protesta de decir verdad, que los pretendientes no padecen sífilis, tuberculosis, ni enfermedad alguna crónica e incurable que sea, además, contagiosa y hereditaria»¹⁰⁶.

Por lo tanto, todos los Estados de la República Mexicana a excepción de la Ciudad de México exigen como parte de los requisitos para contraer matrimonio civil la presentación de un estudio de salud reciente certificado por un médico. A pesar de que el Código Federal no define las enfermedades incluidas dentro de la categoría de enfermedades crónicas, los Estados piden generalmente una prueba de VIH. Se considera entonces que un resultado positivo de VIH y/o de sífilis lleva a la nulidad de la solicitud de matrimonio.

No existen estadísticas que nos permiten determinar cuántas solicitudes de matrimonio fueron rechazadas por el hecho de que uno de los dos contrayentes sea portador del VIH. Efectivamente, la legislación resulta ambigua y su aplicación queda a discreción de las autoridades locales del registro civil y de sus criterios administrativos.

Algunas parejas intentaron contestar estas decisiones mediante quejas ante las comisiones de derechos humanos, lo que llevó en todos los casos a procedimientos legales y jurídicos de varios años. La pérdida de privacidad vinculada a un eventual proceso judicial, recurso administrativo o queja, lleva a muchas personas a abandonar la idea del matrimonio, lo que puede tener un efecto pernicioso sobre el acceso a otros tipos de derechos vinculados a una unión oficial (seguros, herencias, derechos de propiedad, entre otros).

Una persona que vive con el VIH debe poder gozar del derecho de unión y del matrimonio, ya que este derecho constituye para muchos la base de una vida familiar legal y reconocida. Efectivamente, el matrimonio conlleva un acceso a otros mecanismos de seguridad social y a disposiciones ofrecidas por instituciones privadas (bancos, créditos, beneficios laborales). El matrimonio es también una protección para la pareja en caso de fallecimiento, uno de los motivos de la reivindicación del matrimonio igualitario por parte de la comunidad LGBT, la cual sufrió sin duda de la ausencia de derechos familiares durante los peores años de la epidemia.

¹⁰⁶ Cámara de Diputados. (2014). Código Civil Federal. *Últimas Reformas DOF*. Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_090318.pdf

Por lo tanto, los Estados de la República Mexicana deberían seguir el ejemplo de la entidad federativa de la Ciudad de México, la cual eliminó el requisito de examen médico para contraer el matrimonio en 2004.

El gobierno federal tiene que fijar una postura clara mediante la modificación del Código Civil Federal y la eliminación de este requisito arcaico, el cual violenta el derecho a una vida familiar y a la protección legal que conlleva la unión civil.

Acceso a tratamiento

El sistema de salud de México no se puede fácilmente catalogar de acuerdo con los parámetros establecidos por la clasificación Rothgang–Wendt¹⁰⁷. Según el análisis de Rothgang y otros investigadores, el sistema de salud mexicano es tripartito. Existe una provisión directa de servicios de salud por parte del gobierno para la población sin seguro, un sistema de seguro social accesible mediante el empleo formal, y un sistema privado poco regularizado accesible mediante seguros privados o pagos directos por parte de los usuarios¹⁰⁸.

Las evaluaciones y comparaciones realizadas por la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)* determinaron en 2017 que 92.3 % de la población en México se beneficiaba de una buena cobertura de salud, una cifra superior al nivel de cobertura de Estados Unidos. México gasta menos per cápita que cualquier otro país del grupo, es decir, alrededor de 1080 dólares estadounidenses per cápita. De esos gastos de salud, alrededor del 40 % se considera como gasto de bolsillo, es decir, un pago hecho directamente por el usuario al proveedor. Esta proporción es también de las más altas del grupo del OCDE, junto con Letonia¹⁰⁹.

La inversión limitada del Estado en materia de salud y la presencia continua de una alta proporción de gastos de bolsillo, tienen una incidencia probable sobre la calidad de los servicios y la posibilidad de acceso de los sectores más marginados de la población a servicios sanitarios en tiempo oportuno. Efectivamente, los gastos de bolsillo pueden constituir barreras importantes para los que no disponen de los medios económicos para pagar los medicamentos prescritos por el médico o para consultar un especialista no disponible en el sector público.

¹⁰⁷ Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>

¹⁰⁸ Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2012). Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach. *TranState Working Papers*, 165. <https://doi.org/ISSN 1861-1176>

¹⁰⁹ OECD. (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Una cobertura inferior al 100 % de la población, a pesar de la existencia de un sistema tripartito, sugiere deficiencias a nivel administrativo. Efectivamente, la provisión pública de servicios de salud mediante el sistema de seguro popular debería teóricamente cubrir la totalidad de las personas que no logran acceder al seguro social (IMSS, ISSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) o al sector privado.

De acuerdo con el análisis completo realizado por la OCDE en 2016:

«[...] el Sistema de Salud de México continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios diferentes y con resultados diferentes. La afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de la persona. Junto con esta inequidad, existen muchas ineficiencias en el sistema. Millones de mexicanos pertenecen a más de un esquema de aseguramiento y muchos millones más, parecían no saber si estaban protegidos por un seguro de salud público cuando fueron encuestados»¹¹⁰.

Actualmente, más de 230.000 personas en México viven con el VIH y se estima que alrededor del 64 % conoce su estado serológico. El seguro popular es el proveedor de salud y de tratamiento para dos sobre tres personas seropositivas, mientras que el Instituto Mexicano de Seguridad Social cubre la casi totalidad del resto.

Una revisión superficial de los datos disponibles permite suponer que los desafíos principales en cuando a VIH en México son la prevención y la detección de los nuevos casos.

La proporción alta de diagnósticos tardíos y las lagunas en los métodos de detección epidemiológica favorecen las infecciones oportunistas, la evolución de la enfermedad hacia el SIDA y una constancia trágica de los casos de fallecimiento año tras año, tal como podemos constatar en la *figura 8*.

¹¹⁰ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en> p.3

Figura 8 – Defunciones por SIDA según año de ocurrencia – México

**Defunciones por Sida según Año de Ocurrencia
México, 1990-2017**

| Año | Número de Defunciones | Tasa* con Nueva Proyección de Población |
|------|-----------------------|---|
| 1990 | 1,503 | 1.73 |
| 1991 | 2,022 | 2.28 |
| 1992 | 2,555 | 2.83 |
| 1993 | 3,164 | 3.45 |
| 1994 | 3,518 | 3.78 |
| 1995 | 4,036 | 4.27 |
| 1996 | 4,373 | 4.56 |
| 1997 | 4,201 | 4.32 |
| 1998 | 4,100 | 4.16 |
| 1999 | 4,204 | 4.22 |
| 2000 | 4,219 | 4.18 |
| 2001 | 4,324 | 4.23 |
| 2002 | 4,479 | 4.33 |
| 2003 | 4,615 | 4.41 |
| 2004 | 4,723 | 4.46 |
| 2005 | 4,654 | 4.34 |
| 2006 | 4,949 | 4.57 |
| 2007 | 5,099 | 4.64 |
| 2008 | 5,189 | 4.66 |
| 2009 | 5,121 | 4.54 |
| 2010 | 4,860 | 4.25 |
| 2011 | 5,043 | 4.36 |
| 2012 | 4,974 | 4.25 |
| 2013 | 4,981 | 4.21 |
| 2014 | 4,811 | 4.02 |
| 2015 | 4,756 | 3.93 |
| 2016 | 4,630 | 3.79 |
| 2017 | 4,720 | 3.82 |

Información oficial INEGI.
* Por 100,000 habitantes.

Sistemas públicos basados sobre la afiliación laboral

El sistema de cobertura pública en México se puede dividir en dos grandes categorías. De un lado están las instituciones cuya afiliación se vincula al empleo formal y a las contribuciones pagadas por el empleador. Las principales instituciones de este sector son:

El Instituto Mexicano de Seguridad Social - IMSS (vinculado al empleo en el sector privado), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado - ISSSTE (vinculado al empleo en la función pública), y las instituciones vinculadas a sectores públicos nacionales especializados tal como Petróleos Mexicanos - PEMEX (industria petrolera nacional), SEMAR (secretaría de la Marina y fuerzas navales), SEDENA (secretaría de la defensa nacional; fuerzas armadas).

Según los datos de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), 39.2 % de la población mexicana es derechohabiente del IMSS, el cual constituye la principal fuente de servicios de salud para los mexicanos que trabajan en el sector laboral formal. El ISSSTE es el proveedor del 7.7 % de la población.

Estos sistemas públicos permiten el acceso a servicios de salud a sus miembros laboralmente activos y bajo reglas propias. La pérdida del puesto de trabajo significa generalmente para el afiliado una baja del sistema de salud, situación que puede seriamente afectar el seguimiento médico de una persona con una enfermedad crónica como el VIH/SIDA.

Por otro lado, las personas sin trabajo formal, sin actividad laboral, jubiladas o los trabajadores autónomos, tienen derecho a afiliarse al seguro popular, un programa sin costo directo y manejado de manera conjunta por los gobiernos federales y estatales. La afiliación requiere un mínimo de datos con el fin de identificar al derechohabiente y garantiza el derecho a un catálogo de servicios básicos, que aseguran un nivel de salud adecuado para una población generalmente desaventajada a nivel económico y social. Según el INEGI, 49,9 % de la población mexicana está afiliada a este esquema de salud, lo cual lo convierte en la principal fuente de servicios de salud del país.

La fragmentación del sistema de salud público en subsistemas complica el seguimiento eficiente de pacientes que migran de un sistema a otro por eventos vinculados a la vida laboral. Esta migración se dificulta por los requerimientos diversos entre los sistemas, por la diferencia en niveles y normas de servicios, y por la ausencia de sinergia y de bases de datos comunes que pudieran facilitar la recuperación del expediente por parte de un nuevo especialista. La fragmentación del sistema mexicano ha sido criticada por la OCDE debido a los efectos negativos para los usuarios y contribuyentes¹¹¹. Efectivamente, a lo largo de sus vidas, un gran porcentaje de mexicanos migra de un sistema a otro producto de cambios en su situación laboral.

Consecuentemente, la OCDE recomendó al Estado mexicano analizar la posibilidad de tener un sistema de registro nacional de pacientes que pudiera ser usado por los diferentes subsistemas, permitiendo la interoperabilidad en caso de migración de un paciente y el seguimiento más adecuado en casos de enfermedad crónicas como el VIH/SIDA. Efectivamente, un paciente no debería ser perjudicado por un cambio de proveedor público y por trámites administrativos que pudieran fácilmente ser gestionados entre las instituciones. El tratamiento no debería ser interrumpido o dificultado por cuestiones burocráticas.

Medicamentos antirretrovirales y fondos de gastos catastróficos.

En 1994, El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue el primer proveedor de salud en México en dar acceso a algunos tratamientos antirretrovirales a sus usuarios. Ese acceso estuvo limitado y no logró alcanzar la totalidad de la población que lo requería debido a su esquema de afiliación restringido al empleo formal.

A pesar de la llegada de las triterapias en 1996, conocidas también como *Tratamientos de Antirretrovirales de Gran Actividad* (TARGA o HAART), pocos fueron los pacientes en México e tener acceso de manera inmediata a estos novedosos medicamentos.

No fue hasta el año 2003, con la introducción de la Ley General de Salud del gobierno del presidente Vicente Fox Quesada que la situación cambió. Las disposiciones de esa nueva ley permitieron el establecimiento de un sistema de protección de salud, el seguro popular para todos los ciudadanos que no tenían acceso a las instituciones existentes.

¹¹¹ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

En el marco de esta ley, se estableció un fideicomiso llamado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), con el fin de proporcionar fondos a los proveedores públicos de salud para cubrir los altos costos de los medicamentos y tratamientos relacionados a diferentes enfermedades y condiciones médicas que pudieran poner en riesgo la vida y las finanzas de las familias mexicanas. Este fondo cubre actualmente un catálogo de servicios vinculados a sesenta y una enfermedades y padecimientos, entre las cuales el tratamiento del VIH/SIDA. El tratamiento del VIH y la compra de los antirretrovirales se incluyeron desde la creación del fondo para garantizar el acceso a los medicamentos a toda la población mexicana afectada, sin importar el tipo de esquema de afiliación. La compra de antirretrovirales para el VIH/Sida representa actualmente una tercera parte de los recursos del FPGC¹¹².

Medicamentos genéricos y patentes

Desde la introducción de los tratamientos antirretrovirales en su catálogo de medicamentos, México al contrario de países como Brasil y Sudáfrica, ha decidido apegarse a los tratados internacionales de comercio y respetar las patentes farmacéuticas vigentes. Estas decisiones se pueden vincular al contexto general de políticas públicas neoliberales de la época, definido por la implementación del *Tratado de Libre Comercio de América del Norte* (TLCAN) en 1994. Manifiestamente, México dio prioridad a los intereses financieros de las farmacéuticas internacionales, cuyas sedes corporativas se establecieron principalmente en su territorio para gestionar el mercado regional Latinoamericano.

Por convenios internacionales, las patentes farmacéuticas tienen vigencia hasta por 20 años, lo cual concede la exclusividad sobre la producción y comercialización del medicamento a la farmacéutica propietaria. Este mecanismo, cuyo objetivo declarado es proteger la inversión inicial vinculada a la investigación y elaboración del medicamento, puede tener impactos serios sobre las posibilidades de supervivencia de las poblaciones afectadas por enfermedades mortales en países de bajos recursos. El mercado de los tratamientos antirretrovirales representa un lucrativo negocio para las empresas propietarias de los patentes, cuyos márgenes de ganancias asociados a los altos precios de esos medicamentos van definitivamente más allá de un recubrimiento de la inversión inicial.

La ausencia de medicamentos genéricos en México ha limitado el alcance de los fondos públicos disponibles, reduciendo la inversión para el tratamiento de otras enfermedades y obligando las instituciones públicas a restringir las modalidades de acceso. El CENSIDA estima que en México se paga hasta seis veces más por los mismos medicamentos antirretrovirales en comparación con otros países de poder adquisitivo similar¹¹³.

¹¹²20 minutos, *Califican como positivo uso de medicamentos genéricos para VIH/Sida*
<https://www.20minutos.com.mx/noticia/448322/0/califican-como-positivo-uso-de-medicamentos-genericos-para-vihsida/#xtor=AD-1&xts=513356>

¹¹³ Ávila, M. H., González, A., Muriel, A., Hitz, G., Juárez, S., José, J., Armijo, C. (2015). Marco Legal, Clínico y Económico en la compra de Antirretrovirales en México. P. X Disponible en línea:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_MARCO_LEGAL_ARV.pdf

El ATRIPLA (Efavirenz / emtricitabina / tenofovir) de la farmacéutica estadounidense GILEAD y comercializada en México por la empresa Stendhal, sigue siendo el medicamento de predilección para el tratamiento de nuevos pacientes con VIH en México. Efectivamente, según estadísticas de CENSIDA, 42,4 % de los pacientes del seguro popular tiene esa formulación como esquema de tratamiento¹¹⁴. El fin de algunas patentes y componentes en 2017 (como el Tenofovir) ha permitido al estado mexicano por primera vez acercarse a alternativas genéricas para reducir los costos asociados a estas compras y consecuentemente liberar fondos para maximizar el acceso, mejorar áreas conexas de seguimiento y comprar otros medicamentos para necesidades y perfiles diferentes.

La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) establece que las instituciones públicas deben organizar un proceso de licitación pública cuando existen productos que se pueden obtener de diferentes proveedores. Las instituciones de seguro social vinculados al empleo formal (IMSS, ISSTE, PEMEX, SEMAR, entre otras) practican desde hace unos años un proceso de compra consolidada que permite realizar ahorros considerables debido a la maximización del poder adquisitivo afianzado. Para la compra consolidada de 2018-19, el IMSS anunció haber realizado ahorros de 167 millones de pesos, lo que constituye una disminución de 20 % de los costos totales¹¹⁵.

El CENSIDA se encarga de la compra y de la distribución de los medicamentos de tratamientos antirretrovirales para el sistema del seguro popular. Por lo tanto, es responsable de cumplir con sus propios mecanismos de compra y distribución, la cual se hace mediante los centros ambulatorios para la prevención y atención en SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS).

La compra consolidada de los sistemas de salud vinculados al empleo tiene también como objetivo analizar de manera más adecuada las cantidades necesarias, de esta manera evitar desabastecimiento de tratamientos antirretrovirales. Desgraciadamente, instituciones como el IMSS y el ISSTE han tenido en los últimos años problemas crónicos de disponibilidad de medicamentos esenciales en algunos de sus puntos de servicio.

Esta preocupante situación puede poner en riesgo el seguimiento del tratamiento de los pacientes y llevar a complicaciones como el desarrollo de una resistencia a algunos fármacos. Adicionalmente, el costo elevado de los medicamentos antirretrovirales y el control exclusivo de las instituciones públicas sobre la distribución impiden al paciente analizar alternativas en caso de un posible desabastecimiento.

En su informe nacional de avances en la respuesta al VIH y SIDA de 2016, el Centro Nacional de prevención y control del VIH y SIDA (CENSIDA) reconoció lo siguiente:

¹¹⁴CENSIDA. (2015). Marco Legal, Clínico y Económico en la compra de antiretrovirales. p. 37

¹¹⁵ IMSS - La competencia por la compra consolidada baja precios en antirretrovirales para VIH <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201811/297> consultado el 2 de diciembre 2018.

«El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección avanzada del VIH, por lo que las interrupciones pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacoresistencia»¹¹⁶.

En el mismo reporte, se estableció que 10 % de los establecimientos de salud del país había tenido problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el año 2015¹¹⁷. Esta situación ha sido denunciada por asociaciones de personas que viven con el VIH como el Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, el cual presentó quejas de manera oficial ante algunos organismos federales de derechos humanos.

Estos datos nos direccionan a cuestionar la logística y la administración de los programas de lucha contra el VIH en México. ¿Habría manera de repensar la atención y el seguimiento médico proporcionado a las personas que viven con VIH? ¿Se podría eliminar la división entre los múltiples sistemas de salud pública al fin de garantizar un acceso igualitario a la salud a todos los ciudadanos, tal como lo estipula el artículo cuarto de la Constitución?

Los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y la Clínica Condesa.

Los CAPASITS son unas unidades de prevención y de tratamiento del VIH y SIDA destinadas a la población que no califica como derechohabiente de las instituciones de seguridad pública vinculada al empleo.

Estos centros se ubican dentro de los perímetros urbanos principales de cada estado y ofrecen una gama de servicios para la población que padece del VIH/SIDA o que busca prevenirlo. Se favorece tanto control como seguimiento de la enfermedad, debido a que se reúnen en un mismo centro diferentes especialistas. Los servicios ofrecidos no tienen costos e incluyen entre otros: consultas con psicólogos, dentistas, nutricionistas, exámenes clínicos y distribución de medicamentos.

Generalmente, los CAPASITS también están integrados por personal especializado en servicios dirigido a los segmentos demográficos afectados por el VIH, entre otros la población LGBT. Por lo tanto, disponen de protocolos que buscan favorecer el trato digno y humano hacia los pacientes, de acuerdo con sus derechos fundamentales y legales.

Estos sitios reflejan una tendencia global que busca ofrecer servicios esenciales de manera holística para garantizar los derechos humanos, favorecer la adherencia a los tratamientos y detectar de manera oportuna complicaciones o necesidades particulares.

La Clínica especializada Condesa (CEC), conocida como Clínica Condesa, es el principal centro dedicado a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA en México. Abrió sus puertas en el año 2000 con una propuesta novedosa: ofrecer por primera vez atención especializada para las personas que vivían con el VIH. La clínica ha sido el fruto de las reivindicaciones

¹¹⁶ Censida. (2016). Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA, 148. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/199665/GARPR_Mx_2016.pdf p. 52

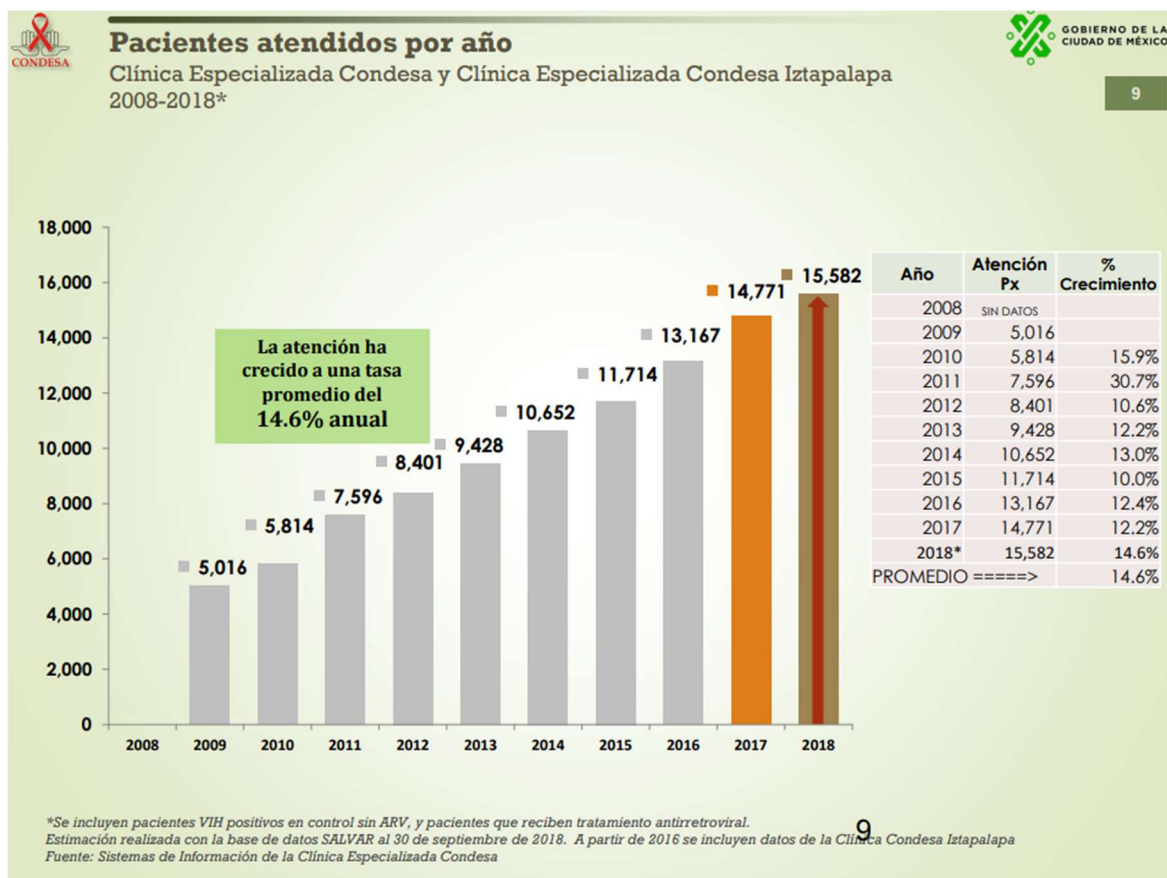
¹¹⁷ *Ídem.*

de la sociedad civil mexicana y del trabajo de algunos profesionales de la salud, como el Dr. Jorge Saavedra. Esta clínica sirvió de base para el desarrollo de los 80 centros CAPASITS con que cuenta actualmente el país.

La Clínica Condesa ofrece servicios de prueba rápida de VIH a cualquier individuo que acude a sus instalaciones, sin importar el régimen de seguro. Los pacientes con un nuevo diagnóstico positivo y una afiliación al seguro popular se integran al sistema de seguimiento de la clínica. Los pacientes que cuentan con otros tipos de seguros públicos son referidos a la institución correspondiente (IMSS, ISSTE, entre otras).

Actualmente, la CEC cuenta con más de 13.000 pacientes y realiza más de 1000 consultas al día (ver figura 9). Su éxito y la concentración de sus servicios han conducido a un elevado punto de saturación, que tiene un impacto negativo sobre las operaciones y la calidad de los servicios brindados. En noviembre de 2018, la CEC informó mediante un comunicado oficial que cualquier nuevo expediente sería automáticamente asignado a su nuevo centro, la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (CECI), inaugurada en 2015 en la zona oriental de la Ciudad de México. Mediante esta decisión, se pretende descentralizar los servicios especializados de VIH/SIDA en la Ciudad de México y aliviar la presión sobre la Clínica Condesa original.

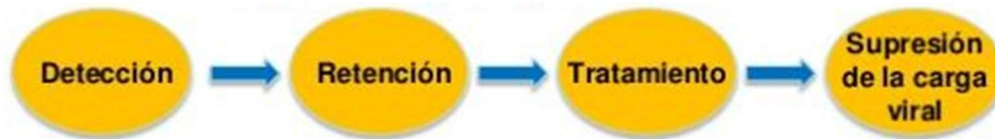
Figura 9 – Pacientes atendidos por año, Clínica Especializada Condesa y Iztapalapa



Los CAPASITS y la Clínica Condesa lograron establecer una red de respuesta esencial frente al problema de VIH/SIDA y otros temas de salud sexual. Sin embargo, la administración de estos centros sumado a factores externos como el financiamiento limitado, no les permite actuar y responder de manera adecuada a las necesidades de los pacientes y les impide tener un papel estratégico en las soluciones nacionales de reducción y prevención del VIH/SIDA. Algunas correcciones y modificaciones administrativas podrían probablemente maximizar el potencial de esta red de clínicas en el marco de la lucha nacional. Para eso, se necesitan decisiones políticas claras y financiamiento adecuado.

La cascada de tratamientos: los diferentes fallos del modelo en México.

Podemos estudiar los diferentes desafíos que tiene México en cuanto a su combate contra la epidemia utilizando el marco de análisis de la cascada de tratamientos, es decir, las etapas lineales que debería seguir el modelo de prevención y de tratamiento, cuyo fin sería el de controlar la epidemia. Estas etapas están fundamentalmente vinculadas a los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA y permiten analizar el progreso hacia estos objetivos así como detectar problemas u oportunidades de mejoras.



El modelo de cascada de tratamientos (*treatment cascade or continuum of care*) fue desarrollado para la ciudad de Washington D.C. por el investigador Alan E. Greenberg y colegas. Posteriormente, este modelo fue aplicado a nivel nacional en Estados Unidos de América, y México lo adoptó por primera vez en 2014.

De acuerdo con cifras del 2018, compiladas por ONUSIDA, podemos ver que México tiene un retraso en las fases de la cascada (*ver figura 10 y 11*). Cada etapa tiene obviamente un impacto sobre la siguiente y sobre el éxito general de la estrategia de combate contra el VIH/SIDA en México. En la primera figura, las cifras se aprecian de acuerdo a la población total de personas que viven con VIH, incluyendo las que no conocen su estado. En la segunda figura, las cifras se analizan sobre la base de la población que conoce su estado.

Figura 10 – Pruebas de VIH y cascada de tratamiento en México¹¹⁸

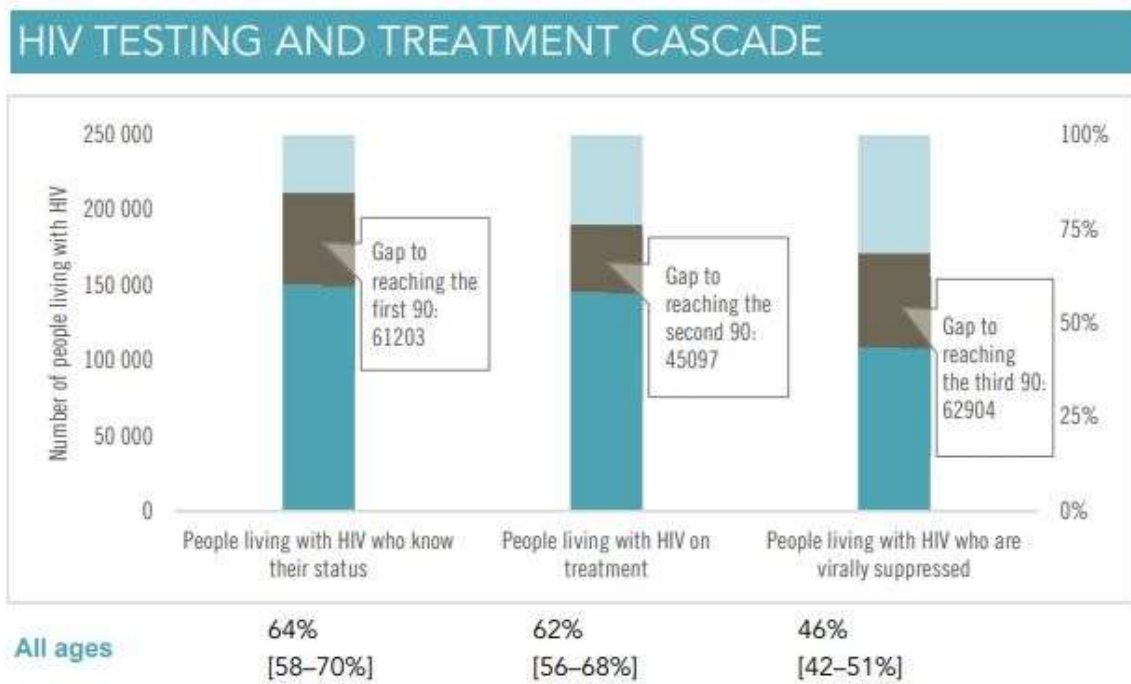
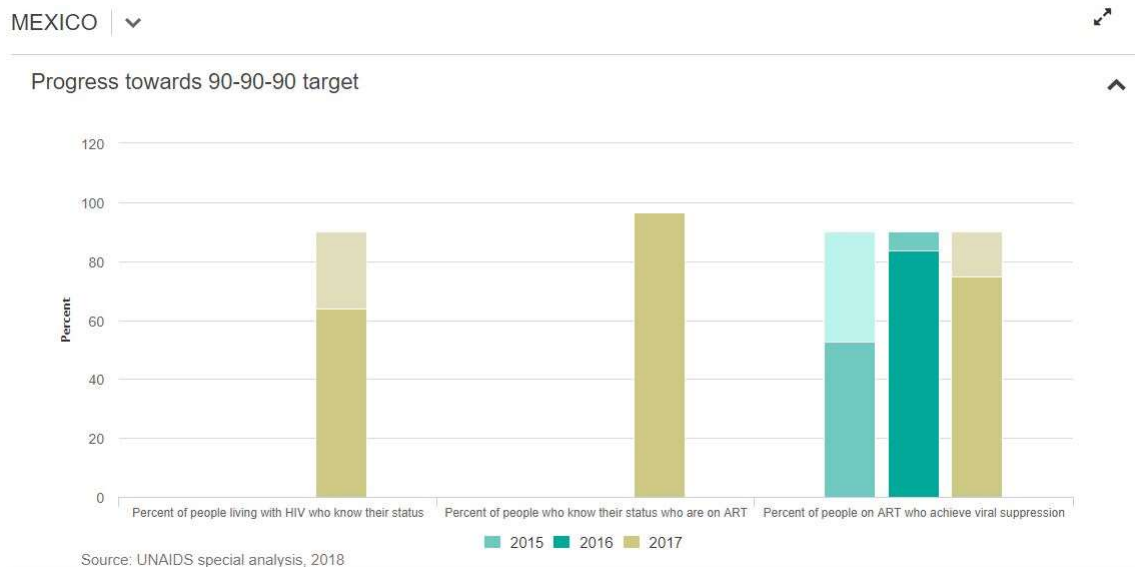


Figura 11 – Progreso hacia los objetivos 90-90-90 – México



¹¹⁸ Unaid. (2018). UNAIDS Data 2018 Factsheet. <https://doi.org/978-92-9173-945-5>

Para identificar los desafíos del sistema mexicano y sus impactos sobre los usuarios afectados por el VIH/SIDA, podemos analizar las diferentes esferas de atención proporcionadas por los servicios públicos: la prevención, la detección, la retención y el tratamiento (supresión de carga viral).

a) Prevención

La prevención es la piedra angular de cualquier sistema de lucha contra el VIH/SIDA. Efectivamente, mecanismos eficientes de prevención permiten el desarrollo de una cultura sexual sana, basada en la información y el cálculo adecuado de los riesgos asociados a cada práctica sexual. Una población informada dispone de las herramientas y de los conocimientos para protegerse, para poder evaluarse de manera periódica y para encontrar los recursos adecuados en caso de necesitarlos. La prevención puede clasificarse en dos pilares principales: la distribución y promoción activa de los conocimientos científicos necesarios sobre la salud sexual; y la disponibilidad de las herramientas de prevención.

Programas de educación

La sociedad mexicana puede considerarse de manera general como socialmente conservadora. A pesar de tener un sistema educativo público laico y precursor en materia de educación sexual (programa introducido en 1974), los valores familiares y sociales conservadores de la Iglesia han influido negativamente sobre la impartición de programas eficientes de educación sexual en el ámbito escolar. El poder cultural de la Iglesia ha limitado la voluntad de los gobiernos para adoptar estrategias de prevención proactivas y de alta visibilidad.

Aunque el sector educativo durante las últimas décadas¹¹⁹ ha contado con numerosos logros en materia de educación sexual, existen desafíos importantes al momento de adaptar estrategias que incluyan nuevas realidades sociales y sexuales. Los altos índices de embarazos entre las mujeres adolescentes (primer país entre los miembros de la OCDE)¹²⁰, la incidencia de enfermedades transmisibles sexualmente, así como la cultura proclive a la violencia de género¹²¹, sugieren que los programas deben ser evaluados y reforzados para blindarlos en contra de los grupos de presión conservadores.

La investigadora Margarita Tapia considera que las fuerzas conservadoras se imponen en el Estado laico mexicano y afirma que:

¹¹⁹ Rodríguez Ramírez, G. (2004). *Treinta años de educación sexual en México*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en línea: <http://biblio.juridicas.unam.mx>

¹²⁰ Gobierno de México. (2017). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes | Instituto Nacional de las Mujeres | Gobierno | gob.mx. <https://doi.org/10.1044/jshd.3803.304>

¹²¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de los Hogares 2016* (ENDIREH) Disponible en línea: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

«Sus creencias e ideas perjudican y anulan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Se niegan a brindar información sobre sexualidad a infantes y adolescentes, rechazan la diversidad sexual, no aceptan el amor entre personas del mismo sexo, están en contra de la interrupción libre del embarazo y las relaciones sexuales fuera del matrimonio. [...] Presionan a las autoridades educativas sin hacer caso a las estadísticas nacionales que muestran la persistencia y crecimiento de los embarazos en edades tempranas o la evidencia del inicio de las relaciones sexuales a los 16 años»¹²².

En la declaración ministerial “Prevenir con Educación” aprobada por algunos ministros de Salud y de Educación de Latinoamérica y el Caribe, en 2008 en la Ciudad de México, se estipula que: *«La educación integral en sexualidad desde la infancia favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva»*. En el marco de esta conferencia, México se había comprometido a mejorar y corregir las lagunas de su sistema de educación sexual.

En 2010, el Dr. José Antonio Izazola Licea, previamente director del CENSIDA y quien trabaja actualmente para ONUSIDA, denunció lo siguiente acerca del sistema mexicano:

«[...] los mitos, tabúes y barreras de carácter cultural y social que rodean a la sexualidad que intrínsecamente van acompañados de información sin fundamento científico y muchas veces desactualizada, que generalmente es transmitida a través de diversos medios y voces no autorizadas en la materia, son factores que exponen a las y los adolescentes y jóvenes a contextos de riesgo como las relaciones sexuales no protegidas (sin uso del condón) que en desafortunadas ocasiones derivan en embarazos no planeados y/o en la transmisión de infecciones mediante la vía sexual, entre ellas el VIH»¹²³.

Según un estudio publicado en 2017¹²⁴, la educación sexual integral en México sigue efectivamente impartándose de manera desigual e incompleta. El ámbito escolar carece de métodos uniformes para fortalecer y poner en funcionamiento programas nuevos y existentes. Por lo tanto, se recomendaba lo siguiente:

- *Asegurar la integralidad de los contenidos y de los métodos de enseñanza, enfatizando la importancia de que los jóvenes reciban no solo información adecuada sobre los riesgos asociados a la actividad sexual sino también apoyo y orientación*

¹²² Tapia Fonllem, M. E. (2017). Educación sexual para todas y todos: la asignatura urgente para el logro de la igualdad en México. *Congreso Nacional de Investigación Educativa - COMIE*, 1–13. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfl069>

¹²³ CENSIDA. (2011). La educación integral en sexualidad reduce la transmisión del VIH; comunicado de prensa. Disponible en línea: www.salud.gob.mx

¹²⁴ Villalobos, A., De Castro, F., Allen-Leigh, B., Rojas, R., Romero, M., Braverman-Bronstein, A., & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19. <https://doi.org/10.21149/8411>

para cuestionar de manera crítica las normas sociales sobre género y sexualidad, las dinámicas de poder en las relaciones interpersonales y la sociedad en general, así como herramientas de autoeficacia y empoderamiento necesarias para el ejercicio de sus derechos.

- *Homogeneizar contenidos, asegurando que se imparta la totalidad de los temas dentro de los dominios planteados en las recomendaciones internacionales para la ESI.*
- *Asegurar la continuidad y promover la adaptación de contenidos de acuerdo con la edad de los estudiantes.*

Uso del preservativo y profilaxis preexposición (PREP)

Para prevenir el VIH/SIDA, resulta primordial tener conocimientos sobre los métodos de transmisión y de prevención, así poder tomar decisiones adaptadas a la realidad y los factores personales de riesgo.

CENSIDA, en colaboración con organizaciones de la sociedad civil, distribuye condones sin costo en sus clínicas (CAPASITS), en algunas ONG y puntos de reunión frecuentados por las poblaciones claves.

Aunque el condón sea una herramienta de prevención eficiente y de bajo costo, se necesita complementar su uso con herramientas nuevas y más eficientes para algunos sectores vulnerables. En efecto, debido a una multitud de factores, el uso del condón no ha respondido de manera adecuada a las necesidades preventivas de muchas personas. La proporción de uso muy baja^{125 126 127} y las incidencias de VIH estables sugieren que no resulta realista basar su estrategia de prevención únicamente sobre el uso hipotético e infalible del condón.

Por lo tanto, se han implantado en los últimos años, en diferentes países, programas que tienen como objetivo bajar de manera drástica las incidencias de VIH en poblaciones claves, con la introducción de la profilaxis preexposición (PREP). Esta herramienta altamente eficaz, permite a una persona elegible reducir sus posibilidades de contraer el VIH con la toma diaria de una pastilla que contiene componentes antirretrovirales. Este programa ha dado resultados muy alentadores en sectores claves en diferentes países y podría complementar las lagunas derivadas de un uso intermitente, o no adecuado, del condón en poblaciones vulnerables.

De acuerdo con diferentes estudios (*IPERGAY, PROUD, IPREX, San Francisco program*) la PREP tomada adecuadamente tiene ventajas y un éxito innegable en cuanto a la reducción

¹²⁵ Gayet, C., D, M., Juárez, F., Pedrosa, L. A., C, M., Magis, C., ... Magis, C. (2003). Uso Del Condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(0). Disponible en línea: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4678/5143>

¹²⁶ Instituto Nacional de Salud Pública. (2014). *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados.*

¹²⁷ MVS Noticias. (2019). En México, seis de cada 10 no usan condón en relaciones sexuales. *MVS Noticias*. Disponible en línea: <https://mvsnoticias.com/noticias/actualidad/en-mexico-seis-de-cada-10-no-usan-condon-en-relaciones-sexuales/>

de incidencia del VIH, por lo que se considera que podría incluso ofrecer una protección superior al condón según los resultados del estudio británico *PROUD*. La PREP en México se encuentra por el momento en estado de programa piloto para algunos sectores de las poblaciones claves en la Ciudad de México, en Puerto Vallarta y Guadalajara (Jalisco), y en Mérida (Yucatán). Se plantea la introducción y distribución generalizada a mediano plazo.

La disponibilidad de las herramientas de prevención debe ser acompañada por campañas de prevención positivas, para concientizar y empoderar a la población en cuanto a su salud sexual. La presencia positiva de los temas de salud sexual en el discurso social y mediático permitirá la reducción del estigma y la creación de una cultura de prueba, es decir, una cultura de salud en la cual se incorpora y se normaliza la prueba de VIH como examen de rutina y parte integral de la vida sexual activa.

b) Detección temprana y cultura de prueba

Una estrategia eficiente de prevención debe complementarse con mecanismos eficientes de detección del VIH. La detección se instaura mediante el desarrollo de una cultura de prueba, en la cual los individuos incorporan la prueba de VIH en un contexto general de exámenes de salud de rutina.

De acuerdo con una investigación sobre los diagnósticos tardíos realizada en Tijuana (Baja California) en 2010, el hecho de «*no querer saber el resultado*» es el factor que tiene más correlación con el rechazo a la prueba y un posterior diagnóstico positivo tardío¹²⁸. El estigma y factores psicológicos tienen un impacto importante sobre la decisión de posponer la prueba¹²⁹. Esta situación de miedo lleva a desafíos importantes de salud pública, ya que contribuye al incremento de tasas bajas de personas que conocen su estado serológico y a una proporción muy alta de diagnósticos positivos tardíos.

Según las cifras del informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida, publicado por CENSIDA en 2017, se estima que 36 % de la población mexicana que vive con el VIH desconoce su estado serológico¹³⁰. Adicionalmente, la mayoría de los nuevos diagnósticos de VIH en México siguen siendo diagnósticos tardíos (55.8 %) ¹³¹, es decir, personas que tienen un conteo de linfocitos CD4 (células T-4) de menos de 350 células, nivel que se acerca oficialmente a la fase de la enfermedad que llamamos

¹²⁸ Carrizosa, C. M., Blumberg, E. J., Hovell, M. F., Martinez-Donate, A. P., Garcia-Gonzalez, G., Lozada, R., ... Sipan, C. L. (2010). *Determinants and Prevalence of Late HIV Testing in Tijuana, Mexico*. <https://doi.org/10.1089/apc.2009.0138>

¹²⁹ Crabtree-Ramírez, B., Caro-Vega, Y., Belaunzarán-Zamudio, F., & Sierra-Madero, J. (2012). High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Publica de Mexico*. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342012000500007> p. 512

¹³⁰ CENSIDA. (2017). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida*. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/299498/Informe_GAM_Mex_2017_DEF.pdf

¹³¹ *Ibid*, p. 24

SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia humana). Cuando el sistema inmunitario tiene un conteo de células T inferior a 200 células, el paciente se vuelve vulnerable frente a enfermedades oportunistas, enfermedades que se aprovechan del estado inmunológico suprimido para dañar el sistema inmunitario.

Una detección temprana es clave para reducir las probabilidades de enfermedades oportunistas, de hospitalización, de fracaso del tratamiento antirretroviral, de probabilidades de transmisión y de mortalidad. Se deben comunicar de manera clara los beneficios vinculados a una detección temprana, así como divulgar el hecho de que un diagnóstico temprano permite vivir con esta enfermedad crónica sin mayores impactos. Se rompe gradualmente con el estigma al convertir el diagnóstico del VIH en herramienta eficiente de una estrategia de salud personal.

La prueba del VIH debería ser ofrecida de manera generalizada en el contexto médico para la totalidad de la población mexicana en edad sexualmente activa. Esta estrategia, basada en las recomendaciones elaboradas por el *Center for Disease control en Estados Unidos*¹³², permitiría detectar de manera temprana casos de VIH, especialmente en sectores vulnerables de la población y en segmentos de las comunidades que no se contemplan tradicionalmente en las estrategias de prevención y concientización.

Esta estrategia ha dado frutos en ciudades como Washington, D.C. donde incrementó el número de pruebas conducidas al 70 % en un año (2007-2008), mediante la promoción activa de la prueba en un contexto de examen de salud de rutina. La eficiencia de esta estrategia de detección se comprobó después de 18 meses, con la observación del aumento de 50 % del conteo promedio de linfocitos CD4 al momento del diagnóstico positivo¹³³, es decir, un incremento drástico de los diagnósticos positivos tempranos, lo cual puede tener una influencia extremadamente positiva para el paciente y para el sistema de salud, al facilitar un tratamiento eficiente de la enfermedad.

Actualmente, las pruebas de VIH en México se realizan principalmente en los CAPASITS, en algunas ONG con presupuesto propio (*AIDS Healthcare Foundation*), y en laboratorios de salud administrados por la iniciativa privada.

En la Ciudad de México, el centro especializado Clínica Condesa constituye el lugar de referencia para la prueba rápida sin costo. Sin embargo, sus horarios poco flexibles (lunes a viernes de 7h15 a las 17h00) y su sistema diario de plazas limitadas, pueden representar unas barreras al acceso para algunas comunidades, como el colectivo transgénero, el cual por

¹³² Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, L. S. (2007). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Annals of Emergency Medicine*, 49(5), 575–577. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.03.001>

¹³³ Greenberg, A. E., Hader, S. L., Masur, H., Young, A. T., Skillicorn, J., & Dieffenbach, C. W. (2009). Fighting HIV/AIDS in Washington, D.C. In *Health Affairs* (Vol. 28, pp. 1677–1687). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.6.1677>

horarios nocturnos vinculados al trabajo sexual tiene dificultades al momento de acceder a la prueba rápida durante los horarios normales de oficina¹³⁴.

Se debe motivar a los clientes con vida sexual activa a visitar las clínicas cada tres meses, con el objetivo de incluir el examen en su rutina de salud y evaluar las posibilidades de ofrecer incentivos para las comunidades particularmente marginadas, como las personas del colectivo transgénero. Un estudio publicado en 2014¹³⁵ determinó que los incentivos económicos podrían considerarse como parte de una estrategia eficiente de prevención y de diagnóstico precoz para las personas particularmente vulnerables. Este estudio, enfocado sobre los sexoservidores masculinos en la Ciudad de México, podría servir de base para una reflexión sobre la implementación de mecanismos novedosos para incitar a la prueba de VIH.

La Clínica Condesa podría inspirarse de centros comunitarios para la comunidad LGBT como los de San Francisco y de Los Ángeles en donde, además de las pruebas y servicios de salud sexual, se ha logrado construir un ámbito comunitario positivo, un lugar seguro de reunión y de empoderamiento. Al evitar un enfoque estricto sobre el concepto de la enfermedad y de su tratamiento, se cambian los paradigmas de la salud sexual y se elimina paulatinamente el fuerte estigma asociado al VIH/SIDA.

La AHF (*AIDS Healthcare Foundation*), organización internacional basada en Los Ángeles, administra también un servicio de pruebas rápidas desde hace algunos años en la Ciudad de México, mediante sus centros y un sistema de unidades móviles que cambian de lugar según un calendario predeterminado. Estas unidades logran alcanzar gente en diferentes zonas de la ciudad y pueden también incitar a los usuarios para hacerse la prueba de manera espontánea. El sistema de los CAPASITS en México ganaría alcance al formalizar estrategias similares dentro de las poblaciones claves en sus lugares de reunión como bares, parques, eventos comunitarios, entre otros. Las unidades móviles han dado resultados positivos en diferentes ciudades de Latinoamérica como en Lima, caso particular que atiende a personas del colectivo transgénero o personas que nunca se habían hecho la prueba¹³⁶.

Además de proponer la prueba de manera generalizada, el sistema de salud mexicano debe multiplicar los puntos de servicio para facilitar el acceso a la prueba rápida¹³⁷. Se requiere

¹³⁴ Silva-Santisteban, A., Eng, S., De La Iglesia, G., Falistocco, C., & Mazin, R. (2016). HIV prevention among transgender women in Latin America: Implementation, gaps and challenges. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20799> p.6

¹³⁵ Galárraga, O., Sosa-Rubí, S. G., Gonzalez, A., Badial-Hernández, F., Conde-Glez, C. J., Juarez-Figueroa, L., ... Mayer, K. H. (2014). The disproportionate burden of HIV and STIs among male sex workers in Mexico City and the rationale for economic incentives to reduce risks. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19218>

¹³⁶ Silva-Santisteban, A., Eng, S., De La Iglesia, G., Falistocco, C., & Mazin, R. (2016). HIV prevention among transgender women in Latin America: Implementation, gaps and challenges. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20799> p.7

¹³⁷ Crabtree-Ramírez, B., Caro-Vega, Y., Belaunzarán-Zamudio, F., & Sierra-Madero, J. (2012). High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Publica de Mexico*. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342012000500007>

descentralizar la red de puntos de servicios mediante la colaboración activa con organizaciones civiles y comunitarias. El gobierno de México, a través de CENSIDA, inició en 2016 un programa para colaborar con organizaciones civiles, de esta manera establecer centros comunitarios de detección del VIH. Las organizaciones civiles se eligen después de participar en la convocatoria anual y reciben fondos de acuerdo con sus programas, metas y actividades. Este programa es alentador y podría contribuir de manera general a alcanzar los objetivos en materia de control y reducción de la epidemia en México, especialmente en zonas donde no se ofrece una gama amplia de servicios adaptados a las poblaciones claves, es decir, principalmente al exterior de la Ciudad de México.

La multiplicación de los centros donde se ofrecen pruebas puede asegurar flexibilidad en cuanto a los horarios, la ubicación geográfica y rapidez en los trámites burocráticos. Al conocer a sus clientes, las organizaciones civiles podrían adaptar los enfoques de salud a las realidades de sus poblaciones claves, consideradas como grupos vulnerables que no tienden a visitar las clínicas y centros oficiales de salud. El éxito de estas colaboraciones se ha comprobado en otros países de Latinoamérica como Brasil, el cual puso en marcha en 2014 su programa *Viva melhor sabendo*¹³⁸ (vive mejor sabiéndolo). Después de un año, se habían realizado 28.400 pruebas rápidas, de las cuales 50 % fueron aplicadas a personas sin experiencia previa de prueba. 19 % de los casos positivos fue detectado en el colectivo transgénero.

Estas colaboraciones ayudan a identificar las particularidades y características de la epidemia en comunidades específicas y dinamizan el sector comunitario para ampliar el frente común en la lucha contra el VIH/SIDA. La generalización del discurso de prevención y de cuidado en las poblaciones claves, puede ayudar a reducir el estigma y a establecer una cultura de salud enfocada hacia la salud sexual beneficiosa, donde se normaliza el conocimiento del estado serológico.

Sin embargo, las colaboraciones con organizaciones deben ser supervisadas y evaluadas de manera periódica para asegurar una calidad en cuanto a consejería, manejo de los datos confidenciales, disponibilidad de la ayuda psicológica y mecanismos de referencia adecuados en casos de diagnóstico positivo. Los servicios ofrecidos por los diferentes puntos deben estar a la altura de las normas internacionales en materia de capacitación y consejería en VIH/SIDA. Los lazos trabajo conjunto entre los organismos gubernamentales y las ONG deben basarse sobre la confianza y el diálogo, para que las asociaciones se puedan convertir en aliados estratégicos en la prevención, detección y recolección de datos epidemiológicos. Para garantizar el éxito de estas colaboraciones, resulta imperativo ofrecer de manera continua capacitación y reforzamiento, para que la red de puntos de servicios esté al pendiente de las últimas estrategias en el tratamiento y acompañamiento del paciente.

Al inicio del año 2019, el gobierno federal anunció un recorte en los fondos destinados a este programa. Justificando el uso inadecuado de los fondos atribuidos, se pretende reforzar los servicios impartidos directamente por las instituciones formales de salud. Esta decisión, la

¹³⁸ Ministério da Saúde do Brasil, Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/guia-instrucional-viva-melhor-sabendo-combinando-escolhas>

cual fue criticada por las ONG recipientes, y el plan correspondiente en materia de VIH/SIDA, debería ser explicada detalladamente en un futuro próximo.

c) Retención

En México el VIH/SIDA es sujeto a una vigilancia epidemiológica de notificación obligatoria e inmediata, según lo establecido en la Ley General de Salud y sus normas derivadas¹³⁹. Por lo tanto, después de una confirmación de un caso de VIH/SIDA el médico debe notificar a la jurisdicción sanitaria para que pueda ser integrado al registro nacional de casos de VIH/SIDA. Este registro constituye la base de datos para la elaboración de las políticas nacionales de prevención y tratamiento.

Las ONG y clínicas privadas que realizan la prueba rápida tienen la responsabilidad de ofrecer consejería para acompañar y canalizar a los pacientes con resultado positivo hacia los servicios de salud pública. Así, el paciente puede obtener una confirmación de la prueba positiva inicial y obtener la atención médica correspondiente.

Esta etapa de la cascada de tratamientos resulta crucial, ya que la posibilidad de supervivencia y de calidad de vida del paciente está directamente vinculada al diagnóstico precoz y al inicio temprano del tratamiento antirretroviral¹⁴⁰. Considerando la proporción alta de diagnósticos tardíos en México, la integración y la retención inmediata de los nuevos casos de VIH/SIDA en el sistema de salud es vital para alcanzar las metas epidemiológicas y asegurar el bienestar de los pacientes.

Por diferentes razones, existe el riesgo de perder el contacto con el paciente después de la comunicación de un diagnóstico positivo. En el caso de las pruebas rápidas efectuadas en el ámbito comunitario o privado, se asuma que el paciente con resultado positivo acudirá a los servicios formales de salud para obtener la confirmación y el seguimiento médico correspondiente. Sin embargo, no se puede confirmar que la totalidad de los pacientes se dirigirán de manera voluntaria a los servicios públicos para salvaguardar su salud. La multiplicidad de los procesos administrativos, el estigma, el miedo a la discriminación y los efectos psicológicos desastrosos que puede conllevar la recepción de un diagnóstico positivo, pueden incitar al individuo a posponer o descartar la idea del seguimiento médico.

Un paciente con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA obtenido en el ámbito de un CAPASITS o de la Clínica Condesa es integrado al sistema de seguimiento del seguro popular, solamente, si no está afiliado a otro sistema de salud. Un paciente derechohabiente de otro sistema público, por ejemplo, el IMSS, será redirigido hacia el sistema

¹³⁹ Secretaría de Salud. (2012). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología.

Disponible en línea:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf

¹⁴⁰ Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2016). *Analysis of HIV/AIDS mortality in Mexico from 1990 to 2013: An assessment of the feasibility of millennium development goals by 2015*, *Gaceta Médica de México*

Correspondence (Vol. 152). Disponible en línea: www.anmm.org.mx

correspondiente, sin que se confirme la conexión eficiente con el otro seguro. Esta ausencia de enlace y seguimiento entre la etapa del diagnóstico y la atención médica aumenta las probabilidades de que el paciente inicie el tratamiento tarde¹⁴¹.

Los CAPASITS, incluyendo la Clínica Condesa, son lugares especializados en el tratamiento del VIH y por lo tanto disponen generalmente de servicios integrados y de personal sensibilizado en cuestiones de derechos humanos y normas éticas de atención hacia los pacientes con VIH/SIDA. Por lo tanto, los pacientes en México se sienten, de manera general, más satisfechos en los establecimientos especializados que en los establecimientos generalistas de las otras instituciones¹⁴². La posibilidad alta de discriminación o tratamiento inadecuado en un ámbito médico generalista puede tener un impacto sobre la retención de los pacientes afiliados a otros sistemas de salud en México. Contactos iniciales negativos pueden desmotivar a los pacientes en cuanto a la continuidad de la atención médica requerida. Actualmente, el seguro popular es el único sistema que ofrece una atención holística a las personas que padecen del VIH/SIDA, a través de sus puntos de servicios especializados.

Adicionalmente, se deben evaluar mecanismos para minimizar los riesgos asociados a la multiplicación de los sistemas de salud. La diversidad de sistemas de salud pública tienen que concertar sus acciones para asegurarse de que un paciente pueda navegar de manera eficiente entre la variedad de sistemas. El contacto con el nuevo paciente debe ser continuo desde el momento del diagnóstico, para así acompañarlo hacia una supresión viral eficiente. Como hemos mencionado previamente, la OCDE ha criticado la multiplicación de los sistemas de salud pública en México e hizo varias recomendaciones específicas, como la uniformización de la atención del VIH/SIDA¹⁴³.

De acuerdo con las cifras de 2017, 95 % de las personas que conocen su estado serológico positivo recibe tratamiento. Sin negar el progreso de los últimos años, esas cifras indican que alrededor de 10.000 personas no reciben tratamiento a pesar de haber recibido un diagnóstico positivo confirmado¹⁴⁴. Por lo tanto, esta situación señala que miles de personas se perdieron en un punto definido de su recorrido en el sistema de salud mexicano. En un país donde se ofrece de manera gratuita el tratamiento antirretroviral, esfuerzos adicionales deben ser aplicados para garantizar que todas las personas con VIH/SIDA estén rápidamente vinculadas al tratamiento y seguimiento médico.

¹⁴¹ Crabtree-Ramírez, B., Caro-Vega, Y., Belaunzarán-Zamudio, F., & Sierra-Madero, J. (2012). High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Publica de Mexico*. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342012000500007> p. 511

¹⁴² Compean-Dardón, M. S., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, M. G., & Ortiz-Hernández, L. (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con vih/sida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 127–143. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fsas>

¹⁴³ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en> p. 8

¹⁴⁴ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al SIDA (Informe GAM)*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología.

d) Tratamiento y supresión de la carga viral

Desde el 2015, en México: «[...] *el tratamiento antirretroviral (TAR) está recomendado para todas las personas que viven con VIH, independientemente de la cuenta de células CD4 y de la presencia o no de síntomas, con el objetivo de reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir la transmisión del VIH*»¹⁴⁵. Las directivas mexicanas se corresponden a las líneas directivas de la Organización Mundial de la Salud¹⁴⁶.

Diferentes ensayos clínicos se comprobaron los beneficios vinculados al inicio temprano del tratamiento antirretroviral¹⁴⁷. El tratamiento inmediato ayuda a evitar o a detener un deterioro marcado del sistema inmunológico y reduce su susceptibilidad a las enfermedades oportunistas. Un diagnóstico temprano seguido de un tratamiento inmediato, y una adherencia óptima al medicamento, permite generalmente evitar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la mortalidad a corto plazo.

Un estudio publicado en 2015 evaluó 128 casos de mortalidad debido a complicaciones del SIDA en la Ciudad de México de 2010 a 2013. Se determinó que 57 % de los fallecimientos hubiera podido ser evitado con una conexión y un tratamiento más rápidos, ya que el 82 % de las personas había recibido un diagnóstico previo y en algunos casos atención médica¹⁴⁸. Estas cifras sugieren deficiencias serias en la atención proporcionada así como en los mecanismos de retención y de seguimiento de los pacientes.

Existe actualmente un consenso científico acerca del uso adecuado del tratamiento antirretroviral como herramienta potente de prevención y de combate a la epidemia de VIH. En efecto, el *tratamiento como prevención* (TasP) consiste en tratar el VIH lo antes posible para que el paciente pueda suprimir su carga viral y reducirla a niveles indetectables (menos de 40 copias por ml de sangre). Un paciente con carga viral indetectable y con una adherencia adecuada al medicamento tiene probabilidades estadísticamente nulas de transmitir el virus. Las evidencias científicas permiten concluir que una persona que vive con una carga viral

¹⁴⁵ Censida. (2018). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Disponible en línea: www.salud.gob.mx/conasida

¹⁴⁶ World Health Organization. (2015). Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. *World Health Organization*. [https://doi.org/978 92 4 150956 5](https://doi.org/978%2092%204%20150956%205)

¹⁴⁷ Strategic Timing of Antiretroviral Treatment (START) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048>

¹⁴⁸ Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2016). *Analysis of HIV/AIDS mortality in Mexico from 1990 to 2013: An assessment of the feasibility of millennium development goals by 2015* *Gaceta médica de México, Correspondence* (Vol. 152). Disponible en línea: www.anmm.org.mx p.739

indetectable no puede transmitir el VIH por vía sexual^{149 150}. Por lo tanto, una proporción alta de pacientes con tratamiento y carga viral indetectable, permite influir positivamente sobre las incidencias de nuevos casos y mejora de manera significativa la calidad de vida de una persona con VIH. Basándose en estos conocimientos, se confirma la importancia del diagnóstico en la estrategia global de erradicación del VIH. Conocer el estado serológico permite adoptar acciones para salvaguardar la integridad física y la de los compañeros sexuales.

En México, de todas las personas que viven con el VIH, solamente 46 % tiene una carga viral suprimida. De las personas que conocen su estado y que se encuentran en tratamiento, 75 % logró alcanzar la supresión viral. Eso significa que 25 % de las personas con seguimiento médico no logra conseguir el éxito terapéutico y sus efectos plenos. Esta situación puede ser atribuida a diferentes factores.

Para asegurar la adherencia, el funcionamiento óptimo del fármaco y descartar complicaciones, resistencias o efectos secundarios graves, el paciente debe completar exámenes de manera periódica y acudir a citas con el médico tratante. Los exámenes permiten determinar el estado del sistema inmunológico y sus susceptibilidades a enfermedades oportunistas. Estos exámenes incluyen generalmente el conteo de linfocitos (CD4), carga viral, y otros estudios para establecer una historia clínica completa y detectar la presencia de comorbilidades y otras enfermedades (tuberculosis, hepatitis, entre otras). En centros con servicios integrados como los CAPASITS, el paciente debe también acudir a citas con especialistas como un psicólogo, un dentista o un nutricionista.

Existen barreras administrativas, sociales y psicológicas que pueden tener efectos negativos sobre la adherencia y la continuación del tratamiento. La poca amabilidad del personal, los horarios poco flexibles de las citas, los tiempos considerables de espera y las distancias geográficas entre algunos puntos de servicios, son factores que pueden influir sobre el éxito de la terapia¹⁵¹.

Las personas que acuden a los centros del seguro popular pertenecen generalmente a grupos socioeconómicos marginados. Por lo tanto, algunos requisitos administrativos y

¹⁴⁹ UNAIDS. (2018). *UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE Public health and HIV viral load suppression*, Disponible en línea: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf

¹⁵⁰ Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., ... Janeiro, N. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

¹⁵¹ Compean-Dardón, M. S., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, M. G., & Ortiz-Hernández, L. (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con vih/sida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 127–143. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fsas>

características del sistema de cuidado pueden constituir desafíos adicionales e impactar el éxito del tratamiento antirretroviral.

Los estudios de carga viral y de CD4 se hacen normalmente cada 3 o 6 meses, dependiendo del estado de salud general del paciente y de su carga viral. Estos estudios se realizan en lugares específicos y con horarios restringidos. En algunas zonas rurales o incluso en la propia Ciudad de México, el costo del transporte para llegar a una cita (transporte público u obligación de usar un taxi por la indisponibilidad de transporte público) y los horarios pocos flexibles de las citas (absentismo laboral, espera larga antes de ser atendido), pueden representar barreras económicas al seguimiento médico.

Así, una persona de zona rural puede verse obligada a viajar horas desde su domicilio para poder atender citas médicas en un CAPASITS ubicado en alguna ciudad principal. En la Ciudad de México, un usuario de la Clínica Condesa debe completar sus estudios de carga viral en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), al sur de la Ciudad de México. Este centro se encuentra alejado de las instalaciones de la Clínica Condesa y puede resultar particularmente remoto para algunos usuarios. Los horarios de atención reducidos compiten con los horarios de trabajo de la mañana y obligan a los usuarios a presentarse extremadamente temprano para evitar faltar al día laboral.

Algunas medidas administrativas básicas podrían implantarse para maximizar las probabilidades de seguimiento médico sin fallos, por ejemplo: ampliar los horarios de atención, establecer visitas ambulantes de extracción de sangre en comunidades remotas, ofrecer integralmente los servicios múltiples en puntos fácilmente asequibles en transportes públicos, distribuir boletos de cortesía para el transporte, entre otras.

Para detectar y corregir los casos de abandono de tratamiento, sirve poner en funcionamiento estrategias y unidades encargadas de la comunicación telefónica u otro medio con los pacientes, con la finalidad de reconectar con ellos y ayudarlos a superar los posibles desafíos administrativos y socioeconómicos. Como hemos mencionado previamente, estrategias similares han dado resultados en ciudades como San Francisco y podrían ser particularmente útiles en algunas poblaciones claves, como el colectivo transgénero.

El tratamiento negativo y la posible discriminación por parte del personal médico en algunos establecimientos de salud mexicanos, pueden tener una incidencia negativa sobre el seguimiento médico necesario. Algunos estudios y estadísticas demuestran que el personal de salud frecuentemente tiene prejuicios y adopta actitudes de discriminación que perjudica a las personas que viven con el VIH¹⁵². Según los resultados de un estudio realizado en 2006:

«las personas que viven con VIH/SIDA sufren una violencia constante y específica durante la búsqueda y tránsito por el sistema de atención que incluye el señalamiento público de su padecimiento por medio de las cartillas, negación de la atención, posposición de citas,

¹⁵² Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Publica de Mexico*, 48(2), 141–150. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000200007>

aislamiento, pruebas de detección forzosas, violaciones a la confidencialidad de su diagnóstico, maltrato y mala aplicación de esquemas antirretrovirales»¹⁵³.

Aunque este problema es común a todos los subsistemas del sector público y privado, las clínicas especializadas del seguro popular (CAPASITS y Clínica Condesa) ofrecen de manera general un mejor trato, ya que el personal posee conocimientos normativos sobre los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

El desabastecimiento de medicamentos es otro factor que puede poner en riesgo la salud de un paciente y el éxito de su terapia, debido a que la interrupción del tratamiento eventualmente provocaría resistencia a los fármacos, recrudescimiento de la carga viral, deterioro del sistema inmunitario y una subsecuente exposición a las enfermedades oportunistas. Las estadísticas de salud pública de 2018 confirman que el 5.8 % de los 381 establecimientos de salud que dispensan medicamentos antirretrovirales, tuvieron problemas de abastecimiento en 2017¹⁵⁴. Al final del año 2018, un desabastecimiento mayor en el IMSS dejó más de 30.000 personas sin acceso a fármacos esenciales durante semanas¹⁵⁵.

Los diferentes sistemas de información y de registro de pacientes usados por los subsistemas de salud en México son distintos e incompatibles. Por lo tanto, un cambio de sistema de salud por un evento laboral (pérdida de trabajo) o social (matrimonio con un derechohabiente), obliga generalmente al paciente a cambiar de sistema de atención médica. Debido a que no existe interoperabilidad entre los sistemas, un paciente que se encuentra en tratamiento necesita cumplir con los requisitos administrativos de su nueva institución. Estos cambios pueden tener un impacto sobre la calidad del seguimiento y provocar retrasos o interrupción en la toma de antirretrovirales.

La ausencia de un registro nacional único de pacientes con VIH dificulta la vigilancia epidemiológica e impide la recuperación del expediente clínico de los pacientes. La OCDE ha recomendado agilizar la recolección de datos y trabajar hacia una base de datos consolidados e interoperables de los sistemas de información del sistema de salud¹⁵⁶. Un sistema nacional de datos podría contribuir a mejorar la continuidad de la atención, no solamente para los pacientes con VIH sino también para el resto de la población mexicana. Los mexicanos disponen de un número de identificación llamado *Clave Única de Registro de Población* (CURP). Este número podría constituir la base de un registro nacional de pacientes. Un sistema unificado mejoraría potencialmente la experiencia del paciente y

¹⁵³ Ibid., p.148

¹⁵⁴ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al SIDA (Informe GAM)*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología.

¹⁵⁵ Olivares Alonso, E. (2019). Sufren 30 mil pacientes con VIH desabasto de cinco medicamentos - La Jornada. *La Jornada*. Disponible en línea: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/01/02/sufren-30-mil-pacientes-con-vih-desabasto-de-cinco-medicamentos-610.html>

¹⁵⁶ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

podría conducir a mejoras en la eficiencia, ya que eliminaría las posibilidades de afiliación múltiple y la necesidad de construir de nuevo un expediente clínico ya existente.

Los factores de los cuales hemos discutido indican, sin duda, que esfuerzos adicionales son necesarios en México para eliminar las barreras administrativas que impiden el seguimiento médico eficiente y garantizar el éxito terapéutico de la totalidad de los pacientes diagnosticados, de esta manera avanzar de manera sostenida hacia los objetivos de erradicación del VIH. Tal como lo ha estipulado la Corte Interamericana de Derechos Humanos en 2018 (*caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*), los Estados tienen una obligación de progresividad en materia de derecho a la salud y VIH. Por lo tanto, deben demostrar esfuerzos claros en el cumplimiento efectivo de las disposiciones normativas existentes para garantizar el derecho a la salud y a la vida de las personas con VIH.¹⁵⁷

Capítulo 3 - Marco jurídico y realidad político social del colectivo transgénero en los Estados Unidos de América

Ser persona transgénero podría definirse como una inconformidad entre el sexo asignado al nacimiento y su identidad de género. La identidad de género no es estática o rígida, puede ser diversa, compleja y fluir entre diferentes niveles de expresiones masculinas o femeninas, rechazando de por sí el modelo binario clásico. De esta manera, una persona transgénero puede simultánea y cómodamente, ocupar identidades y expresiones femeninas o masculinas así como papeles de género correspondientes¹⁵⁸.

La inconformidad con el modelo binario, tal como ha sido impuesto y definido por la sociedad y la cultura dominante, constituye la raíz de la discriminación que padecen las personas del colectivo transgénero. Las violencias sociales, estructurales e institucionales llevan a situaciones de exclusión social, discriminación y marginación, lo cual limita el acceso a la información, los servicios y las oportunidades económicas¹⁵⁹.

La ausencia de menciones específicas del colectivo transgénero en la mayoría de los convenios internacionales y piezas legislativas de derechos humanos, abre la vía a una situación de invisibilidad. Al no proteger a las personas trans de manera explícita, algunas

¹⁵⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*, Disponible en línea: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf

¹⁵⁸ Dargie, E., Blair, K. L., Pukall, C. F., & Coyle, S. M. (2014). Somewhere under the rainbow: Exploring the identities and experiences of trans persons. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. P. 70 <https://doi.org/10.3138/cjhs.2378>

¹⁵⁹ Baral, S. D., Beyrer, C., & Poteat, T. (2011). Human Rights, the Law, and HIV among Transgender People. Working paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7–9 July 2011. P. 9

leyes y convenios no logran proporcionar un ejercicio eficaz de los derechos de esta minoría, ya que las garantías de protección están perpetuamente sujetas a interpretaciones.

Acta de derechos civiles de 1964 (Civil rights act 1964)

En el ámbito federal de los Estados Unidos de América, no existe legislación comprensiva que mencione de manera explícita la identidad de género. Por lo tanto, la protección del colectivo transgénero se sustenta sobre una interpretación del título séptimo de la ley de derechos civiles de 1964, el cual prohíbe la discriminación en el ámbito laboral por conceptos de raza, color, religión, sexo u origen. Durante el mandato del presidente Obama, la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)*) y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación (*U.S. Department of Education's Office for Civil Rights (OCR)*), determinaron en dos juicios distintos que las personas transgénero están protegidas por el artículo VII de la Ley de derechos civiles de 1964, debido a que la interpretación del concepto de sexo incluye la identidad de género. Sin embargo, la ausencia de una mención explícita del colectivo transgénero en el texto de ley abre la vía a futuras interpretaciones distintas y fragiliza la seguridad jurídica sobre la cual se basa las reivindicaciones de igualdad de la comunidad trans.

En marzo de 2019, una nueva propuesta de ley fue introducida en el Congreso de Estados Unidos. Esta propuesta, llamada Ley de igualdad (*Equality Act*) fue elaborada por diferentes organizaciones civiles, con el apoyo de personalidades políticas de los dos grandes partidos tradicionales. Se encuentra actualmente en estado de revisión por los comités de audiencia. Si esta ley llega a ser adoptada, la Ley de derechos civiles de 1964 sería modificada para agregar secciones que prohíben de manera textual la discriminación por orientación sexual e identidad de género¹⁶⁰.

El índice de igualdad de los Estados (*State Equality Index*) preparado anualmente por la organización sin fines de lucro, *Human Rights Campaign*, evalúa el desempeño de cada estado de los Estados Unidos en cuanto a los derechos del colectivo LGBT. Una revisión del último reporte evidencia carencias de protección para las personas transgénero en la mayoría de los Estados, incluso identifica iniciativas de ley con las cuales se pretende claramente restringir estos derechos¹⁶¹.

Para entender los impactos del marco legislativo sobre la vida de las personas transgénero, sirve analizar diferentes tipos de legislaciones. Efectivamente, la multitud de criterios administrativos y de legislaciones secundarias pueden tener un impacto directo sobre las posibilidades de inclusión social de las personas trans. Analizamos algunos de estos sectores

¹⁶⁰ H.R.5 - Equality Act, 116th Congress (2019-2020) <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/5>

¹⁶¹ Warbelow, S., Oakley, C., & Kutney, C. (2018). Human Rights Campaign: 2018 State Equality Index. Washington D.C. Disponible en línea: <https://www.hrc.org/resources/2018-state-equality-index-view-your-states-scorecard>

en el contexto específico de California, uno de los Estados que cuentan con el nivel de protección más avanzado para las personas trans.

Identidad y documentación

Para lograr participar de manera activa en la sociedad y desarrollarse como ciudadano pleno, con los derechos y las obligaciones civiles correspondientes, es imperativo contar con una identidad validada por registros oficiales y documentación expedida de manera local o nacional.

La documentación o piezas de identidad son necesarias para la mayoría de los trámites administrativos, desde la inscripción en la escuela hasta el acceso al trabajo o el sistema de salud.

Una persona sin documentación que concuerde con su género autoidentificado debe enfrentarse a una serie de barreras que impiden su desarrollo pleno, la protección de sus derechos básicos y civiles, además se enfrenta posiblemente a situaciones de discriminación y de violencia. Según las cifras de la Encuesta Nacional Transgénero (ENT) de 2015, 32 % de las personas encuestadas fue atacada, acosada o se le denegó un servicio debido a la discrepancia entre el género que aparece sobre sus identificaciones y su apariencia física¹⁶².

Consecuentemente, podemos afirmar que el cambio de nombre y de género en la documentación o la adopción de un género no definido (X) constituye la piedra angular de una estrategia de inclusión para las personas trans. Poder gozar de papeles oficiales para acreditar su género y su nombre usual permite a la persona transgénero exigir sus derechos de ciudadano, tal como está previsto por las leyes. La documentación permite una salida de la invisibilidad y constituye una estrategia de legitimación y de defensa frente a cuestionamientos o métodos ilegítimos que pudieran utilizar las instituciones públicas o privadas (las fuerzas del orden, el personal médico, una empresa privada, entre otras).

Una parte significativa de los países del mundo prohíbe el cambio de género en la documentación o lo someten a un proceso administrativo costoso, complicado o degradante, en que la persona trans debe probar a las autoridades que obtuvo el buen visto de un doctor o psiquiatra, o que se haya sometido a un proceso quirúrgico de reasignación sexual.

En los últimos años, se han simplificado estos trámites en diferentes regiones ya que una visión nueva, centrada sobre la dignidad de la persona, evita la categorización médica y la patologización de las personas trans. Así, diferentes países permiten el cambio de género en su documentación con una simple declaración, sin procedimientos jurídicos o médicos.

En octubre de 2017, el gobernador de California, Jerry Brown, firmó la Ley de reconocimiento de género (*Gender Recognition Act*), un texto elaborado en colaboración con dos organizaciones civiles de defensa del colectivo trans, *Transgender Law Center* y *Equality*

¹⁶² James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey.p. 89 Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

California¹⁶³. Esta ley permitió la simplificación de la obtención del cambio de género debido a la eliminación de los requisitos médicos e introdujo el marcado X, una tercera categoría de género, la cual es indefinida. Así, California se convirtió en el segundo estado en introducir una categoría no binaria.

Desde septiembre de 2018, las personas que desean un cambio de género en su documentación pueden hacerlo mediante una solicitud ante la corte del condado de residencia. La solicitud no requiere el buen visto de un médico y se basa sobre un *affidavit*, es decir, una declaración de la persona interesada. En la mayoría de los casos, la presentación frente a un juez no es necesaria, lo que convierte el proceso en un trámite administrativo simplificado.

La obtención de una orden de la corte no es necesaria para cambiar el género de algunos documentos proporcionados por el Estado de California, como la licencia de conducir. Sin embargo, esta orden es imperativa para permitir el cambio en documentos federales, como el pasaporte o los documentos migratorios. Adicionalmente, en caso de un cambio simultáneo de nombre y de género, la orden de la corte sigue siendo necesaria.

Una vez obtenida la orden, una persona trans puede modificar su expediente de seguridad social y obtener las tarjetas actualizadas de identificación del estado y la licencia de conducir. Cada etapa requiere la presentación de formatos de solicitud y pagos correspondientes. La orden de la corte constituye la base de cada solicitud debido a que justifica de manera jurídica el cambio requerido.

La introducción del género no definido o no binario representa sin duda un avance importante para algunas personas del colectivo trans, las cuales no se reconocen necesariamente en el género masculino o femenino. Sin embargo, la ausencia de categorías correspondientes en documentos federales, como el pasaporte, puede llevar a discrepancias entre la documentación estatal y federal. Adicionalmente, las modificaciones de los documentos federales requieren todavía la presentación de un dictamen médico.

A pesar de la simplificación del procedimiento, existen algunos factores que pueden representar barreras de acceso para algunas personas trans. Los costos elevados del proceso de corte, alrededor de quinientos dólares (costo exonerado en algunas situaciones); la complejidad que puede conllevar la preparación del expediente; la multiplicidad de las solicitudes; y la necesidad de un domicilio fijo para recibir los documentos y notificaciones formales, son algunas de las situaciones que pueden limitar el acceso a las personas en situación de marginación. Efectivamente, la ausencia de recursos económicos suficientes, de domicilio fijo, de un nivel de educación alto o incluso de una situación migratoria regularizada, pueden complicar seriamente o impedir por completo la posibilidad de obtener el cambio de género y/o de nombre en sus identificaciones formales.

De acuerdo con la ENT de 2015, 35 % de las personas trans consultadas no ha hecho trámites de cambio de género o nombre en sus documentos de identidad por cuestiones de costo. Del porcentaje de personas que iniciaron el procedimiento, 2 % no lo ha concluido por cuestiones

¹⁶³ California Legislative Information, Gender Equality Act, Senate Bill No. 179. Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201720180SB179

financieras¹⁶⁴. Algunas organizaciones sin fines de lucro ofrecen ayuda para la preparación y presentación de los documentos y solicitudes, lo que permite mitigar las barreras administrativas para algunas personas.

En septiembre de 2014, el gobernador de California, Jerry Brown, firmó la ley AB-1577¹⁶⁵ (*Respect After Death Act*) la cual tiene como objetivo asegurar la dignidad de las personas trans fallecidas, respetando su identidad de género en su acta de defunción. La ley modificó el artículo 102875 del Código de Salud y Seguridad de California para indicar a los médicos que tienen la obligación de respetar el género autoidentificado de una persona trans, cuando existen identificaciones o documentos legales que comprueban su identidad de género. En el caso de la inexistencia de documentos similares, se prevén también mecanismos para permitir a las personas que dispondrán de los restos oponerse a la decisión del patólogo forense, si consideran que el sexo indicado sobre el acta de defunción no corresponde al género de la persona fallecida.

Una reevaluación de los procedimientos es necesaria para tomar en cuenta los factores estructurales y sociales que impiden el acceso al procedimiento de cambio de género y nombre en los documentos oficiales. Adicionalmente, el gobierno federal debe actualizar sus procedimientos para asegurar una coherencia de políticas alineada con los estados más avanzados en materia legislativa.

Discriminación en el contexto del alojamiento

El estado de California presenta problemas agudos de alojamiento desde hace más de una década. La crisis de alojamiento se debe al problema de disponibilidad, es decir, el número de alojamiento es insuficiente para cumplir con la demanda; y al problema de asequibilidad, precios que son difícilmente asequibles para el promedio de la población, en especial para la de bajos recursos. De acuerdo con dictámenes de la *California Department of Housing and Community Development*, el estado tiene un déficit de más de un millón de alojamientos asequibles para personas que cuentan con presupuesto extremadamente bajo a muy bajo¹⁶⁶.

Esta crisis de alojamiento empuja a la gente de bajos recursos a dejar el estado o a establecerse en zonas menos concurridas, lo que puede generar un aumento drástico del tiempo de desplazamiento desde el domicilio hasta el lugar de trabajo. La gentrificación de algunas zonas tradicionalmente humildes en área urbanas como San Francisco o Los Ángeles, ha contribuido a la población creciente de personas sin domicilio. En 2016, se registró un

¹⁶⁴ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey.p. 84 Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

¹⁶⁵ California Legislative Information, AB-1577 Certificates of death: gender identity (2013-2014), Disponible en línea: https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201320140AB1577

¹⁶⁶ Department of Housing and Community Development - State of California. (2018). *California's Housing Future: Challenges and Opportunities - Final Statewide Housing Assessment 2025*. P. 5 Disponible en línea: http://www.hcd.ca.gov/policy-research/plans-reports/docs/SHA_Final_Combined.pdf

número récord de personas sin domicilio en una sola noche, 118.000 personas, es decir, el 22 % de la población total de personas sin domicilio del país a pesar de que el estado de California represente el 12 % de la población nacional¹⁶⁷.

La crisis de alojamiento tiene efectos aún más perniciosos para las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, como las personas trans, quienes además de competir por las opciones escasas de alojamiento, deben enfrentarse a una serie de comportamientos discriminatorios o requisitos administrativos que las desfavorecen. El departamento de alojamiento y de desarrollo comunitario de California identifica los siguientes puntos como barreras adicionales:

*Discriminación, necesidad de servicios especiales, historial de arrendamiento inexistente o pobre (por ejemplo: evicciones pasadas, retrasos en los pagos), ahorros insuficientes para pagar los depósitos, historial crediticio negativo, historial de empleo esporádico o inexistente, ingresos limitados, ausencia de diplomas de estudios, antecedentes criminales, problemas de salud, uso reciente de estupefacientes, etc.*¹⁶⁸

California promulgó la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda en 1959 (*California's Fair Employment and Housing Act* (FEHA)). Esta ley tuvo como objetivo principal eliminar el acoso sexual y otras formas de discriminación en el ámbito laboral y en el mercado del alojamiento. Sin embargo, la interpretación discrecional del término sexo en el texto original de la ley, resultó en batallas jurídicas antes las cortes del Estado.

Consecuentemente, en 2003, los legisladores decidieron clarificar las obligaciones de los empleadores y de los arrendadores con la introducción del proyecto de ley AB196 o Ley de No Discriminación de Género (*Gender Nondiscrimination Bill*). Estas modificaciones de la sección 12926 del Código del Gobierno de California y del Código Penal del estado, ampliaron la definición de sexo y agregaron de manera explícita la prohibición de discriminación por cuestiones de género o apariencia de no conformidad con un género:

California Government Code Section 12926¹⁶⁹

(1) *“On the bases enumerated in this part” means or refers to discrimination on the basis of one or more of the following: race, religious creed, color, national origin, ancestry, physical disability, mental disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, age, sexual orientation, or military and veteran status.*

(2) *“Sex” also includes, but is not limited to, a person’s gender. “Gender” means sex, and includes a person’s gender identity and gender expression. “Gender expression” means a person’s gender-related appearance and behavior whether or not stereotypically associated with the person’s assigned sex at birth.*

¹⁶⁷ *Idem*, Appendix A, p. 2

¹⁶⁸ *Idem*, Appendix A, p. 8

¹⁶⁹ California Legislative information, Government code Section 12926, Disponible en línea:: https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=GOV§ionNum=12926

California Penal Code 422.56(c)¹⁷⁰

(c) “Gender” means sex, and includes a person’s gender identity and gender expression. “Gender expression” means a person’s gender-related appearance and behavior whether or not stereotypically associated with the person’s assigned sex at birth.

En el contexto del alojamiento, estas modificaciones legales protegen a las personas trans de cualquier discriminación por parte de los arrendadores. Por consiguiente, un arrendador no puede rechazar la oportunidad de alquilar a una persona trans por cuestiones de género. No se le puede pedir requisitos diferentes o adicionales ni expulsarla al descubrir su identidad de género o el sexo asignado al nacimiento. Los arrendadores tienen la obligación de respetar la identidad de género de las personas, usando los pronombres de identificación y también de protegerlas frente a posibles actitudes de discriminación por parte de otros inquilinos. En el caso de edificios con baños compartidos, el arrendador tiene la obligación de acomodar a la persona trans, permitiendo el uso el baño de su elección.

Una persona discriminada tiene recursos ante la ley para obtener reparación y rehabilitación. Después de un intento informal de resolución, si la mediación no da resultados, la persona discriminada puede, con las pruebas y documentos apropiados, depositar una queja ante el Departamento de Vivienda y Empleo Justo de California (*California Department of Fair Employment and Housing*), hasta un año después de los hechos. Si eventualmente el Departamento no logra una reparación o acuerdo, se emite a la parte demandante un papel que garantiza el derecho a demandar al acusado ante un tribunal civil.

Aunque existen textos legales y mecanismos oficiales de quejas, la discriminación de las personas trans en el mercado del alojamiento sigue siendo una realidad. Normalmente, el tipo de discriminación que puede producirse en el contexto del alojamiento no siempre es evidente, ni siempre se puede comprobar con evidencias claras. Puede producirse sin que la persona afectada esté completamente enterada.

Una investigación realizada por la escuela de derecho de la Universidad de Suffolk¹⁷¹, demostró la amplitud de la discriminación en el alojamiento en la zona urbana de Boston, Massachusetts. Este estado de la costa este de Estados Unidos posee legislaciones similares a las de California, por lo tanto, los resultados de esta investigación nos permiten suponer la presencia de un fenómeno similar al de las grandes zonas urbanas de California.

El estudio preparó a 33 pares de personas para efectuar visitas en diferentes alojamientos de alquiler en la zona metropolitana de Boston. La persona transgénero y la persona cisgénero hicieron las visitas de manera separada y en diferentes momentos, sin demostrar ningún vínculo entre ellas. El objetivo del estudio era replicar una visita normal y notar por comparaciones las posibles discriminaciones obvias y sutiles. La metodología fue

¹⁷⁰ California Legislative information, Penal code section 422.56, Disponible en línea:

https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=422.56.&lawCode=PEN

¹⁷¹ Langowski, J., Berman, W. L., Holloway, R., McGinn, C., Seitz, S., President, V., ... Goldrick, C. (2017).

Transcending Prejudice: Gender Identity and Expression- Based Discrimination in the Metro Boston Rental Housing Market. *Yale Journal of Law and Feminism*, 172(29), 321. Disponible en línea:

<http://williamsinstitute.law.ucla.edu/press/study-transgender-people-experience-discrimination->

desarrollada para eliminar otros factores que pudieran influir sobre la visita, tal como la raza, el estado civil, entre otras características.

Los resultados confirmaron que las personas trans o las que no se conformaban con un género determinado recibieron un trato diferencial y discriminatorio en 61 % de los casos. Tuvieron 27 % menos de probabilidades de ser invitadas a ver partes adicionales del complejo habitacional, 21 % menos de probabilidades de obtener un incentivo financiero para alquiler, 12 % más de probabilidades de recibir comentarios negativos acerca de la unidad habitacional o del barrio, y 9 % más de probabilidades de recibir una cotización de alquiler superior a la persona cisgénero.

Aunque estas situaciones son sin duda discriminatorias, resulta difícil para la persona discriminada comprobar o documentarlas para presentar una queja oficial. Algunos factores y características adicionales pueden contribuir a una situación de discriminación interseccional. Así, los factores de raza, origen, nivel socioeconómico, entre otros, se agregan a la identidad de género y multiplican las probabilidades de discriminación,

Este conjunto de problemas lleva a muchas personas del colectivo trans a vivir situaciones temporales o crónicas de indigencia. De acuerdo con las estadísticas del Consejo Interagencial de Estados Unidos para las Personas sin Hogar (*United States Interagency Council on Homelessness*), los jóvenes del colectivo LGBT forman de 20 % a 40 % de la población total de personas indigentes en Estados Unidos¹⁷². Esta categoría de personas vulnerables, se encuentra sobrerrepresentada en la población de personas sin hogar en relación con su peso estimado en la población general. Dicha situación se debe principalmente a las probabilidades altas de ser expulsadas del hogar o del entorno familiar. Según el mismo reporte nacional, 40 % de los jóvenes del colectivo LGBT fue expulsado del domicilio familiar cuando anunció su orientación sexual o identidad de género a sus familiares¹⁷³.

De acuerdo con la Encuesta Nacional Trans de 2015, 30 % de la población trans declara haber estado en una situación de indigencia al menos una vez en su vida. Durante del año anterior a la publicación de la encuesta, 12 % de las personas trans no tuvo domicilio. Esta cifra sube a 32 % en el caso de las personas trans indocumentadas y a 27 % en el caso de las personas trans con VIH¹⁷⁴.

El acceso a refugios puede también presentar complicaciones para las personas trans. Según la ENT de 2015¹⁷⁵, 70 % de las personas trans reportó acoso o situaciones de violencia por

¹⁷² The United States Interagency Council on Homelessness. (2015). *Opening Doors: Federal Strategic Plan to prevent and end Homelessness*. Washington D.C. p. 22 Disponible en línea: https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/USICH_OpeningDoors_Amendment2015_FINAL.pdf

¹⁷³ *Ibid*

¹⁷⁴ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. P. 178 Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

¹⁷⁵ *Idem*, p. 176

parte del personal y/o de otros residentes durante su estancia en un refugio. 26 % reportó haber evitado acceder a un refugio por miedo a ser discriminado, 14 % fue obligado a ponerse ropa de acuerdo con el género asignado al nacimiento, y 6 % declaró que el servicio les fue denegado por completo. Adicionalmente, cuando se les permite el acceso al refugio, las personas trans están frecuentemente obligadas a quedarse en instalaciones inapropiadas para su género autoidentificado.

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (United States Department of Housing and Urban Development (HUD), clarificó en 2012 y 2015 que las organizaciones que reciben fondos para prestar servicios de alojamiento en refugio o viviendas sociales no pueden discriminar en función de la identidad de género o expresiones, por lo tanto las personas trans deben ser acomodadas en las secciones que correspondan a la identidad de género autoidentificada. Existe un mecanismo de queja en caso de discriminación y la agencia tiene la obligación de investigar las acusaciones de este tipo¹⁷⁶.

Diferentes organizaciones sin fines de lucro ayudan a las personas trans en San Francisco para acceder a los servicios de vivienda social y/o a los refugios. Los servicios de asistencia jurídica y de asesoramiento permiten determinar los tipos de ayuda que pueden solicitar a nivel municipal, estatal o federal.

La coalición de organizaciones civiles llamada *Our Trans Home SF* pidió en abril de 2019 un millón de dólares USD a las autoridades locales y nacionales para responder de manera urgente al problema de indigencia dentro la población trans de San Francisco. El grupo requiere fondos para subsidios de alojamiento, servicios de asesoramiento y para el establecimiento de refugios y unidades dedicadas a la población trans¹⁷⁷.

Durante el mismo mes, la ciudad de San Francisco fue la primera en Estados Unidos en inaugurar una casa de refugio temporal y transicional para jóvenes del colectivo trans¹⁷⁸. Las instalaciones cuentan con 6 camas. A pesar de sus límites, este proyecto constituye sin duda un cambio de paradigma y el inicio de una respuesta específica al desafío que representa la indigencia trans en la ciudad de San Francisco.

Discriminación en el contexto laboral y pobreza

La discriminación en el mercado laboral de las personas transgénero está prohibida en California basándose en la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de 1959 (*California's*

¹⁷⁶ United States Department of Housing and Urban Development (HUD), Housing discrimination and personas identifying as LGBTQ. Disponible en línea: https://www.hud.gov/program_offices/fair_housing_equal_opp/housing_discrimination_and_persons_identifying_lgbtq

¹⁷⁷ Ver: <http://ourtranshomesf.org>

¹⁷⁸ Fagan, K. A national first: SF opens safe house for embattled transgender youths - San Francisco Chronicle, April 21 2019 Disponible en línea: <https://www.sfchronicle.com/nation/article/A-national-first-SF-opens-safe-house-for-13781577.php>

Fair Employment and Housing Act (FEHA), clarificada por la ley AB196 o Ley de No Discriminación de Género (*Gender Nondiscrimination Bill*) en vigor desde 2004.

Adicionalmente, el departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California ha dejado de manifiesto en sus legislaciones que los empleadores no pueden obligar un empleado trans a usar ropa que no corresponda a su identidad autoidentificada, ni obligarlo a usar instalaciones sanitarias equivocadas.

La legislación vigente prevé mecanismos para denunciar la discriminación laboral y obtener reparación de ser necesaria. Sin embargo, las figuras a nivel nacional indican que en 69 % de los casos de personas que fueron despedidas a causa de algún tipo de discriminación, ninguna queja fue presentada. 15 % consultó un abogado y 14 % depositó una queja formal ante los organismos correspondientes. De las personas que consultaron un abogado, 29 % no pudo contratarlo por cuestiones de costo y 17 % no recibió seguimiento o recibió el consejo de abandonar los procedimientos¹⁷⁹.

El desempleo en el colectivo trans es un problema que lleva a una multitud de consecuencias graves. Los recursos financieros y la validación social son elementos básicos para asegurar la integración de un individuo en la sociedad. El empleo es la herramienta que permite, en la mayoría de los casos, el acceso a una vivienda digna y a otros servicios y productos esenciales (servicios de salud, alimentación, etc.).

De acuerdo a las cifras de la Encuesta Nacional Trans de 2015¹⁸⁰, la tasa de desempleo en la comunidad trans es del 15 % a nivel nacional, tres veces más alta que el promedio nacional. 16 % de las personas encuestadas reportaron haber sido despedidas al menos una vez por cuestiones de identidad de género, 30 % reportó acoso u otra forma de discriminación en el lugar de trabajo durante el año anterior a la publicación del reporte, y 77 % reportó haber tomado medidas para evitar maltrato en el ámbito laboral, como renunciar, retrasar la transición de género o esconderla.

De la misma forma que la discriminación se evidencia en el ámbito de la vivienda, la exclusión en el sector laboral puede tomar formas explícitas, como por ejemplo el abuso verbal; o formas sutiles o desapercibidas por la persona discriminada, como la eliminación de un *curriculum vitae* o la ausencia de invitación a una entrevista por cuestiones de identidad de género.

Para confirmar la existencia de la discriminación sistémica en los procedimientos de selección de personal del mercado laboral, la organización sin fines de lucro *Make the Road New York* realizó una investigación en 2008, utilizando la técnica de pares¹⁸¹. Dos pares

¹⁷⁹ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. P. 156 Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

¹⁸⁰ *Ibid*, P. 148

¹⁸¹ Make the Road New York. (2010). Transgender need not apply: A report on gender identity job discrimination, Brooklyn, NY Disponible en línea: <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=institutes>

fueron escogidos, cada uno contando con una persona transgénero y otra cisgénero. Las personas fueron emparejadas de acuerdo con las similitudes de características, siendo la identidad trans la única diferencia. Cada integrante de los pares visitó 24 comercios de cadenas en la ciudad de Nueva York con el fin de conseguir un puesto de trabajo. Todos siguieron los mismos procedimientos de reclutamiento, para detectar variaciones en la actitud del personal, en el procedimiento y en el resultado final para una posible contratación.

Los resultados fueron posteriormente comparados con los testimonios de 82 personas transgénero para detectar similitudes en la experiencia, lo cual dejó demostrado la magnitud de la situación que vive este colectivo en el ámbito laboral, con una tasa de 42 % de discriminación. En once de los establecimientos, los candidatos cisgénero recibieron una oferta de empleo sin que el candidato trans recibiera lo mismo. En solamente una de las 24 empresas, el candidato trans recibió una oferta de trabajo sin que el candidato de control (cisgénero) fuera reclutado también.

Estos resultados concuerdan con las experiencias relatadas por las personas entrevistadas posteriormente en el estudio, 59 % de las 82 personas reportó haber sufrido de discriminación en el ámbito laboral y 49 % declaró nunca haber recibido una oferta de trabajo. La precariedad provocada por la ausencia de oportunidades conduce a una pobreza asegurada y a fuentes de trabajo informales o criminalizadas, como la prostitución o la venta de estupefacientes.

Según las cifras de la ETN de 2015¹⁸², 29 % de los encuestados vivía en pobreza, más de dos veces el promedio nacional (12 %). Esa cifra aumenta a 69 % en el caso de las personas trans indocumentadas, a 62 % para las personas en la economía informal, a 51 % para las personas trans que viven con VIH y a 43 % para las personas trans latina/o.

Nuevamente, se puede apreciar que la multiplicación de factores y características de vulnerabilidad ubican a las personas trans en situaciones extremadamente delicadas y consolida la marginación. Además de los impactos extraordinarios sobre miles de personas excluidas de entorno cívico y social, la discriminación hacia las personas trans en el ámbito laboral puede tener un costo financiero importante para los estados que no la erradican.

Un análisis realizado por el *Williams Institute*¹⁸³ intentó atribuir cifras al costo inducido por la discriminación de las personas trans en el ámbito laboral y de viviendas en el estado de Nueva York. Según sus conclusiones, la discriminación laboral podría estar vinculada a más de un millón de dólares en costos del programa Medicaid, de 475.000 a 5.9 millones en costos de viviendas sociales y refugios para indigencia, sumado a millones adicionales posiblemente perdidos por la ausencia de impuestos sobre los ingresos laborales. Así, al excluir una parte de su población en edad activa, el estado se priva de ingresos y aumenta sus gastos sociales.

¹⁸² James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. p. 144 Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

¹⁸³ Herman, J. L. (2013). The Cost of Employment and Housing Discrimination against Transgender Residents of New York. Williams Institute. Disponible en línea: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Herman-NY-Cost-of-Discrimination-April-2013.pdf>

En los últimos años, un número creciente de empresas y corporaciones en Estados Unidos integraron en sus planes y procedimientos de recursos humanos normas y reglamentos para eliminar la discriminación hacia las personas trans, así favorecer su integración en un ámbito laboral digno y sano.

Sin embargo, se requieren iniciativas de ley para aumentar las auditorías en las empresas, promocionar, agilizar y facilitar los mecanismos de denuncias y posiblemente introducir medidas para incitar a las empresas a contratar personas transgéneros, a aplicar métodos de discriminación positiva, tal como se ha practicado en el contexto racial.

Trabajo sexual y prostitución

La ausencia de oportunidades de trabajo formal obliga a las personas trans, en algunas circunstancias, a buscar fuentes alternativas de recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas, como los alimentos, la vivienda y la salud. Por lo tanto, la prostitución en sus diferentes formas es una actividad relativamente común en el colectivo transgénero.

La prostitución es una herramienta de supervivencia y para algunas personas una manera de cubrir los gastos asociados a la afirmación de género (hormonas, reasignación de sexo, cirugías), que a su vez puede contribuir a un aumento de las ganancias a través de esta práctica y a un sentimiento de validación de género¹⁸⁴.

Sin embargo, las características intrínsecas del trabajo sexual exponen a las personas que lo practican a probabilidades más altas de violencia, de acoso, de tráfico humano y también a riesgos de contraer enfermedades sexualmente transmisibles.

De acuerdo con la Encuesta Nacional Trans de 2015, 12 % de los encuestados ha realizado algún tipo de trabajo sexual para asegurar ingresos económicos. Esta cifra sube a 36 % en el caso de personas trans indocumentadas, 23 % en el caso de las personas trans que estuvieron en situación de indigencia y 23 % en la comunidad trans latina.

Del 12 % de personas que ha practicado el trabajo sexual, 45 % vivía en pobreza, 72 % reportó haber sido víctimas de agresión sexual y tienen dieciséis veces más de probabilidades de estar viviendo con el VIH que aquellas que reportaron nunca haber trabajado en la industria sexual.

La voluntad de conseguir validación física, las presiones, el incentivo económico para no usar preservativo durante el acto sexual, el uso combinado de estupefacientes o alcohol, y el riesgo biológico del sexo anal receptivo, son situaciones que ponen a las personas trans y trabajadoras sexuales en una posición particularmente vulnerable frente al VIH.

¹⁸⁴ Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., ... Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)

Solicitar servicios a personas para fines de prostitución o deambular en la vía pública para proponer servicios sexuales está prohibido por la ley en California. En la parte primera, título 15 del Código Penal, se estipula que:

CHAPTER 2.5. Loitering for the Purpose of Engaging in a Prostitution Offense [653.20 - 653.28]

(2), it is unlawful for any person to loiter in any public place with the intent to commit prostitution. This intent is evidenced by acting in a manner and under circumstances that openly demonstrate the purpose of inducing, enticing, or soliciting prostitution, or procuring another to commit prostitution¹⁸⁵.

Solicitar servicios sexuales o deambular por la calle con el intento de prostituirse es un acto que difícilmente puede definirse o comprobarse. Por lo tanto, el poder discrecional de las fuerzas policiales lleva a situaciones de abuso de autoridad y la vigilancia prejuiciosa. Efectivamente, diferentes estudios y testimonios comprueban que las mujeres trans son sujetas a detenciones arbitrarias y cuestionamientos en contextos de actividades cotidianas, debido a que su apariencia física lleva a las fuerzas del orden a asumir la existencia de actos de prostitución o de solicitud de servicios sexuales.

Según una encuesta realizada con mujeres trans que residen en Los Ángeles, el 60 % reporta haber sido detenida y cuestionada en la calle por su apariencia física cuando efectuaban actividades como regresar del supermercado, esperar el autobús o andar de compras. De las que reportaron esta situación el 25 % declaró haberla vivido al menos dos veces, el 33 % de tres a cinco veces y el 11 % más de 6 veces¹⁸⁶.

La policía en California frecuentemente usa la posesión de preservativos como evidencia del intento de prostitución cuando aprehende a alguien. Esta situación lleva a trabajadores del sexo a evitar llevar condones dentro de sus pertenencias, lo que puede reducir las probabilidades de usarlo o de tenerlo a la mano cuando se necesita. Esta táctica policiaca está denunciada por organizaciones de prevención en materia de VIH y enfermedades sexualmente transmisibles, debido a que afectan los esfuerzos de prevención y de concientización. Una investigación realizada en la ciudad de Nueva York determinó que 75 % de las sexoservidoras trans decidió en algún punto no llevar preservativos por temor a ser arrestadas¹⁸⁷.

La criminalización de la prostitución favorece la explotación sexual, las prácticas en lugares no controlados e inseguros y tiene un impacto negativo sobre los índices de denuncia en caso

¹⁸⁵ California Legislative information, Penal code, Disponible en línea:

https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=PEN§ionNum=653.22

¹⁸⁶ Bienestar Human Services, Galvan, F. H., & Bazargan, M. (2012). Interactions of Latina Transgender Women with Law Enforcement. Disponible en línea: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Galvan-Bazargan-Interactions-April-2012.pdf>

¹⁸⁷ Tompert, L. (2012). Public Health Crisis : The Impact of Using Condoms as Evidence of Prostitution in New York City. Prevention.p. 24 Disponible en línea: <https://www.nswp.org/resource/public-health-crisis-the-impact-using-condoms-evidence-prostitution-new-york-city>

de violencia sexual o física. Por ende, las trabajadoras del sexo no reportan los actos de violencia por temor a ser cuestionadas y arrestadas en relación con la actividad prohibida.

Una propuesta de ley (*SB-233 Immunity from arrest*) fue aprobada por el Senado de California en mayo de 2019, para prohibir la detención de una persona que practica el trabajo sexual cuando está reporta un crimen como el asalto físico o sexual, o la trata de personas. De ser ratificada, la propuesta de ley eliminaría también la posibilidad de usar la posesión de condones como evidencia de una conducta ilegal.

647.3. (a) A person who is reporting a crime of sexual assault, human trafficking, stalking, robbery, assault, kidnapping, threats, blackmail, extortion, burglary, or another violent crime shall not be arrested for either of the following:

(1) A misdemeanor violation of the California Uniform Controlled Substances Act (Division 10 (commencing with Section 11000) of the Health and Safety Code).

(2) A violation of subdivision (a) or (b) of Section 647 if the offense is related to an act of prostitution, or of Section 372 or 653.22.

(b) Possession of condoms in any amount shall not provide a basis for probable cause for arrest for a violation of subdivision (a) or (b) of Section 647 if the offense is related to an act of prostitution, or of Section 372 or 653.22¹⁸⁸.

En abril de 2018, el Congreso de Estados Unidos adoptó la Ley para dejar de habilitar a los traficantes sexuales (*Stop Enabling Sex Traffickers Act (SESTA)*)¹⁸⁹ y la Ley para permitir que los estados y las víctimas luchen contra el tráfico sexual en línea (*Allow States and Victims to Fight Online Sex Trafficking Act (FOSTA)*)¹⁹⁰.

Con pretensiones de luchar en contra de la explotación sexual y el tráfico de personas, los legisladores implantaron leyes que responsabilizan a las empresas de tecnología y los dominios de internet del material y de los servicios que alojan. Por lo tanto, diferentes empresas empezaron a limitar o eliminar todo el material que pudiera ser vinculado a pornografía o a la oferta de servicios sexuales que no hacen distinciones entre el material vinculado a trata de personas y los servicios, o el material publicado de manera voluntaria o con consentimiento. Para evitar la posibilidad de litigios, portales web como *Craigslist* o *Tumblr* eliminaron proactivamente de sus páginas el contenido pornográfico o las secciones de anuncios personales. Otros sitios frecuentemente utilizados por las personas trans para anunciar servicios sexuales como *Backpage.com* fueron completamente cerrados por órdenes judiciales.

¹⁸⁸ California Legislative information, SB-233 Immunity from arrest.(2019-2020) Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201920200SB233

¹⁸⁹ Congress.Gov, S.1693 - Stop Enabling Sex Traffickers Act of 2017, 115th Congress (2017-2018), Disponible en línea: <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/senate-bill/1693>

¹⁹⁰ Congress.Gov, H.R.1865 - Allow States and Victims to Fight Online Sex Trafficking Act of 2017, 115th Congress (2017-2018), Disponible en línea: <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-bill/1865>

Esta ley que puede ser calificada de aplicar censura, fue criticada por diferentes asociaciones de defensas de las personas trans y de las trabajadoras del sexo, debido a que el cierre de espacios virtuales obliga a las personas que sobreviven de la prostitución a regresar a la calle o a continuar en ámbitos posiblemente violentos y hostiles. Las trabajadoras del sexo pierden las oportunidades de filtrar sus potenciales clientes o de dedicarse a actividades distintas a la prostitución callejera. La posibilidad de una detención en la calle o la imposibilidad de tomar el tiempo de negociar diferentes aspectos antes del acto sexual aumentan la vulnerabilidad de las sexoservidoras^{191 192}.

Una encuesta realizada por una asociación contra el tráfico humano indicó que, a unos meses de la aplicación de la ley, las sexoservidoras podían resentir los efectos negativos de legislación. Los resultados de la investigación demostró que para las sexoservidoras significa una reducción de los ingresos, reducción del número de clientes, pérdida de poder relacionada a la ausencia de revisión de los clientes potenciales, y reducción de las posibilidades de negociación previa del riesgo o del servicio. Los participantes reportaron también un aumento de los riesgos generales por parte de clientes depredadores y un alza en los intentos de regateo¹⁹³.

Adicionalmente, asociaciones en contra del tráfico humano indicaron que la invisibilidad en línea puede tener consecuencias sobre las investigaciones en casos de tráfico humano, debido a que la censura dificulta la recolección de evidencias y de datos para dismantelar redes de tráfico y localizar a las víctimas^{194 195}.

En octubre de 2017, el gobernador del estado de California firmó la ley número 239, procedente de una iniciativa del Senado (*SB-239 Infectious and communicable diseases: HIV and AIDS: criminal penalties (2017-2018)*)¹⁹⁶. Esta ley puso fin a diferentes cláusulas del Código de Salud del estado y del Código Penal que criminalizaban la posibilidad de

¹⁹¹ Steimle, S. (2019). New Laws forced Sex workers back on SF streets, caused 170% spike In human trafficking. CBS San Francisco. Disponible en línea: <https://sanfrancisco.cbslocal.com/2019/02/03/new-laws-forced-sex-workers-back-on-sf-streets-caused-170-spike-in-human-trafficking/>

¹⁹² Chamberlain, L. (2018). FOSTA: A Hostile Law with a Human Cost. Fordham Law Review, p. 2203. Disponible en línea: <https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/flr87&id=2224&div=77&collection=journals>

¹⁹³ Peterson, M., Robinson, B., & Shih, E. (2019). The New Virtual Crackdown on Sex Workers' Rights: Perspectives from the United States. Anti-Trafficking Review, 0(12), 189–193. <https://doi.org/10.14197/atr.2012191212>

¹⁹⁴ Freedom network USA. (n.d.). Freedom Network Urges Caution in Reforming the CDA. Disponible en línea: <https://www.eff.org/files/2017/09/18/sestahearing-freedomnetwork.pdf>

¹⁹⁵ Harmon, E. (2017). Sex Trafficking Experts Say SESTA Is the Wrong Solution. Disponible en línea: <https://www.eff.org/es/deeplinks/2017/10/sex-trafficking-experts-say-sesta-wrong-solution>

¹⁹⁶ California Legislative information, SB-239 Infectious and communicable diseases: HIV and AIDS: criminal penalties.(2017-2018), Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201720180SB239

transmisión del VIH o la consideraba como factor agravante en el caso de un delito menor (*misdemeanor*), convirtiendo un acto como la prostitución en delito grave (*felony*) si las pruebas impuestas de VIH daban un resultado positivo, aunque sin tomar en cuenta las posibilidades reales de transmisión.

Los artículos abrogados del Código Penal ponían a las mujeres trans, que ejercen la prostitución, en una situación en la cual se arriesgaban a penas de cárcel por esta actividad que para muchas representa la única forma de sobrevivir y de responder a sus necesidades básicas. Aunque la abolición de esos artículos legales marca un avance positivo en la lucha contra el estigma vinculado al VIH, la criminalización de la prostitución sigue vigente y puede, en algunas circunstancias, conducir a una persona trans a desafíos adicionales vinculados a discriminación y violencia en el ámbito carcelario.

La descriminalización del trabajo sexual es necesaria y debe ser complementaria a otras medidas para facilitar el acceso al mercado laboral y a la igualdad de oportunidades para las personas trans. La criminalización del trabajo sexual es otra traba en las reivindicaciones de dignidad y de derechos básicos hacia esta comunidad. En lugar de criminalizar una actividad que representa para muchas la única forma de supervivencia, se deben adoptar medidas para reducir los riesgos, garantizar la salud e integridad física de las trabajadoras sexuales. La OMS afirma que la despenalización del trabajo sexual podría llevar a una reducción de 46 % de las infecciones por VIH entre los trabajadores sexuales sobre un periodo de 10 años, mientras que la eliminación de la violencia hacia este colectivo reduciría al 20 % los nuevos casos de VIH¹⁹⁷.

La idea de una despenalización completa del comercio sexual consensual entre adultos fue adoptada por numerosas organizaciones internacionales y civiles. La Organización Mundial de la Salud exhortó a los gobiernos de los Estados miembros a:

«orientar sus esfuerzos para despenalizar la prostitución y eliminar la aplicación injusta de las leyes y los reglamentos no penales contra los trabajadores sexuales. Debe eliminarse la práctica policial de tomar la posesión de preservativos como prueba del ejercicio de la prostitución y como motivo de detención»¹⁹⁸.

California debe considerar una despenalización completa por motivos de salud y para eliminar atentados graves en contra de personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, así como adultos que ejercen el comercio del sexo con voluntad propia y de manera consensual.

¹⁹⁷ World Health Organization, HIV/AIDS and sex workers, Disponible en línea: https://www.who.int/hiv/topics/sex_work/en/

¹⁹⁸ Organización Mundial de la Salud. (2016). Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, p. 77 Disponible en línea: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/es/>

Detención y condiciones carcelarias

Las personas transgéneros tienen probabilidades altas de interacción negativa con las fuerzas policiales y el sistema carcelario. La detención arbitraria, el acoso verbal y sexual, la ausencia de respeto al pronombre de género y al género en el sistema de clasificación carcelario, son realidades que caracterizan una relación difícil con los policías, jueces y el personal de los centros de detención.

De acuerdo con un estudio de los investigadores Leonore Carpenter y R. Barrett Marshall:

“Law enforcement officers regularly stop, harass, and demand identification from transgender women, regularly subject them to commands to disperse, and regularly arrest them for low-level offenses tied to suspicions of prostitution. This phenomenon is sufficiently widespread that the transgender community has given it the colloquial label “walking while trans”¹⁹⁹.

Según los datos de la Encuesta Nacional Trans de 2015, 40 % de los encuestados había tenido alguna interacción con las fuerzas policiales en el transcurso del año anterior a la publicación del reporte. De este 40 %, 57 % reporta que nunca u ocasionalmente fueron tratados con respeto. De las personas que afirman que el oficial conocía su identidad de género, 58% dice haber sido víctima de acoso verbal, acoso sexual u otra forma de maltrato. Esta cifra sube a 68 % para las personas trans latinas, y a 78 % para las personas trans en situación de indigencia.

Entre las distintas formas de maltrato destacan el uso continuo del pronombre equivocado (49 %), el abuso verbal (20 %), las preguntas intrusivas acerca de sus genitales (19 %), el asalto sexual (3 %) y la extorsión sexual para evitar la detención (1 %), práctica que se conoce en el colectivo trans como «*Blow and go*»²⁰⁰ o *mama y vete*. Una investigación realizada en el contexto de las mujeres trans latinas en Los Ángeles²⁰¹ ofrece estadísticas aún más preocupantes: 42 % afirma haber recibido solicitudes sexuales no deseadas por parte de agentes de las fuerzas policiales y 24 % reporta haber sido víctima de asalto sexual por parte de policías o guardias de prisión.

Adicionalmente, 57 % de la muestra de la encuesta afirma no sentirse cómoda con la idea de solicitar ayuda a las fuerzas policiales en caso de necesitarla. Estas cifras demuestran sin duda un clima de desconfianza entre los servicios policiales y el colectivo transgénero, e indica que las personas trans no pueden contar con el apoyo o la asistencia de la policía en una situación de violencia o en un contexto en el cual peligra su vida. Al pedir ayuda a la

¹⁹⁹ Carpenter, L. F., & Marshall, R. B. (2017). Walking While Trans: Profiling of Transgender Women by Law Enforcement, and the Problem of Proof. *Journal of Race, Gender, and Social Justice* (Vol. 24). p. 6 Disponible en línea: <https://scholarship.law.wm.edu/wmjowl/vol24/iss1/3>

²⁰⁰ Urquhart, E. Decriminalizing Prostitution Is Central to Transgender Rights, *Slate.com*, Feb.27, 2018 Disponible en línea: <https://slate.com/human-interest/2018/02/decriminalizing-prostitution-is-central-to-transgender-rights.html>

²⁰¹ Bienestar Human Services, Galvan, F. H., & Bazargan, M. (2012). Interactions of Latina Transgender Women with Law Enforcement, Disponible en línea: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploa>

policía, resulta probable que la misma víctima será arrestada o cuestionada por su identidad de género en lugar de obtener la asistencia necesaria²⁰². Considerando que las personas trans son más susceptibles de ser víctimas de discriminación y violencia, la ausencia de confianza hacia las fuerzas del orden puede conducir a consecuencias mortales.

La frecuencia de altercados o interacciones con las fuerzas policiales puede tener consecuencias graves, debido a que la atribución múltiple de delitos menores o la ausencia a audiencias judiciales pueden desembocar en penas de cárcel, antecedentes criminales, impactos sobre las oportunidades laborales y situaciones adicionales de violencia y discriminación. De tal manera, como lo afirman Carpenter y Marshall:

*«a minor criminal infraction can begin a potentially life-destroying cycle in the prison system, where transgender women are misgendered, denied medical care, raped, abused, or placed in solitary confinement “for their own protection”»*²⁰³.

Las personas trans detenidas en el sistema carcelario son sujetas a diferentes tipos de violencia, discriminación y maltrato. Estas situaciones son causadas por los límites estructurales e institucionales del sistema carcelario, por los empleados y por los otros detenidos.

Según las cifras de la ETN de 2015, 2 % de las personas encuestadas había sido detenida en una cárcel, un centro de detención juvenil o migratoria, durante el año anterior a la publicación del reporte. Esta cifra sube a 12 % en el caso de personas trans indocumentadas y a 7 % en el caso de personas trans en situación de indigencia. Del total de personas que fueron detenidas, 30 % reportó haber sido víctima de asalto sexual o físico durante su estancia en el sistema carcelario.

Actualmente, el Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California (*California Department of Corrections and Rehabilitation o CAL-CDJR*) clasifica a las personas transgéneros en el sistema carcelario de acuerdo con el sexo de nacimiento, al menos que la persona haya concluido una reasignación de género o disponga de un dictamen médico que pueda presentar al comité de clasificación. Estas reglas no resultan adecuadas para proteger a las personas vulnerables y las exponen a situaciones graves de maltrato, discriminación y violencia.

En enero de 2019 el senador de California, Scott Wiener, presentó un proyecto de ley elaborado con actores de la sociedad civil para cambiar y simplificar el sistema de clasificación de género en el ámbito carcelario.

²⁰² Amnesty International. (2005). USA: Stonewalled : Police abuse and misconduct against lesbian, gay, bisexual and transgender people in the U.S. p. 6, Disponible en línea: <https://www.amnesty.org/en/documents/AMR51/122/2005/en/>

²⁰³ Carpenter, L. F., & Marshall, R. B. (2017). Walking While Trans: Profiling of Transgender Women by Law Enforcement, and the Problem of Proof. *Journal of Race, Gender, and Social Justice* (Vol. 24). P.16, Disponible en línea: <https://scholarship.law.wm.edu/wmjowl/vol24/iss1/3>

El proyecto de ley SB-132²⁰⁴ propone medidas para proteger a las personas trans y para asegurar el respeto de su dignidad por parte de los empleados del sistema carcelario. Así, al ingresar, la persona trans tendría la oportunidad de indicar el género con el cual se identifica, el pronombre usado y obtendría los servicios y la clasificación de acuerdo con su elección, al menos que existan riesgos reales para su seguridad.

El personal del centro de detención tendría la obligación de respetar el género de identificación y el pronombre usado en todas las comunicaciones, con o acerca de la persona detenida, y ofrecería los servicios de acuerdo con el género (búsqueda física, emisión de una tarjeta de identificación y disponibilidad de productos de cuidado personal, entre otros).

Además de establecer nuevas directivas, se reconoce formalmente en el proyecto de ley las dificultades que enfrentan las personas trans en el ámbito carcelario. Las medidas propuestas se justifican basándose sobre la necesidad de una solución a problemas muy graves de violación de derechos y de riesgos físicos y mentales para los detenidos:

SECTION 1. The Legislature finds and declares all of the following:

(a) The United States Supreme Court recognized that incarcerated transgender individuals are particularly vulnerable to sexual abuse and sexual harassment and that disregarding the known risks to a transgender woman constitutes deliberate indifference in violation of the federal constitution.

(b) In California, a study of the state's prisons found that the rate of sexual assault for transgender women in those prisons was 13 times higher than for men in the same prisons.

(c) Official data collected by the federal Bureau of Justice Statistics confirm that, nationwide, incarcerated transgender individuals experience exceptionally high rates of sexual victimization. In a 2011–12 survey, almost 40 percent of incarcerated transgender individuals reported experiencing sexual victimization while incarcerated compared to 4 percent of all incarcerated individuals.

(d) A congressional study found that instances of prison rape often go unreported, and that "most prison staff are not adequately trained or prepared to prevent, report or treat inmate sexual assaults."

(e) Forty percent of transgender women respondents reported harassment from other incarcerated individuals.

(f) Thirty-eight percent reported being harassed by correctional officers or staff.

(g) Correctional officers and other incarcerated people predominantly refer to transgender women as men, using masculine pronouns.

²⁰⁴ California Legislative information, SB-132 Corrections (2019-2020) , Disponible en línea: http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201920200SB132

En octubre de 2017, el gobernador del estado de California, Jerry Brown, firmó la ley SB-210²⁰⁵, la cual permite a una persona trans en detención solicitar un cambio de nombre y género a la corte superior sin la aprobación previa del Departamento de Correcciones y Rehabilitación. De esta manera, la legislación confiere a las personas trans en el ámbito carcelario las mismas posibilidades de cambios de identidad civil que a las personas que se encuentran en la población general y eliminó los trámites burocráticos y discrecionales ejercido por las autoridades carcelarias. Esta ley respondió a las conclusiones de 2015 de la Corte Federal en el caso *Norsworthy v. Beard* (N.D. Cal. 2014) 74 F. Supp.3d 1100²⁰⁶, en el cual se reconoció que se habían violado los derechos de igualdad en protección (*equal protection clause*) de la demandante, al negarle la posibilidad de cambiar de nombre.

En el contexto de este caso y del expediente *Quine v. Beard et al.*, No. 3:2014cv02726 - Document 116 (N.D. Cal. 2017)²⁰⁷, la Corte Federal reconoció también que la negación de los servicios médicos y de la solicitud de reasignación de género de la demandante, a pesar de la recomendación de médicos, era equivalente a un trato inhumano y degradante, lo cual violaba la Octava Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos que prohíbe al gobierno la imposición de castigos inusuales y crueles²⁰⁸.

En el acuerdo convenido con la demandante del caso *Quine v. Beard*, el Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California se comprometió a cambiar sus directivas y a establecer mecanismos para permitir la reasignación de género como tratamiento para la disforia de género. Así, en 2015, California se convirtió en el primer estado en ofrecer las cirugías de reasignación de género a sus detenidos elegibles²⁰⁹. Las solicitudes son evaluadas por un comité de reasignación de género (*Sex Reassignment Surgery Review Committee*) y los procedimientos son pagados por el estado en caso de ser aprobados. Las personas que solicitan el cambio deben tener un mínimo de dos años faltantes antes de su liberación o liberación condicional para ser consideradas. Se estima que más de 400 personas se beneficiaron de la medida desde su implementación en 2015.

Los cambios implantados desde 2015 y la posibilidad de una reforma mayor con la adopción del proyecto de ley SB-132, son pasos importantes para asegurar la dignidad de las personas trans en el ámbito carcelario y minimizar los riesgos de violencia y de discriminación. La reasignación de género, la posibilidad de un cambio legal de nombre y género, son medidas

²⁰⁵ California Legislative Information, SB-310 Name and gender change: prisons and county jails (2017-2018) , Disponible en línea: https://leginfo.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201720180SB310

²⁰⁶ *Norsworthy v. Beard*, 87 F. Supp. 3d 1104 (N.D. Cal. 2015) , Disponible en línea: <https://casetext.com/case/norsworthy-v-beard-6>

²⁰⁷ *Quine v. Beard et al*, No. 3:2014cv02726 - Document 116 (N.D. Cal. 2017), , Disponible en línea: <https://law.justia.com/cases/federal/district-courts/california/candce/3:2014cv02726/278295/116/>

²⁰⁸ United States Senate, Constitution of the United States of America, Amendment VIII , Disponible en línea: [https://www.senate.gov/civics/constitution_item/constitution.htm#amdt_8_\(1791\)](https://www.senate.gov/civics/constitution_item/constitution.htm#amdt_8_(1791))

²⁰⁹ CCHCS/DHCS Care Guide: Gender Dysphoria, Guidelines for review of requests for sex reassignment surgery (SRS) , Disponible en línea: <http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2015/10/Guidelines-for-Review-of-Requests-for-Sex-Reassignment-Surgery-SRS.pdf>

que podrían contribuir a las posibilidades de una mejor vida al momento de salir del sistema carcelario, por lo tanto evitar el círculo vicioso de ciclos repetidos de detención.

Cuestiones de salud e intervenciones de afirmación de género

Las personas transgénero deciden, en algunas situaciones, recurrir a técnicas médicas para afirmar su identidad de género, así aliviar la ansiedad que puede estar vinculada al hecho de tener atributos físicos o genitales que no concuerdan con su identidad. La transición corporal, aunque no sea considerada como necesaria para todas las personas trans, incluye la toma de hormonas, las cirugías plásticas y otras modificaciones corporales. Existen diferentes niveles y estados de transición, de acuerdo con las necesidades o identidad de la persona. Algunos estudios concluyen que la accesibilidad facilitada para la afirmación de género puede contribuir a un aumento en la calidad de vida de las personas trans. En un contexto de opresión social, la afirmación de género representa para muchas personas una manera de gestionar y reducir la ansiedad así como los riesgos de discriminación y de violencia²¹⁰.

Existen algunas barreras que impiden en algunos casos la posibilidad de los procedimientos de afirmación de género. Estas barreras son principalmente relacionadas con los costos de las operaciones, el acceso a una cobertura de seguros adecuada y la disponibilidad de personal médico profesional formado en la materia.

La toma de hormonas y las cirugías de transición son procedimientos que pueden tener algunos impactos físicos y mentales importantes. El seguimiento y apoyo médico es necesario para monitorear y disminuir los posibles impactos secundarios psiquiátricos, corporales o reacciones con otros medicamentos. Para poder acceder a estos tratamientos, un médico debe confirmar la disposición de la persona interesada y detectar posibles riesgos. Por lo tanto, una relación de confianza debe instaurarse para asegurar un seguimiento de calidad y una transición satisfactoria y sin complicaciones. Esta relación de confianza con los proveedores médicos resulta ser todavía un gran desafío, debido al desconocimiento por parte de la mayoría del personal sanitario sobre las necesidades y características de la población transgénero.

Debido a que Estados Unidos posee un sistema de salud privado, los costos médicos se sustentan principalmente en una cobertura médica asociada al trabajo o mediante programas financiados por el estado o el gobierno federal. De acuerdo con la Encuesta Nacional Trans de 2015²¹¹, 14 % de las personas trans encuestadas no tenía cobertura médica. Esta cifra sube a 17 % para las personas trans latinas y a 58 % en el caso de las personas trans indocumentadas. 78 % de las personas encuestadas confirmó el deseo de recibir terapia de hormonas pero solamente 49 % logró obtenerlas.

²¹⁰ Sevelius, J. M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. *Sex Roles*, 68(11–12), 675–689.

²¹¹ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. P. 93, Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

El Código de Salud y Seguridad de California (*California Health and Safety Code*) indica claramente en el artículo 4 sección 1365.5.b²¹², que los proveedores de seguros no pueden modificar o restringir las prestaciones, excluir o requerir costos adicionales por cuestiones de género, definido en el texto de ley como sexo:

«The terms of any contract shall not be modified, and the benefits or coverage of any contract shall not be subject to any limitations, exceptions, exclusions, reductions, copayments, coinsurance, deductibles, reservations, or premium, price, or charge differentials, or other modifications because of the race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, sexual orientation, or age of any contracting party, potential contracting party, or person reasonably expected to benefit from that contract as a subscriber, enrollee, member, or otherwise; except that premium, price, or charge differentials because of the age of any individual when based on objective, valid, and up-to-date statistical and actuarial data are not prohibited».

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (*California Department of Managed Health Care*) organismo que regula las prestaciones de los planes de seguro de salud en el estado, indicó en 2015 en una carta dirigida a los proveedores de seguros que ya no podían incluir cláusulas de exclusión de género²¹³ en sus pólizas. Por lo tanto, todos los proveedores de planes de seguro de salud vendidos en el estado de California deben considerar y cubrir los cuidados de afirmación de género de un paciente, cuando sean determinados como necesarios por el médico tratante. California fue el primer estado de la nación en prohibir las cláusulas de exclusión de identidad de género en las pólizas de seguro.

El Departamento de Seguros de California (*California Department of Insurance (DOI)*) es otro organismo que regula planes de seguros para más de 3 millones de habitantes del estado. En 2012, el DOI publicó directivas similares y eliminó las posibilidades de cláusulas de exclusión en las pólizas ofrecidas por empresas bajo su autoridad.

En 2013, El Departamento de Servicios de Atención Médica de California (*California Department of Health Care Services*), el cual maneja los seguros públicos financiados por

²¹² California Legislative information, Health and Safety Code, Division 2, Chapter 2.2, Article 4. Solicitation and Enrollment [1359 - 1366.6] 1365.5.b , Disponible en línea:
https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=HSC&division=2.&title=&part=&chapter=2.2.&article=4

²¹³ Barclays Official California Code of Regulations, 10 CCR § 2561.2. Discrimination on the Basis of Actual or Perceived Gender Identity , Disponible en línea:
[https://govt.westlaw.com/calregs/Document/I2DC45A50E26611E18556F627F8D7547A?originationContext=Search+Result&listSource=Search&viewType=FullText&navigationPath=Search%2fv3%2fsearch%2fresults%2fnavigation%2fi0ad720f10000016ab9f9920a4624437d%3fstartIndex%3d1%26Nav%3dREGULATION_PUBLICVIEW%26contextData%3d\(sc.Default\)&rank=2&list=REGULATION_PUBLICVIEW&transitionType=SearchItem&contextData=\(sc.Search\)&t T2=2561.2&t S1=CA+ADC+s](https://govt.westlaw.com/calregs/Document/I2DC45A50E26611E18556F627F8D7547A?originationContext=Search+Result&listSource=Search&viewType=FullText&navigationPath=Search%2fv3%2fsearch%2fresults%2fnavigation%2fi0ad720f10000016ab9f9920a4624437d%3fstartIndex%3d1%26Nav%3dREGULATION_PUBLICVIEW%26contextData%3d(sc.Default)&rank=2&list=REGULATION_PUBLICVIEW&transitionType=SearchItem&contextData=(sc.Search)&t T2=2561.2&t S1=CA+ADC+s)

Medi-Cal (Medicaid), confirmó en sus directivas la garantía de cobertura de los cuidados y operaciones de afirmación de género para las personas trans beneficiarias de Medi-Cal²¹⁴.

En 2014, en la resolución de un recurso judicial presentado por un paciente discriminado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services*) reconoció el carácter discriminatorio de las cláusulas de exclusiones trans contenidas en el reglamento de 1989, por lo cual determinó que la cobertura por Medicare de los tratamientos de afirmación de género debe ser evaluada como cualquier otro tipo de intervención de salud²¹⁵.

En 2016, el mismo Departamento reconfirmó que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act - ACA*) prohíbe la discriminación por parte de los seguros en cuestiones de género, de acuerdo con la sección 1557 del acta sobre la no discriminación. Así, los proveedores y seguros de salud que reciben fondos federales no pueden discriminar por cuestiones de identidad de género.

A pesar de estos logros, hacer valida su cobertura de cuidados de afirmación de género sigue siendo un desafío para muchas personas en el colectivo trans. Efectivamente, la negación de la cobertura de los tratamientos de afirmación debido a malentendidos, trámites burocráticos o por no ser considerados como necesarios, sigue siendo común en el ámbito nacional. Según las cifras de la ETN de 2015, 25 % de las personas encuestadas a nivel federal afirma haber tenido problemas de cobertura con su proveedor de seguro debido a su identidad de género²¹⁶.

En estos casos, existen posibilidades de recursos ante las autoridades reguladoras o las cortes. El comité independiente de revisión administrativa o el juez determinan entonces si la aseguradora tuvo razones suficientes y legales para negar la cobertura. Debido a que una petición oficial de revisión requiere preparación, documentación y tiempo, algunas organizaciones civiles ofrecen apoyo jurídico y moral para contestar las decisiones discriminatorias por parte de las aseguradoras.

El vínculo entre la fuente de trabajo y la cobertura médica en Estados Unidos significa que los desafíos de la comunidad trans en el ámbito laboral pueden dificultar el acceso a una cobertura médica adaptada a sus necesidades. Una situación de discriminación en el ámbito laboral puede amenazar la continuación de la relación de empleo y consecuentemente la continuidad de la cobertura médica. La inexistencia de un verdadero sistema médico público crea profundas desigualdades en el acceso e impacta las personas más vulnerables. Aunque existan algunos esquemas de cobertura para personas de escasos recursos o con discapacidad,

²¹⁴ California Department of Health Care Services, All Plan Letter 13-011, Ensuring access to Transgender services , Disponible en línea: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/MMCDAPLsandPolicyLetters/APL2013/APL13-011.pdf>

²¹⁵ Department of Health and Human Services, Departmental Appeals Board, Appellate Division NCD 140.3, Transsexual Surgery , Disponible en línea: <http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2014/05/medicare-decision-sex-reassignment-surgery-5-30-14.pdf>

²¹⁶ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. P. 95, Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

algunos factores pueden complicar o prohibir por completo el acceso a estos servicios, tal como el estado de indigencia, un estado migratorio irregular o problemas de adicción a drogas o alcohol.

La imposibilidad de acceder a terapias o tratamientos de afirmación de género empuja algunas personas a considerar opciones en el mercado negro o no supervisadas, hasta la decisión de completar operaciones en países con pocos controles de calidad y garantía de normas sanitarias. Para las mujeres trans en Estados Unidos, viajar a México para realizarse cirugías de transición de género es una opción frecuentemente adoptada, debido a los costos inferiores a los que se cobran en su propio país²¹⁷.

La inyección de hormonas compradas irregularmente o los implantes de sustancias no aprobadas son comunes y pueden tener impactos serios sobre las personas que se las realizan²¹⁸. El uso de hormonas sin seguimiento médico puede llevar a desbalances hormonales, problemas psiquiátricos, fallos o fracasos de los órganos, depresión e incluso suicidio; mientras que los usos de implantes e inyecciones de sustancias no aprobadas pueden llevar a infecciones, sepsis, fallos de los órganos y posiblemente la muerte.

Estas opciones son normalmente motivadas por cuestiones de costo, tiempo y por la imposibilidad de hacerlo de manera legal. Por tal motivo, la eliminación de las barreras a las terapias de afirmación debe evaluarse para proteger a las personas trans de las consecuencias peligrosas vinculadas al uso no supervisado de hormonas y otros productos de modificación corporal.

Uso de jeringas para inyección de hormonas o consumo de narcóticos

Las personas transgénero en proceso de transición consumen normalmente hormonas. Las hormonas deben inyectarse con el uso de una jeringa. La obtención de jeringas limpias puede ser un desafío debido a que la compra está restringida o se considera ilegal en algunas jurisdicciones, por el vínculo posible con el uso de narcóticos.

En el colectivo trans, el uso de jeringas puede también estar relacionado con el consumo de drogas o con la inyección no supervisada de sustancias para la modificación corporal (colágeno, silicona, entre otras).

El uso de jeringas no esterilizadas, sucias o intercambiadas, puede llevar a infecciones de VIH o hepatitis y otras complicaciones de salud. Durante la fase crítica de la epidemia de VIH, algunos gobiernos locales y ONG entendieron rápidamente la importancia de tener programas de distribución de jeringas y sitios supervisados de inyección, de esta manera mitigar los riesgos asociados al material contaminado y posiblemente reducir las adicciones.

²¹⁷ Sevelius, J. M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. *Sex Roles*, 68(11–12), 675–689.

²¹⁸ Metastasio, A., Negri, A., Martinotti, G., & Corazza, O. (2018). Transitioning bodies. The case of self-prescribing sexual hormones in gender affirmation in individuals attending psychiatric services. *Brain Sciences*, 8(5). <https://doi.org/10.3390/brainsci8050088>

Los programas de distribución e intercambio de jeringas son parte integrante de las estrategias eficientes de reducción de daños. Diferentes estudios han comprobado la eficiencia de estos programas, determinando que los costos inmediatos son inferiores a los generados por el aumento de las incidencias de VIH y hepatitis.

En 1988, un grupo de ciudadanos en San Francisco creó el primer punto de distribución de jeringas limpias. Esta iniciativa era ilegal en esa época debido a que la posesión de una jeringa debía acompañarse de una prescripción médica. El centro llamado *Prevention Point* (punto de prevención) operó durante cuatro años en la ilegalidad para combatir los efectos desastrosos del intercambio de jeringas en la población de usuarios de drogas intravenosas.

En 1992, el alcalde de San Francisco, Frank Jordan declaró el estado de emergencia relacionado a la crisis de VIH, lo cual le permitió destinar 138.000 dólares estadounidenses al proyecto *Prevention point*. La ciudad se convirtió en una de las primeras en el mundo en adoptar una estrategia de reducción de daños y el programa de distribución de jeringas se ha continuado de manera ininterrumpida desde ese entonces. La distribución se hace mediante puntos de servicios operados por organizaciones civiles y sin fines de lucro.

Actualmente, existen en California más de 40 puntos de distribución o intercambio de jeringas²¹⁹. El programa opera en diferentes ciudades y condados del estado desde 2000, cuando la propuesta de ley AB-136 permitió a los gobiernos locales autorizar la distribución de jeringas mediante una declaración de emergencia de salud pública²²⁰.

La ciudad de San Francisco distribuye alrededor de 400.000 jeringas por mes, para un total de más de 4.45 millones por año²²¹. Los puntos de servicios actúan también como proveedores de servicios básicos conexos, tal como la consejería relacionada a las adicciones o la oferta de pruebas rápidas de VIH. Estos servicios son esenciales y extremadamente pertinentes debido a que el contacto con un punto de servicio del programa de jeringas es frecuentemente el único contacto con los servicios de salud que tiene la mayoría de los usuarios. Una investigación realizada por el *Center for Disease Control and Prevention* en 2003, confirmó que los puntos de prevención representan para sus usuarios la única fuente de provisión, alcanzando el 76 % de los 10 exámenes rutinarios recomendados para prevenir enfermedades y adicciones²²².

²¹⁹ California Department of Public Health, Syringe Exchange Programs in California , Disponible en línea: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_prev_sep.aspx

²²⁰ California Legislative information, AB-136 Drug paraphernalia: clean needle and syringe exchange projects.(1999-2000) , Disponible en línea: http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=199920000AB136

²²¹ Matier and Ross, *Those needles littering the streets? The city gave them out*, San Francisco Chronicle, May 8 2018 , Disponible en línea: <https://www.sfchronicle.com/bayarea/matier-ross/article/Those-needles-littering-the-streets-The-city-12898656.php>

²²² Bluthenthal, R. Syringe Exchange Program Diversity and Correlates of HIV Risk: Preliminary results from the California Syringe Exchange Program Study. Presentation to the California Department of Health Services, Office of AIDS, April 22, 2003. Sacramento, CA.

Desde enero de 2015, las farmacias que cuentan con la licencia adecuada pueden vender jeringas a personas mayores de 18 años sin necesidad de prescripción. Los individuos de más de 18 años están autorizados a poseer jeringas para uso personal si esas fueron conseguidas en farmacia, dadas por un médico u obtenidas en un punto autorizado de la red de distribución del programa de intercambio²²³.

California no ha autorizado centros supervisados de inyección de droga. Estos centros forman parte de una estrategia global de reducción de daños en diferentes países y han dado resultados positivos. En 2017, la Asamblea del congreso de California presentó un proyecto de ley para autorizar un programa piloto en San Francisco. El proyecto fue aprobado por las dos cámaras del congreso y fue finalmente rechazada por el gobernador Brown en 2018, el cual impuso su veto debido a que determinó que los riesgos superaban los posibles beneficios²²⁴.

Los legisladores reintrodujeron el proyecto de ley en 2019. Si el proyecto pasa de nuevo las dos cámaras. El nuevo gobernador de California, Gavin Newsom, deberá analizar el proyecto y determinar si lo ratifica.

VIH y profilaxis preexposición (PREP)

La población trans está altamente expuesta al VIH por una serie de factores, entre los cuales figuran el estigma, la discriminación, las actividades sexuales de alto riesgo, el consumo de drogas y las barreras sociales que impiden o dificultan el acceso a los servicios de prevención y tratamiento^{225 226}.

La marginación de las personas trans y algunos de los problemas anteriormente mencionados complican el acceso a servicios eficientes de prevención del VIH y de tratamiento. Diferentes estudios estiman que la prevalencia de VIH en la comunidad trans oscila entre el 19 % a nivel

²²³ California Department of Public Health, Nonprescription sale of Syringes in Pharmacies , Disponible en línea: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_prev_npss.aspx

²²⁴ California Legislative information, AB-186 Controlled substances: overdose prevention program (2017-2018) , Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201720180AB186

²²⁵ Raymond, H. F., Wilson, E. C., Packer, T., Ick, T., Lin, J., & McFarland, W. (2019). High and Stable Human Immunodeficiency Virus Prevalence among Transwomen with Low Income Recruited with Respondent-driven Sampling, San Francisco, 2010-2016. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 118–124. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000916>

²²⁶ Crosby, R. A., & Pitts, N. L. (2007). Caught between different worlds: How transgendered women may be “forced” into risky sex. *Journal of Sex Research*, 44(1), 43–48. https://doi.org/10.1207/s15598519jsr4401_5

global²²⁷ hasta el 25 % - 30 % en algunos lugares como la ciudad de San Francisco^{228, 229}. Estas cifras son generalmente aún más preocupantes en el caso de las personas trans de color y con características adicionales de vulnerabilidad²³⁰.

Para muchas personas en la comunidad trans, la prevención del VIH no figura siempre dentro de sus prioridades, debido a que esa necesidad compite con otras consideradas más urgentes, como las consecuencias inmediatas de la violencia y de la discriminación, los problemas económicos y la búsqueda de servicios esenciales como alojamiento y comida²³¹. La práctica de comportamientos arriesgados se basa frecuentemente en la necesidad de satisfacer necesidades inmediatas como el pago del alquiler, la compra de hormonas o de comida. Esta realidad complica los esfuerzos de prevención y de tratamiento debido a que el riesgo de contratar el VIH está relegado a un segundo plano²³². Así, para poder lograr una reducción de la incidencia y maximizar los efectos benéficos del tratamiento (preventivo o reactivo), se necesitan estrategias para incluir el tema del VIH dentro del cuadro general de cuidado de la salud y el entorno social de las personas trans, mediante el establecimiento de centros o puntos holísticos de cuidado sanitarios.

Las leyes y reglamentos que rigen la provisión de servicios entorno al VIH y que prohíben la discriminación, fueron expuestas en la sección anterior. De manera general, se aplican a todos los ciudadanos de los Estados Unidos y de California, sin embargo, cuando se trata de VIH, es imperativo distinguir las diferentes poblaciones expuestas o afectadas para poder entender sus peculiaridades y propios desafíos.

²²⁷ Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)

²²⁸ Raymond, H. F., Wilson, E. C., Packer, T., Ick, T., Lin, J., & McFarland, W. (2019). High and Stable Human Immunodeficiency Virus Prevalence among Transwomen with Low Income Recruited with Respondent-driven Sampling, San Francisco, 2010-2016. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 118–124. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000916>

²²⁹ Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6), 915–921, Disponible en línea: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1446468&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

²³⁰ Sevelius, J. M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. *Sex Roles*, 68(11–12), 675–689.

²³¹ Operario, D., & Nemoto, T. (2010). HIV in transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55 Suppl 2(Suppl 2), S91-3.

²³² Bith-Melander, P., Sheoran, B., Sheth, L., Bermudez, C., Drone, J., Wood, W., & Schroeder, K. (2010). Understanding Sociocultural and Psychological Factors Affecting Transgender People of Color in San Francisco. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(3), 207–220. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2010.01.008>

Efectivamente, la población trans tiene necesidades y características que requieren respuestas únicas y desarrolladas con y para esta comunidad²³³. Las estrategias públicas que buscan corregir un problema de salud pública complejo con un método único son destinadas a fracasar, debido a que no logran alcanzar ciertas comunidades. Esta realidad explica en parte la ineficiencia de programas y estrategias que pretenden incluir a la comunidad trans en un modelo generalista como el grupo LGBT. La introducción de la profilaxis preexposición (PREP) en los últimos años ilustra bien la desigualdad que deriva de la aplicación de programas que no toman en cuenta las diferentes categorías de población.

La profilaxis preexposición (PREP), combinación de dos antirretrovirales (*tenofovir and emtricitabine*) vendida bajo el nombre comercial de *Truvada*, constituye una herramienta muy eficaz de prevención del VIH cuando se usa de manera continua, tal como lo comprobaron diferentes estudios.

La PREP puede empoderar a las personas de la comunidad transgénero debido a que protege frente al VIH y proporciona más control sobre su salud a personas quienes por diferentes razones están más expuestas al VIH²³⁴ (dificultades en la negociación del preservativo, uso de drogas, inyecciones no supervisadas de hormonas, múltiples compañeros sexuales, sexo anal receptivo y trabajo sexual).

Los estudios y la promoción de la PREP se han hecho principalmente en la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres. Su uso se ha difundido de manera general en los últimos años y ha dado resultados alentadores en cuanto a la incidencia de nuevos casos de VIH en San Francisco y otras ciudades. El primer estudio sobre la eficiencia de la PREP en incluir personas trans fue el estudio llamado iPrEX. Los resultados del estudio para el subgrupo trans fueron poco alentadores y pusieron en duda la eficiencia de la PREP para ese colectivo. Después de algunos años de retrospectiva y con la publicación de estudios enfocados en la población trans, se puede afirmar que los resultados decepcionantes del estudio original se debían probablemente a una pobre adherencia al medicamento, la cual era consecuencia de diferentes factores particulares dentro la población trans, factores que no habían sido contemplados en la investigación original que estudiaba colectivos con realidades distintas²³⁵.

Sin embargo, el uso de la PREP y su conocimiento en la comunidad trans sigue siendo limitado. Esta situación se debe probablemente al hecho de no haber dirigido desde un principio estrategias y promoción específica para la comunidad trans. Efectivamente, la inclusión de las personas trans en estrategias concebidas para hombres que tienen sexo con

²³³ Neumann, M. S., Finlayson, T. J., Pitts, N. L., & Keatley, J. A. (2017). Comprehensive HIV prevention for transgender persons. *American Journal of Public Health*, 107(2), 207–212.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303509>

²³⁴ Sevelius, J., Deutsch, M., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19. International AIDS Society.

²³⁵ Sevelius, J., Keatley, J., Calma, N., & Arnold, E. (2016). 'I am not a man': Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Global public health*, 1-16.

hombres es una problemática significativa, debido a que no toman en cuenta las características y el contexto sociocultural particular de las mujeres trans, lo cual puede tener un impacto negativo sobre la adherencia al medicamento.

Según la investigadora Jae M. Sevelius, en el inicio del programa de PREP en Estados Unidos se han repetido los errores pasados de exclusión e invisibilidad de las personas trans, tal como se había hecho en el contexto general de la prevención y de la investigación del VIH²³⁶. El colectivo trans debe imperativamente ser consultado e incluido en la elaboración de estrategias inclusivas y adaptadas a sus realidades. Resulta necesario poder contar con datos y estadísticas de género que permitan identificar, describir y cuantificar el problema de VIH en la población trans, de esta manera hacer visible este segmento olvidado de las políticas y de los esfuerzos de financiamiento e investigación²³⁷. Conocer las características de esta comunidad permite la elaboración de estrategias más eficientes.

Según un estudio de 2018²³⁸, 80 % de las mujeres trans en San Francisco había escuchado hablar de la PREP, 35 % había tratado el tema con su proveedor médico y solamente 10 % lo usaba de manera continua. Algunos programas piloto han sido establecidos en California en los últimos años para estudiar los efectos benéficos del uso de la PREP en la comunidad trans, así como para difundir su conocimiento y uso (*STAY*²³⁹, *PREP-T*²⁴⁰, *TRIUMPH*²⁴¹).

Para poder maximizar los efectos positivos del uso de la PREP en la comunidad trans, se deben eliminar barreras al acceso de la misma. El estudio de Sevelius indica que es necesario ofrecer servicios en lugares especializados para la población trans, así asegurar el cuidado médico óptimo proporcionado por profesionales formados de acuerdo a las necesidades y características de esta población. La reagrupación de la PREP con otros servicios específicos para la población trans, como las citas de seguimiento de tratamiento hormonal, puede ayudar a minimizar la frecuencia de las citas médicas y mejorar tanto las probabilidades de seguimiento adecuado como las oportunidades de servicios conexos.

Algunas clínicas y centros comunitarios de San Francisco incluyen actualmente la PREP como parte integrante de su modelo de cuidado Trans (*San Francisco Community Health Center, San Francisco Aids Foundation*). Las clínicas ayudan a las personas trans a navegar en el sistema para que puedan conocer los beneficios de la PREP, encontrar financiamiento

²³⁶ *Idem*

²³⁷ Sevelius, J., Deutsch, M., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19. International AIDS Society.

²³⁸ Liu A et al. Substantial Gaps in the PrEP Continuum Among Transwomen Compared With MSM in San Francisco. HIV Research for Prevention (HIVR4P), Madrid, abstract OA04.06, October 2018, Disponible en línea: <http://www.professionalabstracts.com/hivr4p2018/iPlanner/#/presentation/231>

²³⁹ STAY study <https://staystudy.org/en/home-2/>

²⁴⁰ PREP-T <http://www.californiaaidsresearch.org/files/award-abstracts/prevention-and-linkage-to-care/sfdph-prep-t.html>

²⁴¹ TRIUMPH collaborative <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=programs-triumph>

(seguros privados, públicos o programas de las farmacéuticas), obtener un seguimiento y monitoreo de posibles efectos secundarios y fallos terapéuticos.

Existe todavía en la población trans la creencia que el uso de la PREP puede tener un efecto negativo sobre el tratamiento hormonal, lo cual fue desmentido con la publicación de los resultados del estudio iFACT en 2018²⁴². Por tal razón, las mujeres trans no deberían tener que escoger entre el tratamiento hormonal de afirmación de género y el medicamento de prevención al VIH. Los dos se pueden combinar de manera segura mediante el seguimiento médico adecuado.

Otros factores como la indigencia, la indocumentación, la falta de seguros de salud o la presencia de problemas mentales, pueden influir sobre la capacidad para seguir el tratamiento de manera continua y adecuada. Se tiene que seguir explorando diferentes maneras y estrategias para alcanzar a las personas marginadas, así permitirles acceder a la herramienta tan valiosa que representa la PREP para la prevención y el combate contra el VIH. De manera general, cualquier estrategia de prevención y tratamiento del VIH en la comunidad trans debe estar diseñada para responder a las necesidades específicas de esta población²⁴³.

Salud mental y riesgos de suicidio

La discriminación continua y múltiple vivida por las personas trans puede tener un impacto sobre la salud mental. En efecto, niveles elevados de ansiedad pueden producir alienación, desesperación e impactar la estabilidad mental y física de una persona, lo cual conduce a otros problemas de salud y posiblemente a situaciones de adicciones y suicidio. Las experiencias de transfobia están íntimamente vinculadas a la depresión, a la ansiedad y a un nivel bajo de autoestima²⁴⁴.

Las cifras de la Encuesta Nacional Trans de 2015²⁴⁵ indican que 39 % de los encuestados padecía o había padecido de sufrimiento psicológico agudo (de acuerdo con la escala *Kessler Psychological Distress Scale K6*) durante los treinta días previos a la encuesta, lo cual es ocho veces superior al promedio de la población general. Esta cifra sube a 51 % en el caso de las personas trans que sufrieron de discriminación en el lugar de trabajo, a 59 % para las

²⁴² Hiransuthikul A et al. Drug-drug interactions between the use of feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: The iFACT study. 22nd International AIDS Conference (AIDS 2018), Amsterdam. Abstracts TUPDX0107LB, 2018, Disponible en línea: <http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/13177>

²⁴³ Mayer, K. H., Grinsztejn, B., & El-Sadr, W. M. (2016). Transgender People and HIV Prevention: What We Know and What We Need to Know, a Call to Action. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 72. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001086>

²⁴⁴ Sevelius, J. M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. *Sex Roles*, 68(11–12), 675–689.

²⁴⁵ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey, p.105, Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

que fueron asaltadas físicamente, y a 60 % en las que fueron víctimas de asalto sexual. Las cifras confirman el vínculo entre la violencia sexual y física y la probabilidad alta de sufrimiento psicológico, tal como ha sido indicado en otros estudios²⁴⁶. Adicionalmente, la interseccionalidad puede contribuir a un efecto acumulado de estigma y sufrimiento.

El sufrimiento psicológico puede llevar a una persona a intentos de suicidio. De acuerdo con los resultados de un estudio de 2018 acerca de los intentos de suicidio en adolescentes de Estados Unidos²⁴⁷, los adolescentes hombres trans tienen la tasa más alta de intentos de suicidio (50.8 %), seguidos de los adolescentes que no se definen exclusivamente con un género (41.8 %), y de las adolescentes mujeres trans (29.9 %).

Los intentos de suicidio pueden ser aún más frecuentes en algunas categorías de personas trans, como las sexoservidoras. Un estudio de 2011 realizado en la región de San Francisco reportó que el 60 % de las mujeres trans que había ejercido un trabajo sexual había intentado suicidarse²⁴⁸.

El sufrimiento psicológico o la ansiedad pueden inducir el consumo de drogas y alcohol con el objetivo disminuir el estrés, huir de las dificultades de la vida cotidiana o para cumplir con labores sexuales²⁴⁹ ²⁵⁰. El uso de drogas y las posibles adicciones pueden contribuir a enfermedades mentales y llevar a una mayor exposición frente al VIH (sexo sin protección) así como otros problemas económicos, sociales (pérdida de empleo, de vivienda) y de salud. De acuerdo con las cifras de la ETN, 29 % de los encuestados había consumido drogas o medicamentos de prescripción en un contexto no médico durante el mes anterior a la encuesta, lo cual equivale a tres veces el promedio de la población general del país. Esta cifra sube a 56 % en la población trans sexoservidora, a 42 % en las personas trans indigentes y a

²⁴⁶ Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452–459. <https://doi.org/10.1037/a0029604>

²⁴⁷ Toomey, R., Syvertsen, A., & Shramko, M. (11 de 9 de 2018). Transgender Adolescent Suicide Behavior. *Pediatrics*, 142(4), e20174218.

²⁴⁸ Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, 101(10), 1980–1988. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197285>

²⁴⁹ Bith-Melander, P., Sheoran, B., Sheth, L., Bermudez, C., Drone, J., Wood, W., & Schroeder, K. (2010). Understanding Sociocultural and Psychological Factors Affecting Transgender People of Color in San Francisco. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(3), 207–220. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2010.01.008>

²⁵⁰ Crosby, R. A., & Pitts, N. L. (2007). Caught between different worlds: How transgendered women may be “forced” into risky sex. *Journal of Sex Research*, 44(1), 43–48. https://doi.org/10.1207/s15598519jsr4401_5

43 % en el segmento de las que reportaron haber perdido su empleo por su identidad de género²⁵¹.

La encuesta también arroja que algunos factores ayudan a disminuir las probabilidades de sufrimiento psicológico, entre los cuales el apoyo familiar y una transición de género completada desde hace más de 10 años. Por ende, la transición o los cuidados de afirmación de género parecen tener un impacto positivo sobre la confianza, la salud mental y reduce posiblemente los efectos negativos de la discriminación. En un estudio de 2011 sobre la resiliencia de las personas trans de color que vivieron experiencias traumáticas, algunos de los participantes identificaron el apoyo familiar como un factor central en su estrategia de resiliencia y supervivencia, y mencionaron la afirmación de género como un factor que les permitió acceder a fuentes formales de ingresos, a conseguir una relación de pareja o a acceder a la escuela²⁵². Pero al contrario, un nivel bajo de aceptabilidad de la identidad de género en el entorno familiar está directamente vinculado a probabilidades altas de depresión, abuso de drogas, riesgos sexuales elevados e intentos o contemplación de la idea del suicidio²⁵³.

Para disminuir las probabilidades de enfermedades mentales y posibilidades de suicidio, se deben fomentar los vínculos sociales de apoyo y de ayuda por parte de familiares y profesionales concientizados de la realidad trans. Las redes de apoyo social y las relaciones humanas genuinas son factores potentes de protección en contra de las injusticias cotidianas que sufren las personas trans²⁵⁴.

Seguimiento médico y relación con los proveedores de salud

Las necesidades sanitarias particulares de las personas trans debe tener un seguimiento médico profesional, especializado y sensible a las características de esta población. Diferentes estudios confirman que las personas trans frecuentemente dudan en consultar un médico, debido a posibles situaciones de discriminación o incompreensión por parte del

²⁵¹ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. P. 118, Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

²⁵² Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). "Just getting out of bed is a revolutionary act": The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 17(2). <https://doi.org/10.1177/1534765610369261>

²⁵³ Le, V., Arayasirikul, S., Chen, Y. H., Jin, H., & Wilson, E. C. (2016). Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20781>

²⁵⁴ Dargie, E., Blair, K. L., Pukall, C. F., & Coyle, S. M. (2014). Somewhere under the rainbow: Exploring the identities and experiences of trans persons. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2378>

personal médico o porque tienen la impresión de no ser entendidas ni comprendidas por el personal médico.

Esta situación puede causar retrasos en diagnósticos médicos urgentes, complicar el seguimiento de enfermedades crónicas y la supervisión del consumo de medicamentos u hormonas. De acuerdo con estadísticas de la Encuesta Nacional Trans de 2015, 33 % de las personas encuestadas reporta una experiencia negativa con un profesional médico²⁵⁵, experiencias que van desde el hecho de tener que explicar lo que significa ser una persona trans hasta recibir cuestionamientos indebidos o negación del servicio. 23 % de las personas encuestadas reporta haber evitado servicios de salud por miedo a ser discriminada o maltratada.

Estas cifras confirman las conclusiones avanzadas por numerosos estudios sobre la relación entre la comunidad trans y los proveedores médicos, por lo cual se sugiere la existencia de centros especializados para la comunidad trans, así conseguir un impacto positivo sobre la salud y un seguimiento médico eficiente. Adicionalmente, la reagrupación de diferentes servicios en el mismo centro son oportunidades conexas (asistencia con empleo, la vivienda, entre otros) que sumarían a desarrollar redes de apoyo y empoderamiento comunitario.

Crímenes de odio, acceso a los baños y espacios públicos

Las personas de la comunidad trans están expuestas de manera cotidiana a diferentes formas de violencia, discriminación e intimidación. La ETN de 2015 documenta tasas altas de discriminación, acoso y violencia en todos los tipos de lugares y esferas públicas. Estas violencias van de la mano desde el acoso verbal y el rechazo a servicios hasta las formas más extremas, la cual calificamos como crimen de odio.

En los últimos años, el tema del acceso a los baños públicos ha recibido una cobertura mediática importante en los Estados Unidos, tema que polarizó algunos sectores de la población. La discriminación en los baños públicos o las prohibiciones de uso del baño de acuerdo con el género, causan situaciones de estrés y llevan también a probabilidades altas de violencia en un contexto íntimo. Diferentes estados conservadores del país adoptaron leyes que buscan restringir el acceso a los baños públicos para las personas trans según su sexo asignado al nacimiento. Esta cuestión y el debate social relacionado pueden parecer triviales para los que no sufren de estas decisiones, sin embargo no lo son.

Las restricciones son formas de atentar en contra de la dignidad de las personas trans y de asociarlas a comportamientos criminales o a groseras caricaturas. De acuerdo con la ETN de 2015, 24 % de las personas encuestadas fue cuestionada acerca de su presencia en un baño público. 59 % evitó usar el baño público al menos una vez en el año anterior a la encuesta por miedo a la discriminación, y 32 % afirmó haber limitado en algunas circunstancias su

²⁵⁵ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey, p.96, Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

consumo de líquido o alimentos para disminuir la probabilidad de recurrir a los baños públicos.

En 2016, para corregir el problema en California, el gobernador Brown firmó el proyecto de ley AB-1732 con el cual se exige que todos los comercios, oficinas y lugares con baños de acceso público estén obligados de convertir los baños de uso sencillo en espacios sin asignación de género. De esta manera, las personas trans disponen de lugares seguros y privados en donde no debería haber cuestionamientos indebidos sobre su identidad o derechos de uso²⁵⁶. Esta legislación amplió la protección para las personas trans, las cuales disponían desde 2003 del derecho a usar el baño correspondiendo a su identidad de género, derivado de la ley de derechos civiles de 2004, la cual prohibió discriminación por motivos de identidad de género y orientación sexual²⁵⁷.

Las situaciones de violencia y de discriminación pueden llevar a consecuencias mortales. Cada año en Estados Unidos, alrededor de treinta personas trans son asesinadas por su identidad de género, de las cuales la mayoría son mujeres trans de color. Esta situación trágica es la consecuencia extrema del estigma y del odio hacia los individuos que salen del cuadro normativo social.

En algunos estados existe todavía, para los autores de un asesinato, la posibilidad de invocar el pánico inducido por el descubrimiento de la identidad de género o de la identidad sexual de la víctima, de esta manera poder solicitar una pena reducida. Según esta figura legal, llamada *gay panic or trans panic defense laws*, se justificaría en parte la violencia extrema y el gesto homicida por el miedo generado ante la diferencia de identidad de género. Estas leyes son éticamente dudosas y atentan contra la dignidad de las víctimas, les quita su humanidad y les atribuye una responsabilidad en su destino trágico, por el simple hecho de existir.

En la actualidad, solamente cuatro estados del país han prohibido invocar el pánico frente a la orientación sexual o identidad de género para justificar un acto de violencia u homicidio y la solicitud una pena reducida. En 2014, California fue el primer estado en prohibir claramente este tipo de argumento de defensa con la modificación de su Código Penal propuesta en el proyecto de ley AB-2501²⁵⁸:

SECTION 1.

Section 192 of the Penal Code is amended to read:

[...]

²⁵⁶ California Legislative Information, AB-1732 Single-user restrooms.(2015-2016), Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520160AB1732

²⁵⁷ California Legislative Information, AB-1400 Civil Rights Act.(2005-2006), Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=200520060AB1400

²⁵⁸ California Legislative Information, AB-2501 Voluntary manslaughter.(2013-2014),Disponible en línea: http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201320140AB2501

(f) (1) For purposes of determining sudden quarrel or heat of passion pursuant to subdivision (a), the provocation was not objectively reasonable if it resulted from the discovery of, knowledge about, or potential disclosure of the victim's actual or perceived gender, gender identity, gender expression, or sexual orientation, including under circumstances in which the victim made an unwanted nonforcible romantic or sexual advance towards the defendant, or if the defendant and victim dated or had a romantic or sexual relationship. Nothing in this section shall preclude the jury from considering all relevant facts to determine whether the defendant was in fact provoked for purposes of establishing subjective provocation.

(2) For purposes of this subdivision, "gender" includes a person's gender identity and gender-related appearance and behavior regardless of whether that appearance or behavior is associated with the person's gender as determined at birth.

Adicionalmente, en 2015 se aprobó el proyecto de ley AB-830, el cual permite a una persona víctima de violencia de género iniciar una queja civil en contra de su victimario y pedir reparaciones²⁵⁹.

En el ámbito federal, el gobierno del presidente Obama firmó en 2009 la Ley para la Prevención de los Delitos de Odio Matthew Shepard y James Byrd Jr. (*Matthew Shepard and James Byrd Jr. Hate Crimes Prevention Act*)²⁶⁰. Esta ley amplía la ley de crímenes de odio de 1969, debido a la inclusión de las categorías de orientación sexual e identidad de género, aumentando los poderes del gobierno federal en materia de investigación de crímenes de odio. La ley atribuyó presupuestos especiales a los órganos federales de investigación y estableció un registro de estadísticas sobre este tipo de crimen. Así, los órganos federales tienen la posibilidad de investigar un crimen de odio cuando las jurisdicciones locales o estatales hayan decidido no investigar, como también pueden prestar asistencia a las autoridades locales para la investigación o prosecución de crímenes de odio.

Apoyo familiar y entorno social

El reconocimiento del apoyo familiar como factor de protección para las personas trans confirma que se deben tomar medidas para favorecer el desarrollo de relaciones familiares sanas, basadas sobre el respeto. La Universidad del Estado de California en San Francisco (SFSU) ha desarrollado desde hace más de 15 años un programa para educar y fomentar las relaciones familiares positivas entre los jóvenes LGBT y sus parientes. Este programa, llamado *Family Acceptance Project (FAP)*²⁶¹ ha sido fruto de la colaboración entre ONG, sector de investigación y hospitales, cuyo objetivo es proveer capacitación y apoyo para prevenir el suicidio, educar a las comunidades religiosas y culturales, además de ofrecer

²⁵⁹ California Legislative Information, AB-830 Civil actions: gender violence.(2015-2016)
http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520160AB830

²⁶⁰ The United States Department of Justice, The Matthew Shepard and James Byrd, Jr., Hate Crimes Prevention Act of 2009, Disponible en línea: <https://www.justice.gov/crt/matthew-shepard-and-james-byrd-jr-hate-crimes-prevention-act-2009-0>

²⁶¹ Family Acceptance Project (FAP), Disponible en línea: <http://familyproject.sfsu.edu/>

técnicas de ayuda a las familias con hijos o hijas LGBT. El programa precursor está considerado como un modelo exitoso y podría sin duda aplicarse en otras regiones y contextos.

Migración y solicitudes de refugio/asilo

A pesar de las profundas desigualdades de derechos que existen entre los diferentes estados del país, los Estados Unidos representa para muchos migrantes un espacio donde conseguir mejores oportunidades de vida y un entorno social en el cual se puede vivir con más respeto y dignidad. Por estas razones, miles de personas intentan cada año el viaje hacia este país, huyendo de situaciones de pobreza, de persecución y de violencia. Se estima que la población trans indocumentada en Estados Unidos varía entre las 15.000 y 50.000 personas. Aunque algunos estados como California tengan un marco jurídico muy desarrollado en materia de derechos LGBT, las características legales, étnicas y socioeconómicas de los migrantes puede llevar a situaciones adicionales de marginación y discriminación. La ausencia de documentación y el riesgo permanente de deportación pone a las personas migrantes en situaciones de vulnerabilidad y en exposición latente a episodios graves de violencia interpersonal e institucional.

Los Estados Unidos de América firmaron la convención de 1951 relacionada con el estado de refugiados de las Naciones Unidas²⁶², por lo tanto tienen la obligación de tratar las solicitudes de refugio de individuos que se encuentran en su territorio nacional o los que lo solicitan acudiendo a unos de sus puntos de entrada fronterizos o aéreos.

De acuerdo con el artículo 1 de la convención de 1951, la persona refugiada tiene:

«[...] fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él».

Adicionalmente, el artículo 33 sobre la prohibición de expulsión y de devolución (*refoulement*) prohíbe en teoría a los países firmantes, regresar a un individuo hacia un país donde existen riesgos para su vida y su libertad debido a motivos de raza, religión, nacionalidad, por la pertenencia a un determinado grupo social, o por sus opiniones políticas.

Los Estados Unidos reconfirmaron su adhesión a este convenio internacional en la Ley del Refugio de 1980 (*Refugee Act of 1980*), firmada por el presidente Jimmy Carter. También,

²⁶² ONU: Asamblea General, Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 28 Julio 1951, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137, disponible en esta dirección:

<https://www.refworld.org/es/docid/47160e532.html>

se estableció como política nacional e histórica la respuesta a las necesidades de las personas víctimas de persecución en sus países de origen²⁶³.

No existen estadísticas exactas sobre el número de solicitantes de refugios transgénero. Aunque el hecho de ser una persona transgénero perseguida o en riesgo en su país de origen sea normalmente una condición válida para solicitar el refugio, muchas personas trans prefieren no iniciar el trámite debido a la ausencia de documentos concretos para comprobar los temores fundados. La solicitud de refugio es un proceso complejo que requiere asistencia legal y cuyo tiempo de procedimiento puede ser largo. Cuando la solicitud es denegada, el solicitante puede contestar la decisión y proporcionar más evidencias para el recurso legal. Una decisión final denegada llevará normalmente a un proceso de expulsión supervisado por la Oficina de Detención y Deportación (*Enforcement and Removal Operations, ERO*).

Las personas migrantes indocumentadas arrestadas pueden ser enviadas a un centro de detención migratoria administrado por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los Estados Unidos (*U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE)*). A pesar de las directivas de 2015 en relación con los derechos de las personas transgénero en detención²⁶⁴, las situaciones de abuso y de discriminación son frecuentes.

Algunos reportes han denunciado la obligada clasificación de género de acuerdo con el sexo asignado al nacimiento, presencia de acoso verbal, abuso sexual por parte de otros detenidos y personal del centro carcelario, la ausencia de seguimiento médico, y el uso injustificado del confinamiento solitario.

De acuerdo con las estadísticas de la Encuesta Nacional Trans de 2015, 52 % de las personas trans que fueron internadas en un centro de detención migratoria afirma haber sufrido un tipo de maltrato como el acoso físico o sexual y la negación de tratamiento hormonal. 42 % reportó haber estado puesto en confinamiento solitario²⁶⁵.

En respuesta a las deficiencias en las políticas y los programas carcelarios, los individuos de la población LGBT, las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades infecciosas, se ubican en confinamiento solitario debido a su identidad o su condición médica, con el objetivo de protegerlos de la población carcelaria general²⁶⁶.

²⁶³ GovInfo, Refugee Act of 1980, Public Law 96-212, 96th Congress, Disponible en línea: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-94/pdf/STATUTE-94-Pg102.pdf>

²⁶⁴ U.S. Immigration and Customs Enforcement, further Guidance regarding the care of transgender detainees, Disponible en línea: <https://www.ice.gov/sites/default/files/documents/Document/2015/TransgenderCareMemorandum.pdf>

²⁶⁵ James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey, p.194, Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

²⁶⁶ Cloud, D., Drucker, E., Browne, A., & Parsons, J. Public health and solitary confinement in the United States. *American Journal of Public Health*, 105(1), 18-26.

El confinamiento solitario puede generar o agravar problemas mentales e incluso provocar trastorno por estrés postraumático (TEPT)²⁶⁷. Por esas razones, se considera que esa práctica común puede aparentarse a una forma de tortura.

En 2018, Roxana Hernández Rodríguez, migrante hondureña trans que pidió refugio al ingresar a Estados Unidos, falleció durante su detención en un centro del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los del país de acogida. La autopsia reveló que Roxana falleció por complicaciones del SIDA, aunque su cuerpo presentaba marcas de violencia que no supo explicar el personal del centro de detención sumado a un estado de deshidratación crítico. Las investigaciones posteriores al fallecimiento determinaron que las autoridades migratorias conocían el estado serológico de Roxana y no le proporcionaron asistencia médica ni tratamiento antirretroviral, con el cual se hubiera salvado posiblemente su vida. Adicionalmente, algunos reportes del ICE registran que se referían internamente a ella de manera constante con el uso de pronombres masculinos. Este trágico caso arrojó luz sobre las condiciones de estancia de los migrantes en los centros de detención federales y puso en evidencia que existe una necesidad urgente de rendición de cuentas en el campo migratorio, para asegurar el respeto de los derechos fundamentales de cualquier persona en detención.

Ciudades Santuarios

La ciudad de San Francisco se declaró ciudad santuario en 1989, mediante un decreto que limitó la colaboración y el intercambio de información con el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los Estados Unidos (*U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE)*), acerca de las personas detenidas o controladas en el territorio de la ciudad²⁶⁸. Así, las personas en situación irregular no son reportadas de manera automática a las agencias federales de migración, restringiendo de por sí las expulsiones del país posteriores a una detención o revisión administrativa.

Estos mecanismos de protección fueron adoptados en diferentes ciudades del país, a su vez que el congreso de California extendió su aplicación en todo el estado en 2017, mediante el proyecto de ley SB-54 también conocido como Ley de los valores de California (*California Values Act*)²⁶⁹. Esta ley delimita también el uso de recursos locales y estatales para ejecutar leyes federales de migración. Gracias a esta iniciativa, una persona detenida en California bajo circunstancias regulares será procesada y juzgada por el acto que se cometió en el estado, sin consecuencias sobre su situación migratoria.

²⁶⁷ Hagan, B., Wang, E., Aminawung, J., Albizu-Garcia, C., Zaller, N., Nyamu, S., y otros., History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *Journal of Urban Health*, 95(2), 141-148.

²⁶⁸ City and County of San Francisco, Office of civic engagement & Immigrant affairs, Sanctuary city Ordinance, Disponible en línea: <https://sfgov.org/oceia/sanctuary-city-ordinance-0>

²⁶⁹ California Legislative Information, SB-54 Law enforcement: sharing data.(2017-2018), Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201720180SB54

Capítulo 4 - Marco jurídico y realidad político social del colectivo transgénero en los Estados Unidos Mexicanos

Los derechos de las personas transgénero en México están protegidos por la Constitución política del país. Efectivamente, el artículo primero estipula claramente que todas las personas gozan de los derechos humanos garantizados por el mismo texto constitucional y por la adherencia del país a los tratados y convenios internacionales.

«En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece»²⁷⁰.

Adicionalmente, el mismo artículo confirma el derecho a la no discriminación en un párrafo que incluye las categorías de género, preferencia sexual, condición de salud o cualquier otra que atente contra la dignidad humana:

«Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas»²⁷¹.

La presencia de este artículo y su ubicación prioritaria en el texto de la Carta Magna mexicana confirman la centralidad del concepto de igualdad, la importancia de la dignidad humana y de los derechos humanos en el sistema político mexicano. El texto establece unas bases claras y sólidas que constituyen un punto inicial esencial para poder hacer efectivos los derechos de las personas trans. La constitución introduce también las obligaciones de promoción de los derechos, de progresividad y de reparación en caso de violaciones de estos mismos derechos.

Sin embargo, a pesar de la existencia de esta directiva superior, los derechos de las personas trans en México son violentados de manera cotidiana por motivos de ignorancia, de ideología y de odio, por personas que se niegan a permitir que otros seres humanos diferentes puedan gozar de los mismos derechos fundamentales.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) menciona al respecto que la realidad jurídica mexicana no ha actuado con certeza ante las realidades sociales de las personas trans, debido a que:

²⁷⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf

²⁷¹ Ibid

«Aún existen particulares y personas servidoras públicas que, dentro de sus ámbitos de decisión e influencia, se empeñan en perpetuar acciones que estigmatizan, minimizan, menoscaban y anulan la dignidad, derechos y libertades de las personas Trans»²⁷².

Las consecuencias del rechazo y discriminación impiden en muchos casos a las personas trans ser unos ciudadanos completos, de esta manera no poder contribuir y disfrutar de manera activa de la vida social y nacional. La discriminación perpetua contamina la vida de la persona afectada e impide completar acciones básicas y cotidianas, lo cual la lleva a un combate jurídico y social constante por el hecho mismo de existir.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) de 2017, el grupo de personas trans es el colectivo más discriminado en México. En efecto, 71,9 % de las personas encuestadas considera que los derechos humanos de las personas trans se respetan poco o nada²⁷³.

En una opinión consultativa de cumplimiento obligatorio publicada en 2017, la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que: *« El reconocimiento de la identidad de género por el Estado resulta de vital importancia para garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas trans, incluyendo la protección contra la violencia, tortura malos tratos, derecho a la salud, a la educación, empleo, vivienda, acceso a la seguridad social, así como el derecho a la libertad de expresión, y de asociación [...] El Estado debe asegurar que los individuos de todas las orientaciones sexuales e identidades de género puedan vivir con la misma dignidad y el mismo respeto al que tienen derecho todas las personas»*.²⁷⁴

Analizamos algunos de los puntos esenciales del marco jurídico y social que rige la vida de las personas trans en México, así lograr entender las diferentes caras de la discriminación de la cual son víctimas.

Identidad y documentación

En 2008, la Ciudad de México fue la primera entidad de la República Mexicana en modificar sus códigos civiles para ofrecer la posibilidad de cambiar el género asignado en el acta de nacimiento, mediante un proceso ante un juez familiar. Los interesados debían obtener asesoramiento legal para completar el proceso jurídico y sus diferentes requerimientos. La

²⁷² Comisión Nacional de Derechos Humanos, Los Derechos humanos de las personas transgénero, transexuales y travestis, julio de 2016, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/31-dh-transgenero.pdf>

²⁷³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta nacional sobre discriminación de 2017 (ENADIS), Comunicado de prensa, disponible en línea: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf

²⁷⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva OC 24/17 de 24 de noviembre de 2017 solicitada por la República de Costa Rica, p. 50, Disponible en línea: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf

persona trans también tenía que probar que se encontraba en proceso de reasignación para la concordancia sexo-genérica y contar con los dictámenes médicos correspondientes.

En 2008, la Suprema Corte de Justicia de México reconoció en la resolución del amparo Directo Civil 6/2008, que las personas trans tenían el derecho a cambiar su documentación y a obtener una nueva acta de nacimiento que corresponda a su género autoidentificado, sin que el acta nueva tenga anotaciones marginales indicando el género asignado anteriormente.

Resulta sumamente importante el hecho que, durante el juicio, la Suprema Corte declaró entre otras cosas lo siguiente:

«[...] resulta contrario a tales derechos fundamentales -libre desarrollo de la personalidad e identidad sexual- mantener legalmente a una persona en un sexo que no siente como propio [...] sólo a partir del respeto a su identidad sexual, adecuando su sexo legal a su sexo psicosocial, es que podrá realizar su propio proyecto vital que, en forma autónoma, tiene derecho de decidir»²⁷⁵.

Adicionalmente, la Suprema Corte hizo hincapié en el carácter histórico de la decisión, la cual abrió la puerta a la reivindicación de los mismos derechos en entidades distintas:

[...] esta resolución resulta de gran relevancia, pues significa que en nuestro país, una persona puede decidir sobre su sexo y expresarse libremente de acuerdo con éste, contando con el respaldo legal para conducir su vida en todos los aspectos de acuerdo con su verdadera condición sexo-genérica²⁷⁶.

Sin embargo, el carácter extenso, lento y costoso del trámite en la Ciudad de México limitó la cantidad de solicitudes presentadas entre el 2008 y 2014, periodo durante el cual se completaron solamente 164 procedimientos de corrección de actas²⁷⁷.

Para eliminar las barreras administrativas y socioeconómicas vinculadas al procedimiento, la Ciudad de México adoptó en 2014 una segunda reforma, la cual convirtió el procedimiento en un sencillo trámite administrativo ante el registro civil. Esta reforma garantizó un acceso libre y eficiente al reconocimiento legal a miles de personas trans y se puede completar actualmente en unas horas sin necesidad de una orden judicial, pruebas médicas u otros documentos que atentan en contra de la dignidad de la persona trans. Desde que se puso en

²⁷⁵ Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo Directo Civil 6/2008, Rectificación de acta por cambio de sexo, Disponible en línea:

https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/cronicas_pdf_sr/cr_rect_acta.pdf

²⁷⁶ *Idem*

²⁷⁷ Comisión de Atención a Grupos Vulnerables, Dictamen de la iniciativa con proyecto de decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Código Civil y de procedimientos civiles ambos del Distrito Federal, relativas a la rectificación de actas y garantía de derecho de toda persona al reconocimiento de su identidad de género, Disponible en línea:

<http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=XiHGMGm0tf3DexUGxyTnSD7cjhDvWhgNozhQ9DR9nu8BKEdf3zkh+c/QtVq9tZz9Zef/1K50dHtzBm+5K2Dw==>

marcha esta reforma, se estima que la Consejería Jurídica y de Servicios Legales ha actualizado más de 3500 actas²⁷⁸.

En febrero de 2019, con el objetivo de reducir aún más las barreras que pudieran limitar la posibilidad de efectuar este trámite, la Ciudad de México decidió eximir algunas categorías de personas vulnerables de los derechos notariales exigidos. Por lo tanto, las personas trans que lo deseen, pueden tramitar gratuitamente el cambio de sus actas en las unidades móviles del registro civil.

Los cambios de actas de nacimiento para reflejar la identidad de género por procedimiento administrativo son actualmente posibles en los Estados de Michoacán, Colima, Coahuila, Nayarit, Hidalgo y la Ciudad de México.

Una nueva sentencia de la Suprema Corte de Justicia emitida en 2018, reconfirmó el derecho a la identidad de género después de la queja de una mujer trans a quien se le denegó el cambio de su documentación por vía administrativa en el estado de Veracruz.

En esta sentencia, la corte reafirmó sus conclusiones de 2008 y clarificó que el trámite se debe hacer mediante vía administrativa, de manera confidencial, sin recurrir a un procedimiento judicial, sin exigencias médicas, psicológicas o patologizantes, sumando a que el proceso debe tender a la gratuidad.

Consecuentemente, la corte exhortó a los estados a modificar sus códigos civiles y administrativos para que estén conformes a estas recomendaciones y para salvaguardar la dignidad y los derechos fundamentales de las personas transgénero, de acuerdo con la Constitución:

[...] el cambio de nombre y en general la adecuación de los registros públicos y de los documentos de identidad para que éstos sean conformes a la identidad de género autopercibida constituye un derecho protegido tanto por la Convención Americana sobre Derechos Humanos como por la Constitución, pues la adecuación de la identidad de género permite garantizar el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la identidad, el derecho a la privacidad, el reconocimiento de la personalidad jurídica y el derecho al nombre; por lo que los Estados tienen la obligación de reconocer, regular y establecer los procedimientos adecuados para tal fin²⁷⁹.

Una vez que la persona trans está en posesión de su nueva acta de nacimiento, puede conseguir otros tipos de documentos de identidad estatales y federales. En México, entre los documentos más comunes que con frecuencia son solicitados o exigidos por cuestiones de trámites se encuentran: la cédula del Instituto Nacional Electoral (INE), la licencia de

²⁷⁸ El Universal, En CDMX han realizado 3 mil 481 cambios de género, 14 de octubre 2018, <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/en-cdmx-han-realizado-3-mil-481-cambios-de-genero-en-actas-de-nacimiento>

²⁷⁹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Otorga Primera sala Amparo para que registro civil de Veracruz dé trámite administrativo a una solicitud de adecuación de identidad de género Disponible en línea: <http://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=5775>

conducir (expedida por el estado de residencia), el pasaporte mexicano y el CURP (Clave Única de Registro de Población).

Con la nueva acta, la persona trans puede obtener una nueva CURP. Una vez que disponga de la CURP, se puede solicitar una nueva credencial del Instituto Nacional Electoral y un nuevo pasaporte. Estos trámites son relativamente sencillos y no exigen requerimientos legales o costos adicionales.

La CURP, el INE y el pasaporte (expedido por la SRE – Secretaría de Relaciones Exteriores) son documentos de competencia federal. El Gobierno federal ha empezado a armonizar sus procedimientos desde la introducción de las nuevas medidas en las entidades estatales. Así, podemos afirmar que el Gobierno federal ha adoptado las medidas necesarias para asegurarse que los trámites de identidad en sus dependencias responden a la jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia.

La obtención de un cambio de género y de nombre en sus documentos de identidad es sin duda un paso importante hacia la reducción de las desigualdades y de la discriminación. De esta manera, la correspondencia entre la expresión de género y el género indicado sobre los papeles de identificación puede ayudar a disminuir las probabilidades de discriminación, rechazo o agresión en un contexto público.

A pesar de las conclusiones de la Suprema Corte de Justicia y del reconocimiento del Gobierno Federal en la materia, la mayoría de los estados de la República Mexicana no han adoptado todavía medidas para garantizar este derecho constitucional. Esta situación ha implicado en algunos casos el traslado de muchas personas de la comunidad trans para solicitar el cambio de sus actas en las entidades donde el cambio se puede realizar sin trabas, mientras que en otros casos se ven obligadas a recurrir a mecanismo de amparo judicial que pueden durar varios años e implicar altos costos.

Sin embargo, la tendencia marcada de los últimos años y el aumento drástico de los números de amparos judiciales presentados por personas perjudicadas en los estados que aún no adoptan la normativa, nos lleva a suponer que el número de entidades federativas que decidirán proteger y facilitar el derecho a la identidad de género crecerá en un futuro cercano.

Discriminación en el contexto del alojamiento

Como hemos mencionado anteriormente, el gobierno federal mexicano adoptó en 2003 la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Dicha ley define esencialmente los derechos generales formulados en la constitución política.

La discriminación en el contexto del alojamiento está prohibida principalmente de acuerdo con dos artículos de la ley, por consiguiente se consideran como actividades o comportamientos discriminatorios lo siguiente:

XXI. Limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea;

XXVIII. Realizar o promover violencia física, sexual, o psicológica, patrimonial o económica por la edad, género, discapacidad, apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o

*por asumir públicamente su preferencia sexual, o por cualquier otro motivo de discriminación*²⁸⁰.

El núcleo familiar inmediato y amplio constituye generalmente en México una manera de garantizar la vivienda. Los medios económicos limitados o los requerimientos del mercado privado de vivienda son generalmente corregidos por una estructura sólida de ayuda entre familiares. Así, resulta frecuente encontrar viviendas donde habitan diferentes generaciones y diferentes núcleos de la misma familia amplia.

En el caso de las personas LGBT, el rechazo familiar puede llevar a la ruptura con la estructura de ayuda familiar, lo cual expone a las personas afectadas a una inseguridad de vivienda y posiblemente a situaciones de indigencia.

Según los datos del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), los problemas en el núcleo familiar son las causas principales de las situaciones de indigencia para casi la mitad de las personas encuestadas (47 %). Estas cifras son confirmadas por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en la Ciudad de México que identifica la violencia familiar como principal responsable de la indigencia (59 % de las personas encuestadas)²⁸¹.

En el mercado privado, los requerimientos exigidos por los dueños y empresas inmobiliarias pueden constituir barreras importantes para personas sin recursos económicos o sin trabajo formal. En la Ciudad de México, se exigen normalmente pruebas de ingresos, historial crediticio, depósito de seguridad y fiador para el alquiler de una vivienda. El fiador es una persona legal, la cual debe ser dueña de una vivienda en la misma ciudad y que se ofrece garante en situaciones de falta de pago. El sistema de fiador complica el acceso a la vivienda, particularmente para las personas que proceden de otras entidades del país.

Estas barreras al acceso se adicionan a las actitudes de discriminación, las cuales disminuyen aún más las probabilidades de encontrar una vivienda digna. De acuerdo con las cifras de la Encuesta Nacional sobre Discriminación de 2017 (ENADIS), la identidad de género es uno de los factores que generan más rechazo y discriminación en materia de vivienda.

A la siguiente pregunta: *Si pudiera rentar un cuarto de su casa ¿se lo rentaría a una persona...?* 36.4 % de las personas encuestadas no le rentaría un cuarto de su vivienda a alguna persona trans, 35.9 % a una persona que tiene VIH o SIDA y 32.3 % a una persona gay o lesbiana²⁸². Como se menciona en la investigación, la predisposición hacia

²⁸⁰ Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación, Disponible en línea:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

²⁸¹ Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED), Personas en situación de calle, Disponible en línea:

<https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/ef8/35a/5a1ef835a79ba819774826.pdf>

²⁸² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta nacional sobre discriminación de 2017 (ENADIS), Comunicado de prensa, disponible en línea:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf

determinados grupos de personas puede resultar en un trato diferencial, un desprecio innecesario y llevar a prácticas de discriminación.

En 2018, un estudio realizado por el CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social), sobre el derecho a la vivienda digna y decorosa identificó los diferentes desafíos y lagunas de las políticas de vivienda social. Determinaron que los principales retos en cuanto al derecho a la vivienda son: la alta presencia de rezago en la vivienda, la dificultad de los más pobres para adquirir una vivienda, la inseguridad en la tenencia de las viviendas, la escasez de reservas territoriales para vivienda dotada de infraestructura y próxima a las fuentes de empleo, y las desigualdades en cuanto al acceso a servicios en el ámbito rural y las periferias urbanas²⁸³. Este problema nacional puede ser aún más agudo para las personas que sufren de discriminación, como las personas trans.

Ante la negativa de acceso a la vivienda en un contexto privado, resulta difícil para la persona discriminada comprobar que el motivo de rechazo está vinculado a actitudes discriminatorias. Por lo tanto, aunque existan leyes que prohíben la discriminación, podemos suponer que el acceso efectivo a la vivienda está limitado por las predisposiciones desfavorables de la población general hacia las personas transgénero. Esta situación expone a las personas trans a situaciones de indigencia.

Los albergues para personas sin domicilio en México son escasos y no disponen generalmente de instalaciones que permita alojar un número elevado de individuos. Estos establecimientos se encuentran administrados, en la mayoría de los casos, por grupos o movimientos religiosos, los cuales ejercen un poder discrecional en cuanto a la admisión. La visión conservadora de la mayoría de los grupos religiosos lleva a comportamientos discriminatorios hacia personas de los grupos vulnerables LGBT y especialmente de las personas trans debido a su apariencia física, dinámica que existe también en la acogida de migrantes trans que proceden de Centroamérica²⁸⁴.

Algunas entidades, como la Ciudad de México, empezaron a establecer programas de reinserción social para algunas personas en situación de indigencia. En el año 2016, se inauguró la Casa Hogar CDMX, un antiguo hotel reformado que tiene como objetivo dar alojamiento a unas cincuenta familias en situación de calle.

Adicionalmente, el IASIS (Instituto de Asistencia e Integración Social de la Ciudad de México), brinda apoyo cotidianamente a más de 3000 personas, mediante la oferta de diferentes servicios destinados a sectores vulnerables de la población en situación de indigencia.

Aunque los programas existentes en la Ciudad de México no deberían discriminar por identidad de género, es pertinente evaluar la posibilidad de establecer lugares destinados a la

²⁸³ CONEVAL, Estudio Diagnóstico del Derecho a la vivienda digna y decorosa 2018, p. 22, Disponible en línea:

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Vivienda_2018.pdf

²⁸⁴ CONECTAS, Sin refugio para las Trans, Disponible en línea:

<https://www.connectas.org/especiales/2017/transmigrantes/index.html>

comunidad trans y LGBT, debido a las necesidades y al tipo de cuidado particular que el colectivo necesita. El establecimiento de centros particulares ayudaría probablemente a evitar situaciones de violencia o discriminación, lo cual favorecería a la reinserción social de las personas trans que se encuentran en situación de calle.

Discriminación en el contexto laboral y pobreza

La Constitución de México estipula en su artículo quinto que: «*A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos [...]*»²⁸⁵.

Adicionalmente, en el artículo 123 se define que: «*Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley*».

La Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación define lo que significa un comportamiento discriminatorio en el contexto laboral mediante los tres siguientes artículos. Así, queda ilegal:

III. Prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo;

IV. Establecer diferencias en la remuneración, las prestaciones y las condiciones laborales para trabajos iguales;

*V. Limitar el acceso y permanencia a los programas de capacitación y de formación profesional*²⁸⁶.

Por siguiente, los comentarios o actitudes de rechazo o de cuestionamiento indebido en el ámbito laboral, pueden ser categorizados como formas de violencia verbal, física o psicológica vinculado a la identidad de género, según la ley clasificado bajo los términos de: género, apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular, asumir públicamente su preferencia sexual, o cualquier otro motivo de discriminación.

En el más reciente Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI publicado en 2018, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), en colaboración con la Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual A. C., se intentó identificar los aspectos de la discriminación en el ámbito laboral. Mediante una serie de preguntas dirigidas a las personas encuestadas, el diagnóstico logra pintar un panorama preocupante que evidencia el carácter común y continuo de la discriminación en este sector.

²⁸⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf

²⁸⁶ Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación, Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

De acuerdo con los resultados²⁸⁷, 58 % de las mujeres trans indica que su identidad de género ha sido siempre o con frecuencia un obstáculo para acceder a un empleo. Durante las entrevistas o el proceso de contratación, 48 % de las mujeres trans afirma haber sido cuestionada, sometida a pruebas o a explicar acerca de su estado serológico. 26 % fue cuestionada sobre su identidad de género y 26 % sobre su orientación sexual.

La discriminación no se restringe a los procedimientos y a barreras de acceso al empleo, pues aunque las mujeres trans logren obtener un puesto de trabajo, es probable que sufran de discriminación y de violencia en el lugar de trabajo por parte de colegas, superiores y por el hecho de no disponer de los mismos derechos y prestaciones. Las cifras del diagnóstico indican que el 63 % de las mujeres trans encuestadas sufre de hostigamiento, acoso y discriminación con frecuencia, mientras que el 37 % siempre.

Las mujeres trans reconocen que no reciben un trato igual y el 67 % considera que nunca reciben el mismo trato que sus colegas heterosexuales y cisgéneros.

La Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018, realizada conjuntamente entre la Secretaría de Gobernación, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y el Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación, identifica resultados que corroboran la omnipresencia de la discriminación hacia las personas trans en el sector laboral.

Así, el 43,6 % de las mujeres trans afirma haber experimentado comentarios, conductas o actitudes negativas por su identidad de género, mientras que el 39,8 % señala un trato desigual respecto a los beneficios, prestaciones laborales o ascensos por su identidad²⁸⁸.

Las experiencias de discriminación y de rechazo en el sector laboral formal conducen a las mujeres trans hacia profesiones informales, autoempleo y precariedad y pobreza.

Las cifras del Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI indican que 82,21 % de las mujeres trans trabaja. Entre las que declaran trabajar, 25,06 % ejerce el trabajo sexual y 22,28 % el autoempleo. Estas categorías de trabajo suelen generar fuentes de ingresos inestables y limitadas, arrastran a situaciones de pobreza y dificultan el acceso digno a cuanto a vivienda, alimentación y respuestas a necesidades básicas.

De las personas trans que generan ingresos, 76,46 % los obtienen quincenalmente e inferiores a los 6000 pesos mexicanos (275 euros), 51,14 % cuenta con menos de 3000 pesos a la quincena (137 euros) y 14,68 % menos de 1000 pesos (45 euros).

No tener una fuente de trabajo formal significa también que las personas trans no disponen de las prestaciones asociadas al empleo, es decir, el acceso a la seguridad social para algunas

²⁸⁷ CEAV, & Fundación Arcoiris. (2019). Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho al trabajo. Disponible en línea:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459448/DiagnosticoNacionalTrabajo_CEAV_OK.pdf

²⁸⁸ CONAPRED. (2018). Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 - Presentación de resultados. Disponible en línea:
https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_ENDOSIG_16_05_2019.pdf

necesidades sanitarias (IMSS, ISSTE, entre otras), los ahorros de pensión y el acceso a algunos créditos de vivienda. El diagnóstico revela que 70,73 % de las mujeres trans encuestadas no cuenta con acceso a la seguridad social.

El CONAPRED, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, es el órgano encargado de recibir las quejas y denuncias de discriminación. Como se ha explicado anteriormente, el consejo es también responsable de las investigaciones acerca de los hechos discriminatorios y de las conclusiones, las cuales deben llevar a medidas de corrección y de reparación hacia las personas o colectivos vulnerados.

Entre 2012 y 2018, el CONAPRED recibió 166 quejas realizadas por personas trans. Del total de las quejas, 31 % se relacionaba con discriminación en el ámbito laboral. Los actos denunciados violaron la dignidad de las personas (80 % de los casos), la igualdad de oportunidades (32 %) y el acceso mismo al trabajo (27 %)²⁸⁹.

A pesar de la importancia de este consejo, es pertinente cuestionar los resultados concretos de las medidas de corrección y reparación derivadas de la mediación. Aunque las medidas con carácter pedagógico tienen sin duda una validez moral y cultural, resulta difícil medir los impactos reales que puede tener sobre los derechos laborales y generales de las personas trans. Podrían servir medidas severas de castigo y reparación para romper el modelo dominante de transfobia y discriminación en la sociedad mexicana, de esta manera afirmar con fuerza que ninguna forma de discriminación puede ser tolerada.

Trabajo sexual y prostitución

El rechazo y la discriminación en el sector laboral condicionan a las mujeres trans hacia trabajos informales y frecuentemente hacia las diferentes formas de trabajo sexual. Como hemos mencionado anteriormente, la prostitución constituye una fuente de ingresos para responder a las necesidades básicas y también, en algunos casos, para financiar procedimientos de afirmación de género o validar su apariencia física e identidad femenina²⁹⁰.

Un reporte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, publicado en 2015²⁹¹, resaltó que las mujeres trans son empujadas hacia la prostitución desde la adolescencia, por falta de oportunidades laborales, lo cual arroja que alrededor de 90 % de ellas en América ejerce el trabajo sexual. En algunos países como Chile y Perú, se estima que esta proporción

²⁸⁹ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación CONAPRED, Ficha temática: Discriminación por identidad de género, Disponible en línea: <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20PTrans.pdf>

²⁹⁰ Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., Poteat, T., Khan, S. I., Wirtz, A. L., Operario, D., ... Radix, A. (2014). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60833-3)

²⁹¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*, 2015, Disponible en línea: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

es de 94-95%. Aunque las cifras disponibles en México indican unas tasas inferiores, la prostitución sigue siendo de los oficios más comunes en la comunidad trans mexicana²⁹².

La prostitución esconde situaciones de maltrato y riesgos sanitarios, como lo plantea el estudio de Gutiérrez, Evangelista y Winton²⁹³ sobre las mujeres trans trabajadoras sexuales en el estado de Chiapas: «*la prostitución aunque les permite salvaguardarse de algunas expresiones de violencia, las expone a otras*». Efectivamente, la multiplicidad de las parejas sexuales, la práctica del sexo anal y las dificultades en la negociación del uso del condón, aumentan las probabilidades de exposición al VIH y a otras enfermedades transmisibles sexualmente. El sexo sin preservativo con un cliente o una pareja ocasional o estable, es la primera ruta de transmisión del VIH en el colectivo de las mujeres trans²⁹⁴. Adicionalmente, la transgresión física y sexual que representa su presencia en el espacio público, las ubica en una situación de vulnerabilidad extrema frente a agresiones y actos de violencia.

En México no existen leyes a nivel federal que prohíban o castiguen el ejercicio libre de la prostitución entre personas mayores de edad. La jurisprudencia existente sugiere que el ejercicio del trabajo sexual está protegido por una interpretación amplia del artículo quinto de la Constitución política, el cual indica que: «*a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode*».

El Código Penal Federal²⁹⁵ establece algunos límites al trabajo sexual con el objetivo de prohibir y limitar las posibilidades de trata humana (*Capítulo VI: Lenocinio y Trata de Personas*) y salvaguardar a los menores de situaciones de abuso infantil (*Capítulo IV, artículo 204: Lenocinio de Personas Menores de Dieciocho Años de Edad y Capítulo V*).

Consecuentemente, los capítulos IV, V y VI del Código Penal prohíben el proxenetismo, los establecimientos de prostíbulos, los lugares dedicados al comercio sexual y el uso de menores en este sector. Cometan delitos las personas que obtienen lucro de la explotación del cuerpo ajeno o que administre un lugar donde se obtenga un lucro por la actividad sexual ajena. Aunque estos capítulos tienen objetivos dignos, suelen invocarse de manera discrecional por las autoridades para criminalizar al cliente, la persona que solicita el servicio o para castigar a los grupos de sexoservidoras que intentan organizarse para protegerse de las violencias callejeras y del acoso.

²⁹² CEAV, & Fundación Arcoíris. (201). Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho al trabajo. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459448/DiagnosticoNacionalTrabajo_CEAV_OK.pdf

²⁹³ Gutiérrez Gamboa, D. I., Evangelista García, A. A., & Winton, A. M. A. (2018). Mujeres transgénero trabajadoras sexuales en Chiapas: las violencias del proceso de construcción y reafirmación de su identidad de género, 33(94), 139–168. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n94/2007-8358-soc-33-94-139.pdf>

²⁹⁴ Ibid, p. 3

²⁹⁵ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Código Penal Federal, Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_120419.pdf

Diferentes estados de la República Mexicana han agregado en sus legislaciones instrumentos que reconocen la regularización de la actividad de la prostitución o la limitan de manera indirecta. Sin necesariamente prohibirla, los legisladores adoptan herramientas de control sanitario que buscan atribuir la totalidad de las responsabilidades sanitarias a las personas que ejercen la prostitución. Así, en algunos estados se puede exigir a la sexoservidora que presente una constancia de revisión médica que acredite que no tenga enfermedades transmisibles sexualmente. Este enfoque sanitario despoja de cualquier responsabilidad al cliente, criminaliza sutilmente a las sexoservidoras y busca invisibilizarlas, en una sociedad donde la prostitución callejera, aunque tolerada, representa una transgresión al orden y a la moral. Sumado a esto, el enfoque sobre el VIH y las otras ETS perpetua el estereotipo de la sexoservidora como una persona sucia y corruptora de la sociedad.

En 2014, el Juzgado Primero de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México derogó el artículo 24 de la Ley de Cultura Cívica Local, en la cual se establecía que el trabajo sexual debía ser sancionado como una falta administrativa y ordenó a la Secretaría del Trabajo a emitir credenciales de trabajadores no asalariados a las personas que realizan esta práctica si la solicitaran, con el fin de reconocer legalmente su actividad. Mediante esta iniciativa se estableció el derecho a recibir capacitaciones y talleres de prevención. La credencial representa también una herramienta de prevención legal frente a las tentativas de extorsión por parte de las fuerzas policiales.

Aunque la iniciativa tuviera como objetivo visibilizar una profesión que hace parte integrante del orden social, diferentes grupos criticaron los intentos de control y regularización por parte del poder político y administrativo. Se considera que al crear categorías legales y autorizadas, el gobierno da pie también a una segunda categoría, la de las personas que por razones de edad, sanitarias, educación u otras situaciones de marginación, no pueden acceder a las identificaciones emitidas y se quedan en una situación de aislamiento y vulnerabilidad. El investigador Vek Lewis afirma al respecto lo siguiente:

«[...] si bien las mujeres trabajadoras sexuales al integrarse al sistema de registro de sus actividades y la obtención de un permiso para trabajar pueden ya contar con cierto acceso a programas de alcance comunitario, los y las que quedan fuera de este sistema están básicamente en una tierra de nadie, donde no se sabe siquiera de su existencia, a menos que sean víctimas de violencia y salgan en una nota de prensa»²⁹⁶.

En 2019, los legisladores de la Ciudad de México reconocieron haber agregado indebidamente la prostitución como actividad ilícita y castigada en la nueva Ley de Cultura Cívica. Esta situación demostró que existen presiones constantes por parte de ciertos grupos conservadores, los cuales buscan castigar realidades sociales al imponer su agenda prohibicionista. Frente a las críticas de la sociedad civil, la alcaldesa de la Ciudad de México, Claudia Sheinbaum, reconoció que esa parte de la ley era contraria a los derechos del trabajo reconocidos por la constitución federal y la reciente constitución de la CDMX. Consecuentemente, pidió a los legisladores revisar el texto y derogar las referencias a la

²⁹⁶ Lewis, V. (2012). Volviendo visible lo invisible: hacia un marco conceptual de las migraciones internas trans en México. P. 231, Cuicuilco: Revista de La Escuela Nacional de Antropología e Historia, 19(54), 219–240.

prostitución antes de la publicación de la ley en la Gaceta Oficial. Después de la eliminación de esta parte de la ley y de la modificación de otro artículo que hubiera podido afectar de manera ambigua a las sexoservidoras (conducta lasciva en público), la nueva Ley de Cultura Cívica fue publicada en junio de 2019²⁹⁷.

A pesar de que la prostitución no figure en la lista de las actividades o conductas ilegales, las personas que ejercen esta actividad son frecuentemente detenidas, cuestionadas y extorsionadas por los policías. Las fuerzas del orden usan en diferentes entidades del país conceptos administrativos ambiguos para poder detener, extorsionar e incluso obtener favores sexuales de las sexoservidoras sin remunerarlas, como lo menciona el investigador Vek Lewis:

«El hostigamiento de ellas por parte de la policía y la formulación de leyes que posibilitan esto en nombre del orden público o la moral forman parte de un panorama más general, llevando a la criminalización de sus identidades y presencia en el espectro público»²⁹⁸.

Por consiguiente, las fuerzas policiales suelen de manera discrecional utilizar el concepto de «falta a la moral» para detener a las sexoservidoras, acusándolas de sostener relaciones sexuales o de realizar actos exhibicionistas en la vía pública. Acusarlas de consumo de drogas o de bebidas alcohólicas en la vía pública, es también otra forma de someterlas a cuestionamientos administrativos y exigir el pago de lo que comúnmente se llama una mordida, es decir, un soborno.

Los testimonios de mujeres trans recogidos por la investigadora Chloé Constant²⁹⁹, indican que algunas sexoservidoras evitan los lugares tradicionales de prostitución trans en la CDMX, como la avenida Tlalpan, para evitar el acoso y la extorsión policial. Sin embargo, al ubicarse en zonas inseguras y aisladas se enfrentan a otros tipos de violencia, las cuales son perpetradas por grupos criminales y pandillas que no dudan en recurrir a la violencia extrema para confiscar las ganancias del trabajo sexual o para castigar un comportamiento y una apariencia física que salen de las normas sociales convencionales.

Las víctimas de un crimen o de comportamientos violentos suelen no denunciar los acontecimientos a la policía, debido al temor a que sus testimonios sean desestimados, sean acusadas de haber provocado la situación o de haber incurrido en un comportamiento sancionado por la ley. Al no poder solicitar la asistencia de la policía o de colegas, las mujeres trans se exponen a situaciones que amenazan su integridad física y su vida.

Estos factores contribuyen a tasas altas de homicidio cometidos con toda impunidad hacia las mujeres trans. Durante el sexenio del Gobierno del presidente Enrique Peña Nieto (2013-

²⁹⁷ Gobierno de la Ciudad de México, Gaceta oficial, Vigésima primera época, 7 de junio de 2019, No. 108 BIS, Ley de cultura cívica de la Ciudad de México, Disponible en línea: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/60d674a9582028dfbc51e1dc34c712cc.pdf

²⁹⁸ Ibid, p. 226

²⁹⁹ Constant, C. (2017). Cuerpos abyectos y poder disciplinario: la violencia familiar y laboral contra mujeres transexuales en México. p. 69, Revista Trace, (72), 56. <https://doi.org/10.22134/trace.72.2017.95>

2018), se estima que se cometieron 195 asesinatos de mujeres trans, de las cuales al menos 50 practicaban el trabajo sexual³⁰⁰. En muchos de los casos, los cuerpos sin vida fueron tirados en un lote baldío o en la vía pública.

En 2016, Paola³⁰¹ y Alessa³⁰², dos mujeres trans que ejercían la prostitución en la Ciudad de México fueron asesinadas con pocos días de diferencia mientras ejercían el oficio de prostitución. Paola fue asesinada con un arma de fuego por su cliente en el coche donde había ingresado para prestar sus servicios. Alessa fue encontrada muerta, estrangulada con una sábana del cuarto de hotel donde había ingresado unas horas antes con su cliente. Los dos crímenes siguen hasta ahora impunes.

El homicidio de Paola es un caso que ilustra claramente la ausencia de interés por parte de la justicia hacia la muerte de mujeres trans, asesinatos que no son considerados como dignos de ser investigados adecuadamente por el poder judicial. El asesino de Paola fue detenido por la policía infraganti y existen diferentes testigos que pueden corroborar los hechos. A pesar de la cantidad suficiente de índices para castigar al responsable, el juez de control determinó que la Fiscalía de la CDMX no había colectado suficiente información para vincular al sospechoso a un proceso penal. Las autoridades dieron preferencia a la versión del acusado, es decir, un accidente derivado de un forcejeo, cuando con estupor el cliente descubrió la identidad de género de la víctima.

En junio de 2019, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal emitió la recomendación 02/2019³⁰³, intitulada *Falta de debida diligencia y de aplicación de la perspectiva de género y enfoque diferenciado en la investigación de transfeminicidio*. Esta recomendación, dirigida hacia la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, evidenció los fallos múltiples en el procedimiento legal y concluyó que se habían violado los derechos humanos de la fallecida Paola Buenrostro y de su compañera Kenya Cytlaly Cuevas Fuentes, la cual fue testigo del asesino y luchó durante años para conseguir justicia. La CDHDF identificó las múltiples manifestaciones de la violencia estructural hacia las personas transgénero y pidió a las autoridades responsables corregir el daño causado con medidas claras.

³⁰⁰ Letra S, Sida Cultura y Vida Cotidiana A.C. (2019). Violencia Extrema. Asesinatos de personas LGBTTT en México: los saldos del sexenio (2013-2018). Disponible en línea: <http://www.letraese.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/Informe-cr%C3%ADmenes-2018-v2.pdf>

³⁰¹ Gillet, E. Paola, la chica trans asesinada impunemente en la CDMX, Vice Magazine, 17 de diciembre 2016, Disponible en línea: https://www.vice.com/es_latam/article/bn4w7v/la-historia-completa-de-paola-transexual-asesinada-impune-prostituta

³⁰² Gillet, E. Alessa, mujer trans, trabajadora sexual y activista asesinada en la CDMX, Vice Magazine, 24 de noviembre 2016, Disponible en línea: https://www.vice.com/es_latam/article/pp5xw7/alessa-mujer-trans-trabajadora-sexual-y-activista-asesinada-en-la-cdmx

³⁰³ Comisión de Derechos Humano del Distrito Federal, Recomendación 02/2019, Falta de debida diligencia y de aplicación de la perspectiva de género y enfoque diferenciado en la investigación de transfeminicidio, Disponible en línea: https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2019/06/Reco_022019.pdf

Esta comisión también evidenció las repercusiones generales sobre la comunidad trans por la incapacidad de las autoridades a impartir justicia frente a un acto grave de odio, afirmando a su vez en su principal recomendación que las actitudes de las autoridades:

«[...] parecían normalizar, e incluso invisibilizar la agresión contra Paola por su expresión de género y ocupación de la víctima, lo que representa no sólo un acto de violencia institucional sino de discriminación para ella y la comunidad a la que pertenece»³⁰⁴.

Este caso demostró que las leyes para proteger y salvaguardar los derechos de las comunidades marginadas deben acompañarse de medidas para educar y monitorear el comportamiento de los servidores públicos, para asegurar que la aplicación de los códigos legales se cumplan con la perspectiva del objetivo supremo: garantizar de manera eficiente la igualdad de derechos y la dignidad humana para todos los ciudadanos.

Detención y condiciones carcelarias

La transgresión al orden binario que representan las personas transgénero las hacen sujetas a una represión violenta y discrecional por parte de las fuerzas del orden, las cuales buscan castigar lo que no corresponde a los esquemas socialmente aceptados. Adicionalmente, la marginación laboral y social derivada de la discriminación empuja a las personas trans a practicar actividades informales o no reglamentadas. Otras características asociadas a la marginación socioeconómica como la indigencia, el consumo de estupefacientes o los problemas mentales, favorecen ciclos de contactos con las fuerzas policiales y el ámbito carcelario.

De acuerdo con las estadísticas reportadas en el *Diagnóstico Nacional sobre la Discriminación hacia Personas LGBTTI*, 31 % de las mujeres trans afirma haber sido detenida por su identidad de género. Entre las mujeres trans que han sido detenidas en centros de reclusión, 9 % afirma haber estado aislada por su condición de género.

En el contexto de una detención o encarcelamiento, las autoridades necesitan adoptar un enfoque de género para poder asegurar los derechos fundamentales de las personas trans. Sin la aplicación de este enfoque, no resulta factible entender las vulnerabilidades vinculadas a la identidad de género y se pueden generar situaciones adicionales de desconfianza y discriminación que impiden un acceso igualitario a la justicia.

México ha ratificado diferentes instrumentos internacionales que proporcionan indicaciones y pautas para asegurar la dignidad de las personas acusadas de un crimen y privadas de libertad. Los principios de Yogyakarta (principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género³⁰⁵), presentados y ratificados en 2007 por un grupo de juristas y expertos

³⁰⁴ Ibid, p. 28

³⁰⁵ International Commission of Jurists ICJ. The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International human rights law in relation to sexual orientation and gender identity (2007). Disponible en línea: www.yogyakartaprinciples.org

internacionales, establecen objetivos claros en materia de derechos humanos LGBT para los países de la comunidad internacional.

En los casos de privación de libertad, se pide a los Estados: *«asegurar que la detención evite una mayor marginación de las personas en base a su orientación sexual o identidad de género o las exponga al riesgo de sufrir violencia, malos tratos o abusos físicos, mentales o sexuales»*.

Para evitar esa marginación, los expertos recomiendan que los Estados establezcan medidas para:

- *Consultar las personas detenidas acerca de su lugar apropiado de detención;*
- *Garantizar la atención médica (VIH, hormonas, afirmación de género, etc.);*
- *Establecer medidas de protección;*
- *Garantizar la igualdad en materia de visitas conyugales;*
- *Facilitar el monitoreo independiente de los establecimientos de detención;*
- *Capacitar al personal en materia de derechos en los ámbitos de la orientación sexual y la identidad de género.*

En México, estos principios se reflejan en algunas leyes y protocolos nacionales, entre los cuales destacan la *Ley Nacional de Ejecución Penal*, el *Protocolo para la Impartición de Justicia en casos que involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género* y el *Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género*. A continuación analizamos cómo se ven reflejados los principios de Yogyakarta en esos textos legales.

Ley Nacional de Ejecución Penal

La Ley Nacional de Ejecución Penal³⁰⁶, adoptada en 2016 con la introducción del nuevo sistema penal, tiene como objetivo fijar las normas que se deben observar durante la prisión preventiva, la ejecución de las penas y otras medidas de seguridad judicial. Este documento establece en sus principios rectores los conceptos de dignidad y de igualdad de acuerdo con las definiciones siguientes:

Dignidad. *Toda persona es titular y sujeta de derechos y, por lo tanto, no debe ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o los particulares.*

Igualdad. *Las personas sujetas a esta Ley deben recibir el mismo trato y oportunidades para acceder a los derechos reconocidos por la Constitución, Tratados Internacionales y la legislación aplicable, en los términos y bajo las condiciones que éstas señalan. No debe admitirse discriminación motivada por origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación*

³⁰⁶ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley Nacional de Ejecución Penal, Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNEP_090518.pdf

migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y con el objeto de anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas.

Podemos apreciar los principios de Yogyakarta reflejados en los siguientes artículos de la Ley:

No discriminación:

Las personas detenidas tienen derecho a:

- *Recibir un trato digno del personal penitenciario sin diferencias fundadas en prejuicios por razón de género, origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidades, condición social, posición económica, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales o identidad de género, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana;* (Título primero, Capítulo II, Derechos y obligaciones de las personas, Artículo 9-I).

Condiciones de internamiento:

- *Las condiciones de internamiento deberán garantizar una vida digna y segura para todas las personas privadas de la libertad.* (Título segundo, Capítulo II, Régimen de Internamiento Artículo 30).
- *La Autoridad Penitenciaria estará obligada a instrumentar una clasificación de las distintas áreas y espacios en el Centro Penitenciario, en particular, de los dormitorios, obedeciendo a criterios basados en la edad, el estado de salud, duración de la sentencia, situación jurídica y otros datos objetivos sobre las personas privadas de la libertad, tendientes a armonizar la gobernabilidad del mismo y la convivencia entre las personas privadas de la libertad.* (Título segundo, Capítulo II, Régimen de Internamiento, Artículo 31).

Salud, garantizar la atención médica:

Las personas detenidas tienen derecho a:

- *Recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en por lo menos unidades médicas que brinden asistencia médica de primer nivel, en términos de la Ley General de Salud, en el Centro Penitenciario, y en caso de que sea insuficiente la atención brindada dentro de reclusión, o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada al Centro Penitenciario o que la persona sea remitida a un Centro de Salud Público en los términos que establezca la ley;* (Título primero, Capítulo II, Derechos y obligaciones de las personas, Artículo 9-II).
- *Toda persona privada de la libertad tiene derecho a que se garantice su integridad moral, física, sexual y psicológica;* (Título primero, Capítulo II, Derechos y obligaciones de las personas, Artículo 9-X).

- *La Autoridad Penitenciaria deberá tomar las medidas necesarias para garantizar la atención médica de urgencia [...] en casos extraordinarios en que por su gravedad así lo requieran, podrán ser trasladados a instituciones públicas del sector salud para su atención médica [...] (Título segundo, Capítulo II, Régimen de Internamiento, Artículo 34).*
- *La Autoridad Penitenciaria, en coordinación con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud competentes, garantizarán la permanente disponibilidad de medicamentos que correspondan al cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica, y establecerán los procedimientos necesarios para proporcionar oportunamente los servicios e insumos requeridos para otros niveles de atención. (Título segundo, Capítulo II, Régimen de Internamiento, Artículo 34).*
- *Es obligación del personal que preste servicios médicos en los Centros Penitenciarios guardar la confidencialidad de la información a la que tengan acceso con motivo de los mismos [...] (Título segundo, Capítulo II, Régimen de Internamiento, Artículo 34).*
- *Los exámenes para detectar si las personas privadas de la libertad cuentan con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o son portadores del virus de inmunodeficiencia humana sólo podrán aplicarse con su consentimiento. (Título segundo, Capítulo II, Régimen de Internamiento, Artículo 34).*
- *La salud es un derecho humano reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y será uno de los servicios fundamentales en el sistema penitenciario y tiene el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las personas privadas de su libertad, como medio para proteger, promover y restaurar su salud. (Título tercero, Capítulo II, Derecho a la Salud, Artículo 74).*

Visitas conyugales, garantizar la igualdad en materia de visitas conyugales:

- *El protocolo respectivo, establecerá el régimen de visitas personales, familiares, íntimas, religiosas, humanitarias y asistenciales, sin que en caso alguno pueda impedirse el contacto corporal de la persona visitante con la persona visitada, salvo que alguna de las dos solicite tal restricción [...] (Título segundo, Capítulo VI, Régimen de visitas Artículo 59).*
- *Los Centros Penitenciarios deberán garantizar el ejercicio del derecho a la visita íntima bajo los principios de igualdad y no discriminación. (Título segundo, Capítulo VI, Régimen de visitas Artículo 59).*

Facilitar el monitoreo independiente de los establecimientos:

- *Las normas reglamentarias establecerán las provisiones para facilitar a los organismos públicos de protección a los derechos humanos, así como al Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura, el acceso irrestricto al Centro Penitenciario, archivos, y registros penitenciarios, sin necesidad de aviso previo así como asegurar que se facilite el ingreso a los servidores públicos de éstos [...] (Título segundo, Capítulo VI, Entrevistas y visitas de organismos públicos de protección de los derechos humanos, Artículo 58).*

- *Los defensores, en todo momento, podrán entrevistar a las personas privadas de la libertad en privado. [...] (Título segundo, Capítulo VI, Entrevistas y visitas de organismos públicos de protección de los derechos humanos, Artículo 58).*

Capacitar el personal en materia de derechos en los ámbitos de la orientación sexual y la identidad de género:

Los establecimientos de internamiento deben contar con protocolos de:

- *De capacitación en materia de derechos humanos para el personal del Centro. (Título segundo, Capítulo II, Protocolos, Artículo 33 III).*
- *De resguardo de personas privadas de la libertad en situación de especial vulnerabilidad. (Título segundo, Capítulo II, Protocolos, Artículo 33 IX).*

Protocolo de actuación para quienes imparten Justicia en casos que involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) publicó en 2014 el *Protocolo de actuación para quienes imparten Justicia en casos que involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género*³⁰⁷. Aunque el protocolo no sea vinculante, las recomendaciones de la máxima autoridad de justicia tienen como propósito ayudar a los juzgadores en sus labores constitucionales. Así salvaguardar la protección de los derechos LGBT en su forma más amplia. Estas recomendaciones se sustentan en la existencia previa de leyes y convenios internacionales ratificados por México, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Consecuentemente, la SCJN pide a las personas que imparten justicia revisar si sus decisiones vulneran los derechos humanos establecidos por la Constitución y tratados internacionales, un proceso de rutina llamado control de constitucionalidad.

Adicionalmente, los jueces deben resolver los casos que involucran a los miembros de la población LGBT con una perspectiva de género y de diversidad sexual, lo cual significa identificar y eliminar las circunstancias, características y desventajas que impiden a las personas LGBT, por cuestiones de género u orientación sexual, acceder a la justicia en igualdad de condición.

Para lograr esos objetivos, la SCJN sugiere las normas siguientes:

³⁰⁷ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Protocolo de actuación para quienes imparten Justicia en casos que involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género, Segunda edición, Nov. 2015, Disponible en línea:

https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/Protocolo_orientaci%C3%B3n%20sexual-REVDIC2015.pdf

Derecho a la identidad

- Trasladar o ubicar las personas trans en una cárcel correspondiente a su identidad de género para su seguridad y para evitar exponerlas a diferentes tipos de violencia.
- Que los y las juzgadoras sean abiertos a la idea de conocer casos de personas que no se identifiquen con las categorías binarias de "hombre" o "mujer", con el fin de: *«respetar el derecho a desarrollar una identidad de género propia, y a la prohibición de discriminar a esa persona por dicha identidad».*

Derecho a la protección de la familia y la vida privada

- Que las protecciones legales otorgadas a las familias cubran todo tipo o arreglo familiar (monoparental, homoparental, nucleares, hijos biológicos o adoptivos, etc.) para evitar discriminación, representar la población en su diversidad y garantizar la igualdad de derechos.

Derecho a la salud

- Que los y las juzgadoras consideren los casos de quejas por negación de tratamientos hormonales o quirúrgicos que las personas trans requieren para reflejar su identidad de género en un contexto carcelario y así evitar violaciones de sus derechos a la salud y a la identidad de género.

Protocolo para juzgar con perspectiva de Género

En 2014, La SCJN presentó también un *Protocolo para juzgar con perspectiva de Género*³⁰⁸. Este protocolo es un instrumento que permite corregir las situaciones de desigualdad estructural derivadas de la distribución de los recursos, de los poderes y por factores de interseccionalidad vinculados al género, sexo, orientación sexual y expresiones de género. Permite considerar el individuo en su diversidad y complejidad.

Mediante una justicia impartida a través del prisma del enfoque de género, se busca pasar de la igualdad sustantiva a la igualdad de resultados y cuestionar el *«paradigma único del ser humano neutral y universal, basado en el hombre blanco, heterosexual, adulto sin discapacidad, no indígena».*

Entonces, se requiere que los servidores públicos identifiquen y consideren:

- *Los impactos diferenciados de las normas;*
- *La interpretación y aplicación del derecho de acuerdo a roles estereotipados sobre el comportamiento de hombres y mujeres;*

³⁰⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Protocolo para juzgar con perspectiva de Género, Segunda edición, Nov. 2015, Disponible en línea: https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/Protocolo_perspectiva_de_genero_REVDIC2015.pdf

- *Las exclusiones jurídicas producidas por la construcción binaria de la identidad de sexo y/o género;*
- *La distribución inequitativa de recursos y poder que deriva de estas asignaciones, y*
- *La legitimidad del establecimiento de tratos diferenciados en las normas, resoluciones y sentencias.*

A pesar de los avances importantes contenidos en la nueva Ley de ejecución penal y en los protocolos de la SCJN, el sistema carcelario mexicano sigue siendo caracterizado por su opacidad, sus irregularidades, la desigualdad en las condiciones de detención y la presencia de violaciones serias a los derechos humanos básicos. Esto se debe principalmente a la ausencia de controles y de rendición de cuentas, en las decisiones arbitrarias tomadas por los jueces y el personal de los centros penitenciarios, así como en la presencia de índices de corrupción y de infiltración de los grupos criminales en la gestión misma de los centros de detención.

En 2017, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en su *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria*³⁰⁹ determinó que un número preocupante de cárceles, principalmente estatales y municipales, no respondían a los niveles básicos de protección de los derechos humanos y presentaban desafíos serios de gobernabilidad y transparencia.

De acuerdo con este informe, en 2017 se presentaron 6784 quejas por violaciones de derechos humanos en centros administrados a nivel estatal o municipal. Se reportan con frecuencia situaciones de abuso, de riñas e incluso de homicidio, al interior de las instalaciones carcelarias.

Alrededor de 1204 quejas fueron presentadas el mismo año por violaciones cometidas en centros penales federales. Entre esas quejas figuran con frecuencia situaciones de atención médica deficitaria, casos de tortura o maltrato y falta de transparencia en el proceso legal.

En 2013, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) emitió su recomendación 9/2013³¹⁰, en la cual determinó que 9 personas habían fallecido entre 2009 y 2011 en los centros de reclusión de la capital, por atención médica deficitaria y violaciones al derecho a la salud. De estas personas, tres tenían un diagnóstico conocido de VIH y fallecieron por complicaciones del SIDA, lo cual hubiera podido ser evitado con un seguimiento médico adecuado.

En 2017, un estudio realizado por el Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública (CESOP) de la Cámara de los Diputados³¹¹ integró los datos presentados anteriormente por Elena

³⁰⁹ Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2017, Disponible en línea: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2017.pdf

³¹⁰ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 09/2013, Mala práctica médica. Violaciones al derecho a la salud, vida e integridad de personas privadas de la libertad en Reclusorios del Distrito Federal, Disponible en línea: <https://cdhdf.org.mx/2013/04/recomendacion-092013/>

³¹¹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, CESOP, Carpeta Informativa: Los centros penitenciarios en México. ¿Centros de rehabilitación o escuelas del crimen?, Disponible en línea:

Azaola y Marisa Hubert, las cuales indicaron en su investigación intitulada: «¿Quién controla las prisiones mexicanas?»³¹², que el 65 % de las cárceles estatales del país está controlado por grupos delictivos. Dicha situación disminuye las probabilidades de rehabilitación de las personas detenidas, dificulta de manera preocupante la gobernabilidad, impide la gestión transparente de los centros de detención y maximiza las incidencias de violaciones de los derechos básicos.

La presencia frecuente de motines, riñas, acoso y abuso sexual, amenaza la integridad física de individuos tan vulnerables como las personas trans. Se deben aplicar de manera sistemática mecanismos para mejorar las condiciones carcelarias de acuerdo con las normas internacionales y las leyes vigentes. Para alcanzar este objetivo, se hace necesario fortalecer la transparencia y supervisión sin restricciones por parte de los organismos de defensa de los derechos humanos.

Cuestiones de salud e intervenciones de afirmación de género

La Constitución de México afirma en su artículo cuarto de manera inequívoca que: *Toda persona tiene derecho a la protección de la salud [...]*. La Ley Federal, para prevenir la discriminación, define lo que constituye una actitud discriminatoria en materia de derecho a la salud y de la prestación de dichos servicios por entidades públicas o privadas. De esta manera, constituye una forma de discriminación «Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios». (Capítulo Segundo, Artículo 9 – VII).

Al respecto, el Código Penal Federal prevé sanciones para los servidores públicos que llegaran a negar un servicio garantizado por las leyes (Capítulo único, Discriminación, Artículo 149 ter).

Las situaciones de violencia y las barreras que impiden el acceso a los servicios y derechos esenciales figuran entre las causas de la reducción de la esperanza de vida para las personas trans en América Latina. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sugerido en diferentes reportes que la edad promedio de esperanza de vida para las personas trans en la región es de 35 años³¹³.

México no es una excepción, pues se reporta en la *Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género* de 2018 que el 24.5 % de las mujeres

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Centros-de-Estudio/CESOP/Novedades/Carpeta-Informativa.-Los-centros-penitenciarios-en-Mexico.-Centros-de-rehabilitacion-o-escuelas-del-crimen>

³¹² Azaola, E., & Hubert, M. (2016). ¿Quién controla las prisiones mexicanas? Disponible en línea: <http://www.documenta.org.mx/layout/archivos/2016-agosto-privatizacion-del-sistema-penitenciario->

³¹³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América, OAS/Ser.L/V/II.rev.2, Doc. 36, 12 noviembre 2015, Disponible en línea: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

trans afirma haber sido víctima de discriminación, al menos una vez, en un contexto de atención médica por su identidad de género³¹⁴.

Entre las situaciones de discriminación reportadas por las personas encuestadas, destacan las siguientes:

- *Humillaciones.*
- *Actitudes violentas antes o durante la consulta.*
- *Uso de pronombres incorrectos.*
- *Decir que su identidad de género es una enfermedad o sugerir que se puede curar su condición.*
- *No querer establecer contacto físico para auscultación.*
- *No reconocer la identidad de género del paciente.*
- *Decir “su enfermedad es un castigo de Dios”.*
- *Pedir sexo en el consultorio.*

Los resultados de la encuesta confirman la presencia de violencia institucional por parte del personal de salud en México, un hecho reportado anteriormente en el caso del estigma y de la discriminación en relación con el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA³¹⁵, el cual concuerda con resultados similares observados en diferentes países de la región³¹⁶. En efecto, la falta de conocimiento, el trato diferencial o las micro agresiones, son diferentes formas de violencia real y simbólica que ejercen los profesionales de salud hacia las personas transgénero. Esta situación empuja a las mujeres trans a evitar la asistencia a las consultas médicas, lo cual puede agravar problemas existentes de salud o contribuir a la detección tardía de algunos padecimientos.

En 2017, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, publicó el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual*³¹⁷. En este documento, se establecen pautas y métodos

³¹⁴ CONAPRED. (2018). Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 - Presentación de resultados. Disponible en línea: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_ENDOSIG_16_05_2019.pdf

³¹⁵ Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Publica de Mexico*, 48(2), 141–150. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000200007>

³¹⁶ Sevelius, J., Murray, L. R., Martinez Fernandes, N., Veras, M. A., Grinsztejn, B., & Lippman, S. A. (2019). Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. *Culture, Health and Sexuality*, 21(5), 543–558. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1496277>

³¹⁷ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual*, 26 de junio 2017, Disponible en línea: <https://www.gob.mx/censida/documentos/protocolo-para-el-acceso-sin-discriminacion-a-la-prestacion-de-servicios-de-atencion-medica-de-las-personas>

para que el personal de atención médica pueda evitar situaciones de discriminación hacia la población LGBT y garantice el acceso por igual a la salud.

El documento contiene una sección de referencia para la atención médica a las personas del colectivo trans. Ese protocolo específico se basa sobre las experiencias y lecciones aprendidas en el contexto de la administración de la primera y única clínica especializada para las personas trans del país, la cual se encuentra en las instalaciones de la Clínica especializada Condesa en la Ciudad de México.

El protocolo establece los criterios y las directivas que deben seguirse a nivel nacional para proporcionar un trato digno, inclusivo y transparente para las personas trans. Se pone el acento sobre la capacitación del personal y la creación de un ambiente amigable para favorecer la confianza y la participación activa del paciente en la gestión de su salud.

Dicho documento es el primero y único en clarificar las obligaciones de los establecimientos de salud en materia de procedimientos de afirmación de género. El modelo tiene tres objetivos principales:

- *Reducir el daño a la salud causados por las prácticas autoadministradas de transformación de género.*
- *Identificar y tratar los problemas de salud comunes, incluyendo los trastornos mentales comunes y metabólicos.*
- *Facilitar el acceso a los servicios de prevención y atención de la salud para una población vulnerable con alta prevalencia del VIH.*

Se deja muy claro que los establecimientos de salud en todo del país deben promover el acceso a las terapias hormonales:

- *Cada entidad federativa, según su propia capacidad, deberá de proveer del personal de salud capacitado para los establecimientos de atención a personas trans. Deberá asegurarse que se cuente con al menos un especialista en endocrinología, o por lo menos sea el supervisor directo de los médicos responsables de la atención a la población trans. También deberá contar con un psiquiatra entrenado en aspectos de identidad de género, que atienda a la población y supervise las actividades de los psicólogos clínicos encargados de hacer las valoraciones iniciales de esta población.*
- *Los establecimientos de acuerdo a su capacidad resolutive deberán promover el acceso a tratamiento hormonal y servicios de salud mental a las personas que así lo soliciten.*
- *Después de la evaluación inicial, las personas candidatas a tratamiento hormonal son referidas al servicio de endocrinología.*

Considerando el marco legal y los instrumentos vigentes, podemos suponer que las personas trans en México deberían poder acceder a los servicios de salud en igualdad de condición, sin importar la jurisdicción en la cual tienen residencia. Sin embargo, a pesar de la existencia de estas directivas, no existen todavía programas formales de consulta y distribución de hormonas para las personas trans al exterior de la Ciudad de México. Las personas que

solicitan un tratamiento hormonal en otras entidades del país deben, en la mayoría de los casos, enfrentar un rechazo e iniciar un proceso de queja para poder acceder a los servicios denegados.

No existen todavía en México maneras de conseguir cirugías de afirmación de género cubiertas por el sistema de salud público. Las personas que deseen estos procedimientos médicos deben correr por cuenta propia los costos elevados en el ámbito privado o buscar formas alternativas de afirmación de género, como la obtención de hormonas en el mercado negro o la modificación corporal clandestina mediante productos o materiales que puedan causar daños físicos, sanitarios y psicológicos permanentes. Como se menciona en el estudio de Gutiérrez, Evangelista y Winton:

«Este tipo de transformación no está considerada en los servicios de salud; por lo tanto, realizarlo de manera segura resulta un lujo que sólo pueden solventar quienes tienen recursos económicos suficientes»³¹⁸.

Para asegurar los efectos beneficiosos de la afirmación de género para las personas trans que lo desean y para garantizar unos servicios médicos que respondan a las necesidades particulares de ese colectivo, es imperativo que el gobierno tome medidas inmediatas para que los servicios ofrecidos en la Ciudad de México puedan ser replicados en los diferentes estados del país. Adicionalmente, se debe abrir el diálogo legislativo para evaluar la posibilidad de ofrecer las cirugías de afirmación de género dentro del marco establecido de servicios cubiertos por el régimen público, tal como lo han hecho países como Argentina (*Ley de Identidad de género, art. 11*) y Chile, en donde se considera legalmente que adecuar el cuerpo a la identidad autopercebida permite garantizar el goce de la salud integral³¹⁹. La afirmación de género puede contribuir de manera sustancial al bienestar de las personas trans y, por lo tanto, existe la responsabilidad legal y ética de maximizar el bienestar físico y psicológico de este colectivo de ciudadanos mexicanos.

Uso de jeringas para inyección de hormonas o consumo de narcóticos

El acceso a jeringas nuevas y estériles es un componente esencial de la estrategia global para reducir las incidencias de VIH y otras enfermedades transmisibles por la sangre. Las personas trans en México, como en otros países, suelen usar jeringas para la inyección de hormonas necesarias para la transición de género. Aunque, las jeringas se pueden usar para

³¹⁸ Gutiérrez Gamboa, D. I., Evangelista García, A. A., & Winton, A. M. A. (2018). Mujeres transgénero trabajadoras sexuales en Chiapas: las violencias del proceso de construcción y reafirmación de su identidad de género., 33(94), 139–168. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n94/2007-8358-soc-33-94-139.pdf>

³¹⁹ Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. (2015). Atención de la salud integral de personas Trans: Guía para equipos de salud. Buenos Aires. Disponible en línea: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud integral-personas-trans.pdf>

procedimientos cosméticos irregulares (inyección de aceites, silicona) o para el consumo de drogas intravenosas.

No existen leyes en México que prohíban la venta o la distribución de jeringas. Estos instrumentos se pueden adquirir sin prescripción y por un costo reducido en una red extensa de farmacias a través del país. Existen también algunos programas de intercambio y distribución de jeringas administrados por ONG en zonas estratégicas donde existen poblaciones importantes de usuarios de drogas intravenosas, como Tijuana.

A pesar de la disponibilidad legal y del relativo bajo costo de venta, los usuarios de drogas intravenosas reportan el uso compartido de jeringas como un hecho frecuente (59% en los seis meses precediendo el estudio)³²⁰. De acuerdo con los resultados de un estudio publicado en 2011³²¹, esta situación se debe probablemente a barreras de acceso compuestas por actitudes discriminatorias del personal de venta de las farmacias y cuestiones de costo. Existe también la posibilidad de que las barreras de acceso a las jeringas sean vinculadas a una incomprensión del marco legal que rige la venta de las jeringas.

El estudio anteriormente mencionado evidenció que, mediante un protocolo de clientes misterios, solamente el 28.4 % de los 162 intentos de compra de jeringas había concluido con una venta exitosa, a pesar de que el 88.2 % de los establecimientos analizados había confirmado por teléfono que vendía dicho producto. El personal de las farmacias donde se rechazaron las ventas afirmó: no vender el producto (35.3 %), un agotamiento del inventario (31,0 %) o pidieron al cliente misterio una prescripción (20.7 %). Durante los intentos de compra, se detectaron situaciones evidentes de discriminación vinculadas al aspecto físico del cliente misterio. Este estudio es esencial para determinar que el acceso legal a las jeringas se encuentra reducido o invalidado por actitudes discriminatorias o juicios de valor.

Aunque el estudio se enfocó hacia comunidad de usuarios de drogas intravenosas, podemos suponer que, por una cuestión de aspecto físico, las personas trans podrían estar sujetas a comportamientos discriminatorios similares en farmacias. Así, el derecho legal de comprar una jeringa estéril y limpia se ve amenazado por decisiones arbitrarias fundadas sobre la ignorancia y los prejuicios. Para poder reducir el daño asociado al uso compartido de jeringas, se necesita de unos controles administrativos para reafirmar el derecho a dicho material sanitario, de esta manera el personal de las farmacias tendría una real comprensión de las leyes y por ende la podría aplicar como contribución a la estrategia colectiva de reducción de daños.

³²⁰ Pollini, R., Rosen, P., Gallardo, M., Robles, B., Brouwer, K., Macalino, G., & Lozada, R. (2011). Not sold here: Limited access to legally available syringes at pharmacies in Tijuana, Mexico. *Harm Reduction Journal*, 8.

³²¹ Idem

VIH y profilaxis preexposición (PREP)

Así como en diferentes países de América Latina, la comunidad trans en México presenta índices elevados de exposición al VIH/SIDA³²², de hecho son los más altos del continente. Como hemos expuesto anteriormente, esta realidad se debe a diferentes características sanitarias y sociales, las cuales son agravadas por la discriminación y la marginación que sufren las personas trans de manera cotidiana.

Las personas trans tienen acceso a los mismos servicios que el resto de la población en materia de prevención y tratamiento del VIH. Sin embargo, la discriminación y la desconfianza generada por esa situación tienen impacto sobre la eficiencia de los programas de prevención y tratamiento del VIH. Para luchar en contra de estas barreras al acceso, la Secretaría de Salud debe considerar la implementación de clínicas trans en la integralidad del territorio mexicano, basándose en el modelo exitoso desarrollado en la clínica Condesa de la Ciudad de México. El establecimiento de clínicas holísticas y especializadas ha sido reconocido como una herramienta clave para responder a las necesidades de las personas trans, así como una manera eficiente de combatir el VIH sin que las necesidades médicas de la comunidad trans se reduzcan a este problema sanitario específico³²³.

Como hemos mencionado anteriormente, la profilaxis preexposición es una de las principales herramientas en los planes estratégicos actuales de combate contra el VIH. La implementación de programas de PREP en algunos países ha dado resultados que permiten contemplar un control eficiente de la epidemia a corto plazo. Por ejemplo, en Australia, las cifras publicadas por el instituto Kirby a principio de julio de 2019, reportaron la incidencia más baja de nuevos casos en 18 años y una reducción de nuevos casos del 23 % en los últimos cinco años³²⁴. Esta reducción drástica, la cual alcanza el 30 % en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres, se atribuye a la implementación generalizada y a precios asequibles de la PREP.

El programa de PREP en México se encuentra todavía en fase piloto. Se han reclutado miles de personas en la Ciudad de México, en el estado de Jalisco (Guadalajara y Puerto Vallarta), en Yucatán y en Oaxaca. Los candidatos provienen de sectores clave de la población LGBT, a quienes se les administra la PREP después de una entrevista y de exámenes clínicos para asegurar que cumplan con los requisitos del programa. Los medicamentos son distribuidos sin costo por los centros que pertenecen a la red del seguro popular (Clínica Condesa,

³²² Arantxa Colchero, M., Cortés-Ortiz, M. A., Romero-Martínez, M., Vega, H., González, A., Román, R., ... Bautista-Arredondo, S. (2015). HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Publica de México*. <https://doi.org/S0036-36342015000800002> [pii]

³²³ Silva-Santisteban, A., Eng, S., De La Iglesia, G., Falistocco, C., & Mazin, R. (2016). HIV prevention among transgender women in Latin America: Implementation, gaps and challenges. *Journal of the International AIDS Society*. Disponible en línea: <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20799>

³²⁴ The Kirby Institute, HIV diagnoses in Australia drop to lowest number in 18 years, Disponible en línea: <https://kirby.unsw.edu.au/news/hiv-diagnoses-australia-drop-lowest-number-18-years>

CAPASITS)³²⁵. Las personas trans pueden acceder al medicamento a través de la clínica especializada para personas trans del centro Condesa.

El programa piloto debería ampliarse al resto del país y eventualmente integrarse al catálogo de herramientas de protección y de combate al VIH. La disponibilidad de genéricos de bajo costo ayudará a generalizar la distribución del medicamento y algunas cifras confirman que existe un interés por su uso en la población LGBT, cuando se comunican adecuadamente los beneficios y riesgos del uso³²⁶.

Para maximizar las ventajas de la PREP en la comunidad trans, los servicios públicos deben adaptar las estrategias de comunicación y de sensibilización a las necesidades y características de esta comunidad³²⁷. Para lograrlo, se deben involucrar activamente ONG y grupos de apoyo de la comunidad trans. Mediante portavoces usuarios de la PREP en la comunidad trans, se aumentarían las probabilidades de recepción positiva de la nueva herramienta y se consolidarían los vínculos de confianza con el sector médico y terapéutico³²⁸.

Se podrían considerar incentivos económicos para motivar a las personas trans a iniciar, seguir con la toma del medicamento y para compensar por el tiempo dedicado a las citas de control médico. Integrar la PREP en un catálogo de servicios especializados para personas trans es una manera eficiente de concientizar y promocionar su uso. Efectivamente, se pueden aprovechar las citas con el endocrinólogo o la prueba periódica de VIH para proporcionar información sobre la PREP o monitorear su uso.

El gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador trabaja desde principios de su mandato sobre la reforma mayor del sistema de salud público. Los próximos años revelarán si el programa de PREP se extenderá, así poder cubrir el 100 % de la población que pudiera beneficiarse de sus efectos benéficos.

³²⁵ Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, El Prep en México, 2018, Disponible en línea : https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/393454/El_PrEP_en_Mex_Dr_Magis_Com_Prev.pdf

³²⁶ Baruch Domínguez R. Encuesta de sexo entre hombres. Cuernavaca: INSP, 2017

³²⁷ Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016, October 18). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. Journal of the International AIDS Society. International AIDS Society. Disponible en línea: <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>

³²⁸ Reback, C. J., Ferlito, D., Kisler, K. A., & Fletcher, J. B. (2015). Recruiting, Linking, and Retaining High-Risk Transgender Women Into HIV Prevention and Care Services: An Overview of Barriers, Strategies, and Lessons Learned. International Journal of Transgenderism, 16(4), 209–221. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1081085>

Crímenes de odio y acceso a la justicia

Los datos recogidos en la *Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género* de 2018³²⁹, confirman que las personas trans en México se enfrentan cotidianamente a un ambiente hostil y a situaciones de violencia. El 53,8 % de las personas encuestadas considera como frecuentes las expresiones de odio, las agresiones físicas y el acoso. El 80 % de las personas trans declara haber sido discriminadas en los 12 meses que precedieron la encuesta. El 70,7 % de las mujeres trans señala haber percibido miradas incómodas, mientras que al 51 % les impidieron usar los baños públicos al menos una vez y el 28,3 reporta que le denegaron el acceso al cine, a un bar o un restaurante.

Además de tener impactos sobre la salud mental y física de la persona discriminada, el clima social hostil favorece a la normalización de la violencia y del odio hacia las personas trans, lo cual puede conducir algunas personas a atentar en contra de las vidas de este colectivo.

Los crímenes de odio cometidos en contra de las personas LGBT constituyen una de las múltiples caras de la grave crisis de violencia que atraviesa actualmente México, siendo las consecuencias más visibles de las prácticas discriminatorias sistemáticas y cotidianas. A pesar de esta situación preocupante, el gobierno mexicano no ha actuado para reconocer la existencia del problema, por lo que no existen registros oficiales de homicidios que contemplen las características de identidad de género u orientación sexual, características que pudieran ser consideradas como agravantes en el caso de un crimen de odio.

Para tener una idea de la proporción del problema, podemos basarnos en las estadísticas y análisis propuestos por colectivos y organizaciones de derechos humanos. En el reporte publicado en 2019 e intitulado: *Violencia extrema, Los asesinatos de personas LGBT en México: Los saldos del sexenio (2013-2018)*³³⁰, el colectivo *Letra Ese* reporta haber identificado 473 homicidios de personas LGBT durante el último sexenio presidencial, mediante un análisis de los reportajes o artículos de periódicos que mencionaban las características de orientación sexual o de identidad de género de las víctimas. De estas víctimas, 261 eran personas trans (55 %), cifra en aumento que convierte a este colectivo en el principal afectado por los crímenes de odio. Debido a que esa investigación se basa estrictamente sobre casos reportados por los medios de comunicación, podemos suponer que el número real de víctimas es superior. Evidentemente, la identidad de género de la persona no siempre está correctamente catalogada por las autoridades durante la investigación, ni todos los casos de homicidio son reportados por los medios de comunicación.

Tal como se menciona en el reporte, estos homicidios no se pueden considerar como eventos aislados, sino que: «[...] *deben ser situados en un contexto social en el que prevalecen y persisten muy arraigados aún estereotipos negativos hacia las personas LGBT, y en general hacia las personas que trasgreden las normas, las expresiones y los roles binarios*

³²⁹ CONAPRED. (2018). Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 - Presentación de resultados. Disponible en línea: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_ENDOSIG_16_05_2019.pdf

³³⁰ Letra S Sida Cultura y Vida Cotidiana A.C. (2019). *Violencia Extrema. Asesinatos de personas LGBT en México: los saldos del sexenio (2013-2018)*

(masculino/femenino) de género, que las perciben como personas anormales y trastornadas».

La reagrupación de estos casos en estadísticas nos permite identificar una tendencia preocupante de deshumanización de las personas trans que culmina con asesinatos cometidos con una impunidad total.

Los crímenes de odio reportados en la investigación se concentran en siete de la República, encabezados por Veracruz y Guerrero. Los cuerpos de las personas trans fueron principalmente encontrados en lotes baldíos o en la vía pública, los cuales representan en relación al ejercicio del trabajo sexual solo un 20.6 %. Algunos cuerpos presentaban señales de violencia extrema, de tortura o de violencia sexual (cuerpos descuartizados, calcinados, atados, estrangulados), indicios que según el reporte demuestra la: *«intención de infringir daños físicos, dolor y sufrimiento excesivos a sus víctimas antes o después de ser ultimadas, que podrían estar, a su vez, motivados por los prejuicios y/o el odio de los perpetradores hacia la orientación sexual o la identidad de género de las víctimas».*

Frente a la grave situación, el Estado tiene la responsabilidad de responder de manera adecuada a estas violencias mediante una investigación seria y completa de los hechos, que culmine con la aprehensión y juicio transparente de los perpetradores. La tasa reducida de condenas en los casos de crímenes de odio (14 casos sobre 473) y las líneas de investigación seguidas en la mayoría de los casos, indican que existen prejuicios por parte de las autoridades, debido al hecho de que se siguen usando con frecuencia los conceptos de crimen pasional, de defensa de honor o de legítima defensa frente a descubrimiento de la identidad de género de la persona (*trans panic* o estado de emoción violenta).

Los prejuicios y la clasificación de un homicidio en la categoría dudosa de crimen pasional afectan la posibilidad de conducir hacia un debido proceso legal, por el hecho de que se inicia la investigación con hipótesis prejuiciadas de cierta culpabilidad de la víctima así como la legitimación de los motivos del perpetrador.

Al descartar el factor de odio y la existencia de violencia sistemática en contra de las personas trans, las autoridades buscan evitar elementos de complejidad en la investigación y consecuentemente fallan en sus obligaciones de investigar, sancionar y reparar el daño. Las líneas de investigación y la presentación mediática de los casos perpetúan estereotipos que reducen las víctimas a seres y ciudadanos inferiores, que merecen su destino por la transgresión moral y social que representa su existencia.

Algunos órganos federales han iniciado reflexiones sobre la presencia de prejuicios y de barreras que impiden hacer justicia en los casos que involucran personas de colectivos vulnerables. En el *Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que*

*involucren la orientación sexual o la identidad de género*³³¹ de 2015, la Suprema Corte de Justicia de la Nación afirma que, conforme al marco jurídico mexicano: «los y las juzgadoras no pueden aceptar argumentos que estén encaminados a excusar la violencia en contra de las personas LGBT cuando provienen del rechazo a la orientación sexual o identidad de género».

La Conferencia Nacional de Procuración de Justicia, publicó en 2018 el *Protocolo de actuación para el personal de las instancias de procuración de justicia del país en casos que involucren la orientación sexual o la identidad de género*³³². En este documento se proporcionan consejos y directivas para evitar los prejuicios, la discriminación o la parcialidad en los casos criminales que involucran víctimas del colectivo LGBT. Resulta interesante que la conferencia clarifica que ninguna medida propuesta crea nuevos derechos o da privilegios a la comunidad LGBT, pues los protocolos propuestos tienen como objetivos asegurarse que esta comunidad vulnerable pueda acceder a los mismos derechos que el resto de la población.

Basándose en las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la conferencia propone en su reporte la creación de un registro nacional de delitos cometidos en contra de personas del colectivo LGBT, lo cual significaría como un primer paso importante en el establecimiento de una estrategia nacional para entender y resolver una problemática nacional.

Doce entidades del país han modificado sus códigos penales para incluir factores agravantes vinculados a la identidad de género u orientación sexual. Así, se pueden agregar sanciones adicionales a una condena por homicidio ante la presencia de factores que indican odio en el acto reprobable. El Gobierno Federal debe elaborar un plan para incitar a la totalidad de los estados a eliminar los conceptos de crimen pasionales en sus códigos penales y agregar los factores agravantes de odio. Al incluir el concepto de odio hacia las personas LGBT en el Código Penal, los estados tienen la oportunidad de afirmar claramente que no se acepta ningún tipo de violencia hacia las personas del colectivo LGBT, de esta manera se obliga a los funcionarios que imparten justicia a que consideren esos factores en sus protocolos de atención a las víctimas. Adicionalmente, algunas jurisdicciones estatales y municipales han creado unidades de atención especializadas para las víctimas del colectivo LGBT.

³³¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Protocolo de actuación para quienes imparten Justicia en casos que involucren la Orientación Sexual o la Identidad de Género, Segunda edición, Nov. 2015, Disponible en línea:

https://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/Protocolo_orientaci%C3%B3n%20sexual-REVDIC2015.pdf

³³² Conferencia Nacional de Procuración de Justicia, Protocolo de actuación para el personal de las instancias de procuración de justicia del país en casos que involucren la orientación sexual o la identidad de género, Dic. 2017, Disponible en línea:

http://www.cnpj.gob.mx/normatividad/Documentos_Normatividad/Protocolo%20de%20Actuacion%20para%20el%20personal%20de%20las%20Instancias%20de%20Procuraci%C3%B3n%20de%20Justicia%20del%20Pa%C3%ADs,%20LGBTI.pdf

Para garantizar el acceso a la justicia y responder a las necesidades jurídicas de las víctimas, un estado de derecho debe tener mecanismos sólidos para facilitar la recepción de las quejas iniciales, mantener un vínculo de confianza y apertura con la persona agraviada, además de proporcionar mecanismos rápidos de protección y reparación. En el caso de las personas trans, existen barreras institucionales que violentan este derecho. La discriminación, el trato diferencial, la desestimación de las quejas o la imposición de criterios administrativos que menoscaban la identidad jurídica de la persona agraviada, son factores que desmotivan a este colectivo para acudir a las instituciones pertinentes, denunciar los crímenes y situaciones de violencia.

En el *Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México*³³³ de 2019, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) determinó que 50 % de las mujeres trans entrevistadas no ha acudido a la justicia para denunciar delitos o agresiones en su contra. Entre las razones que motivaron esta elección, figuran las siguientes: *Desconfío de la autoridad* (17 %), *he acudido y me dijeron que era mi culpa* (6 %), *he acudido y me recomendaron no denunciar* (5 %), *he acudido y nunca hacen nada* (17 %), *he acudido y recibí un trato despótico* (7 %), *se han negado a recibir mi denuncia* (5 %), *o tuve miedo de denunciar* (7 %).

Estas cifras concuerdan con el retrato actual del sistema judicial en México, el cual se caracteriza por tasas extremadamente bajas de denuncias (93.7 % de los delitos no son denunciados)³³⁴, y tasas extremadamente altas de impunidad (99,3 % de los delitos quedan impunes)³³⁵. Debido a este contexto, a la epidemia de violencia que enfrenta el país y a las movilizaciones y solicitudes de las organizaciones civiles, el Gobierno de México adoptó en 2013 La Ley General de Víctimas³³⁶. Esta importante pieza legislativa define los diferentes tipos de víctimas, reconoce una gama amplia de derechos y de recursos para las personas agraviadas, establece fondos financieros para la atención jurídica y la reparación de daños, y constituye un registro nacional de víctimas. También crea La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), que tiene como objetivo escuchar las víctimas, analizar las violaciones de sus derechos, ordenar reparaciones y emitir recomendaciones para evitar la repetición de los hechos.

³³³ CEAV, & Fundación Arcoíris. (2018). Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Justicia. Disponible en línea:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459446/FINAL_DiagnosticoNacionalJusticia_1.pdf

³³⁴ Le Clercq Ortega, J. A., & Rodríguez Sánchez Lara, G. (2018). La impunidad subnacional en México y sus dimensiones: Índice Global de Impunidad IGI-MEX 2018. Disponible en línea:
https://www.udlap.mx/igimex/assets/files/2018/igimex2018_ESP.pdf

³³⁵ *Idem*

³³⁶ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General de Víctimas, Disponible en línea:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf

En el artículo quinto del capítulo segundo de la ley, se definen unos principios rectores, entre los cuales figuran dos particularmente importantes para las personas del colectivo trans, la no criminalización y la victimización secundaria:

«No criminalización. - Las autoridades no deberán agravar el sufrimiento de la víctima ni tratarla en ningún caso como sospechosa o responsable de la comisión de los hechos que denuncie».

«Victimización secundaria. - Las características y condiciones particulares de la víctima no podrán ser motivo para negarle su calidad. El Estado tampoco podrá exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos».

Desgraciadamente, son situaciones que se reproducen frecuentemente durante los contactos que tienen las personas trans con las autoridades y servidores públicos. En lugar de recibir la atención jurídica y policial requerida, las mujeres trans son criminalizadas, puestas en sospecha o victimizadas de nuevo debido a un proceso viciado por la discriminación, los prejuicios y la violencia institucional.

A seis años de su creación, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) se encuentra en un estado de profunda crisis institucional. A pesar de los avances que se lograron con la concepción de la Ley General de Víctimas, el Estado mexicano no ha logrado todavía maximizar los beneficios de la ley en las personas agraviadas.

De acuerdo con las organizaciones civiles y las asociaciones de víctimas, la situación de crisis se debe, entre otras cosas, a la falta de voluntad por parte del estado, a las deficiencias en la capacitación de los funcionarios encargados, a unos trámites burocráticos extremadamente complicados, y a recursos financieros demasiado limitados para la tarea colosal y los objetivos fijados.

Nuevamente, se puede apreciar que la violación de los derechos fundamentales en México no se debe a una carencia de leyes comprensivas y progresistas, sino a la incapacidad por parte del Estado de aplicarlas, monitorearlas y destinar los recursos suficientes para que las instituciones responsables tengan la capacidad de aplicar las legislaciones, de esta manera proteger de proactivamente los derechos de los ciudadanos.

PARTE II – PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE ENTREVISTAS CON PERSONAS TRANSGÉNERO Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Capítulo 5 – Metodología y recolección de datos

Metodología

En esta parte del trabajo de investigación se pretende describir la experiencia de personas trans a través de testimonios de primera mano, pues como lo afirma el sociólogo austriaco, Alfred Schütz, cada experiencia de vida tiene una dimensión social, la cual nos interesa analizar. La riqueza de las experiencias humanas no se puede comprender en todas sus dimensiones mediante el uso de un enfoque netamente cuantitativo; por lo tanto, se han escogido conceptos procedentes de dos métodos cualitativos para transmitir la percepción de los sujetos entrevistados acerca de su experiencia como persona transgénero, además de comparar el significado que tiene esta condición social en el relato de sus vidas. Usaremos conceptos de la fenomenología elaborada inicialmente por Edmund Husserl, posteriormente esquematizada, entre otros, por Clark Moustakas³³⁷. Se aplicarán también conceptos tomados del método de los relatos de vida, teorizado por el sociólogo francés Daniel Bertaux³³⁸.

Aunque comportan diferencias, los dos métodos buscan describir el sentido y la experiencia de las personas que viven un evento, un fenómeno o una situación social. Así, el diálogo con el investigador y la experiencia contada directamente por la persona de interés, son fuentes de conocimiento. La persona entrevistada se convierte no solamente en sujeto de estudio, sino en informante, es decir, informa el investigador acerca de una condición o realidad social. Como lo afirman Welman and Kruger, los fenomenólogos están preocupados por la comprensión de los fenómenos sociales y psicológicos desde el punto de vista de las personas implicadas³³⁹. La recolección de datos permite, según Bertaux:

«[...] entender los mecanismos y procesos que llevaron algunos sujetos a estar en la situación estudiada, a descubrir las características profundas de esta situación, entre otras las tensiones que la atraviesan y caracterizan; y como las personas que la viven intentan gestionarla, y posiblemente superarla»³⁴⁰.

La memoria, las imágenes, la percepción y el sentido personal atribuido a una experiencia, permiten describir una realidad social de acuerdo con los parámetros de las personas que la viven. Reflexionar sobre eventos pasados obliga a la persona entrevistada a organizar sus recuerdos, sus experiencias y a construir una sucesión de eventos con carácter lógico. Adicionalmente, el relato de vida según es conceptualizado por Bertaux, representa una cápsula socio temporal, un contexto social y una época definida, tal como la vivió la persona

³³⁷ Moustakas, C. (1994). Phenomenological research methods. Thousand Oaks, CA: Sage.

³³⁸ D. Bertaux, Le récit de vie, Armand Colin, collection 128 « L'enquête et ses méthodes », 4eme édition, 2016

³³⁹ Welman, J. C., & Kruger, S. J. (1999). Research methodology for the business and administrative sciences. Johannesburg, South Africa: International Thompson.

³⁴⁰ D. Bertaux, Le récit de vie, Armand Colin, collection 128 « L'enquête et ses méthodes », 4eme édition, 2016, p.23, traducción libre por el investigador del texto original francés.

que describe sus pautas biográficas. No se puede entender un relato de vida sin ubicarlo en un tiempo histórico colectivo.

Estos métodos cualitativos no pretenden generar una teoría sobre la experiencia trans, debido a que los relatos y la percepción de los individuos no pueden aplicarse a todos los tipos de personas, ni a los diferentes contextos que pueden vivir estas personas. Tampoco se pretende generar una validez estadística, ya que la muestra reducida de esta investigación no alcanza a ser una fuente de datos que pudiera confirmar la presencia cuantitativa de características globales acerca de la población trans. Como lo ha afirmado Bertaux, tampoco se puede comprobar la veracidad de cada testimonio. Sin embargo, la comparación entre los testimonios de personas que pertenecen a la misma situación o grupo social permite al investigador validar la existencia de algunos mecanismos y realidades. Los testimonios se entrelazan para confirmarse y pueden posteriormente servir de base para reflexionar sobre las acciones y políticas públicas, generar interpretaciones plausibles y, posiblemente, sustentar iniciativas de cambios que pudieran tener un impacto positivo sobre la calidad de vida y los derechos de las personas trans.

Significado personal y prejuicios

Las preguntas de base para la investigación fenomenológica deben, tradicionalmente, comportar un significado social y también personal para la persona que las investiga. En este caso, el investigador es un hombre cisgénero, homosexual, quien vive con el virus de la inmunodeficiencia humana. Aunque no tenga una identidad transgénero, el fenómeno tiene un significado personal para el investigador debido a las múltiples características de opresión social que comparten las comunidades reunidas bajo la sigla LGBT.

El investigador ha vivido experiencias de discriminación por su orientación sexual, ya que sale del modelo patriarcal dominante, a lo cual se suma también el estigma asociado a su condición médica del VIH. El conocimiento de primera mano del sistema médico en México y de algunas de las características del sistema judicial, permite tener ideas concretas sobre la experiencia que pueden vivir las personas trans en México.

A pesar de algunas circunstancias negativas vividas por el investigador a lo largo de su propio relato de vida, la comparación con los relatos de otras personas permite detectar diferencias sustanciales en la calidad de trato, en las oportunidades y en las probabilidades de discriminación. La consciencia de las características que han favorecido al investigador en el marco de su propia experiencia lo ha llevado a considerar el marco teórico de la interseccionalidad, tal como lo define Kimberle Crenshaw, es decir, fenómenos o situación de privilegio o de opresión que se acumulan o entrecruzan de acuerdo con la pertenencia de una persona a una o múltiples categorías sociales³⁴¹.

³⁴¹ Crenshaw, K. (n.d.). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum (Vol. 1989). Disponible en línea:

<http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

Por consiguiente, la experiencia de una persona LGBT no se podría generalizar, debido a que diferentes factores se cruzan para crear una experiencia distinta y personal. Las características socioeconómicas, la identidad de género, la educación, el color de la piel, el estatus migratorio o el estado serológico, son factores que pueden convertir la experiencia de un fenómeno determinado en algo distinto y con mayor opresión, debido a la pertenencia simultánea del individuo a múltiples categorías discriminatorias.

El método fenomenológico implica la identificación de los prejuicios y de las preconcepciones del investigador a lo largo del proceso de investigación. Dicho proceso se llama *bracketing* o poner entre paréntesis. En este caso, la comprensión y el análisis de los marcos jurídicos, el conocimiento de investigaciones previas en la materia y de estadísticas acerca del fenómeno trans, llevan al investigador a prejuzgar acerca de la realidad vivida por las personas trans. Efectivamente, el conjunto de información obtenida en el marco de la investigación ha llevado al investigador a asumir que la experiencia trans es fundamentalmente negativa por la discriminación omnipresente, o a asumir que las leyes vigentes en México y en California deberían proteger de manera eficiente los derechos del colectivo trans.

Adicionalmente, la experiencia personal del investigador en cuanto a la discriminación por ser miembro del colectivo LGBT y por su experiencia personal con el VIH, lo ha llevado a tener ideas preconcebidas acerca de la vida con el virus, del tratamiento, de la calidad de los servicios médicos en México y, posiblemente, de la discriminación derivada del estigma asociado al VIH.

Los prejuicios y preconcepciones del investigador entran dentro de la normalidad social, debido a que reflejan su propia experiencia y el significado atribuido a diferentes eventos y pautas en su vida. Ya que no se pueden eliminar por completo, estas experiencias han guiado el trabajo de investigación, desde su concepción hasta la elección de los métodos, de los temas y de las características de las personas entrevistadas. El proceso de *bracketing* no tiene como objetivo eliminar estos prejuicios y preconcepciones, sino que busca identificarlos antes, durante y después del proceso de investigación para ser consciente del grado de influencia en los resultados. Entonces, el proceso de puesta en paréntesis de la experiencia del investigador tiene como objetivo limitar la influencia indebida de la experiencia personal sobre la descripción de los relatos de vida de las personas entrevistadas.

Selección de la muestra

Del año 2015 al 2019, mediante múltiples viajes a California y México, análisis de textos y de noticias acerca del colectivo trans, el investigador ha podido identificar algunas de las principales organizaciones de defensa de los derechos y prestadores de servicio del colectivo trans en México y en California.

El investigador envió solicitudes de entrevistas a algunas organizaciones y colectivos trans en ambos países. La mayoría de estas solicitudes quedaron sin respuesta, a pesar del seguimiento realizado por el investigador. Esta situación refleja probablemente los desafíos vinculados a la investigación y al acercamiento a poblaciones marginadas. Efectivamente, la ausencia de respuesta favorable puede significar desconfianza hacia los objetivos y las

razones expuestas por el investigador, falta de interés debido a la multiplicación de proyectos similares, ausencia percibida de beneficios para la organización o sencillamente escasez de tiempo y de recursos. Este panorama concuerda con desafíos similares vividos por otros investigadores en el marco de investigación acerca de la población trans³⁴².

Mediante la técnica de muestra intencional (*purposeful sampling*), el investigador intentó maximizar sus recursos al escoger de manera deliberada algunas organizaciones que correspondían con los parámetros definidos por el tema de investigación. Al buscar líderes y ONG influyentes en la comunidad trans, se hizo énfasis tanto en escuchar la perspectiva como organizaciones de defensa de derechos trans, así como también solicitar ayuda como referencias para identificar personas trans dispuestas a compartir sus testimonios. Así, los líderes o portavoces de estas organizaciones actuaron como guardianes (*gatekeeper*)^{343 344} de la comunidad o de un grupo de personas con conocimientos en el tema.

Desde la disposición y el proceso de referencia, los guardianes permitieron al investigador acceder a un mundo ajeno, además de los sujetos principales de investigación. El proceso de referencia se conoce también en los métodos cualitativos como método de muestra de bola de nieve (*snowball sampling*), es decir, el proceso por el cual una persona refiere el investigador o recluta a más personas susceptibles de corresponder a las características definidas en el proyecto de investigación. Adicionalmente, las entrevistas con las organizaciones tienen una función exploratoria definida al igual que la aplicada en el método de los relatos de vida, debido a que ayudan al investigador a explorar y aprender acerca de los temas de investigación antes de seguir con la función analítica³⁴⁵. Es decir, las entrevistas principales contemplan a las mujeres, con las características definidas por el tema de investigación, que completaron el proceso migratorio de México a Estados Unidos.

La primera parte del trabajo se realizó en julio de 2017 en la Ciudad de México. El investigador se puso en contacto con el administrador de una organización sin fines de lucro especializada en la defensa de los derechos trans en la Ciudad de México, que llamaremos para fines de ese trabajo, Bernardo. El administrador aceptó citar al investigador en el contexto de un grupo de discusión que incluía a la directora de la ONG, una mujer trans y una usuaria de la organización. Posteriormente, el administrador organizó discusiones informales con dos ONG adicionales, encabezadas también por mujeres trans. Así, Bernardo

³⁴² Hughes, J. P., Emel, L., Hanscom, B., & Zangeneh, S. (2016, August 15). Design Issues in Transgender Studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). Disponible en línea: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001077>

³⁴³ Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2008). A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, 8(2–3), 31–47. <https://doi.org/10.1300/J485v08n02>

³⁴⁴ Reback, C. J., Ferlito, D., Kisler, K. A., & Fletcher, J. B. (2015). Recruiting, Linking, and Retaining High-Risk Transgender Women Into HIV Prevention and Care Services: An Overview of Barriers, Strategies, and Lessons Learned. *International Journal of Transgenderism*, 16(4), 209–221. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1081085>

³⁴⁵ Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie* (Tout le savoir en 128 pages). Paris: Armand Colin. p. 52 y 53

actuó como guardián de la organización y permitió al investigador acercarse a otras personas mediante el proceso de referencia o bola de nieve.

La segunda parte del trabajo se realizó en junio de 2019 en la Ciudad de San Francisco, California. El investigador se puso en contacto con una de las administradoras de una organización sin fines de lucro especializada para las mujeres trans latina. La administradora, una mujer trans mexicana que llamaremos Stella, aceptó encontrar al investigador y participar en una entrevista acerca de su organización y de la realidad trans en California. Posteriormente, aceptó reclutar a personas trans que correspondían a las características previamente definidas por el investigador, es decir:

- *Mujer transgénero de nacionalidad u origen mexicano.*
- *Que haya completado el viaje migratorio en los últimos cinco años (por cuestiones de disponibilidad de terapia antirretroviral en México).*
- *Que haya obtenido el diagnóstico de serología positiva en México previamente al viaje migratorio.*
- *Que haya sido víctima de discriminación o violencia en una de las categorías definidas en el trabajo.*

El investigador no solicitó un número mínimo o máximo de individuos y dejó a la administradora una semana completa para intentar referir a personas susceptibles de prestarse al protocolo de investigación. Para agradecer la ayuda y compensar por el tiempo, el investigador realizó un donativo de 100 dólares estadounidenses a la ONG, en el marco de su campaña anual de recolección de fondos.

Stella logró reclutar a tres personas. Sin embargo, solamente dos de esas tres personas completaron la entrevista, debido a que la tercera anuló su participación al último minuto. Cabe mencionar que la administradora mencionó las dificultades vinculadas al reclutamiento debido a la cuestión del estado serológico. Efectivamente, algunas de las mujeres trans no se sentían cómodas con la idea de hablar de su estado serológico por miedo a ser identificadas como seropositivas dentro de la misma comunidad trans latina de San Francisco. Esta situación refleja de manera interesante la omnipresencia del estigma para las personas que viven con el VIH, incluso dentro de la misma comunidad trans.

Para ayudar al lector a comprender la identidad de las personas mencionadas en este trabajo de investigación, proponemos la siguiente tabla siguiente, en la cual figuran los seudónimos usados, la ubicación geográfica de cada individuo, así como el papel que ocupan en el marco de la investigación. Es preciso mencionar que todos los participantes y personas entrevistadas son personas trans, a excepción del coordinador de una de las ONG en México, Bernardo, el cual es un hombre homosexual.

| Ubicación geográfica | Ciudad de México | San Francisco | Cantidad de personas entrevistadas |
|------------------------------------|--|--|---|
| Representante de ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Bernardo • Lola • Myriam • Dana | <ul style="list-style-type: none"> • Stella | 5 |
| Mujer trans, usuaria de ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Amanda | <ul style="list-style-type: none"> • Valentina • Belén | 3 |
| | | Total: | 8 |

Confidencialidad y compensación

El protocolo de investigación y de entrevista fue aprobado por el comité de bioética de la Universitat de Barcelona. Este protocolo, el cual implicó procesos de intervención social, no generó riesgos físicos o psicológicos para los participantes, sin embargo, los temas delicados abordados durante la entrevista, la recolección de datos confidenciales y la rememoración de experiencias, posiblemente traumatizantes, generan una obligación ética y moral desde el investigador al momento de recoger y tratar datos confidenciales.

Tal como fue previsto en el protocolo presentado ante el comité de bioética, el investigador entregó a las personas entrevistadas una hoja explicativa acerca del proyecto de investigación y detalló claramente los métodos de recolección, tratamiento y difusión de los datos. También clarificó que los testimonios iban a ser anónimos mediante el uso de seudónimos, además de advertir que el material original iba a ser consultado y analizado exclusivamente por el investigador y destruido después de la conclusión del proyecto. Por ende, cabe aclarar que la totalidad de los nombres que figuran en este trabajo son seudónimos, usados para proteger la confidencialidad de los participantes. Algunas referencias a sujetos reales mencionados por las personas entrevistadas han sido omitidas y reemplazadas por una sucesión de letras X.

Tanto los participantes como el investigador firmaron cada uno dos hojas de consentimiento, de las cuales el participante conservó una copia. En ella se les informaba que tenían el derecho de retirarse del proyecto en cualquier momento, sin represalias o efectos negativos. Para generar acercamiento y confianza, el investigador proporcionó sus datos de contacto (correo electrónico y número telefónico).

Para compensar al participante por el tiempo dedicado a la entrevista, el investigador entregó a cada una de las dos mujeres trans de San Francisco 75 dólares estadounidenses en efectivo por aproximadamente una hora de entrevista. La decisión de entregar compensación en efectivo en lugar de certificados de regalo fue tomada para no vincular la compensación a un

comercio específico. Así, las personas entrevistadas podían maximizar esta ayuda según sus propias necesidades, lo cual puede ser esencial en el caso de personas con escasos recursos.

El investigador no tuvo ni tiene ningún tipo de conflicto de interés. Los fondos usados para la compensación, para la logística de viaje y la colección de la información procedieron de fondos personales e ingresos profesionales ajenos al trabajo de investigación.

Procedimiento de entrevista

En ambas ciudades, las entrevistas se realizaron en las sedes de las organizaciones respectivas. Las conversaciones fueron grabadas con el consentimiento de las personas entrevistadas y posteriormente transcritas *verbatim*. Las entrevistas se basaron en una serie de preguntas semiabiertas que sirvieron de ayuda temática para estimular el participante a hablar de manera libre acerca de temas, episodios de su vida y de sus percepciones como persona trans. En ninguna de las entrevistas se usó de manera integral las preguntas preparadas. De tal manera, el diálogo fluyó de acuerdo con las respuestas de la persona entrevistada y de las pautas temáticas introducidas por el investigador, las cuales constituyen un filtro que ayuda a la persona entrevistada a construir su relato de vida alrededor de los temas de interés establecidos dentro del marco de investigación. Se intentó estimular la conversación de manera empática sin influir la calidad de la respuesta. Algunas de las preguntas no generaron mucho discurso. El investigador no cuestionó estas respuestas cortas, debido a que son parte integral de la percepción de la persona acerca de los eventos y momentos que marcan su existencia y reflejan lo que cada una decidió compartir con el investigador.

Tratamiento de los datos

Las entrevistas se revisaron de manera extensa para identificar temas principales en cada entrevista. Los temas principales son los que pueden reflejar la percepción que tiene la persona entrevistada acerca de su vida y de su historia como persona trans. La información comunicada, las anécdotas, el estilo de narración y las emociones componen el relato de sus vidas, tal como la persona decidió organizarlo y compartirlo con el investigador.

Posteriormente, se compararon los temas principales de cada entrevista para identificar ejes comunes. Estos ejes constituyen la base de la discusión y del análisis presentado en este trabajo de investigación. Se analizarán temas comunes y citas textuales para intentar describir la experiencia percibida de las mujeres trans con VIH que decidieron migrar de México a California, de esta manera ver cómo las leyes y políticas públicas afectan sus vidas, en definitiva cómo logran navegar en la sociedad.

Capítulo 6: Análisis de las entrevistas y discusión temática

En esta parte del trabajo de investigación, discutiremos y analizaremos principalmente los relatos de vida de dos mujeres trans mexicanas que viven actualmente en la región de la bahía de San Francisco, California. Para salvaguardar sus identidades y la confidencialidad de los

datos recogidos, usaremos los seudónimos Valentina y Belén. Las discusiones temáticas acerca de sus relatos de vida serán complementadas con citas y puntos de vista de las diferentes representantes de las ONG entrevistadas en México y en California (Bernardo, Lola, Myriam, Dana y Stella), así como el relato de vida de Amanda, mujer trans que vivía en México al momento de la entrevista en 2017. Se busca describir la sucesión de mecanismos sociales, actores, eventos y acciones que componen sus relatos de vida y asociarlos a fenómenos, contextos sociales y políticas públicas.

Valentina es una mujer trans que procede del sur de la República mexicana. Tiene 28 años, vive con el VIH desde hace 4 años y llegó a Estados Unidos en 2017. Su solicitud de asilo sigue siendo analizado por las autoridades migratorias. Valentina posee un título de maestría.

Belén es una mujer trans que viene de la corona urbana de la Ciudad de México. Tiene 33 años, vive con el VIH desde hace 11 años y llegó a Estados Unidos en 2014. Su solicitud de asilo ha sido *a priori* aceptada, pero algunos trámites quedan pendientes para confirmar su derecho de residencia. Belén ha iniciado sus estudios secundarios, sin concluirlos.

Después de una comparación minuciosa de las dos entrevistas principales, se puede resaltar las siguientes temáticas:

- Relaciones familiares.
- Estudios y ámbito escolar.
- Oportunidades de trabajo y prostitución.
- Alojamiento.
- VIH, seguimiento médico y PREP.
- Cambio de identidad de género.
- Afirmación de género.
- Relación con las fuerzas policiales.
- Crímenes de odio y acceso a la justicia.
- Proceso de migración.
- Organización comunitaria y futuro.

Relaciones familiares

La familia constituye para la mayoría de las personas el núcleo social original, por lo tanto los elementos positivos derivados de este tipo de relación pueden ayudar a establecer bases sanas para evolucionar como individuo en otros círculos o ámbitos sociales (trabajo, escuela, relaciones íntimas, entre otros).

Como hemos mencionado anteriormente, el apoyo familiar puede ser un factor central en la estrategia de resiliencia y de supervivencia de las personas trans. El apoyo puede contribuir en algunos casos a acceder con más confianza a fuentes formales de ingresos, a conseguir una relación de pareja o a acceder a la escuela³⁴⁶. Al contrario, un nivel bajo de aceptabilidad

³⁴⁶ Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). "Just getting out of bed is a revolutionary act": The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 17(2).
<https://doi.org/10.1177/1534765610369261>

de la identidad de género en el entorno familiar estará vinculado a probabilidades altas de depresión, abuso de drogas, riesgos sexuales elevados, episodios sin domicilio fijo, intentos o contemplación de la idea del suicidio.³⁴⁷ Adicionalmente, un estudio reciente determinó que los primeros episodios de abuso sexual, psicológico o físico que puede vivir una persona trans en México son frecuentemente cometidos por personas procedentes del entorno familiar inmediato (padres, primos, tíos, entre otros)³⁴⁸.

Tanto para las personas trans como las del colectivo LGBT en su conjunto, el rechazo contundente por parte de la familia suele constituir un punto de ruptura vital, un detonador que lleva al inicio de un periodo de supervivencia, debido al hecho de que pueden perder la seguridad que conlleva la convivencia con el núcleo familiar (techo, comida, pagos de servicios, etc.). Frente a esta ruptura, la cual puede ser brutal, las personas expulsadas del hogar deben contemplar algunas estrategias para cubrir sus necesidades básicas. Las opciones pueden incluir la prostitución, la criminalidad, entre otras situaciones que pueden a su vez incitar al consumo de drogas o alcohol, exponiendo a estas personas a una vulnerabilidad extrema con consecuencias sobre la salud mental y física.

En el caso de Valentina y Belén, podemos ver que tuvieron consciencia de su identidad de género desde una edad muy temprana, lo cual las llevó a abordar el tema con sus respectivas familias:

Valentina: *«Pues básicamente mi infancia no fue como, cómo podría decir, tan, si fue buena, pero con mucho temor, mucho temor por el hecho de sentirme y saber que era diferente, como la sociedad, como mis padres querían que fuera. Entonces había como un peso muchísimo más porque estudiaba en un colegio católico. Y eso hacía como muy complicada mi infancia, de saber qué era lo correcto, y a lo que yo sentía y lo que quería hacer».*

Belén: *«Pues mira, yo cuando me di cuenta. Bueno desde chica, desde que tengo uso de razón, yo me di cuenta de que era trans, que había algo diferente en mí. Pero yo decía: no, estoy loca a lo mejor, no sé, a lo mejor esos pensamientos, esto que estoy sintiendo, o sea que sé que no es normal, ahorita se me va a pasar. A lo mejor es que voy cambiando de hormonas, voy cambiando de edad, ya ves que, de niña a adolescencia, de la infancia la adolescencia y todo eso, a lo mejor estoy en un cambio de eso, a lo mejor al rato se me pasa y ya. Entonces fue un rato, a ver lo que pasa, si nada más es pasajero esto que estoy sintiendo o de plano si ya es. Y si, pues sí, yo vi que no se quitaba, no se quitaba y al contrario aumentaban más las ganas, ya me empezaban a dar las ganas de vestirme de mujer. Fue cuando ya no aguanté más y hablé con mi mamá».*

³⁴⁷ Le, V., Arayasirikul, S., Chen, Y. H., Jin, H., & Wilson, E. C. (2016). Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20781>

³⁴⁸ Cheney, M. K., Gowin, M. J., Taylor, E. L., Frey, M., Dunnington, J., Alshuwaiyer, G., ... Wray, G. C. (2017). Living outside the gender box in Mexico: Testimony of transgender Mexican asylum seekers. *American Journal of Public Health*, 107(10), 1646–1652. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303961>

El conflicto interno acerca de la identidad de género se produce en el caso de Valentina en un ámbito conservador, marcado por la religión, un predictor significativo de la transfobia³⁴⁹, el machismo y el miedo hacia la diferencia social y la opinión de los demás:

Valentina: *«Mi mamá es muy religiosa, mi papá no mucho, pero hacía parte en ese momento de las Fuerzas Armadas, era como demasiado conservador, machista, sumamente machista entonces más el peso de la religión de mi mamá, era como sumamente complicado».*

«El peso de la religión y el peso del título que mi papá tenía era como que no podían permitir, como nos llaman, maricones, decía mi papá que no podía permitir que la gente dijera que su hijo era maricón».

«[...] los países centroamericanos y México son países de personas conservadoras, la imagen es muy importante y lo que se ha construido de generación en generación es su familia y cuando una mujer trans como en mi caso hace abiertamente su expresión, para ellos es una vergüenza, sinónimo de vergüenza. Entonces eso siempre nos excluye a las mujeres trans de ese núcleo familiar y de esos momentos familiares que deberíamos por derecho tener, pero que se nos niega en esa etapa de nuestras vidas».

Debido a este contexto desfavorable y a una intransigencia por parte de sus familiares, Valentina tuvo que dejar la casa familiar para buscar una autonomía completa, desde los trece años, lo cual la puso en una situación claramente vulnerable:

«[...] lo tomaron bastante mal y me fui de la casa [...] ya no querían que viviera con ellos. Entonces eso, de ahí no viví con ellos, desde los 13 años, y hasta la actualidad, pues no he vuelto a vivir con ellos».

«[...] estuvimos como quizás de los 13 años hasta los 23 años de edad, no nos hablamos, no me buscaron. Yo traté de buscarlos por mucho tiempo, pero no accedieron a verme porque lógicamente mi expresión de género era totalmente femenina mi cabello largo, comencé a hormonizarme, mi cuerpo empezó a tener diferentes cambios y pues desarrollé mi vida como mujer y para ellos eso no era lo correcto en su normativa».

En el caso de Belén, la situación familiar pasó por diferentes etapas, desde el rechazo inicial de algunos aspectos (la feminización en presencia de su abuela) a la aceptación completa por parte de otros miembros de su familia, como su tía. Sin embargo, a diferencia de Valentina, su familia terminó por aceptar su diferencia y lograron verla como persona, como ser querido, a pesar de su identificación de género que no correspondía a las expectativas sociales.

Belén abordó el tema por primera vez con su abuela, quien actuó como madre *de facto* durante su crecimiento. Esa conversación, en la cual se mezclaron conceptos de orientación sexual e identidad de género no pareció inicialmente alarmar a su abuela. Podemos notar lo difícil que pueden ser estos diálogos debido, justamente, al hecho de que pueden traer

³⁴⁹ Marianne Campbell, Jordan D. X. Hinton & Joel R. Anderson (2019) A systematic review of the relationship between religion and attitudes toward transgender and gender-variant people, *International Journal of Transgenderism*, 20:1, 21-38, Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1545149>

consecuencias drásticas para las personas que admiten tener una identidad de género u orientación sexual diferente al de la mayoría.

«[...] no aguanté más y fue cuando me acerqué y le dije: tengo muchas ganas de hablar contigo. Mi relación con ella siempre ha sido muy buena con mi abuelita. Yo tengo ganas de hablar contigo. ¿Si, de qué? dice. Sentémonos en la sala. Y ya le dije pues no sé cómo decírtelo, pero pues, como que a mí no me atraen las mujeres, le digo. ¿Qué? No, que no me atraen las mujeres, me atraen más los hombres. ¿Cómo crees, cómo dices esas cosas? Pues sí, desde que yo entré a la primaria, le digo, yo veía a las niñas y las veía como si fueran mis hermanas. Y veía a los niños e incluso a los maestros, le digo, y me llaman la atención, me gustaban, le digo. Así, sí también pensaba que estaba mal, que era por los cambios, ¿no? que yo estaba creciendo, algo así y que pensé que era por los cambios y que al rato se me iba a pasar eso. Pero pues no, sigue todavía creciendo y creciendo y aun así me siguen atrayéndome más los hombres, las mujeres no me atraen para nada. Y ahorita llega el momento, el grado en el que ya no puedo más, le digo, y quiero empezar a vestirme de mujer. Y pues se enojó al principio, dijo que no, ¿que cómo? Pero bueno, no lo pensaba tan en serio, pensaba que yo no decía las cosas tan en serio, dice OK, no hay problema y ya pasó».

Belén tuvo desde ese momento un aliado clave en la persona de su tía, la cual le prestaba ropa para que se pudiera vestir de acuerdo con su identidad de género:

«[...] había una tía, una hija de mi abuelita que vivía ahí con nosotros y pues como teníamos el mismo cuerpo, mi tía y yo, así delgadito, me regaló dos pantalones de ella. Me los puse y sí me quedaban bien. Entonces cuando yo empecé a vestirme de mujer, me puse el pantalón, me ponía blusas de mujer abajo pero como, nada más a parte que había hablado con mi abuelita sobre eso, no me animaba a que me viera ella así. Así que me ponía blusa de mujer pegadita pero por encima me ponía una playera de hombre y para salir a la calle ya me quitaba la playera de hombre y ya quedaba con la blusa de mujer y el pantalón de mi tía».

Sin embargo, la aceptación inicial o falta de preocupación por parte de su abuela parecía estar condicionada a la invisibilidad implícita, es decir, a la condición de que su diferencia, su identidad femenina no fuera evidente o socialmente visible. Así, Belén intentó evitar mostrar su feminidad a su abuela durante un tiempo, hasta el día que se le olvidó esconderla:

«Una vez de esas, yo trabajaba, yo le ayudaba a una señora que vivía en la misma calle donde yo vivía, tenía su salón de belleza, le ayudaba a ella. Entonces allá llegando al salón de belleza yo me quitaba las playeras y me maquillaba. Y en una ocasión, se me olvidó, al salir de allá, del salón de belleza, me fui a bailar y ya regresé en la madrugada, se me olvidó quitarme el maquillaje y se me habían olvidado mis llaves de ahí de la casa, pues me toco tocar no, para que me abriera mi abuelita y si me abrió. Y cuando me abre, me ve pintada, se me olvidó desmaquillarme, me ve maquillada y dice ¡guau!, ¿qué es eso? Y ya, entré y nos fuimos a dormir y ya el otro día, ya sí, luego luego al despertar me dijo: no, no, me dices una cosa y yo le acepté, dice, ¿pero así? Si vas a estar así, no. Tú te me vas de mi casa, no te quiero así maquillada y todo eso, te me vas de mi casa, fuera donde nadie me conozca, ni vengas, ni me digas que es lo que haces, lo que no haces.

Su aliada, su tía, logró en ese momento crucial abogar por ella frente al rechazo de su abuela. Esta situación puede demostrar que el apoyo de un familiar puede en algunos casos incitar a

los demás a demostrar más apertura, tolerancia y paciencia frente a la diferencia o al menos temperar algunas reacciones radicales:

«En ese momento mi tía escuchó eso y se metió, se metió mi tía. Dijo: Ay, mamá, pero ¿cómo le dice eso, que por ser así como es, va a dejar de ser su hijo? No dice, su sangre tanto de usted corre por sus venas como la de usted corre por las de él. ¿Y qué espera, ahorita lo corra y se va y termina prostituyéndose y en el alcohol como lo hace la mayoría?, dice. Y que después amanezca muerto en una esquina y que vengan y le digan, ay, es que se encontró a su hijo, a su hija muerta, asesinada en la esquina o algo así. Dice mi abuelita: no, no me gustaría. Entonces acéptelo, dice. No le quita nada, dice, es su hijo. No va a dejar de ser su hijo, no va a dejar de quererle. Tiene razón. Y sí lo aceptó mi mamá».

A partir de ese momento, su abuela actuó también como aliada frente al resto de la familia:

«Pero ella lo dijo a todos, a toda la familia, a toda. Les dijo como era yo. Y les dijo: y me la van a respetar. Nadie me le va a faltar de respeto. Porque quien le diga unas cosas o le falte de respeto, me lo están faltando a mí. Y sí, desde ahí ya, toda mi familia cambió conmigo, me quiso y me aceptó. Siempre me respetaron y hasta la fecha me siguen respetando».

En su caso, aunque la aceptación por parte de su familia comportó inicialmente diferentes complicaciones, parece haber tenido algún efecto protector en contra de algunas de las consecuencias posibles e inmediatas del rechazo familiar de la identidad de género. Belén ha podido seguir, al menos por el momento, con su trabajo y su rutina en un entorno familiar de apoyo.

«Ya con que mi abuelita me aceptará, para mí, yo dije, con quien yo vivo, la que hasta el momento me ha criado, no me importa lo demás».

Para Valentina, el rechazo de su familia la obligó a buscar un techo, a vivir en la calle y a cubrir sus necesidades básicas mediante los ingresos generados por la prostitución. Aunque esta situación es altamente preocupante para una niña de trece años, ella la aceptó como un desafío, una manera de probar a su familia que podía alcanzar y lograr sus metas personales a pesar de su identidad de género diferente a lo aceptado socialmente. El rechazo la empujó a sobresalir y a ser resiliente frente a la adversidad:

«[...] la verdad es que creo que mi desarrollo fue, después de que ya no viví con ellos, mi desarrollo fue bastante bueno porque siempre fui una mujer que trata de sobresalir, de salir de mi zona de confort. Entonces estudié, ejerce el trabajo sexual, pero seguía estudiando, pude pagar mis estudios con el trabajo sexual, me gradué, fui a la universidad, me gradué en derechos humanos. Tengo un posgrado en derechos humanos. Entonces, yo lo hice siempre por el hecho de decirles a mis padres: soy una mujer trans y puedo hacer lo que todos los demás pueden hacer».

Si comparamos estos testimonios con el de Amanda, una chica trans, *Miss Belleza*, entrevistada en la Ciudad de México en 2017, podemos notar dos aspectos comunes. De un lado, como en el caso de Belén, hubo inicialmente un rechazo por parte de los familiares, rechazo que se convirtió gradualmente en aceptación. Actualmente, Amanda cuenta con el apoyo claro y sin ambigüedad de sus padres:

Amanda: «[...] fue un poquito difícil para ellos aceptarlo, que tenían ciertas cosas, entonces cuando ya les dije que iba en serio lo mío, y que ya regreso a casa, con alguna cirugía en el cuerpo, ya totalmente como Amanda, para ellos fue como que entraron en choque, y mi mamá que reaccionó en ese momento ya no quiso que viniera para la ciudad otra vez, porque en ese tiempo que tuvimos problemas yo viví alrededor de ocho meses aquí (en la Ciudad de México)».

«Entonces eso me ayudó mucho y fue como padre ganar y fue como un sueño en el cual mi familia me apoyó mucho. Mi papá estuvo más emocionado que yo».

Del otro lado, como Valentina, Amanda sintió también esa necesidad de probar a sus padres que su identidad de género no le impedía tener éxito en los estudios y en el ámbito laboral, que su vida iba más allá de la cuestión de identidad de género. Esto demuestra que, a pesar del rechazo, existe la voluntad común de convencer, de conseguir validación, de obtener una opinión favorable y el cariño por parte de sus progenitores:

«[...] fue como un proceso, como para ganarme más la confianza de ellos, que tuvieran la fe en mí de que esos cambios no tuvieran porque afectar otros aspectos en mi vida».

«Entonces yo me gradué, afortunadamente me titulé por promedio, fue como el momento crucial para que mi papa o sea, porque él era como el de más conflicto, entonces fue el momento crucial para que dijera: pues lo lograste, no me defraudaste y sí, fue como decirme que estaba orgulloso de mí, de haber terminado, de haberle cumplido como hija, que para él era lo máximo que hubiera terminado».

A pesar de algunas diferencias personales en cuanto a la aceptación por parte de algunas familias en México, el ámbito social conservador y la desinformación generalizada acerca de la identidad de género contribuyen frecuentemente a reacciones negativas por parte de los familiares, lo cual puede llevar a consecuencias graves desde una edad temprana para las mujeres afectadas. El rechazo por parte de la familia es uno de los aspectos de la transfobia mencionados por las directoras de dos ONG entrevistadas en la Ciudad de México en 2017, Dana y Myriam:

Dana: «Yo empecé cuando tenía 16 años a ejercer el trabajo sexual, te estoy hablando de hace 15 años y bueno, vives una violencia increíble. La discriminación por parte de amigos, familiares, incluso hasta la misma familia».

Myriam: «¿Qué hacen si en sus estados son violados sus derechos? No les queda más que inmigrar, más que salir de donde están viviendo la transfobia, incluso a veces con sus propias familias, porque les hace falta la información. Que nosotras también demos que somos personas capaces de tener un buen trabajo, un oficio, una buena comunidad, un buen hogar, un buen estatus de vida más que nada».

De acuerdo con las cifras de 2018 de la Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género del CONAPRED (Consejo Nacional Para Prevenir

la Discriminación)³⁵⁰, 38,9 % de las personas trans encuestadas declararon que sus madres rechazaron totalmente su identidad de género, mientras 24,1 % afirma haber recibido una mezcla de apoyo y disgusto. Solamente 36,9 % declaró haber recibido apoyo maternal. En cuanto al padre, 39,4 sufrieron de un rechazo total, 29,9 % recibió una mezcla de apoyo y disgusto y 30,7 un apoyo paternal. Así, podemos apreciar que el apoyo completo por parte de los padres es una realidad solamente en una minoría de los casos.

Por lo tanto, resulta importante aclarar que disponer del apoyo familiar durante la transición y la afirmación de identidad de género, puede probablemente ayudar a las personas trans a mitigar algunos riesgos de marginación³⁵¹. Adicionalmente, una familia que sigue aportando al crecimiento y que cumple con las necesidades básicas de sus hijos, puede aumentar las probabilidades de conclusión de los estudios y consecuentemente de la diversificación de las opciones laborales.

Estudios y ámbito escolar

Belén ha iniciado los estudios de secundaria, sin concluirlos. Durante la entrevista, no mencionó situaciones de posible discriminación en el ámbito escolar. Sin embargo, los conflictos internos acerca de su identidad de género, la atracción que tuvo hacia sus compañeros y maestros de género masculino, pueden haber generado un ámbito educativo incómodo para ella.

Sin embargo, el hecho de haber abandonado los estudios para trabajar, en su caso en una estética, no es un hecho fuera de lo común en México. Según las estadísticas del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), había en 2015, 2,2 millones de adolescentes (12 a 17 años), que no asistían a la escuela, es decir, el 16,2 %³⁵² de la población joven. En un país donde todavía una proporción considerable de los hogares vive en la pobreza³⁵³, los padres prefieren frecuentemente que sus hijos contribuyan rápidamente a generar ingresos para cubrir las necesidades básicas, en lugar de contemplar los posibles beneficios futuros

³⁵⁰ CONAPRED. (2018). Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 - Presentación de resultados. Disponible en línea: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_ENDOSIG_16_05_2019.pdf

³⁵¹ Le, V., Arayasirikul, S., Chen, Y. H., Jin, H., & Wilson, E. C. (2016). Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20781>

³⁵² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a propósito del Día mundial de la población, Datos nacionales, 2018. Disponible en línea: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/poblacion2018_Nal.pdf

³⁵³ *De acuerdo con estadísticas oficiales del 2018, 48,8% de la población mexicana vivía con ingresos inferiores a la línea de pobreza por ingresos. 16,8% vivía con ingresos clasificados como inferiores a la línea de pobreza extrema.* CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social, Medición de pobreza 2008-2018, Disponible en línea: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

asociados a los estudios superiores. De acuerdo con el módulo de trabajo infantil de 2017, entre los adolescentes de 15 a 17 años que abandonaron los estudios, 43,5 % lo hizo por desinterés hacia los estudios, 14,4 % lo hizo para trabajar, y 12,7 % porque no tuvo los recursos económicos para seguir con su trayectoria académica³⁵⁴.

Para una persona trans, abandonar los estudios puede disminuir de manera aún más drástica las posibilidades y opciones futuras de trabajo y de fuentes de ingreso. Adicionalmente, los estudios básicos truncados podrían tener un impacto negativo sobre la comprensión y el uso de los mecanismos legales e institucionales, para hacer valer sus derechos fundamentales en caso de discriminación y violación de derechos.

Valentina decidió seguir con sus estudios a pesar de haber perdido la protección financiera, emocional y logística vinculada al hogar familiar. Como hemos mencionado, ella decidió recurrir a la prostitución para cubrir sus necesidades básicas. Debido a su rendimiento satisfactorio en la escuela y a una apertura por parte del director de su colegio privado, pudo conseguir una beca para seguir en la misma institución:

«Cuando me fui de mi casa, siempre me quedé estudiando en el mismo colegio porque siempre he tenido el privilegio de ser muy dedicada al estudio, trabajar mucho para tener buenas notas. Entonces, la mejor etapa creo que fue cuando le dije al director que me iba de este colegio porque no podía pagarlo y que porque estaba teniendo cambios, porque pues yo me consideraba, en ese momento no sabía lo que era una persona trans, yo le decía que me sentía mujer y que quería usar ropa de mujer. Me dijo que aceptaba mucho, que respetaba mucho eso, que lo que le interesaba a la institución era tener buenas calificaciones y que yo era un alumno en ese momento que aportaba mucho a la institución por mis buenas calificaciones. Así que hice un examen para aplicar para una beca y obtuve la beca para seguir ahí».

Además de la apertura por parte de la dirección de la escuela y de los profesores, Valentina considera que sus compañeros de escuela la respetaron por el hecho de haberla conocido antes y durante la transición. El hecho de mantener el mismo círculo de amistades y de conocidos le ayudó a, tranquilamente, afirmar su identidad de género sin episodios mayores de discriminación:

«[...] como tradicionalmente allá cuando vas a una escuela te ponen del primer grado hasta el último que terminas, casi siempre te gradúas con los mismos compañeros. Entonces ellos me conocían y mi transición fue entorno a ellos, así que fue algo normal para ellos. Siempre me respetaron y todo, entonces si pude sentirme bien en la escuela».

Cuando Valentina pasó al nivel universitario, el cambio fue más complicado debido al hecho que tuvo que reconstruir su círculo social y luchar para ser aceptada por su nuevo entorno. El hecho de que había afirmado su identidad física, sin haber podido cambiar su

³⁵⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a propósito del Día mundial de la población, Datos nacionales, 2018. Disponible en línea:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/poblacion2018_Nal.pdf

identificación legal, la ubicó en una posición de vulnerabilidad y exposición frente a las posibles actitudes discriminatorias por parte de sus compañeros de clase:

«Cuando ya yo me gradué de la escuela y pasé a la Universidad, fue un poco difícil porque era totalmente mi expresión, pero mi género en el documento siempre estipulaba que era hombre. Entonces cuando ya entré a la Universidad y todo, me inscribí y todo, pues está bien, me dejaron que me inscribiera, pero el problema fueron mis compañeros de clase porque era como ese foco donde tenían que lanzar y todo eso, fue muy difícil como al principio poder tener como amigos en la Universidad. Pero siempre he tenido esa convicción de mantenerme ahí, aunque sea muy difícil. Así que continúe y después como por afinidad o por necesidad, mis compañeros quisieron como ser parte de mi grupo y todo eso porque mis notas eran bastante buenas, así que siempre querían como trabajar en equipo o ser parte por algún beneficio o por motivos de la educación».

La falta de concordancia entre la apariencia física, la identificación oficial, los nombres y pronombres de uso, pueden ser una fuente de ansiedad para las personas trans porque las obliga a hablar de manera pública de su identidad de género y a identificarse como personas que salen del marco normativo y social dominante. Valentina tuvo la suerte de tener profesores que respetaron su identidad de género. El hecho de tener como aliados figuras de autoridad que le mostraron respeto frente a sus compañeros de clase, puede haber tenido una influencia positiva sobre su aceptación en el ámbito escolar. Sin embargo, Valentina es consciente que su situación personal no corresponde a la que vive la mayoría de las personas trans en el sector educativo:

«Siempre tuve mi nombre que me asignaron y el género que me asignaron en la lista de asistencia y todo, pero siempre, creo que fue como algo que pedí, que, si podían llamarme, no tal vez por mi nombre, como Valentina, como me identifico, o como el que es mi nombre actualmente, pero pedí que me llamaran por mis apellidos, pero ellos accedieron siempre a preguntarme si tenía un nombre de preferencia. Fue en mi caso, fue bueno, pero no puedo decir por otras chicas. Sé que para la mayoría de las chicas el área educacional es pésima, a lo mejor porque tuve la oportunidad de mantenerme en una sola institución, eso creo que fue uno de los puntos a mi favor, que casi nadie lo tiene. Entonces, para mí fue un poco fácil eso. Para las demás chicas con las que trabajé y las con que tuve que dar servicios en la organización, era todo lo contrario de eso».

El relato escolar relativamente positivo de Valentina tiene similitudes con la experiencia de Amanda. Amanda decidió ingresar a la carrera universitaria después de su transición y afirmación de género. Tuvo aprehensión de las reacciones que pudiera causar sus solicitudes en las instituciones educativas, debido al hecho que su estado de residencia no disponía de una ley que reconocía el derecho a la identidad de género.

«Y fui a las escuelas particulares a comentar que quería empezar mi carrera, y todos los planes de estudio. Y en todas, la verdad, me daba un poco de pena, pero en todas les preguntaba que si habría un problema porque mi nombre era uno y mi persona ya era otra, y mi me dijeron que no había ningún problema mientras presentara certificado, acta y todo, yo podía ingresar».

A pesar de la ausencia de concordancia entre su identificación oficial, su apariencia física y su nombre de uso común, Amanda considera que nunca sufrió episodios de discriminación durante su carrera universitaria. Asimismo, al iniciar la carrera, ella solicitó de manera clara que la llamaran por su nombre, Amanda. Como en el caso de Valentina, Amanda pudo beneficiar del apoyo explícito de sus maestros:

«Entonces al ponerme de pie, o sea yo no podía decir que era Amanda, pues que mi nombre era otro. Así que me pare y dije mi nombre tal cual, mi edad, de donde venía, que había tenido tiempo viviendo aquí en la Ciudad de México pero que me sentiría muchísimo más cómoda si todos me pudieran llamar Amanda. Y fue que todos se quedaron como así, la maestra reaccionó muy bien y comentó que aquí todo estábamos para apoyarnos, para crecer, para aprender unos de otros y bienvenida».

«[...] cuando pasaban lista por apellidos, era pues lo más normal. Y ya cuando un maestro pasaba por nombre se acostumbraron y me pasaban por Amanda, siempre. Y no hubo mayor conflicto la verdad, estuve sorprendida con la Universidad, porque para ser mi estado que no había mucha apertura y ser la primera, tuve un trato muy bueno, nunca tuve problemas, los maestros, los directivos, los compañeros, nunca me faltaron de respeto».

Los relatos de Valentina y Amanda demuestran la posibilidad real de un entorno educativo respetuoso de la diferencia. A pesar de que no existe una ley de identidad de género en los estados donde estudiaron, las dos pudieron con el apoyo de los maestros y del personal administrativo acceder y concluir sus estudios universitarios, sin episodios mayores de discriminación. La presencia de figuras de autoridad que respaldan a las personas trans con su identidad de género, puede probablemente influir de manera positiva sobre el entorno y el grupo educativo de manera general.

Sin embargo, como lo mencionó Valentina, no se puede generalizar su experiencia positiva al resto de la población trans mexicana. La discriminación en el ámbito escolar en México es una realidad y contribuye sin ninguna duda al absentismo y al abandono del ciclo escolar, tanto para las personas trans como para los miembros de la comunidad LGBT en general. La incomprensión de la realidad trans y la presencia de las comunidades religiosas en la administración de diferentes instituciones académicas privadas, puede influir de manera negativa en la aceptación de las personas trans en el ámbito escolar. Adicionalmente, en los estados donde no existe todavía una ley de identidad de género, las personas que no disponen de una concordancia entre identificación oficial y su apariencia física son susceptibles de ser discriminadas bajo pretextos de reglas y barreras administrativas.

De acuerdo con las cifras de 2018 de la Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género de la CONAPRED³⁵⁵, 87,4 % de las personas encuestadas tuvo que esconder su orientación sexual o identidad de género en la escuela, 87,8 % sufrió de conductas de burla, 71,7 % escuchó comentarios negativos u ofensivos acerca de su persona, 26,6 % sufrió de agresión física y 8,7 % de violencia o abuso sexual. Adicionalmente, 56,8 % de las mujeres trans encuestadas declaró haber evitado asistir a

³⁵⁵ CONAPRED. (2018). Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 - Presentación de resultados. Disponible en línea:

https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_ENDOSIG_16_05_2019.pdf

eventos escolares o laborales debido al temor de ser discriminada o ridiculizada. Estas cifras pintan sin duda una realidad escolar muy complicada y negativa en México, en especial para las personas que no corresponden a las expectativas sociales de identidad de género y orientación sexual.

Para combatir la discriminación y favorecer la inclusión de la diversidad de género en el ámbito educativo, se deben incluir estas nociones en un currículo escolar nacional de derechos en materia de salud sexual, de género y de salud integral. Como mencionan la Fundación Arcoíris y la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) en su *Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México*:

«El sistema educativo de nuestro país necesita transformarse y evolucionar para considerar e incluir la diversidad, valorándola como una riqueza que fortalece el aprendizaje y el desarrollo de toda la comunidad. Hacer visible la diversidad, conversar sobre las diferencias, conocer y escuchar al otro, son experiencias que posibilitan la cercanía y comprensión de lo desconocido, contar con la información necesaria para derribar los mitos y estereotipos que están en la base de los actos de discriminación. Es decir, impulsar el aprender a convivir con los demás, reconociéndonos como sujetos idénticos en dignidad y en derechos, a la vez que diversos, como sujetos individuales y únicos, lo que implica reconocer en todas y cada una de las personas, experiencias, capacidades y recursos diferentes»³⁵⁶.

De esta manera, se puede preparar a los jóvenes para reconocer la realidad de la diversidad sexual y de género, abrirse al mundo y adquirir herramientas para que puedan desarrollarse como individuos plenos, con derechos y obligaciones sociales.

Oportunidades de trabajo y prostitución

Como se ha mencionado en una investigación reciente, 58 % de las mujeres trans mexicanas encuestadas declaró que su identidad de género ha sido siempre o con frecuencia un obstáculo para acceder a un empleo³⁵⁷.

Las dificultades y la discriminación en el ámbito escolar pueden comprometer las oportunidades de crecimiento y de desarrollo laboral, así como empujar a las mujeres trans a buscar fuentes de ingreso en sectores informales y precarios, entre los cuales figura la prostitución.

Belén abandonó la escuela secundaria para trabajar en un salón de belleza de su vecindario, administrado por una vecina. Aparte de la prostitución, el trabajo en el sector de la belleza y

³⁵⁶ CEAV, & Fundación Arcoíris. (2018). Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Educación. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459447/FINAL_DiagnosticoNacionalEducacion_1.pdf

³⁵⁷ CEAV, & Fundación Arcoíris. (2019). Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho al trabajo. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459448/DiagnosticoNacionalTrabajo_CEAV_OK.pdf

de la estética es uno de los más comunes para las personas del colectivo transgénero, tal como ha sido mencionado por la activista Myriam:

«Como tú ves, la mayoría de las transexuales o son trabajadoras sexuales o son tachadas estilistas. No, eso está mal, hay que llegar a ser mucho más, más y más».

Belén no buscó otro tipo u oportunidad de trabajo durante su vida laboral en México. Por lo tanto, afirma no haber vivido situaciones de discriminación laboral, ni haber tenido que recurrir a la prostitución. Sin embargo, podemos constatar de acuerdo con su testimonio que la informalidad de su trabajo limitó la cantidad de sus ingresos así como el acceso a prestaciones (acceso a la salud).

Desde que llegó a Estados Unidos, Belén no ha trabajado, debido a una discapacidad, cuya movilidad reducida limita su capacidad para encontrar y efectuar trabajos regulares. Por lo tanto, Belén recibe una prestación mensual por discapacidad de 600 dólares, una suma extremadamente limitada si tomamos en cuenta el costo de vida en la región de la bahía de San Francisco. Estos recursos limitados la exponen a una situación de vulnerabilidad, obligándola a evaluar y recurrir a los servicios y ofertas para la población trans en la ciudad.

En el caso de Valentina, una expulsión rápida del hogar familiar la obligó a buscar una fuente de ingresos para sobrevivir. Al contrario de Belén, Valentina tuvo que recurrir a la prostitución para solventar sus gastos, debido a que fue la única oportunidad laboral que obtuvo:

«Tuve que hacerlo porque de verdad lo necesitaba y era la única forma que tenía para vivir y todo. [...] Entonces la experiencia fue para mí muy difícil, muy, muy difícil. El hecho de desvelarme, de estar bajo la lluvia, que me golpearan, que me maltrataran, era muy difícil. [...] Cuando ya terminé la Universidad, decidí dejar eso porque no era algo que me gustara».

Esta situación la expuso a diferentes formas de violencia, abuso e intimidación, tanto por parte de los clientes como de las autoridades policiales. Frente a los abusos por parte de los clientes, las personas que ejercen la prostitución suelen no poder confiar en las autoridades para salvaguardar su integridad física:

«[...] tuve muchas experiencias malas, porque pues los clientes creen siempre tener el poder por ser quienes pagan y si fui agredida muchas veces, golpeada, obligada a hacer cosas que no quería hacer».

«En esa época, cuando ejercí el trabajo sexual, ellos (los policías) hacían redadas, nos llevaban. No es criminalizada la prostitución, pero si es regularizada, son regularizados los actos indecorosos en vía pública. Entonces, no nos decían nada por estar paradas, pero si por algún motivo nos veían subirnos a un carro, paraban el carro, nos bajaban y nos llevaban presas. Había veces que hacían redadas y nos acababan corriendo a todas, nos subían a un carro grande y nos iban a meter a las celdas. Nos dejaban ahí hasta por la mañana y en la mañana nos sacaban, era como solo para que no trabajáramos o nos ponían multas solo por querernos quitarnos el dinero porque no era algo legal, porque no pueden detenerte allá solo por detenerte. Pero ellos lo hacían para sacar dinero o por quitarles todo el dinero que tenían las chicas por la noche y era lógicamente dinero que se quedaban ellos».

Este tipo de experiencia de violencia es corroborada por las ONG entrevistadas en la Ciudad de México. A pesar de las leyes que protegen a las trabajadoras sexuales, las fuerzas policiales abusan frecuentemente de su figura de autoridad y del desconocimiento de los derechos para violentar a las mujeres o extorsionarlas:

Dana: *«Aquí en el Distrito Federal, gracias a muchas leyes, nosotras podemos ejercer libremente el trabajo sexual sin ser violentadas por autoridades de seguridad pública. Pero aclarando también el punto que no todos en Seguridad Pública son personas que respetan nuestros derechos humanos. También nos pasa, también nos violentan. Pero siempre cuando nosotras no nos dejemos y pongamos denuncia es cuando ellos se frenan un poco a violentarnos».*

«[...] compañeras del estado de México que ejercen el trabajo sexual, ellas si viven mucha violencia por parte de las policías. Violencia que hace que pisotean los derechos humanos de nuestras compañeras en los estados».

Myriam: *«[...] en cuestión de trabajo sexual, las chicas sí sufren de ese tipo de discriminación. Los policías son unas personas que muchas veces abusan de su cargo de autoridad y se enfocan a que uno es hombre, hasta que uno no les muestre tal vez una identidad de mujer o no ven que está uno respaldado o apoyado por la familia, mientras, siguen discriminando, o sea no ponen ellos demandas. A las trabajadoras sexuales sí las acosan mucho, demasiado, diría yo, porque incluso hay ocasiones donde someten a los clientes a extorsionarlos porque supuestamente, eso no es un trabajo sexual. O sea que en el fondo muchas chicas no están bien informadas, ellos sí, pero ellas no y entonces ellos abusan de su autoridad y de ahí se agarran para extorsionar a los clientes.*

Las ONG en México ayudan a las mujeres trans a acceder al mercado laboral y a minimizar los riesgos asociados al trabajo sexual³⁵⁸. Debido al hecho de que la prostitución no es una actividad ilegal en la CDMX, el enfoque de algunas ONG se basa sobre un empoderamiento de las mujeres trans que deciden recurrir a esta actividad. Se trata principalmente de difundir los conocimientos acerca de sus derechos legales y de tomar las medidas necesarias para combatir el abuso y minimizar los riesgos sanitarios. En la CDMX, las ONG entrevistadas ofrecen servicios a las mujeres trabajadoras sexuales:

Dana: *«[...] yo abrí mi asociación civil, la formé por lo mismo, por las carencias que había en el trabajo sexual en cuanto a salud, en cuanto a los lugares en donde teníamos que vivir. Más que nada, mi asociación civil está enfocada a la salud y a la vivienda y a ayudar, bueno esto en general a la comunidad LGBTTI pero más enfocada a mujeres trabajadoras sexuales trans».*

«[...] ahorita estamos trabajando sobre un taller de seguridad pública que se les impartirá el día 9, a la 1 de la tarde en COPRED, que es una instancia del gobierno para la no-discriminación. Se llevará a cabo con varias personas de Seguridad Pública, de la Procuraduría General, de derechos humanos, de la UNAM para que nos vengan a asesorar,

³⁵⁸ Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., ... Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)

para que vengan a darnos el conocimiento de cuáles son sus derechos, sobre el trabajo que ellos realizan. Que es lo que un policía está, hasta dónde puede llegar, que es lo que puede hacer, como puede realizar detenciones, entre otras cosas».

Bernardo: *«[...] son todas chicas que provienen de la cultura del esfuerzo y del trabajo, pero que se pretende empoderar a través, o tener la visión de que son empresarias, ser una empresa. No por ser trabajadoras sexuales, no pueden ser merecedoras en todo lo que implica ser una trabajadora no asalariada en la Ciudad de México».*

«Entonces están creando vínculos con las diferentes instituciones gubernamentales. Vamos a crear una jornada concreta para afiliar a todas las chicas del trabajo sexual al seguro popular. Que las chicas tengan su seguro popular, vamos a crear una jornada especial para eso».

Debido a la violencia generalizada vinculada al trabajo sexual, Valentina intentó en México buscar otro trabajo de manera continua. Sin embargo, sus solicitudes de trabajo se quedaron sin respuestas o se enfrentó a múltiples rechazos:

«[...] toqué, agote recursos buscando trabajo y no pude tener trabajo porque es muy estigmático para la gente tener una mujer trans trabajando. Para allá, solo podemos ser prostitutas, borrachas o drogadictas y no es eso lo que somos, somos muchísimo más que eso y la gente no nos da como la oportunidad de poder demostrar eso».

Mediante el contacto de una compañera, pudo finalmente encontrar una oportunidad en una imprenta y dejar el trabajo sexual. Sin embargo, como podemos notar en su relato, Valentina siente que ha tenido que justificar continuamente su presencia, probar a su supervisor que podía cumplir con el trabajo solicitado, a pesar de su diferencia. Adicionalmente, tuvo que lidiar con situaciones de discriminación y de burla por parte de sus colegas:

«[...] solo pude obtener un trabajo, que fue en una imprenta para imprimir cualquier tipo de material. Fue el único lugar. Solo contrataban a hombres y recuerdo que fue por una amiga que tenía un restaurante, me había hecho amiga de ella y me dijo: mira, el dueño de la imprenta es mi amigo y yo sé que tú estás buscando trabajo. Y dijo: Puedo decirle y a lo mejor puede acceder a contratarte. Y le dije yo: Pues dile que yo estoy totalmente abierta a poder trabajar, aunque mi apariencia sea femenina, pero yo también puedo estar al mismo nivel que cualquier persona para trabajar.

Y pues él se llamaba XXXXX, recuerdo que me lo presentó y me dijo: ¿cuántos años tienes?, porque te ves muy niña. No le dije, ya tengo más de 18 años y dijo: ok, ¿qué puedes hacer? De lo que tú trabajas, de tu empresa, no sé nada, pero puedo aprender. Entonces me dijo: Puedo contratarte para que hagas limpieza. Entonces pues me contrató haciendo limpieza y era una fábrica súper enorme donde había solo hombres y yo era la única persona que tenía una imagen femenina en ese lugar. Entonces lógicamente todos sabían que era hombre, que había nacido hombre, pero me veía como mujer. Entonces todos comenzaron con el bullying y todo, pero tuve que soportar mucho bullying ahí pero yo necesitaba el trabajo, así que me mantuve ahí un par de meses limpiando, de ahí me dijo que si quería aprender a usar algunas de las maquinas, que me podía dar la oportunidad porque había visto que yo había puesto empeño y que le había brindado respeto a las demás personas y que de una forma me había

ganado el respeto de las personas que estaban ahí. Entonces, le dije yo que sí. Que si eso me iba a causar que tuviera más ingresos económicos, que yo aceptaba aprender.

Entonces, es así que aprendí a usar una troqueladora que hace la división de las cajas para que se puedan doblar y aprendí ahí a hacer eso y pues de ahí estuve manejando una máquina de esas y estaba al mismo nivel que las demás personas que trabajaban ahí. Pero si fue el único trabajo que tuve a parte de la ONG en el que me dieron la oportunidad siendo trans, teniendo una expresión femenina».

Al terminar la Universidad, Valentina obtuvo un posgrado en derechos humanos y logró ser contratada en una ONG local que lucha por los derechos de la comunidad trans. Su educación le permitió obtener un trabajo con mejores condiciones y especializado en su campo de estudios. Esa experiencia de trabajo le permitió ayudar a otras personas de su comunidad y la preparó para tener funciones similares en Estado Unidos.

Actualmente, Valentina trabaja de lunes a viernes en una organización de defensas de los derechos de la comunidad trans latina en la región de San Francisco. También, trabaja en una tienda de ropa a tiempo parcial los fines de semana. En total, estos dos trabajos le permiten obtener ingresos de 1500 a 2500 dólares al mes. Este trabajo fue el primero al cual aplicó y no considera haber vivido situaciones de discriminación por parte de sus colegas o supervisores:

«Hasta el momento no he tenido ningún problema. No sé si la gente nota que soy trans o no. Hago mi trabajo, trato de ser lo mejor que puedo y creo que está bien.»

«En realidad, no sé, no me he preguntado ni siquiera yo misma si ellos saben que soy trans, me imagino que sí, pero yo no les he dicho de mi boca, soy trans. Ni tampoco nadie de los empleados, ni nadie de los superiores del lugar me han preguntado: ¿oye, tú eres trans? Simplemente apliqué, presenté mi documentación, me aceptaron y estoy aquí».

El hecho de que Valentina haya obtenido un empleo en servicio al público al primer intento y que no haya vivido situaciones de discriminación por parte de sus supervisores o colegas, puede demostrar que la población de la ciudad de San Francisco está más concienciada acerca de las cuestiones de identidad de género, además de que las empresas conocen sus obligaciones legales en materia de protección y antidiscriminación.

Sin embargo, a pesar de que Valentina haya tenido condiciones laborales mejores en California que en México, la situación sigue siendo precaria para muchas personas de la comunidad trans, una realidad que confirma Stella de la ONG para trans latina ubicada en San Francisco:

«Es muy difícil hablar aquí de este tema en San Francisco porque decimos que si nos van a apoyar en el trabajo, pero hablamos a un trabajo, llenamos la aplicación por teléfono y nos dicen si lo tienes, pero cuando llegamos, ya nos dicen que ya no lo hay. Entonces siento como discriminación para nuestra comunidad, y nos orillan a otras alternativas».

«Actualmente, veo que, en la comunidad, sigue siendo lo mismo, hay mucha dificultad para el trabajo. [...] Somos gente trabajadora y yo no te lo digo, por ser trans pero yo lo he visto, somos gente que le echamos muchas ganas, venimos de México ya discriminadas de la familia, venimos de una sociedad que también así, y al tener un trabajo le echamos muchas

ganas para poder pagar nuestros bills, como todos. Entonces si es un poquito difícil el trabajo en San Francisco».

La organización para trans latina trabaja continuamente con otras organizaciones y autoridades locales para diversificar las opciones laborales para las mujeres trans, así como para que las empresas adopten estrategias y planes de diversidad e inclusión. Sin embargo, Stella tiene la impresión que detrás de las buenas intenciones corporativas, los resultados no son tan visibles:

«[...] de hecho, hemos mandado a chicas y no les han dado el trabajo. Ahorita acabo de recibir un correo que están, que el SF LGBT center está aceptando aplicaciones para IKEA, Macys y otras agencias grandes y ojalá, espero que la comunidad lo agarre y vayamos verdad, para ver si es verdad o es mentira, o solamente llamándonos para que ellos llenen un punto que se les pide en el papeleo. Porque no he visto que les den».

Debido a las opciones limitadas y el costo de la vida, Stella confirmó que muchas mujeres trans se ven obligadas de recurrir a la prostitución en San Francisco, con los riesgos físicos y sanitarios que esta actividad implica:

«[...] al ver el rechazo del trabajo, que nos ven como trans, nos orillan mucho a la prostitución, entonces la mayoría de las chicas hace la prostitución».

«Es muy desesperante. [...] aquí como trabajadoras nosotras le damos esa autoestima de decir, tienes que poder trabajar, tienes que luchar por esto, si tú no te sientes bien, es porque nadie se siente bien haciendo el sexo. Yo trabajé como tres años y nunca me gustó. Pero lo tenía que hacerlo para ganar el dinero para pagar la renta, para mandarle el dinero a mi familia. Entonces es un trabajo que no muchas les gusta eso, pero la misma sociedad las está orillando a hacer la prostitución. Eso implica muchos problemas en la calle, eso implica lo que hablamos, falta de protección, falta de información en donde caemos muchas en enfermedades, no precisamente el VIH, pero herpes, sífilis, y todas las demás».

Los riesgos y la vulnerabilidad aumentan debido a la criminalización de la prostitución en California. Las tentativas de restricción de esta actividad, en la calle, en los lugares especializados o de manera virtual, limitan las posibilidades de espacios seguros para el comercio sexual y exponen las mujeres trans a más situaciones de violencia y abuso:

«Había un club que se llamaba, muy famoso, que se llamaba el Divas, en la Post y la Polk. Era como para buscar sexo. Ellas tenían su grupo que se cuidaba bastante. Hace como 6 meses, o menos de seis meses, dejó de funcionar el club. Entonces ahorita las chicas están como ¿qué onda o a dónde? Ahí es su lugar favorito, donde se prostituyen en la Post y la Polk, es muy conocido aquí en San Francisco. Entonces nos han dicho que sí, ha aumentado la violencia. Entonces ellas nos han dicho: ¿Qué podemos hacer?»

«[...] ya no lo hay, ya se quitó y también Eros. Eran dos páginas donde ellas ya lo hacían y prácticamente le pagaban a la página y la página no sé qué pasó, que se quitó y ahorita hay otra página, no recuerdo el nombre, pero me dicen que tienen muchos problemas al entrar a la página, muchos requerimientos. Así que ellas están prácticamente viviendo de los clientes ya conocidos, pero ya no hay ese servicio. Así que uno no se puede prostituir en esas

páginas. Eso orilla a que las chicas salgan a la calle, salgan a la calle en donde prácticamente si un cliente mentalmente no está bien, una va directamente en la boca...»

El clima hostil y la ausencia de seguridad en las calles obliga a las organizaciones de defensas de las mujeres trans a proporcionar talleres de estrategias de defensa persona:

«[...] nosotras a veces damos, vamos a tener un tema con una chica, todavía no lo ponemos en el calendario, pero es muy importante, ella es una chica que se dedica a la prostitución y quiere hacer ese taller, como defenderse, como tener un punto estratégico de correr, cómo llamar. Sí, yo estoy viendo que están cayendo en violencia».

Los testimonios de las personas trans entrevistadas y de las ONG parecen confirmar que las mujeres trans sufren de falta de acceso al mercado laboral por su identidad de género y que la ausencia de políticas públicas de inclusión las arrastra hacia actividades irregulares o marginadas, las cuales pueden agravar su vulnerabilidad³⁵⁹. Tanto en México y en California, se deben adoptar acciones y políticas públicas para que las mujeres trans puedan tener oportunidades reales de trabajo además de ser incluidas en equipos y empresas que promueven la diversidad.

Alojamiento

La expulsión o los cambios radicales en la situación familiar pueden llevar a situaciones extremadamente vulnerables en cuanto al alojamiento. Adicionalmente, las opciones limitadas en el campo laboral y los ingresos inestables vinculados al trabajo sexual u otras actividades informales, pueden conducir a ciclos o episodios sin domicilio fijo o a estancias en albergues o refugios.

Tanto Valentina como Belén vivieron periodos sin domicilio fijo en México. En ambos casos, estas situaciones fueron provocadas por cambios en la relación familiar y por el movimiento migratorio:

Valentina: *«Cuando mis papás no quisieron aceptarme, y me fui de la casa, que ya no querían que viviera con ellos, estuve como tres o cuatro días en la calle sin saber qué hacer y pues de ahí encontré amigos que me ayudaron a tener un lugar mientras podía establecerme, pero estuve por mucho tiempo así, en diferentes lugares con amigos».*

Belén: *«[...] tuve un tiempo que mi abuelita me corrió. Viví un tiempo con mi mamá, pero como mi mamá tenía su pareja. Pues nunca nos llevamos bien la pareja de mi mamá y yo. Y pues por esa razón me tuve que salir de la casa de mi mamá y andaba rodando de casa en casa, donde me dejaran quedarme unos días y así. [...] Como medio año, siete meses [...] en la calle y con amigas».*

³⁵⁹ Baral, S., Beyrer, C., & Poteat, T. (2011). Human Rights, the Law, and HIV among Transgender People, (July), 1–13.

En California, Valentina y Belén tuvieron que pasar por periodos en refugios debido a la inestabilidad provocada por la transición migratoria y por la ausencia de fuentes de ingreso o de contactos locales.

Después de haber sido liberada del centro de detención migratorio, Valentina se quedó en un refugio en la zona metropolitana de Los Ángeles por ocho meses. Su experiencia fue difícil debido a barreras de idioma, ausencia de privacidad y percepciones negativas acerca de la seguridad y del trato que daban a las personas extranjeras:

«[...] estuve en un shelter por ocho meses en Los Ángeles viviendo y de ahí fue que me mudé aquí al área de San Francisco. [...] Estaba en un centro LGBT, pero era un centro LGBT para menores de edad que han nacido aquí en Estados Unidos, básicamente personas americanas, blancas y algunos pocos latinos pero que no hablaban español porque nacieron aquí, entonces, yo era la única persona latina que estaba en ese shelter. Fue muy difícil porque no conocía a nadie, no hablaban español más que el único que hablaba español era mi consejero. Fue bastante complicado porque aparte de eso eran personas que estaban en superación de abuso de sustancias, entonces fue muy difícil, tenía como horarios que tenía que estar en el shelter y todo eso, compartir habitación con bastantes personas, entonces fue bastante difícil para mí, muy, muy difícil».

Belén tuvo la oportunidad de quedarse con amigas al salir del centro de detención migratorio. Sin embargo, tuvo posteriormente un episodio prolongado de dos años sin domicilio fijo en San Francisco, debido a la ausencia de fuentes de ingreso y al costo de vida elevado. Su estancia en los refugios fue generalmente negativa, pues percibió riesgos para su seguridad además de discriminación por parte de los administradores y otros usuarios:

«Ay, muy mal. Estuve en uno donde eran hombres y mujeres, que fue el primero, y si me respetaban mi género y todo bien. Nada más que allá había una trans, hay una que me quiso pegar, entonces eso fue una mala experiencia y yo ya no quise estar en este refugio y de ahí me fui a uno de mujeres nada más. Y sí, ahí también me respetaron mucho pero también había mucha, recuerdo que ahí era de mujeres, y pues éramos trans y mujeres. Entonces, ay, no, también allá me hicieron mucho la vida de cuadritos (el personal y otros huéspedes)».

Stella, de la ONG para trans latina, confirmó que existen todavía problemas de discriminación y acceso a los refugios para las personas trans en San Francisco:

«Yo he batallado mucho porque trabajo con una organización que se llama Mission Resource Center, que es el principal programa que nos ayuda para dar housing. Entonces, si alguien viene acá y no tiene cuarto, la mandamos para allá, pero siempre nos dicen que si es chica trans, es lo último. Entonces nosotras estamos como que ¿qué onda?, si es para la comunidad trans, estamos batallando mucho. Y también a la comunidad trans, a veces la involucra en dormitorios de caballeros. O sea, no saben cómo tratar a las chicas trans. A veces yo yendo a un shelter y veo que estoy con todos hombres, pues puedo caer en este estigma de burla, de críticas y de depresión. Entonces sí estamos trabajando, sí lo hay, pero son muy pocos, de verdad es que a veces el ir a acompañarlas yo, si nos ven alguien de la agencia lo dan, si no puedo ir a acompañarlas no lo dan. Entonces tenemos siempre que estar luchando, decirles que somos del programa para que nos den un housing digno a la comunidad trans».

Actualmente, Valentina y Belén viven en alojamientos rentados. Valentina decidió mudarse fuera de la ciudad, a una hora de distancia en tren, para encontrar precios asequibles y comparte los gastos con compañeros de piso:

«Vivo afuera, no recibo ningún tipo de ayuda, ni del gobierno ni de absolutamente nada. [...] Vivo con unos amigos, rentamos una casa entre todos y cada uno en nuestras habitaciones, compartimos los gastos».

Belén decidió quedarse en el centro de San Francisco en un barrio que se llama *Tenderloin*. Esta zona fue reconocida recientemente como el primer distrito trans del mundo. A pesar de la gentrificación general de la ciudad, esta zona sigue siendo más asequible debido a los esfuerzos comunitarios de los que luchan para mantener edificios de alquileres controlados (*single-residential-occupancy SRO*), y a los desafíos socioeconómicos que hace de la zona un lugar menos atractivo para los comercios y desarrolladores inmobiliarios (uso de droga, prostitución, sin domicilio fijo, inseguridad)³⁶⁰. Belén paga un alquiler que podríamos calificar como modesto (500 dólares mensuales), si lo comparamos con los precios promedios de la ciudad de San Francisco. Sin embargo, debido a que dispone solamente de 600 dólares de ingresos mensuales, prestación que recibe por parte del gobierno, podemos apreciar que se reducen de manera sustancial los fondos disponibles para cubrir otras necesidades básicas:

«Vivo en, cómo se puede decir, son como estudios chiquitos. En el mero centro. [...] me dan 600, pero pago 500 de renta».

La ubicación central le permite acceder fácilmente a servicios ofrecidos por ONG locales, las cuales se ubican principalmente en el *Tenderloin* o en los barrios colindantes de *Mission* y *Castro*. Sin embargo, el *Tenderloin* presenta también algunas dinámicas sociales que afectan su percepción acerca de la seguridad:

«[...] allá por donde yo vivo, en el centro, Downtown, ya sabes qué allá hay mucha gente de esas que venden drogas. Por esas calles hay un montón de gente que vende drogas, que andan ahí parados vendiendo drogas. [...] una vez iba caminado por ahí, por la Turk y la Leavenworth, iba caminando por ahí, para mi casa y eran como las dos de la tarde, tres de la tarde. Y ahí había un montón de esos chamaquillos hondureños que andan vendiendo droga. Yo iba caminando, iba para allá así y uno de ellos venía por acá, yo volteé para arriba porque iba agachando la cabeza, volteaba para arriba y para así enfrente para ver que no me fuera a caer o fuera a chocar con algo. Entonces el muchacho que venía por acá así, también levantó su mirada y así que nos quedamos viendo un poco no, y uy, ¿para qué hice eso, para qué hicimos eso?, porque me empezó a decir de cosas, casi me pegaba ahí, de ¿qué me ves? y que quién sabe qué, y casi me golpea ahí. Ahí es cuando de verdad la policía debe de estar pasando y viendo toda la tarde dándose vueltas a ver qué, ¿no?»

La necesidad de desarrollar políticas de vivienda y de refugios específicas para la población trans son prioridades que fueron mencionadas por todas las personas entrevistadas. Los

³⁶⁰ Howe, C., Zaraysky, S., & Lorentzen, L. (2008). Transgender Sex Workers and Sexual Transmigration between Guadalajara and San Francisco. *Latin American Perspectives*, 35(1), 31–50.
<https://doi.org/10.1177/0094582X07310956>

desafíos y características particulares de la población trans en cuanto a empleo, ingresos y posible discriminación las ubican en una posición extremadamente vulnerable. Por consiguiente, una pérdida de empleo en una ciudad como San Francisco puede provocar una recaída en un ciclo de indigencia y actividades informales. Adicionalmente, tener una dirección fija puede ser un requerimiento para acceder a otros tipos de servicios y seguros.

Valentina: «[...] sí deberían mejorar aquí es el housing porque eso es un problema más grande para la comunidad trans porque hay mucha comunidad trans que es homeless y que no tiene el acceso a un lugar digno».

Belén: «[...] que haya un poco más de vivienda, más asequible para una, para la comunidad trans. Donde pueda una estar dignamente. Tranquila y respetuosamente».

Stella: «[...] estamos luchando como comunidad trans por el housing. Nuestra comunidad trans, a mí me pasó. Yo nunca pensé que me hubiera pasado a mí, yo lo escuchaba y yo viví en San Francisco cuatro años. Ahora me tuve que mudar, a South San Francisco, porque aquí la renta está muy cara. [...] es santuario para la gente que tiene dinero porque para la gente que ganamos normalmente un salario más o menos, no nos alcanza para pagar una renta. Nos estamos desplazando afuera de San Francisco. Así que ahorita, el tema de la marcha trans es de housing. Al ver esto, que estamos en la lucha de housing, nuestra alcaldesa London, ha permitido 3 millones para la comunidad en housing. Pero o sea nada más lo está diciendo, pero no sabemos cuándo. Sabemos que es un proceso largo, y tenemos paciencia. Estamos trabajando con el SF LGBT community center para ser las primeras que apliquemos para que las chicas estén aplicando para el housing porque están viviendo en cuartos de un hotel que es extremadamente caro».

«[...] el housing, es muy importante, creo que lo número uno porque yo pienso que tener una vivienda nos hace como que hay tener una casa, estar en San Francisco, es muy importante, para tener nuestra seguro, que después de 10 días aquí en San Francisco tú cualificas para ser residente y tienes derecho al seguro. Así que sí, creo que es la falta de housing».

VIH, seguimiento médico y PREP

Como se ha detallado en la parte anterior de este trabajo de investigación, la población trans es particularmente vulnerable y está altamente expuesta al VIH por diferentes razones socioeconómicas. En la mayoría de los casos, un diagnóstico positivo representa una noticia difícil, un cambio que obliga a la persona a reconsiderar algunas de sus expectativas y hábitos de vida. Este tipo de diagnóstico debe ser proporcionado por profesionales y el seguimiento médico inmediato es necesario para mitigar los efectos físicos y psicológicos. El estigma asociado al estado serológico positivo puede influenciar de manera drástica la capacidad de cada individuo para aceptar esta nueva realidad, así como para completar los pasos requeridos en cuanto al control del virus y seguir con las actividades normales. En muchos casos, la discriminación vinculada al VIH/SIDA se suma a la exclusión y marginación que viven ya estas mujeres, por su identidad de género y otras condiciones socioeconómicas desfavorables.

Para Valentina como para Belén, el resultado positivo de la prueba rápida fue un evento inesperado que causó mucho estrés emocional. Valentina decidió hacerse la prueba debido a

que ella misma las aplicaba a los usuarios de la ONG para la cual trabajaba. Belén la hizo como parte de una rutina de revisión periódica.

Valentina: *Yo trabajaba en la organización, nosotras hacíamos pruebas de VIH a otras personas. Y fue algo como, no supe en que momento me infecte ni nada, fue algo como, siempre lo he catalogado como algo que no me esperaba y cuando teníamos unas unidades móviles en las cuales hacíamos pruebas rápidas y le dije a uno de mis compañeros, que era mi supervisor, le dije: quiero que me hagas la prueba, tengo mucho tiempo de ya no hacérmela y le dije: estoy trabajando aquí y ni siquiera me le ha hecho yo. Me dijo: ¿has estado en riesgo? No por mucho tiempo, pero me la hice, y la prueba dio positivo. Pero era una prueba rápida y dije, no creo porque pues no he tenido riesgos, no he tenido sexo por mucho tiempo con nadie, y todo esto. Pero dije sé que hay una etapa de ventana para el virus y en ese momento que lo pensé, que dije no he tenido riesgos pero la etapa ventana, como educadora, en ese momento la primera cosa que pensé fue la época ventana y dije OK, en ese momento sentí como, no me puede estar pasando eso a mí y fue que ya repitieron la prueba y todo el proceso y pues sí, ya tenía bastante tiempo de tener el virus solo que no se había desarrollado y todo eso.*

Belén: *Así que me habla la psicóloga, era una psicóloga, me habla para decirme que era positiva y pues se me vino el mundo encima cuando me dijo, pues. Lloré y lloré. Lo tomé de la mejor manera yo que pude, pero pues, ¿es algo imposible de poderlo detener, no? Lloré y pues luego luego sentí que se me vino el mundo encima. Y ya de ahí me dijeron que tenía que ir a fuerza, rápido tenía que ir a Tlalpan, inmediatamente a Tlalpan a hacerme mis estudios de carga viral y de CD4. Para checar como estaban mis defensas y que tanto tenía de virus en mi sangre, para ver si ya era necesario tomar medicamentos o todavía no. Y si ya, entonces fui a hacerme esos estudios que me dijeron y si resultó que luego luego tenía que empezar a tomar medicamentos.*

Las experiencias de las dos mujeres trans entrevistadas concuerdan con la literatura disponible acerca del trato y seguimiento médico relacionado al VIH en México^{361 362}. Belén y Valentina vivieron situaciones de discriminación y obtuvieron un seguimiento médico desigual, lo cual corresponde al estado actual del sistema de salud mexicano, es decir, un sistema fragmentado donde la calidad del trato depende de la institución y de los recursos disponibles³⁶³. La actitud de discriminación y los juicios de valor por parte del personal médico confirman que se deben adoptar medidas para concienciar y capacitar el personal

³⁶¹ Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Publica de Mexico*, 48(2), 141–150. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000200007>

³⁶² Compean-Dardón, M. S., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, M. G., & Ortiz-Hernández, L. (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con vih/sida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 127–143. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fsas>

³⁶³ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

acerca de la realidad trans y del VIH, así evitar comportamientos discriminatorios que vayan en contra de las leyes vigentes.

Valentina obtuvo seguimiento médico por parte del IMSS. Su experiencia fue principalmente negativa. Hizo énfasis en el comportamiento del personal administrativo, el cual mediante sencillas acciones rompe la confianza y la privacidad, pues buscan identificar públicamente a las personas trans con el fin de humillarlas. Adicionalmente, considera que los doctores juzgan a este colectivo y atribuyen un valor moral a la identidad de género y al VIH, en lugar de tener un enfoque que promueva el bienestar del paciente:

Valentina: *«Cuando iba al hospital por mis medicamentos, era como: señor fulano de tal. Lógicamente, tenía que pararme y acercarme a la ventanilla de la farmacia, allá en los hospitales públicos te llaman, te gritan el nombre. Aquí llegas y es como un poco diferente pero allá te gritan y más cuando ven que eres una persona trans, señor Pedro Paolo por poner un ejemplo, para que la gente sepa y eso es muy denigrante».*

«[...] cuando tuve que recoger mi primer medicamento directamente, toda la gente que estaba ahí supo que iba por un medicamento para el VIH, porque es como el lugar específico para personas con VIH y pues había acompañado personas, pero nunca vas a estar en los zapatos de esta persona hasta que te toque recoger tu medicamento. Entonces de ahí, comencé como a, cambie de hospital, cambie de todo para irlo a recoger a otra ciudad, para que la gente no supiera y todo eso. Aún no es un tema que manejo muy bien, porque es muy sorpresivo para mí, esa situación. [...] Allá me afectó muchísimo el hecho de recoger el medicamento, de ir al hospital por los chequeos, porque toda la gente sabía que ibas, porque ibas y pues allá, la gente es muy cruel con las personas que vivimos con VIH, muy cruel».

«Son doctores generales, no son personas especializadas en esos temas. Son personas que lo único que hacen es tomarte exámenes, decirte que tienes que comer saludable y tienes que tomarte la pastilla. Es como el seguimiento que tú tienes de las personas allá, lo demás es tu responsabilidad».

«Son bastante cortantes, porque el hecho de, porque te hacen saber que toda la culpa la has tenido tú, de que por ser trans, es lo que logras, lo que te mereces y lo que tienes. Es muy complicado, específicamente para la comunidad trans, es muy, muy pesado».

«Tuve varios médicos, algunos lo hicieron (respetar su identidad de género), otros no. Así que fue variable, eso depende de cada persona, de como quiera tratarte y hasta donde quiera respetarte».

Belén obtuvo tratamiento y seguimiento médico en clínicas especializadas del seguro popular. Su experiencia, a pesar de algunas actitudes discriminatorias, parece haber sido más positiva que la de Valentina. Esta situación puede reflejar el hecho de que los establecimientos especializados tienen profesionales expertos en materia de VIH que recibieron capacitación para tratar con dignidad a los integrantes de la comunidad LGBT. Sin embargo, como podemos notar, algunos integrantes del personal administrativo pueden tener actitudes que impiden mantener lazos de confianza.

Belén: *«Pues mira, cuando estuve en el de La Perla, al principio todo era de maravilla. Después metieron a una enfermera que no, no me gustaba su trato para nada, tenía una*

actitud muy fea. De ahí yo me cambie para pues una clínica más cerca de mi casa, que era el CAPASITS de Las Américas. Ahí la verdad sí, la doctora era un amor, la doctora XXXXX, fue un amor esa doctora. Esa doctora, ahí en ese CAPASITS eran muy atentos y muy responsables y muy lindos en la atención para las personas».

«[...] yo trataba de llegar como 5 minutos antes de mi cita porque si yo llegaba un minuto después, te digo cuando entró esa enfermera, si llegaba un minuto después ella no me dejaba pasar. Decía que no, que ya no se iba a poder ver el doctor».

Las opiniones de las responsables de las ONG entrevistadas en México agregan información acerca de la situación difícil que pueden vivir unas personas trans con VIH en México:

Dana: *«Mira, el tema del VIH para mujeres trans es muy triste la verdad. Es muy triste y te voy a decir por qué. Hay casos de mujeres trans que llegan a estar en la última etapa del VIH y no son atendidas por una clínica que es de transmisión sexual y que es para impartir medicamentos, para que les hagan los estudios correspondientes y aun así en esta clínica, que es la clínica condesa, hay mucha discriminación, mucho rechazo, hay olvido. Se puede decir que es olvido, por qué, porque tenemos casos de varias compañeras que han fallecido y que las hemos acompañado para que les den medicamentos y, aun así, se les niega por la documentación que les piden. Que no les pueden dar un tratamiento. Es por eso que ellas han fallecido. Y eso que estoy hablando de una clínica que es de transmisión sexual».*

Myriam: *«[...] hace falta mucho para poder apoyar a esas chicas porque la mayoría de las personas que tienen el VIH precisamente ahí entra la discriminación. Porque ya tienes VIH, no es que no te puedo operar, no te puedo atender, no eres de aquí, tienes que tener cierto tiempo viviendo en México. Eso está mal, y si, las compañeras, muchas han muerto de VIH por falta de tratamiento, por falta de atención médica y por falta de información principalmente.*

«[...] llegas a un centro de salud del gobierno y no te atienden como debe ser. Acabo de tener una compañerita que en el Hospital General, o sea, no la quisieron operar simplemente por ser una chica trans y eso no se me hace ético por parte del hospital. Estamos en eso, estamos tratando de ver el motivo o la explicación por el cual no la quisieron operar. Entonces digo, debe de haber una explicación. Aunque ella tenga VIH, ellos tienen la obligación de canalizarla, dando seguimiento a su caso para que ella obtenga el tratamiento adecuado».

Algunas características del sistema médico pueden impactar o complicar la eficiencia del seguimiento y de la retención del paciente en el esquema de tratamiento^{364 365}. Como se ha mencionado anteriormente, el desabasto de medicamentos puede comprometer un control

³⁶⁴ Spitzer, T., Carey, J. W., Klein, C., Erickson, C., Hart, J., Mijares, A., ... Pitts, N. L. (2017). HIV Provider Experiences Engaging and Retaining Patients in HIV Care and Treatment: "A Soft Place to Fall." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(4), 491–503. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.03.006>

³⁶⁵ Bautista-Arredondo, S., Serván-Mori, E., Silverman-Retana, O., Contreras-Loya, D., Romero-Martínez, M., Magis-Rodríguez, C., ... Lozano, R. (2015). Exploración del rol de la oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por sida en México. *Salud Publica de México*, 57, S153–S162. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7603>

eficaz de la carga viral y dificulta la toma adecuada del medicamento. Los horarios de las clínicas y la distancia que deben recorrer algunos pacientes para asistir a sus citas o exámenes clínicos, pueden impedir un seguimiento adecuado. Valentina tuvo mucha dificultad en obtener sus medicamentos a tiempo y constantemente. Belén nunca sufrió de desabasto en las clínicas CAPASITS. Sin embargo, las distancias y el tiempo de viaje necesario para asistir a las diferentes clínicas y citas complicaban su seguimiento.

Valentina: *«[...] había meses que tenía que esperar, porque no había suficientes medicamentos, no habían abastecido, pasaba mucho tiempo, mis defensas disminuían. Y era muy complicado, porque eso te causa una preocupación, te pone, aparte de que no estés tomando el medicamento, te pone como súper mal el hecho de pensar que cada día que no lo estás tomando te está causando problemas, todo eso y aparte de que tenía que tomar 3 pastillas, era que no había de una, que no había de la otra, tenías que esperar hasta que hubiera, hasta que te llamaran y que te dijera el medicamento está ahí, ven. Entonces era muy difícil».*

«Era muy difícil, pero siempre traté de asistir a todo lo que me tocaba porque siempre me ha preocupado mucho ese tema. Para mí ha sido muy preocupante desde que lo supe, muy preocupante, tratar de cuidarme lo más posible. Aunque si fuera muy difícil, siempre trataba de poder estar en todo».

Belén: *«[...] ahí tú tienes que ver al doctor cada ocho días, cada ocho días o cada mes, cada mes tienes que ir a ver el doctor y allá mismo en el CAPASITS te dan los medicamentos. Y nada más cada tres meses es cuando tienes que estar yendo al INER, a hacerte el CD4 y la carga viral».*

«[...] era difícil porque por ejemplo yo estaba en el estado de México viviendo, hasta Ecatepec, estado de México. Y pues de Ecatepec hasta el INER es como dos horas, dos horas y media. Y se tenía que llegar allá como, que será, como a las 9-10 de la mañana tenía que llegar al INER para que se hicieran los estudios. Entonces, imagínate a qué hora tenía que irme, como salirme de mi casa, como a las 5 de la mañana más o menos para poder irme allá al INER».

«[...] pues el de La Perla estaba en Neza, y yo estaba en el estado de México, allá en Ecatepec. Entonces si era algo diferente, porque era como una hora y media de ahí a mi casa al CAPASITS de La Perla».

«[...] después yo por mi mal forma de tomármelas, llegó un momento en él que ya el medicamento se me hacía resistencia al cuerpo, y me cambiaban. Me estuvieron cambiando un montón de cócteles, hasta el último cóctel que tome yo allá de México, fue cuando tomaba como 5 pastillas, como 4 pastillas en el día y 5 en la noche. Cuatro pastillas en la mañana y ya por la noche 5.»

Las dificultades y los problemas en el abastecimiento de medicamentos son puntos que fueron también expuestos por las ONG locales. Estos problemas pueden causar que el paciente entre a la fase SIDA de la enfermedad, lo cual lo expone a enfermedades oportunistas y posiblemente a la muerte. La ausencia de conexión con el paciente fuera del contexto médico sugiere que se deben crear programas dedicados a reconectar y enlazar

activamente con las personas que por diferentes razones se salen del programa de seguimiento médico.

Dana: *«Hay compañeras que si necesitan su tratamiento pero que ya están en una etapa que ya no pueden ni caminar. [...], te citan a una hora y te reciben 6 horas después, donde la compañera está que ya no aguanta ni por estar sentada, que tiene que estar descansando, tratando de reposar. Pero es que es algo triste.»*

«[...] el más fuerte es que no abastecen con los medicamentos para mujeres trans con VIH. Mucho antes de que yo iniciara mi asociación civil y que me aliara con XXXXX., vivimos muchas, muchas, muchas tristezas con compañeras que se murieron, que llegamos a encontrar incluso muertas en sus departamentos porque no llegaron a darles sus medicamentos, de que les negaban medicamos. Es algo triste».

Desde que viven en la región de San Francisco, Belén y Valentina tienen seguros que cubren el seguimiento médico, los medicamentos antirretrovirales y algunos procedimientos de afirmación de género. Belén es elegible en el programa estatal Medical por su discapacidad y por sus ingresos limitados. Valentina tiene acceso a un seguro privado mediante su empleador. Las dos mujeres están extremadamente satisfechas del tratamiento que reciben en las clínicas especializadas y afirman nunca haber recibido un trato discriminatorio. Estas clínicas se especializan en la atención a la población trans, LGBT y otros sectores marginados. Los doctores y el personal son altamente especializados y algunos miembros de sus equipos son personas trans. La distribución de los fármacos se hace mediante sistemas de farmacias privadas, lo cual parece garantizar un abastecimiento adecuado de medicamentos de última generación.

Valentina: *«[...] lo hago en Kaiser. No he tenido ningún problema, todo lo han hecho muy bien. Y creo que estoy muy bien ahí. [...] todo lo tienen en control ellos, son sumamente delicados con todo, justamente antes de que tú llegaras me acababan de llamar para decirme que el lunes tengo una cita, que si estoy bien con el horario, que si necesito cambiarlo, ellos siempre están muy preocupados. El trato es muy perfecto. Para mí, muy bien».*

Belén *«[...] En Waddell, y en el API Wellness Center. Uy, me encanta, me encanta. Ahí mi doctor es muy bueno. Bien atentos, siempre muy atentos en mi salud. Y como sabe que no le quedo mal y no le fallo, porque sabe que me tomo mi medicamento como debe de ser, y se da cuenta cuando me hacen mis CD4 y mi carga viral porque siempre salgo indetectable, indetectable, indetectable. Y eso para mí, habla muy bien de ti, dice. Eres una de mis mejores pacientes dice».*

La cualidad del trato que reciben las mujeres trans en San Francisco fue confirmada por Stella de la ONG trans latina, quien considera que el excelente trato se debe al hecho de que las clínicas especializadas se enfocan en las necesidades de las mujeres trans y buscan la inclusión del paciente, lo que permite pasar a un modelo médico basado en los derechos humanos y la dignidad del paciente:

Stella: *«Es muy fácil acceder a los servicios y más cuando una por decir está diagnosticada como positiva, es más fácil que den ayudas. [...] cuando yo llegué a San Francisco, admiré bastante que todos los doctores están familiarizados con la comunidad trans y me sentí muy a gusto porque en Norte Carolina no teníamos esos medios, iba a un doctor y no había un*

doctor capacitado para darme una receta para las hormonas, porque no tenían el conocimiento de lo que es la comunidad trans. Aquí en San Francisco, sí lo tenemos. Yo pertenezco a Kaiser y ahí lo tienen. Las chicas pertenecen a Médical y ahí lo tienen. Hay gente en San Francisco y aquí tienen toda la información. Me da mucho gusto, incluso, yo antes de pertenecer a la Kaiser, pertenecía a la Universidad de San Francisco y ahí tenían todo, todo. Así que estoy muy contenta por eso, por ese paso que está dando la comunidad de San Francisco».

Valentina y Belén nunca habían escuchado hablar de la profilaxis preexposición (PREP) antes de su llegada a Estados Unidos. Las dos consideran que es una herramienta muy útil y afirman que les habría interesado tomarla si hubiera sido disponible cuando vivían en México. Myriam y Dana, dos responsables de ONG en México y trabajadoras sexuales, no habían escuchado hablar de la PREP al momento de la entrevista en 2017, lo que parece confirmar que existen deficiencias en cuanto a la comunicación e información sobre el VIH³⁶⁶ y las técnicas disponibles de prevención en México, métodos que podrían ayudar a bajar de manera drástica las incidencias de VIH en el país, especialmente, si se ofrece este método de prevención en los mismos puntos de servicios que las hormonas y otros servicios especializados para mujeres trans^{367 368}:

Valentina: *«Siento que sería una herramienta que ayudaría mucho a la población. La verdad es que creo que allá se necesita mucho ese método de prevención».*

Belén: *«Allá es que, sinceramente, en México falta mucha, mucha información que aquí hay. Muchísima información de la que aquí hay, falta mucha en México. Porque por ejemplo, aquí sabemos lo de PREP. Ahí en México ni saben, ni por la cabeza les pasa, lo que es lo de PREP. Si antes de infectarme, si hubiera escuchado sobre PREP, lo hubiera tomado».*

En San Francisco, el programa de PREP se promociona mediante las ONG, los proyectos piloto de investigación y programas enfocados a la población trans. Estas estrategias sirven para concienciar a las mujeres trans, para normalizar tanto las pruebas rápidas de VIH como la toma de la pastilla de profilaxis como métodos de prevención activa. Las actividades de promoción ayudan a difundir los conocimientos dentro de la misma población y reducen los riesgos de VIH en las comunidades marginadas. Algunos de estos programas proporcionan a las participantes pequeñas compensaciones monetarias para incitarlas a participar de

³⁶⁶ Arantxa Colchero, M., Cortés-Ortiz, M. A., Romero-Martínez, M., Vega, H., González, A., Román, R., ... Bautista-Arredondo, S. (2015). HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Publica de Mexico*. <https://doi.org/S0036-36342015000800002>

³⁶⁷ Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016, October 18). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*. International AIDS Society. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>

³⁶⁸ Sevelius, J. M., Keatley, J., Calma, N., & Arnold, E. (2016). "I am not a man": Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Global Public Health*, 1–16. Retrieved from <http://www.tandfonline-com.ezp-prod1.hul.harvard.edu/doi/full/10.1080/17441692.2016.1154085>

manera continua en el programa, una técnica que podría también dar resultados con algunas comunidades en México³⁶⁹.

Stella: «[...] mi compañera se encarga de navegación de PREP y ese es un programa que actualmente lo empezamos a dar aquí en el programa y se les dieron los fondos para dar esos temas, que es muy importante y las chicas se lo están tomando. Llevan su pildorita siempre y a mí me da gusto».

«[...] vamos a la primera cita y ellos nos hablan de PREP, que si estamos metidos en la PREP, así que la gente que no está familiarizada, ellos mismo nos avisan lo que es la PREP. En mi caso, cuando yo llegue en el 2010, todavía no estaba lo de la PREP, pero hace poco nos mandaron la información de lo que es la PREP, mi amiga la mandaron para que se capacitara para lo que es PREP y damos talleres de prevención, vemos si las chicas están con la PREP si no las metemos al programa, que sea mediante triunfo o su aseguradora que se cualifique».

Las diferencias claras de trato médico recibido entre México y San Francisco parecen confirmar que las autoridades sanitarias en México deben continuar con el procedimiento de reflexión, así mejorar los servicios ofrecidos a la población trans y responder a las carencias y deficiencias reportadas por las usuarias y las ONG. Para lograr este cambio, resulta imperativo consultar a las personas afectadas, para que la calidad del servicio corresponda a sus expectativas, necesidades y para que sean garantizados los derechos fundamentales. La apertura de clínicas especializadas para mujeres trans en la Ciudad de México y Oaxaca representa, sin duda, unos primeros pasos en la buena dirección. Diferentes países de América Latina, como Perú³⁷⁰, Chile, Uruguay³⁷¹ y Argentina, han tenido éxito con el modelo de clínicas especializadas para persona trans, mientras que México debería evaluar esas experiencias con el fin de desarrollar una versión nacional de las mejores prácticas.

Cambio de identidad de género

Las leyes de identidad son herramientas esenciales para poder otorgar a las personas trans seguridad jurídica y, en muchos casos, que puedan conseguir el respeto que se merecen como seres humanos y ciudadanos. Valentina y Belén completaron sus cambios oficiales de nombre e identidad de género en Estados Unidos. Por un lado, las dos confirmaron que este

³⁶⁹ Galárraga, O., Sosa-Rubí, S. G., Gonzalez, A., Badial-Hernández, F., Conde-Glez, C. J., Juárez-Figueroa, L., ... Mayer, K. H. (2014). The disproportionate burden of HIV and STIs among male sex workers in Mexico City and the rationale for economic incentives to reduce risks. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19218>

³⁷⁰ Salazar, X., Nunez-Curto, A., Villayzan, J., Castillo, R., Benites, C., Caballero, P., & Caceres, C. F. (2016). How Peru introduced a plan for comprehensive HIV prevention and care for transwomen. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20790>

³⁷¹ Coleman, E., & Candelario-Pérez, L. (2018). Traducción al español de las normas de atención de la asociación profesional mundial Para la salud del transgénero: Introducción. *International Journal of Transgenderism*, 19(3), 280–286. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1498266>

procedimiento representó para ellas un paso importante hacia la dignidad y el reconocimiento de las personas trans; por otro lado, que las leyes de identidad en México son necesarias para empezar a cambiar el paradigma de exclusión y discriminación:

Valentina: *«Creo que uno de mis mayores logros en mi vida, ha sido ese. Creo que, cuando voy a un lugar, no tengo ese problema de que muestro mi documento y la gente vea que es género hombre y que tengo un nombre diferente. Ahora voy a cualquier lugar y presento mi documento y ok, toma. No hay ningún problema, mi vida ha cambiado. Cuando el juez me otorgó ese papel oficialmente, para mí fue el momento más feliz de mi vida».*

«Creo que el punto más principal para poder apoyar a la comunidad trans sería una ley de identidad, pero desde un lugar, el lugar que nos corresponde como personas en la sociedad. Podernos dar el derecho a tener un nombre y un género que en verdad nos identifique. Para esto hay muchos pasos que pueden hacer, para poder identificar que personas son aplicantes a poder tener un cambio de nombre y con eso creo que le facilitarían la vida y le harían muchísimo más fácil a las personas para poderse desarrollar, laboral, económica, con vivienda, educacional, todo esto quitaría mucho estigma, mucha discriminación, porque creo que una persona puede ver y saber que eres trans pero si todos tus documentos establecen que eres de género femenino y te llamas del nombre con el que te identificas, eso te da un respeto y te da acceso a todos los servicios».

Valentina afirma que el procedimiento en Estados Unidos ha exigido varios pasos, pero que el juez y el personal administrativo la trataron con respeto y dignidad:

Valentina: *«Todo fue muy bien, todo fue muy bien, me trataron con respecto, fue muy rápido, muy rápido y todo muy bien. Cambie todo. Cuando llamé el juez me otorgó el documento oficial, yo lo compartí con migración, lo compartí con todos para hacer todos mis cambios, social security, permiso de trabajo, documentos todo, todo. Fue un proceso muy complicado cambiar tantos documentos, pero se siente bien poder tener toda tu documentación tal cual te identificas, tal cual eres y eso te genera, eso te quita un gran peso, te quita mucho estigma para las mujeres trans, por tener un documento que te identifique, te hace la vida un poco más fácil».*

El hecho de no disponer de los documentos oficiales que correspondan a su identidad de género hace que las mujeres trans eviten situaciones o contextos que puedan llevar a enfrentamientos, cuestionamiento indebido o discriminación. Por tal motivo, cuando Belén tenía que completar algún trámite, usaba la identidad que le asignaron al nacimiento:

Belén: *«[...] yo allá pues, mis papeles eran de hombre, y pues yo me vestía de mujer y con todo, tenía un nombre que yo sé que no era legal, nada más era de palabra, de dicho, yo decía que me llamaba tal y así. Pero, para cosas legales o así, yo sabía cuál era mi nombre y si yo quería hacer un trámite bien de esos, yo sabía cuál era mi nombre y no me interesaba que yo estuviera vestida de mujer y que tuviera que hacer algún trámite, alguna cosa este, con mi nombre de hombre».*

La batalla para conseguir leyes de identidad y para ayudar a las mujeres trans a completar el trámite, son dos de las principales actividades de las ONG que prestan servicios para las mujeres trans en México y en Estados Unidos. Las personas entrevistadas para este trabajo están conscientes de la importancia de esas leyes y consideran que es la piedra angular de la

igualdad de derechos. Para eso, impulsan cambios legislativos para que esas leyes se adopten en otros estados de la República mexicana.

Dana: «[...] ahorita ya con el cambio de identidad, ya se nos han abierto más espacios, más puertas a que, a que nos traten como personas de apariencia femenina, y así somos ante la ley, tenemos una ID que nos avala, que somos unas mujeres, donde podemos ir a pedir un trabajo en algún lugar, no solamente en el trabajo sexual, y que podamos ejercer el trabajo que nosotras elijamos».

Myriam: «Aunque tú tengas tu carné de cambio de identidad de género, la gente te sigue tachando como tal. Todavía hace falta mucha información por repartir. La mayoría de las chicas no ha podido tramitar su cambio aquí en la Ciudad de México, por eso mismo, porque vienen de las afueras, porque no son aquí de la Ciudad. Desconocen las leyes y reformas de aquí. Entonces muchas no se defienden. De hecho, apenas ahorita se acaba de aprobar la ley de identidad de género en Nayarit y eso es un gran logro porque se va extendiendo a toda la República, y así va a ser menos difícil a que las chicas se vengán todas para acá, ya van a asistir a sus estados. Ojalá llegue ese momento, ese día en que en toda la República puedan las chicas trans vivir, en donde quieran».

Lola: «Porque con eso, las chicas están más que nada ahora que satisfechas, porque tú vas a una dependencia, por ejemplo, de gobierno, y que te llamen por tu nombre, la verdad, es vergonzoso porque la gente volteá a ver y dice uyyy yo estoy viendo la apariencia de una mujer y te llaman por un nombre masculino. Entonces en ese aspecto, para las chicas es algo que, el cambio de identidad es bueno, porque ya no cualquiera va a voltear a verlas, pero que no nada más quede en eso, también las vamos a empoderar para que busquen su trabajo en áreas de gobierno, también en el ámbito político porque hay muchas chicas que van preparadas, bastante preparadas. Hay chicas que son contadoras, abogadas, licenciadas y no crecen por lo mismo».

Bernardo: «Imagínate como les cambia la vida a las chicas. No sabes cuantas chicas salen casi llorando. Hay chicas que dicen, es que no sabes como he soñado llegar a eso, formalmente tener el documento, ahora si eres mujer. Y ellas salen con una ilusión, con una sonrisa en el rostro que dices tú guau, que padre no, que padre que lograron y fuimos el canal, que aportamos para llegar a que tengan ese cambio de identidad».

Para garantizar la seguridad jurídica, algunas organizaciones como las que entrevistamos en México, acompañan a las mujeres trans en su recorrido legal para conseguir el cambio de nombre y de identidad. En el caso de la principal ONG entrevistada en México, incluye el acompañamiento de las mujeres al registro civil principal y el desarrollo de una relación de confianza con las autoridades notariales de la ciudad, lo cual facilita los trámites y un trato digno.

Lola: «Más que nada yo lo hago la verdad porque yo pasé por lo mismo y no me gusta que la gente aproveche de las demás. Porque cuando yo cuando iba a hacer mi cambio la verdad, un abogado me lo hacía en aquel entonces en 35.000 pesos. Y ahorita que se presenta la oportunidad de que es gratuito y que más que nada lo está haciendo el registro civil, de aquí de arcos de Belén y gratis, pues para mí se me hace verdad, y acompañarlas porque hay gente que se aprovecha de eso para lucrar con la gente, y no se vale. Pero ahorita yo voy

sacando bloques porque también es desgastante, estar llevando de persona en persona. Entonces vamos a sacar bloques de 10 para no estar yendo diario, diario, diario y ahorita van a ser 10 cada 15 días para que las chicas traigan su cambio de género y que no nada más termine en eso. Porque también debemos empoderarlas para unos trabajos, para que entren a trabajos públicos, áreas de gobierno. O sea no nada más que se queden en un simple cambio de identidad y que ya quedé allá, no. Se trata de empoderar a la comunidad LGBTTTI, que no quede ahí nada más».

Bernardo: *«[...] parte de las sesiones que se proveían es hacer la vinculación con las diferentes instancias gubernamentales. La semana pasada tuvo una reunión de manera frontal, abierta, la titular XXXXX y la maestra Lola para crear esos vínculos de manera institucional para que haya un trato digno, humano, de respeto, de inclusión y no discriminación. Falta mucho por hacer, falta mucho, mucho por hacer, pero finalmente estos cambios, estos cambios de identidad sexogenérica marcan la pauta para que tengan una identidad política y que no queden en ese estigma de como comenta la maestra, de que voltean y pues su figura es femenina y no coincide con su nombre biológico ¿no?»*

Amanda, como usuaria de esa ONG, se ha beneficiado del acompañamiento que ofrecen para cambiar el acta de nacimiento y las identificaciones oficiales. Amanda ha obtenido un trato muy favorable y respetuoso, algo que le sorprendió. El cambio paulatino de las actitudes de los servidores públicos puede probablemente explicarse por el trabajo continuo de las ONG locales, las cuales enlazan con las autoridades e instituciones mientras que imparten talleres para motivar las autoridades a ofrecer un trato digno y libre de discriminación:

Amanda: *«Llegamos muy temprano y nos subimos al juzgado y ya estaba ahí una chica. Primero pasó a decirle que veníamos por el trámite y sí, la verdad nos hablaron, nos atendieron muy bien y ya la chica recibió mis papeles. Había un secretario también, los chicos que laboran ahí, muy atentos, muy preparados para el tema yo creo. Al último pasé con la señora que rectifique mis datos y la verdad muy, muy, muy amable. Hasta me dijo, ay, que bonito nombre, que buena elección, todo súper bien. Salimos y no tardamos casi nada. Y después de ahí fui directamente al INE, que ahí también me quedé sorprendida. La verdad las chicas súper atentas, me sorprendió que, para ellas, no fue un tema como de otro mundo. Es para que ella dijera: ¡Ayyy esta viene por un cambio de identidad! No, lo más normal. Me sentaron, no espere ni diez minutos ya sentada. Cuando me pasaron, directo al módulo cinco y ya la señorita me dijo, ¿usted es la chica del cambio de identidad? Dije, sí. Entonces me dijo: ponle sus deditos y ya me buscaron la impresión anterior por medio de mis huellas».*

Sin embargo, las activistas reconocen que la lucha para los derechos de la comunidad trans va más allá del reconocimiento jurídico y que la identidad legal debe ser acompañada con medidas concretas para garantizar un acceso igual a las políticas sociales, al empleo y a un ambiente social libre de discriminación.

Lola: *«[...] todavía falta mucho, mucho. No creas que porque la marche sigue porque eso no nada más se queda en un simple cambio de género, toda falta, falta que el gobierno haga algo por la comunidad LGBTTTI. No nada más un simple cambiecito de nombre y ya. Tenemos que tener espacios públicos, vivienda, salud, todo. Inclusión en todos los aspectos».*

Bernardo: «[...] se han avanzado como te comentaba hace rato, políticas públicas en la Ciudad de México, pero falta mucho por hacer, políticas públicas concretas en beneficio de la población. Sí se han avanzado en el cambio de la identidad sexogenérica. Pero faltan políticas públicas transversales en salud, en vivienda, en educación, en trabajo. ¿A las chicas, qué les va a avanzar un cambio de identidad sexogenérica si no tienen para comer?».

En California, se han modificado las leyes para facilitar el trámite. Stella, la cual hizo el trámite antes de los recientes cambios legislativos, comentó de qué forma esas modificaciones legislativas facilitaron el acceso al cambio de identidad y nombre en los papeles de identificaciones:

Stella: «[...] en el 2010, me cambié de nombre y era prácticamente una pelea. Tenía que ir a la corte, pararme enfrente de todos y el juez me decía que por qué yo me quería cambiar el nombre y yo prácticamente le decía que no me sentía a gusto, que era una chica transgénero. Pero sí, pasar esa vergüenza creo que es algo feo. Actualmente, ahorita, hemos tenido muchos cambios [...] Hace unos ocho meses todavía teníamos que luchar con un cambio de nombre firmado por la doctora, que la doctora dijera que estamos en hormonas, que lo aceptaba. Actualmente ya no se necesita eso. Actualmente nada más voy, digo que soy una chica trans, lleno el papeleo para el cambio de nombre, se me da la cita en un mes o dos meses y es fácil. Ya no vamos, ya no nos paramos en la corte. Yo he llevado a muchas chicas que yo me he sorprendido. Las primeras que llevé, después de que haya cambiado todo esto, yo regresé, nos dieron la hoja, nos dijeron: ya está aquí. Y yo pregunté, ¿pero todavía tenemos que esperar? Nos dijeron no, ya está el papel, ve abajo, sácale cinco copias y ya está. Y es algo muy rápido».

La simplificación de los trámites de cambio de género y de nombre en México y en California es positiva, lo cual permite a una proporción más grande de mujeres trans acceder a este paso crucial que maximiza su bienestar e inclusión social. La experiencia positiva y reciente de Amanda sugiere que la Ciudad de México ha logrado mejorar la atención a las mujeres trans en los últimos años, para garantizar la dignidad y los derechos fundamentales. Las entidades administrativas más liberales como la Ciudad de México y California deben promover el éxito de sus experiencias administrativas, de esta manera servir de modelo y contribuir al desarrollo de políticas similares en otros estados de sus países respectivos.

Afirmación de género

Los costos relacionados con las operaciones y procedimientos de afirmación de género son prohibitivos para la mayoría de las mujeres trans en México. Adicionalmente, las hormonas de prescripción se ofrecen solamente en algunos establecimientos especializados de salud pública como la Clínica Condesa en la Ciudad de México. Esta situación explica por qué Valentina y Belén han tenido acceso formal a estos procedimientos, solamente a partir de su llegada a los Estados Unidos. Efectivamente, dichos procedimientos forman parte de los gastos cubiertos por sus seguros de salud, lo que les permite tener la apariencia femenina con la cual se sienten cómodas y socialmente valoradas. La inclusión de la afirmación de género, dentro de los procedimientos cubiertos, deriva del reconocimiento de que las operaciones pueden tener efectos positivos para aliviar lo que algunos médicos siguen llamando *disforia de género*, lo cual es considerado por las empresas de seguro como padecimiento.

Valentina: [...] la aseguranza está muy bien, es algo dentro de mis límites, no está fuera de mi alcance. Cubre todo, todo. Ahora estoy en proceso de cirugía para reafirmar mi sexo, entonces todo está, todo lo tienen en control ellos, son sumamente delicados con todo, justamente antes de que tú llegaras me acababan de llamar para decirme que el lunes tengo una cita, que si estoy bien con el horario, que si necesito cambiarlo, ellos siempre están muy preocupados».

Belén: «El Medical me cubre todo, el medicamento, el doctor [...] me dieron, me pasan hormonas».

Stella afirma que existe una excelente relación con las instituciones de salud y de investigación, las cuales ayudan mucho a las personas de la comunidad trans a iniciar los pasos de afirmación de género mediante los seguros médicos:

Stella «Hago referencias para las hormonas y los hospitales se están peleando para que nos llevemos a las participantes, y eso me da mucha emoción porque tenemos mucha ayuda de todos los hospitales. Ahorita tenemos una aseguradora que nos cubre a la comunidad trans, especialmente de San Francisco, nos cubre los senos, el cambio de sexo, la feminización, y también la depilación. Creo que solamente esto, así que estamos guau. Muy, muy buena».

Debido a la imposibilidad o a las dificultades vinculadas a la afirmación de género en México, muchas mujeres trans recurren a productos de contrabando o cirugías hechas por personas sin cualificaciones médicas³⁷². Valentina afirmó haber usado hormonas conseguidas en el mercado negro. Además, confirma que la inyección de sustancias no regularizadas es algo común, hecho mencionado también por Stella:

Valentina: «[...] allá tomaba hormonas, pero eran clandestinas, en mi época que yo estaba allá, no había nada, ningún doctor que nos guiará, que hormonas o que deberíamos de tomar. [...] es un derecho humano poder tener estos medicamentos y poder desarrollarnos como personas y desarrollarnos de la identidad que queremos. Pero si no tenemos un médico que nos guíe, de cómo hacer las cosas, pasa demasiado, se inyectan siliconas que no son apropiadas para el cuerpo o aceites, se ponen cualquier tipo de cosas que las lleva a la muerte. Si tuvieran un médico que nos diga: tienen que tomar estas dosis hormonales, mejoraría muchísimo más nuestro desarrollo».

Stella: «Yo tengo muchas amigas que vienen a San Francisco y que desgraciadamente por la información, se pusieron aceite comestible en los pechos y que aquí en San Francisco vienen y se lo remueven gracias a las aseguradoras. Pero ya no es lo mismo, les cambia totalmente el cuerpo y también eso es ignorante de México, de no saber y de decir a las chicas bueno pues creo que hay que ir al doctor, pero si no tenemos los recursos allá, pues como poder decir eso. Y aquí les digo a todas, hay que ir a los doctores a checarlos y si cualificamos para nuestras aseguradoras, pues hay que hacerlo».

³⁷² Metastasio, A., Negri, A., Martinotti, G., & Corazza, O. (2018). Transitioning bodies. The case of self-prescribing sexual hormones in gender affirmation in individuals attending psychiatric services. *Brain Sciences*, 8(5). <https://doi.org/10.3390/brainsci8050088>

La afirmación de género puede a veces estar influenciada o provenir de la presión social, la cual determina que la mujer trans debe corresponder a algunos criterios, normas y expectativas de belleza o aspecto físico. La existencia de concursos de belleza para las mujeres trans y la participación en actividades vinculadas a la belleza y estética, pueden ayudar a algunas mujeres a sentirse valorizadas y confirmadas en su aspecto femenino. Sin embargo, estos mismos concursos pueden incitar a las mujeres a modificar sus cuerpos y su apariencia para cumplir con ideales y estereotipos sociales impuestos. Amanda, *Miss belleza trans mexicana*, parece haber ganado mucha confianza derivada de la validación que le procuró su participación en esos concursos. No obstante, confirmó también que los criterios impuestos por estas competencias influyeron en sus pasos y etapas de afirmación de género y modificación corporal:

Amanda: «[...] me costó aceptar que tenía que cambiar ciertos aspectos de mi persona para poder ser una miss nacional, que no era lo mismo que ganar un concurso estatal, o algún certamen pequeño. Entonces, fui arreglando cosillas, por ejemplo, dejé de ser rubia para ser castaña, para verme más latina, adelgacé más, cuidar a mi cuerpo y a mi alimentación, yo me había arreglado de más la cara, entonces tuve que ir quitando, quitando, quitando para regresar a los rasgos anteriores, ¿no?»

La afirmación de género puede tener un impacto muy positivo sobre la salud mental y física de las personas trans que la desean. Poder tener una apariencia física que corresponda a su identidad de género, y en algunos casos a sus documentos, puede contribuir tanto a una disminución de las ocurrencias de discriminación como ayudar a ampliar las oportunidades en el sector del empleo. Como hemos mencionado anteriormente, México debe contemplar la distribución nacional de hormonas para las personas trans que desean usarla, así como otros tipos de cirugías y procedimientos estéticos que podrían incluirse dentro del cuadro básico de prestaciones cubiertas por el sistema de salud nacional, tal como se ha hecho en países como Chile y Argentina, en donde se considera legalmente que adecuar el cuerpo a la identidad autopercebida permite garantizar el goce de la salud integral³⁷³.

Relación con las fuerzas policiales

Las entrevistas realizadas con Valentina, Belén y las diferentes ONG, confirma que las relaciones tensas con las fuerzas policiales son uno de los desafíos principales para las personas trans. Discriminación, extorsión, acoso y negación de servicios figuran entre las principales actitudes que podemos reprochar a los cuerpos de seguridad. Esta situación es grave, debido a que las personas trans son privadas de la protección regular que debería gozar cualquier ciudadano en una sociedad democrática. La falta de confianza en los servicios de policías complica el acceso a la justicia y expone las mujeres trans a graves violaciones de sus derechos básicos, particularmente en el contexto del ejercicio de la prostitución.

³⁷³ Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. (2015). Atención de la salud integral de personas Trans: Guía para equipos de salud. Buenos Aires. Disponible en línea: <http://www.msar.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud integral-personas-trans.pdf>

Valentina ha sufrido de abusos y extorsión por parte de los policías cuando ejercía la prostitución y también en el contexto de las actividades de prevención para la ONG donde trabajaba:

Valentina: «[...] Sí, tuve una experiencia muy, muy perturbadora cuando regresaba de trabajar. Yo era educadora de salud en la comunidad trans y siempre tenía un bolsón y llevaba condones, lubricante y todo lo que dábamos como para las personas para hablar de prevención y la policía me pidió que me detuviera porque iban a hacerme un registro. Yo accedí y todo, revisaron mis documentos y vieron que era género hombre y en ese momento, la forma de tratarme cambió radicalmente, me hincaron, me pusieron de rodillas, me pusieron las manos sobre la cabeza y me dijeron que qué hacía, por qué andaba con todo eso. Comenzaron a tratarme mal, que era un maricón, me pegaron un par de patadas y todo eso. Cuando yo les pedía que no hicieran eso, me decían que estaban tratándome de la forma en cómo se trataba a todos los hombres y que yo era un hombre».

«[...] es muy difícil tener relaciones políticas con los policías. No tienen la educación necesaria, ellos creen que siempre tienen la razón, creen que lo saben todo y el protocolo de cómo tratar a la comunidad trans nunca ha sido tocado en esos espacios, así que no tienen la educación, ni la capacidad de podernos tratar. Entonces fue muy, muy difícil para mí, muy difícil poder llegar a estos grupos, porque nunca ellos fueron como diseñados para recibir educación de una persona trans o que me parara a hablar a un grupo de policías y decirles, tratar de educarlos, es para ellos algo como humillante, o son demasiado machistas para aceptar que deben aprender cómo tratar a las diferentes comunidades».

Belén por su parte también considera que existe todavía mucho trabajo para lograr cambiar la actitud de los policías hacia las personas trans. Según ella, las fuerzas policiales consideran fundamentalmente a las personas trans como seres inferiores, indignos de ser respetados, considerados y ayudados:

Belén: «[...] hasta eso los policías no nos toman en cuenta. Allá en México, nosotras no valemus, somos un cero a la izquierda, allá lo que nos pasa es lo que nos buscamos nosotras. Allá, desgraciadamente en México, a las trans, o cualquier persona de la comunidad LGBTQ, si no nos tachan de sidosas, porque así no dicen sidosas, nos tachan de prostitutas, nos tachan de rateras, nos tachan de todo, lo más peor que nos pueden tachar. Entonces si tú acusas algo de eso a la policía, la policía no te hace caso, porque dicen: te lo ganaste por prostituta, además tiene SIDA o si no es que hayas querido robar al hombre y te golpeo, entonces ya no te hacen caso».

En San Francisco, la relación con los policías puede ser también tensa. La criminalización de la prostitución y la concentración de personas trans en barrios donde existe una fuerte presencia policial (*Tenderloin*), aumenta las ocurrencias de detención arbitraria, cuestionamiento o intimidación. Belén, quien vive en este barrio, considera que la policía no está lo suficientemente presente para protegerlas de sujetos que pueden ser peligrosos, pero al contrario suelen vigilar a las personas trans como si fueran delincuentes:

Belén: «[...] luego la policía también es un poco como tipo en México [...] una vez, yo iba caminando, para ir a comer unos panuchos. Entonces yo iba caminando y no me gustó que

la policía iba por allá y justamente, por casi a mi altura, se paró y me echó las luces esas de arriba, como diciendo, que está haciendo, ¿anda vendiendo droga o qué?

Stella considera que existen en San Francisco situaciones de acoso en cuanto al estatus migratorio, a pesar de que la ciudad fue declarada como ciudad santuario. El miedo de ser deportado se agrega en el caso de las personas trans latinas a otros factores de discriminación y violencia, una situación documentada en otros estudios³⁷⁴:

Stella: *«Las fuerzas policíacas aquí en San Francisco se han contradicho mucho. Yo lo veo con los migrantes y yo también como chica latina migrante, yo lo veo mucho. Se fijan por los rasgos latinos y nos están preguntando por el estatus. Entonces es una lucha fuerte que todavía estoy viendo, es una lucha, no de la comunidad, pero en general de toda la comunidad latina, Centroamericana que viene por acá, que a veces tenemos miedo de denunciar los casos a la policía, porque al denunciar, nos preguntan por nuestro estatus. [...] Entonces que como que la policía se está contradiciendo, diciendo que apoya la comunidad trans pero a la vez, no la está apoyando. Nos falta lucha en este tema».*

Crímenes de odio y acceso a la justicia

La discriminación generalizada hacia las personas trans, la ausencia de protección jurídica y de acceso real a la justicia, favorecen un clima social de odio en el contexto del cual los asesinatos y la violencia extrema son muy comunes. La totalidad de las personas trans entrevistadas para ese trabajo de investigación tuvieron amigas que fueron asesinadas por su identidad de género. La situación es altamente preocupante, particularmente en un contexto de sociedad democrática, lo cual parece confirmar que las personas trans no solamente tienen que luchar de manera cotidiana por conseguir un trato digno sino también deben protegerse del odio, el cual puede llevar a problemas mayores o consecuencias mortales. Valentina y Belén perdieron amigas por crímenes de odio y estuvieron conscientes que ese triste destino podía también ser el suyo, por el simple hecho de existir en una sociedad que les niega el respeto básico de sus derechos fundamentales:

Valentina: *«[...] mi mejor amiga y mi mentora, como mi guía, era una activista en derechos humanos [...] ella fue asesinada y torturada. La verdad es que fue una pérdida muy dolorosa para todas las que trabajábamos en la organización y para mucha gente, porque ella era muy querida, muy querida, había hecho un trabajo muy grande y así. Otras personas más que conozco, activistas y no activistas también de derechos humanos, mujeres trans, han sido brutalmente asesinadas, brutalmente».*

Como demuestran las estadísticas mencionadas anteriormente en esta investigación, la mayoría de los crímenes de odio en México siguen impunes. Existe una tendencia fuerte por parte de las autoridades a catalogar este tipo de homicidios como crímenes pasionales o, en el mejor de los casos, vincularlos a otras categorías de crímenes menores para evitar procedimientos de investigación largos y complejos. Al no investigar con seriedad y al evitar

³⁷⁴ Bienestar Human Services, Galvan, F. H., & Bazargan, M. (2012). Interactions of Latina Transgender Women with Law Enforcement. Retrieved from <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Galvan-Bazargan-Interactions-April-2012.pdf>

una clasificación formal de este tipo de eventos como crímenes de odio, las autoridades judiciales revictimizan a las víctimas.

Valentina: «[...] ninguno de esos casos ha sido finalizado, ninguno, todos siguen en investigación. Tratan de relacionarlos con otros tipos de situaciones, pero cuando en realidad, basta con ver el cuerpo, como quedan los cuerpos de las mujeres trans tirados cuando las han asesinado para saber que es un crimen de odio, por identidad de género. Y hasta el momento no hay ninguna mujer trans que se haya hecho justicia el caso de ella, ninguna. [...] en toda Latinoamérica, utilizan esta versión (crimen pasional) para poder liberarse de una investigación larga y porque al final, al cabo dicen son personas trans, se lo merecían, es lo que tienen por lo que son. Creo que todos somos seres humanos y todos necesitamos igualdad, para eso».

Los crímenes de odio pueden ser analizados también como la consecuencia más trágica de una falta de acceso a la justicia y a la protección de las fuerzas del orden. Efectivamente, las dificultades que encuentran las mujeres trans al querer denunciar situaciones de abuso, violencia o discriminación las dejan expuestas y vulnerables frente a vejaciones mayores.

Belén: «Que si nosotros vamos a reportar algo, que la policía o algo así, ya nos tome en serio, nos tome en cuenta, nos haga caso, porque ya te digo que nunca nos han hecho caso, siempre nos han hecho como un cero a la izquierda, o sea que como que no tenemos voz, ni voto. Entonces, creo que por eso se han quedado impunes muchas cosas porque así, si la policía nos hiciera caso a nuestro aviso, cuando les damos aviso de algo, si nos hicieran caso, pues ya, esas muertas impunes de mis amigas no estarían ya impunes, habrían encontrado lo que es».

Valentina: «[...] nunca nos tomaban atención, nunca nos tomaban atención porque siempre decían que nosotros lo buscábamos, que era lo que habíamos buscado y que teníamos pues que soportar lo que nosotras mismas buscamos».

En algunas situaciones, las personas trans que denuncian pueden incluso ser consideradas como culpables en lugar de víctimas y ser recluidas en sistema carcelario, donde sus derechos serán aún más violentados y se verán expuestas a formas adicionales de abuso y maltrato, situación denunciada por la activista trans, Myriam:

Myriam: «Muchas personas que están en reclusión, en su mayoría transexuales digo, son metidas en el reclusorio porque la ley las define como tal, o sea las acusan y se van. Tan solo por discriminación, porque no los pagan, o sea nuestro género como esté, no está bien visto. Ya han cambiado mucho las reformas las leyes y todo, pero en realidad la discriminación sigue. Como te digo, y todo eso de la policía es una problemática muy fuerte, porque como te digo, muchas personas van a reclusorio por parte de su discriminación, su homofobia de ellos. O sea, dicen tal vez algunas van acusadas por ciertos delitos, pero ellos no les dan importancia si ellas tienen la razón o no. Supuestamente ellos cumplen con su trabajo, pero hay muchos delincuentes afuera que denuncias y no arrestan a esa gente».

«[...] yo tengo unas compañeras, amigas mías que han estado aquí en la calle y que de una u otra manera he tenido contacto con ellas y han sido muy nulos sus derechos adentro (en la cárcel), las tratan muy mal, llevaban un tratamiento hormonal porque hay mucha comunidad trans adentro y violan mucho sus derechos, no como deben de tener (...) Pues

hay que apoyarlas hay que difundir que ellas también necesitan ayuda, que ellas también están solas. Porque aquí uno como quieras se mueve para alzar la voz para sacar lo de nuestros derechos, pero ellas, aunque quieran, están hundidas por el gobierno, por seguridad pública que a veces abusa totalmente de sus derechos, totalmente».

Valentina y Belén tomaron la decisión de migrar a Estados Unidos porque ambas vivieron un episodio muy grave de odio que puso en peligro sus vidas. Ese momento fue un evento clave, lo que les hizo darse cuenta que debían dejar México, no solamente para buscar una vida digna sino por el hecho mismo de sobrevivir. A partir de esas agresiones, las dos mujeres empezaron a planificar su viaje hacia Estados Unidos, donde iban a pedir refugio. Ambas intentaron primero denunciar los hechos, sin que las autoridades correspondientes tomaran sus declaraciones con la seriedad que se merecían:

Valentina: *«Pues fui agredida, fui agredida por un grupo de sujetos y eso fue el detonante. Me llenó de mucho miedo saber que tenía que volver a salir a la calle y creo que las amenazas, de que me iban a asesinar y todo eso. Y había pasado lo de mi amiga, entonces no quise verme, ser otra víctima más, que quedará solamente muerta y que no se hiciera justicia. Que quedará impune. Entonces eso fue el detonante que me trajo a inmigrar. [...] Solamente sé que fue un acto transfóbico, por la forma en qué lo hicieron y cuando me golpeaban y todo, me decían que era lo que merecía por ser un maricón, por vestirme de mujer. Era todo eso en medio de los golpes, entonces sé que fue un acto transfóbico. Fue lo que me causó mucho miedo y decidí irme».*

Belén: *«[...] realmente en México en cualquier lugar te discriminan, en cualquier lugar. Yo sufrí una violencia y un ataque muy fuerte allá en México. A mí me asaltaron, me subieron a un carro. Eran tres hombres y una mujer. Un hombre, uno era él que andaba manejando, de copiloto iba otro hombre y atrás la mujer y un hombre. Se me paró el carro, iba caminando y se me paró el carro así. Se bajó él que iba de copiloto y el que iba atrás y me subieron al carro. Me subieron al lado de la mujer, iba la mujer, iba yo e iba el hombre y los dos hombres adelante. Llegamos en el carro y en el carro me iban pegando, el hombre de atrás, la mujer y el copiloto me iban pegando. El que iba manejando iba hacia un cerro, me seguían golpeando y me desnudaron. Hasta que llegamos al cerro, se metieron en un baldío, allá me bajaron del carro y me siguieron golpeando ahí hasta que me hice la desmayada, desmayé y ya, ellos me dejaron de pegar y se fueron. Y ahí me dejaron toda desnuda y golpeada».*

«Pues después de lo de mi agresión, esa que tuve, yo tenía mucho miedo, quedé muy pero muy frustrada, quedé con mucho miedo y una vez viendo, revisando el teléfono, me puse a ver videos en el YouTube. En una de esas, como me gustaba mucho ver videos de trans, así de chicas trans de la comunidad trans, una de esas me salió un video de una chica que se vino para Estados Unidos pidiendo asilo político. Y de ahí se me ocurrió, e hice como ella. Me vine y si me entregué a migración, pidiendo asilo político y ya».

Los crímenes de odio hacia las personas trans son también comunes en Estados Unidos. Desde que llegaron a Estados Unidos, Valentina y Belén no han tenido episodios de odio tan graves como los que vivieron en México. Sin embargo, Belén fue agredida por una mujer, situación que la llevo a denunciar los hechos a la policía local. Belén considera que el trato recibido por el departamento demostró que los policías tampoco las toman en serio en San

Francisco, lo cual les impide tener un acceso igual a la protección y a la justicia. El tipo de asistencia pasiva que tuvo por parte de las autoridades puede desmotivar y llegar a la no denuncia de hechos que pudieran poner en peligro sus vidas, como serían los casos de agresión física y sexual que pueden vivir personas que ejercen la prostitución:

Belén: *«Me tomaron reporte, pero lo que no me gusta de las policías, por ejemplo, ese día fue en la tercera, me tomó el reporte, ay, no, me dicen que según tenía que ir a recoger el reporte hasta la tercera y casi al principio, casi al principio de la tercera tenía que ir a recoger allá el reporte. Me dieron como un voucher para decir que había hecho el reporte, y con ese papelito tenía que ir allá a la tercera y al principio de la tercera casi, a recoger el reporte. Para que ya así con eso pudiera ir allá donde está el city hall, en esas cortes que se me olvidó el nombre para hacer una, como se dice, una orden de restricción, hacia las personas. Entonces yo fui a recoger el ese, el reporte y fui a hacer la orden de restricción y no me gustó ahí con la corte. Me dieron unos formularios, y dice tienes que, este formulario lo tienes que llevarle a la chica esa dice, para que lo llene y nos lo mande. Dice: pero no tienes que ir tú, ni ningún familiar tuyo dice, ni un amigo que tengan en común, tanto tú como ella. ¿Entonces cómo lo puedo hacer? ustedes como policías ¿ustedes qué tienen que hacer o qué? Ustedes deberían llevarle hasta su casa».*

Stella confirmó que, a pesar de las leyes adoptadas en los últimos años, queda todavía mucho trabajo por hacer para mejorar el trato que reciben por parte de las autoridades locales:

Stella: *«La otra cosa, creo que es la protección de la policía, saber cómo tratarnos, con un cargo, un ticket, una violación, ya sea de mi pareja que me está golpeando, que me llevan a mí a la cárcel, tener esa educación de ponernos en cárcel, que nosotras estemos seguras porque si nos ponen en cárcel de hombres o mujeres, igual nos van a pasar otras cosas. Yo lo escuchaba en las caravanas que venían para acá que las chicas trans eran las últimas en comer porque decían, una fila de hombres, una fila de mujeres y las chicas trans eran las últimas. Eso está pasando aquí, creo que nos están tomando en cuenta, pero todavía somos las últimas. Creo que hay que dar prioridad a eso».*

Proceso de migración

Valentina y Belén empezaron sus recorridos migratorios después de los eventos traumáticos que vivieron en México. Por lo tanto, podemos afirmar que el factor decisivo de expulsión migratoria fue la voluntad de salvaguardar sus vidas, un factor que parece motivar también muchas de las migraciones internas de las personas trans en México³⁷⁵. Las dos mujeres cruzaron el país hasta llegar a la frontera sur de Estados Unidos, donde pidieron oficialmente el estatus de refugiadas. A partir del momento de la solicitud formal, fueron detenidas en un centro de detención migratoria mientras las autoridades completaban los primeros pasos del procedimiento legal:

³⁷⁵ Lewis, V. (2012). Volviendo visible lo invisible: hacia un marco conceptual de las migraciones internas trans en México. Cuicuilco: Revista de La Escuela Nacional de Antropología e Historia, 19(54), 219–240.

Valentina: «Salí y me tardé aproximadamente tres meses en cruzar México para poder llegar a la frontera de El Paso, Texas. [...] solicité asilo en la frontera y ahí comenzó el proceso. Por tres meses en varias detenciones hasta que llegué a Santa Ana, aquí en California».

Belén: «Me vine y sí me entregué a migración, pidiendo asilo político y ya. [...] Por San Diego, por las garitas. [...] ahí mismo, ves que está la línea, y casi a la vuelta hay unos cuartos, como si fueran unas celditas chiquitas. Ahí me llevaron».

Las dos mujeres tuvieron malas experiencias durante su estancia en centros de detención migratoria. La experiencia de Valentina parece haber sido más negativa debido a que el tiempo total de detención fue de 3 meses, en comparación con una semana en el caso de Belén. Valentina sufrió abusos durante su detención, la pusieron con población de género masculino y no respetaron en ninguna etapa del proceso su identidad de género. Alegando razones de seguridad, Valentina fue puesta en confinamiento solitario, lo que pudo haber tenido repercusiones sobre su salud mental.

Valentina: «Muy mal, los tratos en los centros de detención son muy mal para la población trans. [...] nos siguen llamando con el nombre de nuestros documentos y nos siguen tratando con el género masculino. [...] nos trataban como animales, los oficiales no están capacitados para tratar personas trans, fue muy difícil para mí».

«[...] estuve 15 días en confinamiento solitario. Según ellos, lo hacen para protegerte, pero al final del cabo, tu salud mental se deteriora, estando en un cuadrado con una cama y a la par un sanitario. No ves ni siquiera la luz del sol, yo no sabía cuándo era de día, cuando era de noche. Era totalmente frustrante, yo le gritaba que me dejaran salir, pero me tenían ahí».

«[...] somos personas inmigrantes y estamos en un proceso, entonces creen que pueden tratarnos mal. ¿Pero en realidad existen los derechos, no? los derechos de que somos humanos son derechos fundamentales como el acceso a la salud, el respeto, entonces. Pero creo que ICE es una, yo siempre digo que ICE es un monstruo de organización que cree que puede controlar todo y hacer lo que quiera y siempre lavarse las manos y continuar».

Valentina pudo al menos tener acceso a medicamentos antirretrovirales para seguir con su tratamiento. Sin embargo, está consciente que tuvo suerte y que no todas las mujeres trans con VIH obtienen atención médica durante su detención migratoria:

Valentina: «En mi caso, si me dieron atención para el medicamento, pero el trato fue muy mal, muy mal. Doy gracias a dios que por lo menos me prestaron atención para darme medicamentos porque a lo mejor pude haber sido yo la víctima en un centro de detención. [...] Hemos tenido ejemplos que han perdido la vida dos personas, ya mujeres trans, una hondureña y otra salvadoreña, que eran mujeres viviendo con VIH y les negaron el acceso a la salud y lastimosamente perdieron la vida. [...] todo está pasando porque ellos no están teniendo el cuidado necesario para tratar a las personas. Independientemente que seamos trans o no seamos trans pero lastimosamente tienen que morir personas para que la gente note y vea que necesitan hacer cambios en esto».

Belén se quedó menos tiempo en el centro de detención migratoria y las autoridades le permitieron elegir entre una detención con población de mujeres y niños, con otras personas trans o en confinamiento solitario. A pesar de que su experiencia haya sido menos traumática

que la de Valentina, Belén considera que el trato recibido tampoco fue digno, especialmente por la actitud de un miembro del personal. Después de haber sido liberada, Belén vivió con una amiga en Modesto y se mudó posteriormente hacia San Francisco, donde tuvo que buscar un abogado que la ayudara con la solicitud de refugio:

Belén: *«Pues había un policía de migración, que la verdad si me quiso hacer la vida muy imposible. Pero dije ay no, vamos a ver quién se la hace a quien y ya. [...] Me dijeron que sí quería estar con las mujeres y con los niños, o sea con las mujeres y sus hijos. Yo sola o con otras trans, que estuviera yo sola o con otras chicas trans. Dije no, yo sola. Entonces sí, me pusieron solita».*

«Salí de Modesto y me quedé con ella, saliendo de detención me fui para Modesto y con ella estuve un tiempo, de ahí nos fuimos para Richmond y ya de Richmond, como me dijeron que ya casi tenía que empezar a buscar abogado de migración, me trajo ella para San Francisco. En Richmond, vivíamos en Richmond y en San Francisco me llevó al centro de la Raza, para que agarrara yo case manager y ahí me pusieran una abogada. Y sí, ya me pusieron abogada, y a los días me llegó un papel de que tenía una corte y que tenía que tener mi abogado para el mes de noviembre que iba a ser la corte. Y sí, ya tenía la abogada y todo».

La discriminación y los tratos indignos en los centros de detención son comunes, lo cual parece haber empeorado desde que el gobierno federal actual está en el poder. Esta situación puede estar relacionada a las cantidades de migrantes que sobrepasan la capacidad administrativa y financiera de las autoridades migratorias, pero también a directivas gubernamentales que tienen como objetivo desmotivar a los migrantes y refugiados que contemplan Estados Unidos como destino migratorio. El hecho de que personas que necesitan protección tengan que pasar por situaciones adicionales de violencia y discriminación, debería llevar a las autoridades estadounidenses a reevaluar sus políticas migratorias para garantizar sus obligaciones en materia de refugio y asilo, así como el respeto a los derechos humanos fundamentales.

Las condiciones subhumanas registradas en algunos centros conducen desgraciadamente a fatalidades, hecho que recordó Stella, con la mención del caso de Roxana Hernández, mujer trans centroamericana que falleció en 2018 durante su custodia por parte de las autoridades migratorias, ya que le negaron atención médica y medicamentos para tratar el VIH:

Stella: *«Siento que en cada manifestación hay que presentarnos, hay que ir. Hace poco tuvimos a lo de la justicia para Roxana, que fue una chica inmigrante hondureña que fue asesinada porque, es el término que vamos a manejar, por inmigración, porque a ella no le dieron su medicamento para VIH y eso se llama asesinato. La gente dice a veces, ay, está muy feo. Pues es la verdad, nuestra hermana fue asesinada. Ella como que tuvo que pasar por todas esas desgracias y creo que no hay que esperar esas desgracias».*

Organización comunitaria y futuro

El apoyo y la ayuda que proporcionan las ONG trans en México y en Estados Unidos es clave para que las mujeres de esta comunidad puedan luchar en contra de la discriminación y la desigualdad. En la mayoría de los casos, estas organizaciones son las únicas garantes de conseguir cambios legislativos, mejorar las relaciones con instancias públicas y ofrecer

servicios que cubran las necesidades básicas de usuarias altamente marginadas. Las responsables de las ONG entrevistadas dieron múltiples ejemplos de servicios y ayuda que benefician de manera directa y concreta a las mujeres trans. Debido a ese trabajo continuo y a la organización comunitaria muy activa, las personas entrevistadas tienen la convicción que la sociedad cambia poco a poco y que se conseguirá en el futuro próximo más igualdad y visibilidad, para que las mujeres trans puedan vivir de manera digna.

Valentina: «[...] Probablemente ahora que tenemos un nuevo presidente, a lo mejor puede exhortar a tener cambios diferentes. Espero que la población trans se vea beneficiada por lo menos un poco con los nuevos cambios, pero ojalá que sean reconsideradas y tomadas en cuenta porque somos una población vulnerable que necesita el apoyo para poder desarrollar».

«[...] por ejemplo, el colectivo para el cual yo trabajé, esa organización está muy, muy bien organizada. Lastimosamente, es muy difícil obtener los financiamientos necesarios para esto. [...] Creo que las organizaciones necesitan muchísimo más apoyo en esos países porque no lo tienen.»

Belén: «[...] Son muy buenos la verdad los grupos de apoyo trans. Son muy buenos, nos apoyan mucho. [...] Para mí, los grupos son magníficos, especiales y espectaculares. Se me hace una maravilla los grupos. Entonces, así como están, para mí están perfectos».

«[...] sé que, así como va XXXXX, sé que lo van a lograr, sé que lo van a lograr y va a llegar un momento en que todo, todas las chicas trans vamos a poder cambiar todos nuestros papeles con nuestro nombre de chicas, como nos identificamos. Sé que vamos a tener nuestra clínica especial para nosotras, donde nos van a atender, a tratar con dignidad y respeto. Sé que todo va a cambiar para bien en la Ciudad de México».

Dana: «Gracias a eso, es que hasta ahorita, hemos salido adelante y que por medio de asociaciones civiles hemos estado recibiendo la ayuda. Nos han llevado y capacitado muchísimo para que eso no vuelva a pasar y que no estemos en una época donde hace muchos años se agredían a las personas transexuales».

Myriam: «[...] es acompañamiento, más que nada, nosotras que hemos sido discriminadas por la sociedad, por las autoridades, pues apoyarlas en eso, ¿no? Darles acompañamiento y que sepan que sí existen derechos aquí y muchas reformas por la cuales hemos luchado y que se han ganado. El chiste es que nosotras como comunidad siempre somos unidas y cada una de nosotras nos pasamos la voz, hasta que cada una sepamos lo que tenemos, tenemos el derecho a defendernos, a alzar la voz, que somos personas, seres humanos. Más que nada es eso».

Bernardo: «Entonces son acciones muy concretas, muy pequeñas, pero así, lo que estamos haciendo en coordinación con Amanda es crear una bola de nieve, que esto crezca, crezca y crezca y que crea consciencia de que la población trans qué son, son seres humanos. Dar visibilidad, independientemente de lo que seamos, de visibilización, somos seres humanos, independientemente de que pertenezcamos a esa gran riqueza de lo LGBTTTI».

Stella: «Gracias a Dios, en San Francisco estamos bendecidas, hay demasiado apoyo para nuestra comunidad. En prevención tenemos dos clínicas que de verdad nos ayudan, bastante

y también al programa. La finalidad, la misión del programa es la prevención, el cuidado, el auto cuidado y la violencia doméstica. Eso para nosotras es lo más fundamental, la prevención, para nuestra comunidad».

«Actualmente estamos en lucha, estamos en unidad con ellos porque nosotras como comunidad trans latina, transgénero, somos la bandera visual de la comunidad LGTBTTQ, somos la bandera visual porque salimos a la calle y la gente sabe lo que somos. [...] Pero actualmente la comunidad gay se está uniendo y yo veo bien bonito a eso, tengo muchos amigos gay boys que para mí son como mis hermanos, están siempre defendiendo a la comunidad trans. Hay algo y están ellos, porque a veces caminando juntos hacemos mejor el trabajo.[...] El que dejemos este miedo, bueno que nosotras como chicas, somos ya poderosas, que nos salgamos y nos vistamos de mujeres, nuestra naturaleza, el tener esos rasgos, el maquillarnos, así nos sentimos, como unas mujeres entonces siento que al enfrentar todo eso ya tenemos este poder, y nos falta más como dicen en México, aventarte al ruedo. Ya estás ahí en la gente, pero atrévete a que la gente te vea, atrévete a que la gente diga, esa chica necesita ayuda y creo que nos van a ayudar. A lo mejor la mayoría de la gente no, pero hay una y una creo que vamos marcando la diferencia. A veces les digo, no hay que pelear, hay que demostrar educación, tampoco no hay que dejarse, pero hay que demostrar nuestra educación».

Conclusiones

Al inicio de este trabajo de investigación pudimos presentar las teorías de algunos autores acerca del estigma, el cual puede tener tres principales formas: el estigma estructural, interpersonal o individual. El estigma tendría de acuerdo con Phelan *et alii* tres funciones: dominar, explotar, reforzar normas sociales, evitar enfermedades; lo cual tiene efectos perniciosos sobre la salud mental, física e incluso sobre la esperanza de vida de las personas afectadas. La interseccionalidad de diferentes identidades estigmatizadas puede además multiplicar esos efectos.

Las teorías acerca del estigma nos han dado una base para seguir con la revisión de las políticas públicas, leyes, así como el ámbito social que afecta las personas con VIH y las personas trans en México y en Estados Unidos.

Como vimos, el VIH fue estigmatizado desde su aparición y las leyes, políticas públicas o la ausencia de estas, constituyeron herramientas utilizadas para castigar y reforzar normas sociales en contra de comunidades socialmente estigmatizadas (por ejemplo, la comunidad LGBT).

Debido a la presión de los grupos y organizaciones de defensa de los derechos y a la magnitud de la pandemia, los gobiernos adoptaron poco a poco medidas para controlarla, garantizar el tratamiento y asegurar los derechos fundamentales de las personas discriminadas y estigmatizadas.

A pesar de estas leyes y medidas, podemos notar que el VIH sigue siendo una enfermedad que tiene impactos sanitarios importantes en muchas comunidades, pues la exposición y la vulnerabilidad frente al virus pueden ser vinculadas, en la mayoría de los casos, a factores de desigualdad socioeconómica que afectan particularmente a las minorías sexuales y raciales.

Tal como lo pudimos constatar, el grupo de personas transgénero está altamente impactado por el VIH y las diferentes esferas de discriminación social y económica favorecen esa vulnerabilidad. Las mujeres trans sufren por la ausencia de reconocimiento legal, por un acceso desigual a la salud, por la falta de empleo y de vivienda, además por estar expuestas a niveles críticos de violencia estructural e interpersonal que puede llevar incluso a la muerte. Esas facetas de marginación y discriminación sufrida, se nutren entre sí y mantiene a la comunidad trans en un círculo vicioso del cual resulta difícil liberarse.

Frente a la violencia y a las discriminaciones múltiples, se pudo notar que algunas leyes vigentes son inadecuadas, que los mecanismos para aplicarlas son deficientes y que en algunos casos las autoridades participan de manera activa al abuso y violación de los derechos humanos de las mujeres trans. La ausencia de protección moldea la cotidianidad de las mujeres, las cuales buscan maneras de sobrevivir en una sociedad que las rechaza a cada paso: mediante el trabajo sexual, el uso de procedimientos peligrosos de afirmación de género, la migración hacia un lugar donde pudieran vivir mejor, etc.

Los testimonios de las mujeres trans que aceptaron participar en el protocolo de esta investigación ayudaron a determinar si las leyes y los marcos sociales que rigen las vidas de las mujeres trans, y de las personas con VIH, en Estados Unidos de América y México,

reflejan de manera adecuada la realidad de las mujeres de esta comunidad.

Pudimos acercarnos a una comunidad marginada y de difícil de acceso, para confirmar que las mujeres trans en México como en Estados Unidos están sometidas a un trato discriminatorio y a la violencia en el sector educativo, laboral, familiar, las relaciones con la administración pública, las fuerzas del orden, el sector médico, durante las situaciones de contacto interpersonal, entre otras. La violencia verbal y física, el rechazo y la exclusión, las obligan frecuentemente a recurrir a estrategias de supervivencia como la prostitución, el alojamiento en refugios, los tratamientos médicos no supervisados o la solicitud de ayuda social y comunitaria.

En el contexto de este trabajo de investigación, se constató que el factor y motivo principal de migración no fue relacionado con un tratamiento del VIH deficiente, tampoco con alguna de las facetas de la discriminación sufrida en México. Efectivamente, podemos vincular la decisión de exiliarse en los Estados Unidos de América a la experiencia de un evento traumático, un episodio de odio y violencia extrema que hubiera podido conducir a la muerte. Los episodios de violencia extrema convierten el exilio en la única manera de salvaguardar la vida.

La investigación parece confirmar que California logra, de manera generalizada, aplicar las leyes progresistas que fueron adoptadas en los últimos años en materia de género y VIH. Sin embargo, a pesar del marco legal y social que favorece una existencia más digna, pudimos comprobar que las mujeres trans son también vulnerables en California, debido a diferentes realidades socioeconómicas que afectan de manera tradicional a las minorías o las personas con poder adquisitivo reducido. Adicionalmente, no podemos confiar en que los derechos vigentes serán permanentes, debido a que el clima político actual en Estados Unidos podría dejar la puerta abierta a una restricción o eliminación progresiva de los derechos adquiridos en los últimos años.

Tanto en México como en California, las mujeres trans parecen beneficiarse mucho del apoyo comunitario y del acompañamiento que ofrecen las ONG de defensa de los derechos trans. Como algunos autores han mencionado, los factores de apoyo social y comunitario pueden tener un impacto importante sobre el bienestar y favorecer la reducción de los daños en las comunidades marginadas.

A pesar de los desafíos importantes que existen todavía en México y en Estados para asegurar que las mujeres trans tengan una vida digna, podemos corroborar que poco a poco la comunidad trans ha logrado reivindicar los derechos que son acordados para los demás ciudadanos. Los progresos importantes en materia de identidad de género, de acceso a la salud y de políticas antidiscriminación así como los beneficios directos de esas medidas, sugieren que se debe seguir avanzando en la dirección del progreso social hasta que cada comunidad discriminada pueda liberarse de sus cadenas para vivir una existencia libre, digna y humana.

Prioridades en materia de políticas públicas

Con el fin de continuar explorando soluciones al problema de injusticia extrema que vive la comunidad trans, proponemos el siguiente esquema de prioridades. Esta lista no es

exhaustiva y se basa exclusivamente en el análisis anterior de los marcos legales y sociales, las conclusiones de expertos, los testimonios y comentarios de las mujeres trans y responsables de ONG que aceptaron compartir sus relatos de vida y percepción acerca de las dificultades que afronta la comunidad trans.

- **Ampliación y facilitación del derecho a la identidad de género:** como hemos podido constatar, acceder a identificaciones oficiales que validan la identidad de género constituye para muchas mujeres trans la piedra angular de la reivindicación de sus derechos y de su visibilidad social. La posesión de identificaciones que validen la concordancia entre identidad de género, apariencia física y persona jurídica, facilita el acceso al mercado laboral, a prestaciones gubernamentales y servicios fundamentales que permiten asegurar la dignidad y necesidades básicas.

Este derecho debe asegurarse en la totalidad de los estados y se deben eliminar las barreras compuestas por evaluaciones psicológicas, certificados médicos, autorizaciones judiciales, papeleo y costos excesivos. La experiencia reciente de la Ciudad de México confirma que la simplificación del trámite está vinculado a un aumento de las solicitudes de cambio, lo cual permite a un número creciente de mujeres contar con identificaciones oficiales. Se debe mejorar la coordinación entre autoridades municipales, estatales y federales para asegurar una vinculación eficiente entre los cambios de las identificaciones respectivas. Adicionalmente, es imperativo analizar la creación de una categoría de *género no definido* para respetar los derechos de las personas que no se identifiquen con el género masculino o femenino. El *género no definido* o X es una realidad jurídica que fue adoptada por diferentes países en los últimos años.

- **Estrategias de visibilidad:** Diferentes autores han sugerido que la discriminación, el estigma y el miedo derivan del desconocimiento y de los prejuicios acerca de las personas discriminadas. Para poder disminuir y eliminar los temores y los prejuicios acerca de la identidad de género y del VIH, se deben maximizar las oportunidades de visibilización y sensibilización. Conocer una persona con VIH o una persona trans puede ayudar a las personas que tienen prejuicios a reevaluar la validez de sus opiniones y formarse una visión más positiva de una realidad o comunidad que desconocen. Los gobiernos, tanto en México como en los Estados Unidos, deben reanudar sus responsabilidades en materia de educación y prevención. Por lo tanto, resulta válido comunicar de manera sensata información acerca de la identidad de género, de la prevención y del tratamiento del VIH (Indetectable=intransmisible) y de la profilaxis preexposición, mediante la integración de los temas en el currículo escolar y campañas de comunicación con mensajes positivos. Presentar personas trans y seropositivas con un mensaje positivo puede ayudar a reducir la desinformación y también aumentar la autoestima de personas invisibilizadas.

- **Maximización del acceso a la salud:** Como pudimos ver a lo largo de esta Tesis, las mujeres trans tienen necesidades médicas distintas a la población generalizada, además de tener características particulares de vulnerabilidad frente a diferentes padecimientos (VIH, salud mental, etc.). Por lo tanto, se debe dar prioridad a estrategias de salud que contemplen el establecimiento de centros de salud holística con personal médico formado y especializado en el cuidado de las personas trans. Estos centros deben cubrir la totalidad de las necesidades de las mujeres trans (pasos de afirmación de género, distribución de hormonas,

endocrinólogos, prevención del VIH (PREP), detección del VIH, tratamiento del VIH, psicólogos, vínculos con organizaciones comunitarias, servicios conexos, entre otros). Adicionalmente, México debería ampliar la cobertura de los tratamientos de afirmación de género y asegurar la disponibilidad nacional de una gama completa de medicamentos y utilidades para prevenir los problemas de desabasto. Los centros especializados podrían ayudar a conectar con una comunidad marginada, aumentar los efectos positivos de la afirmación de género, disminuir las incidencias de VIH, implantar estrategias de reducción de daños y servir de punto de servicio central para compartir información y sensibilizar a la comunidad trans en temas de salud. Para maximizar el bienestar y desarrollar la confianza de las usuarias, resultaría útil contratar a personas trans como empleadas en estos centros, pues los centros especializados han dado resultados favorables en diferentes países. Podremos ver en los próximos años si las experiencias de la Ciudad de México y de la ciudad de Oaxaca darán resultados favorables.

- **Medidas de inclusión en el sector laboral:** Se deben analizar medidas para favorecer la inclusión de las mujeres trans en el sector laboral mediante incentivos fiscales para las empresas que contraten a integrantes de este colectivo, así como establecer cuotas en las instituciones para maximizar la visibilidad y los modelos positivos. Los Estados Unidos de América tienen una experiencia con el sistema de discriminación positiva para las categorías raciales. Aunque ese modelo no sea perfecto, se podría aplicar tanto en México como en los Estados Unidos para diversificar la fuerza laboral y las oportunidades de trabajo de la comunidad trans. Se podría también apoyar la creación de ferias de empleo con la colaboración de las instituciones de educación y los grupos comunitarios trans.

Adicionalmente, la prostitución debería descriminalizarse de manera total para las personas que escogen libremente su ejercicio. Para garantizar la seguridad de estas mujeres, los gobiernos necesitan favorecer la creación de lugares seguros donde se pueda ejercer libremente y acceder a las herramientas necesarias de salud. Los Estados Unidos tienen que reevaluar las políticas adoptadas en cuanto al comercio sexual en línea. Aunque ese comercio pueda tener ciertos efectos negativos, la pérdida de estas herramientas virtuales de escrutinio obliga a las mujeres que ejercen la prostitución exponerse a un ámbito callejero frecuentemente hostil y peligroso.

- **Políticas de vivienda:** Las personas de la comunidad LGBT y particularmente las mujeres trans componen una proporción alta entre las personas que viven episodios sin domicilio, debido al rechazo familiar y también a otros factores de vulnerabilidad. Consecuentemente, los gobiernos deben invertir en la creación o el apoyo de refugios y casas de acogidas que tomen en cuenta las necesidades de las mujeres trans. Sumado a esto, se podría establecer programas de apoyo financiero para la vivienda, que ayude a las mujeres vulnerables en cuanto a la administración de los alquileres elevados en algunas zonas como San Francisco. Debido a las características de la comunidad trans, se deben adaptar las medidas actuales de vivienda a las necesidades de esta comunidad. Para poder hacerlo, se debe contar con estadísticas y cifras que puedan ayudar a medir el problema.
- **Establecimiento de protocolos y unidades dedicadas a la población LGBT dentro de las fiscalías y los cuerpos policiales y eliminación del concepto de crimen pasional.** Existe en la comunidad trans una desconfianza importante hacia los cuerpos policiales y el sistema

de justicia. Este panorama se debe principalmente a una larga historia de discriminación en la que han participado de manera activa las fuerzas del orden. Además, las experiencias negativas reportadas por las personas entrevistadas nos ayudaron a comprender que las personas trans no se benefician de la seguridad y protección que se ofrece a los ciudadanos, situación que culmina con frecuencia en crímenes de odio, cometidos con una impunidad e indiferencia completa.

Por lo tanto, la administración pública debe empezar a guardar un registro de todos los crímenes vinculados a la orientación sexual y la identidad de género. Se debe eliminar el concepto de crimen pasional en todas las jurisdicciones y considerar el crimen de odio como un factor agravante. Para evitar el desecho rápido de los casos de violencia hacia las personas LGBT, es pertinente revisar la posibilidad de crear unidades especializadas para la comunidad LGBT en las jurisdicciones apropiadas. Las autoridades de seguridad pública y policías podrían tener oficinas especializadas para la población LGBT y ofrecer ayuda legal, medidas similares a las que se han establecido para la población de turistas y extranjeros en México. Solamente con estas acciones y con la capacitación de las fuerzas del orden se podrá garantizar un acceso igualitario a la justicia para las mujeres trans.

- **Reforzamiento de las leyes antidiscriminación:** Como lo hemos podido apreciar, existen leyes antidiscriminación en los dos países analizados. Sin embargo, la violación de esas leyes no conlleva a consecuencias mayores para las organizaciones o individuos delincuentes. Por lo tanto, se recomienda una revisión de los poderes atribuidos a las comisiones encargadas de revisar actos de discriminación para que puedan castigarla con sanciones mayores, vinculantes, ejemplares e incluso iniciar expedientes de responsabilidad criminal. Las dependencias deben también poder hacer la promoción eficiente de las responsabilidades y derechos de los ciudadanos, para que estos puedan hacer uso de los órganos de defensa existente y hacer valer sus derechos fundamentales.

- **Financiamiento de organizaciones comunitarias:** Las organizaciones comunitarias sin ánimo de lucro luchan de manera eficiente en contra de la discriminación, proporcionan servicios básicos y actúan como apoyo moral y psicológico para las personas de la comunidad trans. Los efectos positivos de los organismos comunitarios sobre la salud física y psicológica de las mujeres trans son comprobados, ya que estas instituciones pueden servir de transmisor y punto de contacto para implantar estrategias gubernamentales eficientes. Tanto en México que en California, el investigador ha podido comprobar que las ONG desempeñan un papel central y esencial en las estrategias de resiliencia y supervivencia de las mujeres trans. Adicionalmente, las personas trans que trabajan para dichas organizaciones suelen actuar como modelo positivo para su comunidad. Por lo tanto, se debe contemplar el financiamiento de las organizaciones comunitarias trans para que puedan seguir con sus actividades benéficas, así ayudar a garantizar que los derechos y necesidades de las mujeres trans sean respetados.

- **Establecimiento de datos concretos sobre la migración y las solicitudes de refugio de las personas trans:** Las personas trans forman sin duda una categoría particularmente vulnerable entre las que solicitan el refugio en los Estados Unidos y en México (procedentes de otros países de Latinoamérica). Los países que firmaron la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados deben evitar que las mujeres trans sean revictimizadas o

violentadas durante el proceso de evaluación de la solicitud. Los casos recientes de personas trans que fallecieron bajo la custodia de los agentes federales migratorios del ICE, demuestran que existe todavía mucho por hacer para garantizar los derechos y la dignidad de las personas que huyen de la violencia en sus países de origen. Para poder mejorar el trato y las condiciones de solicitud de asilo, se deben contar con mecanismos de recolección de datos sobre el fenómeno de migración trans. Solamente con cifras claras se podrá evaluar las necesidades, atribuir los recursos necesarios y aplicar los protocolos correspondientes.

Limitaciones e investigaciones futuras

Los análisis de los marcos legales y sociales incluidos en este trabajo presentan lo que se conocía del tema hasta el verano del año 2019. El carácter evolutivo de las leyes y del contexto político en México y en los Estados Unidos, reflejan las luchas sociales que se viven actualmente en torno al tema de la identidad de género y de los derechos humanos de las personas trans. Por lo tanto, este trabajo no ha tomado en cuenta cambios legislativos o anuncios hechos posteriormente por los gobiernos o entidades respectivas.

Como lo hemos comentado anteriormente, esta Tesis no tenía la pretensión de generar una teoría sobre la experiencia trans, debido a que los relatos y la percepción de los individuos entrevistados no pueden aplicarse a todos los tipos de personas ni a los diferentes contextos que pueden vivir estas personas. Tampoco se pretendía generar una validez estadística, debido a que la muestra reducida no es una fuente de datos extensa que pudiera confirmar la presencia cuantitativa de características acerca de la población trans. Sin embargo, la comparación entre los testimonios de personas que pertenecen a la misma situación o grupo social, ha permitido al investigador validar la existencia de algunos mecanismos y realidades. Los testimonios de las mujeres trans entrevistadas se entrelazaron para confirmarse y han podido servir de base para reflexionar sobre las acciones y políticas públicas, generar interpretaciones plausibles y proponer iniciativas de cambios que pudieran tener un impacto positivo sobre la calidad de vida y los derechos de las personas trans. La voz de estas personas nos permitió acceder a un mundo marginado y de difícil de acceso, así constatar la precariedad generada por los mecanismos del estigma.

Es necesario que las investigaciones futuras puedan evaluar la discriminación desde el punto de vista de las personas que la viven. Tener un contacto directo con las personas procedentes de las comunidades marginadas es la única manera válida de asegurarse que las leyes antidiscriminación y las políticas públicas puedan ser exitosas. La palabra de las mujeres trans debe ser escuchada para que se pueda eliminar cualquier obstáculo en la búsqueda de dignidad y para que los diseños de políticas se hagan de acuerdo con sus necesidades y características, en un modo *bottom-up* (de abajo a arriba), es decir, de manera colaborativa y comunitaria, desde las personas afectadas hacia los que adoptan las leyes.

El carácter evolutivo de los derechos humanos relacionados con la identidad de género justifica la necesidad de completar estudios similares en el futuro. Este trabajo de investigación llegó a conclusiones ligeramente distintas a las de Hernández-Rosete (Hernández-Rosete, 2008) debido a que, entre la época en la cual se realizó ese estudio (principios del siglo XXI) y la Tesis actual, la disponibilidad de antirretrovirales en México se ha ampliado para cubrir de manera teórica la totalidad de la población mexicana. Las

administraciones del presidente Andrés Manuel López Obrador en México, y la del presidente Donald Trump en Estados Unidos de América, tienen visiones diametralmente opuestas acerca de los temas LGBT. Los estudios futuros deberán tomar en cuenta los últimos cambios en materia de derechos trans para comprobar si las mujeres que deciden migrar o solicitar refugio lo hacen por las mismas razones, además para determinar si sufren las mismas discriminaciones en el país de origen y de destino.

El destino de las mujeres entrevistadas, California, es probablemente el estado más progresista de los Estados Unidos de América en materia de respeto a los derechos de la población trans y de las personas con VIH, por lo tanto representa un microcosmos. Consecuentemente, resultaría interesante comparar nuestros resultados con los testimonios de mujeres trans mexicanas que decidieron establecerse en lugares más rurales o conservadores del país. Es probable que el nivel de discriminación y rechazo pueda alcanzar niveles similares a los que estas personas vivieron en México.

A lo largo de este trabajo, pudimos notar que diferentes autores han notado el nivel inadmisibles de discriminación que sufren las mujeres trans afroamericanas en los Estados Unidos, a pesar de que estas mujeres sean ciudadanas y no migrantes como muchas de las mujeres trans latinas. Explorar los factores que afectan particularmente la comunidad trans afroamericana sigue siendo un tema de interés para las personas que desean eliminar la profunda desigualdad que caracteriza la vida de estas comunidades.

Notas finales

Las mujeres trans afrontan de manera cotidiana situaciones de violencia, de injusticia y de discriminación. Los testimonios recogidos en el contexto de este proyecto de investigación nos permitieron tener una mirada privilegiada sobre las dificultades que viven las mujeres trans tanto en México como en California.

A pesar de los desafíos, estas mujeres avanzan con resiliencia y determinación hacia un mundo en el cual puedan gozar de los derechos humanos que consideramos como adquiridos en nuestras sociedades democráticas, es decir, poder vivir con dignidad y subvenir a las necesidades básicas como la salud, la vivienda digna, la alimentación, el amor y un ámbito de vida libre de violencia.

Es la responsabilidad de cada gobierno y cada ciudadano eliminar los obstáculos que se encuentran en el camino de estas mujeres. Debemos aceptar y respetar las diferencias que forman el mosaico social en el cual vivimos. Nunca podremos alcanzar la paz social mientras haya personas a quien no reconocemos su humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

Abara, W., & Heiman, H. J. (2014). The Affordable Care Act and low-income people living with HIV: looking forward in 2014 and beyond. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 25(6), 476–482. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.05.002>

Adam, B. D. (2011). Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-14-S2-S2>

Adesina, A., Wirtz, V. J., & Dratler, S. (2013). Reforming antiretroviral price negotiations and public procurement: The Mexican experience. *Health Policy and Planning*, 28(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs015>

Adimora, A. A., Ramirez, C., Schoenbach, V. J., & Cohen, M. S. (2014, June 19). Policies and politics that promote HIV infection in the Southern United States. *AIDS*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000225>

Aggleton, P., & Parker, R. (2003). Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH / SIDA y.

Agronick, G., O'Donnell, L., Stueve, A., Doval, A. S., Duran, R., & Vargo, S. (2004). Sexual behaviors and risks among bisexually- and gay-identified young Latino men. *AIDS and Behavior*, 8(2), 185–197. <https://doi.org/10.1023/B:AIBE.0000030249.11679.d0>

Aguilar Camacho, M. J. (2015). La transexualidad en México. El paradigma desde la patología al derecho humano de modificar la identidad. *Revista de Bioética y Derecho*, 35, 3–17. Disponible en línea: www.bioeticayderecho.ub.edu

Ali, N., Fleisher, W., & Erickson, J. (2016). Psychiatrists' and Psychiatry Residents' Attitudes Toward Transgender People. *Academic Psychiatry*, 40(2), 268–273.

Allinder, S. M., & Morrison, J. S. (2017). A Moment of Reckoning for U.S. Leadership on Global HIV. *The Center for Strategic and International Studies*. Disponible en línea: https://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/publication/170621_Allinder_USLeadershipGlobalHIV_Web.pdf?ZbtTzL1kIIRjhFx_nS8ZH BKYGli3mQow&utm_source=CSIS+All&utm_campaign=80819a09b2-EMAIL_CAMPAIGN_2017_03_02&utm_medium=email&utm_term=0_f326fc46b6-

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2010). *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género*. Consejo de Derechos Humanos ONU (Vol. 17852). Disponible en línea: http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf

Amnesty International. (2005). *USA: Stonewalled: Police abuse and misconduct against lesbian, gay, bisexual and transgender people in the U.S*. Disponible en línea: <https://www.amnesty.org/en/documents/AMR51/122/2005/en/>

- Anderson, R. N., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1997). Report of final mortality statistics, 1995. *Monthly Vital Statistics Report*, 45(11 Suppl 2), 1–80. Disponible en línea: https://www.cdc.gov/nchs/data/mvsr/supp/mv45_11s2.pdf
- Andrasik, M. P., Yoon, R., Mooney, J., Broder, G., Bolton, M., Votto, T., ... Network, N. H. V. T. (2014). Exploring Barriers and Facilitators to Participation of Male-to-Female Transgender Persons in Preventive HIV Vaccine Clinical Trials. *Prevention Science*, 15(3), 268–276. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0371-0>
- Andrinopoulos, K., Hembling, J., Guardado, M. E., de Maria Hernández, F., Nieto, A. I., & Melendez, G. (2015). Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and transgender women in San Salvador, El Salvador. *AIDS and Behavior*, 19(1), 60–71. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0813-0>
- Anzaldúa, G., & Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands, La Frontera. Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*.
- Aracena-Genao, B., González-Robledo, M. C., González-Robledo, L. M., Palacio-Mejía, L. S., & Nigenda-López, G. (2011). El Fondo de protección contra Gastos catastróficos: Tendencia, evolución y operación. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 4). Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s4/a04v53s4.pdf>
- Arantxa Colchero, M., Cortés-Ortiz, M. A., Romero-Martínez, M., Vega, H., González, A., Román, R., Bautista-Arredondo, S. (2015). HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Publica de México*, 57, S99–S106. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7596>
- Arellano, L. M. (2008). *Estigma y discriminación a personas con VIH*. Disponible en línea: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/C-05-A.pdf
- Ávila, M. H., González, A., Muriel, A., Hitz, G., Juárez, S., José, J., ... Armijo, C. (2015). *Marco Legal, Clínico y Económico en la compra de Antirretrovirales en México*. Disponible en línea: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_MARCO_LEGAL_ARV.pdf
- Azaola, E., & Hubert, M. (2016). *¿Quién controla las prisiones mexicanas?* Disponible en línea: <http://www.documenta.org.mx/layout/archivos/2016-agosto-privatizacion-del-sistema-penitenciario->
- Baker, K., & Beagan, B. (2014). Making assumptions, making space: An anthropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(4), 578–598. <https://doi.org/10.1111/maq.12129>
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- Baral, S., Beyrer, C., & Poteat, T. (2011). Human Rights, the Law, and HIV among Transgender People, (July), 1–13.
- Barr, S. M., Budge, S. L., & Adelson, J. L. (2016). Transgender Community Belongingness as a Mediator Between Strength of Transgender Identity and Well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 87–97. <https://doi.org/10.1037/cou0000127>

Bautista-Arredondo, S., Gonzalez, A., Serván-Mori, E., Beynon, F., Juarez-Figueroa, L., Conde-Glez, C. J., ... Bertozzi, S. M. (2015). A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. *PLoS ONE*. <https://doi.org/doi:10.1371/journal.pone.0131718>

Bautista-Arredondo, S., Servan-Mori, E., Beynon, F., González, A., & Volkow, P. (2015). A tale of two epidemics: gender differences in socio-demographic characteristics and sexual behaviors among HIV positive individuals in Mexico City. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0286-4>

Bautista-Arredondo, S., Serván-Mori, E., Silverman-Retana, O., Contreras-Loya, D., Romero-Martínez, M., Magis-Rodríguez, C., Lozano, R. (2015). Exploración del rol de la oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por sida en México. *Salud Publica de México*, 57, S153–S162. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7603>

Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health*, 12(1), 663.

Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie (Tout le savoir en 128 pages)*. Paris: Armand Colin

Bith-Melander, P., Sheoran, B., Sheth, L., Bermudez, C., Drone, J., Wood, W., & Schroeder, K. (2010). Understanding Sociocultural and Psychological Factors Affecting Transgender People of Color in San Francisco. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(3), 207–220. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2010.01.008>

Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer, W., ... Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000232>

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2012). Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach. *TranState Working Papers*, 165. <https://doi.org/ISSN1861-1176>

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>

Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>

Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique (Éditions du Seuil)*. Paris.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia transgender health initiative study. *American Journal of Public Health*, 103(10). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>

Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, L. S. (2007). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Annals of Emergency Medicine*, 49(5), 575–577. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.03.001>

Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2016). Analysis of HIV/AIDS mortality in Mexico from 1990 to 2013: An assessment of the feasibility of millennium development goals by 2015. *Gaceta Medica de Mexico*, 152(6), 819–830. Disponible en línea: www.anmm.org.mx

Brennan, Julia; Kuhns, Lisa M.; Johnson, Amy K.; Belzer, Marvin; Wilson, Erin C.; Garofalo, R. (n.d.). Syndemic Theory and HIV-Related Risk Among Young Transgender Women: The Role of Multiple, Co-Occurring Health Problems and Social Marginalization. <http://dx.doi.org/sire.ub.edu/10.2105/AJPH.2011.300433>

Brent, R. J. (2016). The value of reducing HIV stigma. *Social Science and Medicine*, 151, 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.014>

Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Education and Prevention*. <https://doi.org/10.1521/aeap.15.1.49.23844>

Buchholz, L. (2015). Transgender care moves into the mainstream. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 314(17), 1785–1787. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.11043>

Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>

Butler, J., & Trad:López Martínez, S. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321–336. Disponible en línea: www.aibr.org

Caballero, M., Leyva-Flores, R., Ochoa-Marín, S. C., Zarco, Á., & Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: Migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Publica de México*, 50(3), 241–250. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000300008>

Cahill, S., Singal, R., Grasso, C., King, D., Mayer, K., Baker, K., & Makadon, H. (2014). Do ask, do tell: High levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American community health centers. *PLoS ONE*, 9(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107104>

California Department of Public Health. (2016). *Laying a Foundation for Getting to Zero: California's Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan*. Disponible en línea: [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/CDPH Document Library/IP_2016_Final.pdf](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/CDPH%20Document%20Library/IP_2016_Final.pdf)

Cámara de Diputados (2014). Código Civil Federal. *Últimas Reformas DOF*. Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_090318.pdf

Cameron Wolf, R., Adams, D., Dayton, R., Verster, A., Wong, J., Romero, M., Keatley, J. (2016). Putting the t in tools: A roadmap for implementation of new global and regional transgender guidance. *Journal of the International AIDS Society*, 19(Suppl 2), 1–5. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20801>

Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609–616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>

Carrier, J. (n.d.). Some Reflections on Ethnographic Research on Latino and Southeast Asian Male Homosexuality and HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 5(2), 183–191. <https://doi.org/10.1023/A:1011387113429>

Carrizosa, C. M., Blumberg, E. J., Hovell, M. F., Martinez-Donate, A. P., Garcia-Gonzalez, G., Lozada, R., ... Sipan, C. L. (2010). Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(5), 333–340. <https://doi.org/10.1089/apc.2009.0138>

CEAV, & Fundación Arcoiris. (2018). *Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho al trabajo*. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459448/Diagn_sticoNacionalTrabajo_CEAV_OK.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). HIV in the United States by Geography. *CDC*. Disponible en línea: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/cdc-hiv-geographic-distribution.pdf>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2016). *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA*. Ciudad de México: México. Secretaria de Salud.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al SIDA (Informe GAM). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología*.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2018). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. Disponible en línea: www.salud.gob.mx/conasida

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2017). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida*. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/299498/Informe_GAM_Mex_2017_DEF.pdf

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2016). Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA, 148. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/199665/GARPR_Mx_2016.pdf

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2015). *Marco Legal, Clínico y Económico en la compra de antirretrovirales*.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2011). La educación integral en sexualidad reduce la transmisión del VIH; comunicado de prensa. Retrieved February 23, 2019, from www.salud.gob.mx

Cerezo, A., Quintero, D., Morales, A., & Rothman, S. (2014). Trans Migrations: Exploring Life at the Intersection of Transgender Identity and Immigration. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/sgd0000031>

Cerullo, M., & Valino, R. (2013). The Lives of Lupe/Lupin: A Queer Mexican Story in the Time of Neoliberalism. *Latin American Perspectives*, 41(1), 89–106. <https://doi.org/10.1177/0094582X13495005>

- Chamberlain, L. (2018). FOSTA: A Hostile Law with a Human Cost. *Fordham Law Review*, 87. Disponible en línea: <https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/flr87&id=2224&div=77&collection=journals>
- Cheney, M. K., Gowin, M. J., Taylor, E. L., Frey, M., Dunnington, J., Alshuwaiyer, G., ... Wray, G. C. (2017). Living outside the gender box in Mexico: Testimony of transgender mexican asylum seekers. *American Journal of Public Health*, 107(10), 1646–1652. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303961>
- Chen, S., McFarland, W., Thompson, H. M., & Raymond, H. F. (2011). Transmen in San Francisco: what do we know from HIV test site data? *AIDS and Behavior*, 15(3), 659–662. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9859-9>
- Christopoulos, K. A., Massey, A. D., Lopez, A. M., Geng, E. H., Johnson, M. O., Pilcher, C. D., ... Dawson-Rose, C. (2013). Taking a half day at a time: Patient perspectives and the HIV engagement in care continuum. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(4), 223–230. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0418>
- Clark, T., Marquez, C., Hare, C. B., John, M. D., & Klausner, J. D. (2012). Methamphetamine use, transmission risk behavior and internet use among HIV-infected patients in medical care, San Francisco, 2008. *AIDS and Behavior*, 16(2), 396–403. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9869-7>
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6), 915–921. Disponible en línea: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1446468&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Cloud, D. H., Drucker, E., Browne, A., & Parsons, J. (2015). Public health and solitary confinement in the United States. *American Journal of Public Health*, 105(1), 18–26. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302205>
- Cohen, D., Farley, T., Wu, S.-Y., & Health, R. (2004). Maximizing the Benefit: HIV Prevention Planning Based on Cost-Effectiveness A Practical Tool for Community Planning Groups and Health Departments.
- Colchero, A., Cortés, M. A., Sosa-rubí, S., Romero, M., Bautista, S., Vega, H., ... México, P. S. I. (2013). Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México, 1–8.
- Coleman, E., & Candelario-Pérez, L. (2018). Traducción al español de las normas de atención de la asociación profesional mundial Para la salud del transgénero: Introducción. *International Journal of Transgenderism*. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1498266>
- Coll-Planas, G., & Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers*, 100(1), 35–52. Disponible en línea: <https://doi.org/10.5565/rev/papers.637>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida. *Comisión Nacional de Los Derechos Humanos*. Disponible en línea: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf

Compean-Dardón, M. S., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, M. G., & Ortiz-Hernández, L. (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con VIH/SIDA. *Revista Gerencia y políticas de Salud*, 13(26), 127–143. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fsas>

CONAPRED. (2018). ENDOSIG Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género, 39. Disponible en línea: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_ENDOSIG_16_05_2019.pdf

CONAPRED. (2017). *Ficha temática: Personas que viven con el VIH*. Disponible en línea: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha_VIH.pdf

Congreso de la Unión. (2016). Constitución Política Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de La Federación*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2017), Opinión Consultiva OC 24/17 de 24 de noviembre de 2017 solicitada por la República de Costa Rica, p. 50, Disponible en línea: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2018), Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, Sentencia de 23 de agosto de 2018, Disponible en línea: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf

Constant, C. (2017). Cuerpos abyectos y poder disciplinario: la violencia familiar y laboral contra mujeres transexuales en México. *Revista Trace*, (72), 56. <https://doi.org/10.22134/trace.72.2017.95>

Crabtree-Ramírez, B., Caro-Vega, Y., Belaunzarán-Zamudio, F., & Sierra-Madero, J. (2012). High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Pública de México*, 54(5), 506–514. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342012000500007>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics [1989]. In *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender* (Vol. 1989, pp. 57–80). <https://doi.org/10.4324/9780429500480>

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241. <https://doi.org/10.2307/1229039>

Crosby, C., Duggan, L., Ferguson, R., Floyd, K., Joseph, M., Love, H., Villarejo, A. (2012). Queer Studies, Materialism, and Crisis: A Roundtable Discussion. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 18(1), 127–147. <https://doi.org/10.1215/10642684-1422170>

Crosby, R. A., & Pitts, N. L. (2007). Caught between different worlds: How transgendered women may be “forced” into risky sex. *Journal of Sex Research*, 44(1), 43–48. https://doi.org/10.1207/s15598519jsr4401_5

Cuadra-Hernández, S. M., Leyva-Flores, R., Hernández-Rosete, D., & Bronfman-Pertzovsky, M. N. (2002). Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica: 1993-2000. *Salud Pública de México*, 44(6), 508–518. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000600003>

Cuamea Velázquez, F. (2015). La Iglesia Católica en México: en la arena política. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 41(165).

- Cutuli, M. S. (n.d.). Antropología y travestismo: Revisando las etnografías latinoamericanas recientes, (1406).
- Dargie, E., Blair, K. L., Pukall, C. F., & Coyle, S. M. (2014). Somewhere under the rainbow: Exploring the identities and experiences of trans persons. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 60–74. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2378>
- Dawson, L., Kates, J., Perry, M., & Perry, K. (2016). *The ACA and People with HIV: An Update*. Disponible en línea: <http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-The-ACA-and-People-with-HIV-An-Update>
- De la Dehesa, R. (2015). *Incursiones Queer en la esfera pública, Movimientos por los derechos sexuales en México y Brasil*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. Disponible en línea: <https://sxpolitics.org/es/incursiones-queer-en-la-esfera-publica-movimientos-por-los-derechos-sexuales-en-mexico-y-brasil-2/3044>
- De Santis, J. P. (2009). HIV Infection Risk Factors Among Male-to-Female Transgender Persons: A Review of the Literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 362–372.
- Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(6), 418–425. <https://doi.org/10.1002/casp.900>
- Dekoven, M., Makin, C., Slaff, S., Marcus, M., & Maiese, E. M. (2016). Economic Burden of HIV Antiretroviral Therapy Adverse Events in the United States. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 15(1), 66–76. <https://doi.org/10.1177/2325957415594883>
- Deluchey, J.--francois Y. (2014). *El gobierno de los derechos humanos en la era neoliberal. Derechos humanos y políticas públicas*. Manual. DHES.
- Denner, J., Organista, K. C., Dupree, J. D., & Thrush, G. (2005). Predictors of HIV transmission among migrant and marginally housed Latinos. *AIDS and Behavior*, 9(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-3901-3>
- Denson, D. J., Padgett, P. M., Pitts, N., Paz-Bailey, G., Bingham, T., Carlos, J. A., ... Finlayson, T. (2017). Health Care Use and HIV-Related Behaviors of Black and Latina Transgender Women in 3 US Metropolitan Areas: Results from the Transgender HIV Behavioral Survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 75(3), S268–S275. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001402>
- Department of Housing and Community Development - State of California. (2018). *California's Housing Future: Challenges and Opportunities - Final Statewide Housing Assessment 2025*. Disponible en línea: http://www.hcd.ca.gov/policy-research/plans-reports/docs/SHA_Final_Combined.pdf
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., Guanira, J., Mulligan, K. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e519. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4)
- Deutsch, M. B., Green, J., Keatley, J. A., Mayer, G., Hastings, J., & Hall, A. M. (2013). Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the world professional association for Transgender Health EMR working group. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(4), 700–703. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001472>

- Divan, V., Cortez, C., Smelyanskaya, M., & Keatley, J. (2016). Transgender social inclusion and equality: A pivotal path to development. *Journal of the International AIDS Society*.
<https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20803>
- Dowshen, N., Nguyen, G. T., Gilbert, K., Feiler, A., & Margo, K. L. (2014). Improving transgender health education for future doctors. *American Journal of Public Health*.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301978>
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Duncan, D. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2014). Lesbian, gay, bisexual, and transgender hate crimes and suicidality among a population-based sample of sexual-minority adolescents in Boston. *American Journal of Public Health*, 104(2), 272–278. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301424>
- Earl, A., & Albarracín, D. (2007). Nature, Decay, and Spiraling of the Effects of Fear-Inducing Arguments and HIV Counseling and Testing: A Meta-Analysis of the Short- and Long-Term Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Health Psychology*, 26(4), 496–506.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.496>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009, December). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*.
<https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Edwards, J. W., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2007). Male-to-female transgender and transsexual clients of HIV service programs in Los Angeles County, California. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1030–1033.
- Elliott, R., Utyasheva, L., & Zack, E. (2009). HIV, disability and discrimination: Making the links in international and domestic human rights law. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1).
<https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-29>
- England, S. (2013). Gender and Sexuality in Mexico and Brazil: Intersections of Identities, Desires, and Public Policies. *Latin American Perspectives*, 41(1), 166–171.
<https://doi.org/10.1177/0094582X13512267>
- Espinosa Rosello, C. (2010). Levantamiento de actas por reasignación para la concordancia sexogénerica, una forma de evitar la discriminación. *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*.
- Estrada-Montoya, J. H., & Garcia Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH / Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá*, 9(53), 90–102.
- Fantz, C. R. (2014). Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009>
- Faria, N. R., Rambaut, A., Suchard, M. A., Baele, G., Bedford, T., Ward, M. J., Lemey, P. (2014). The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. *Science*, 346(6205), 56–61.
<https://doi.org/10.1126/science.1256739>
- Fee, E. (2013). The stigma of HIV. *American Journal of Public Health*.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301414>

Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F. L., ... Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000231>

Feldman, J., Romine, R. S., & Bockting, W. O. (2014). HIV risk behaviors in the U.S. transgender population: prevalence and predictors in a large internet sample. *Journal of Homosexuality*, *61*(11), 1558–1588. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.944048>

Ferri, J. G., Muñoz, A. G., Ingellis, A. G., & Jabbar, M. (n.d.). Técnicas cualitativas de investigación social.

Fitzgerald, E., Elspeth Patterson, S., Tobin, H. J., & Biko, C. (2015). *Meaningful Work: Transgender experiences in the sex trade*. Disponible en línea: https://www.transequality.org/sites/default/files/Meaningful Work-Full Report_FINAL_3.pdf

Fletcher, J. B., Kisler, K. A., & Reback, C. J. (2014). Housing Status and HIV Risk Behaviors Among Transgender Women in Los Angeles. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(8), 1651–1661. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0368-1>

Fosados, R., Caballero-Hoyos, R., Torres-López, T., & Valente, T. W. (2006). Condom use and migration in a sample of Mexican migrants: Potential for HIV/STI transmission. *Salud Publica de México*, *48*(1), 57–61. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000100009>

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder* (Segunda ed). Madrid: La Piqueta. <https://doi.org/10.7623/syxb201604001>

Frable, D. E. S., Platt, L., & Hoey, S. (1998). Concealable stigmas and positive self-Perceptions: Feeling better around similar others. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(4), 909–922. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.909>

France, D. (2016). *How To Survive a Plague: The Inside Story of How Citizens and Science Tamed AIDS*. *Library Journal* (Vol. 141). New York: Alfred A. Knopf. Disponible en línea: <http://ezproxy.lib.utexas.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117655587&site=ehost-live>

Freedom network USA. (n.d.). Freedom Network Urges Caution in Reforming the CDA. Disponible en línea: <https://www.eff.org/files/2017/09/18/sestahearing-freedomnetwork.pdf>

Galárraga, O., Sosa-Rubí, S. G., Gonzalez, A., Badial-Hernández, F., Conde-Glez, C. J., Juarez-Figueroa, L., Mayer, K. H. (2014). The disproportionate burden of HIV and STIs among male sex workers in Mexico City and the rationale for economic incentives to reduce risks. *Journal of the International AIDS Society*, *17*. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19218>

Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Laurenceau, J. P., Nemoto, T., & Operario, D. (2014). Gender minority stress, mental health, and relationship quality: A dyadic investigation of transgender women and their cisgender Male Partners. *Journal of Family Psychology*, *28*(4), 437–447. <https://doi.org/10.1037/a0037171>

García Becerra, A. (2009). Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. *Revista Colombiana de Antropología*, *45*(1), 119–146.

Garduño, V. (2018). Educación sexual: una polémica persistente. RED, 1–9. Disponible en línea: <https://www.inee.edu.mx/images/stories/2018/red11/articulos/05Historia.pdf>

- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. A., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(0). Disponible en línea: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4678/5143>
- Gelaude, D. J., Spitzer, T., Carey, J. W., Klein, C., Erickson, C., Hart, J., ... Pitts, N. L. (2017). HIV Provider Experiences Engaging and Retaining Patients in HIV Care and Treatment: “A Soft Place to Fall.” *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(4), 491–503. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.03.006>
- Gilmore, N., & Somerville, M. a. (1994). Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: overcoming “them” and “us”. *Social Science & Medicine*, 39(9), 1339–1358. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90365-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90365-4)
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. (Aморrrortu Editores España S.L., Ed.), *La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Disponible en línea: <http://www.mediafire.com/?zjmkezygjjz%5Cnpapers2://publication/uuid/D9C798A4-9BA9-455F-BFF6-4B52A70872A0>
- Goldin, C. S. (1994). Stigmatization and Aids: Critical Public Health. *Social Science & Medicine*, 39(9), 1359–1366.
- Golub, S. A., Gamarel, K. E., Rendina, H. J., Surace, A., & Lelutiu-Weinberger, C. L. (2013). From efficacy to effectiveness: Facilitators and barriers to PrEP acceptability and motivations for adherence among MSM and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(4), 248–254. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0419>
- Gonzalez, C. A., Bockting, W. O., Beckman, L. J., & Durán, R. E. (2012). Agentic and Communal Personality Traits: Their Associations with Depression and Resilience among Transgender Women. *Sex Roles*, 67(9–10), 528–543. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0202-y>
- Goosby, E., Dybul, M., Fauci, A. A., Fu, J., Thomas, W., Needle, R., & Bouey, P. (2012). The United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief: A story of partnerships and smart investments to turn the tide of the global AIDS pandemic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 60(SUPPL.3), S51–S56. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31825ca721>
- Gouws, E. (2017). The role of cities in ending the AIDS epidemic. *South African Centre for Epidemiological Modelling and Analysis (SACEMA)*, (June). Disponible en línea: http://sacemaquarterly.com/wp-content/uploads/2017/06/Eleanor_The-role-of-cities_article-1.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. a, Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. *Washington National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*, 25, 2011. Disponible en línea: http://transequality.org/PDFs/NTDS_Report.pdf
- Gray, N. N., Mendelsohn, D. M., & Omoto, A. M. (2015). Community Connectedness, Challenges, and Resilience Among Gay Latino Immigrants. *American Journal of Community Psychology*, 55(1–2), 202–214. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9697-4>
- Greenberg, A. E., Hader, S. L., Masur, H., Young, A. T., Skillicorn, J., & Dieffenbach, C. W. (2009). Fighting HIV/AIDS in Washington, D.C. In *Health Affairs* (Vol. 28, pp. 1677–1687). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.6.1677>

- Gutiérrez Gamboa, D. I., Evangelista García, A. A., & Winton, A. M. A. (2018). Mujeres transgénero trabajadoras sexuales en Chiapas: las violencias del proceso de construcción y reafirmación de su identidad de género., *33*(94), 139–168. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n94/2007-8358-soc-33-94-139.pdf>
- Hagan, B. O., Wang, E. A., Aminawung, J. A., Albizu-Garcia, C. E., Zaller, N., Nyamu, S., Fox, A. D. (2018). History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *Journal of Urban Health*, *95*(2), 141–148. <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0138-1>
- Harmon, E. (2017). Sex Trafficking Experts Say SESTA Is the Wrong Solution. Retrieved May 9, 2019, from <https://www.eff.org/es/deeplinks/2017/10/sex-trafficking-experts-say-sesta-wrong-solution>
- Harsono, D., Galletly, C. L., O’Keefe, E., & Lazzarini, Z. (2017). Criminalization of HIV Exposure: A Review of Empirical Studies in the United States. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1540-5>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psychological Bulletin*, *135*(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science and Medicine*, *103*, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and Behavior*, *12*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3>
- Herdt, G. (n.d.). Stigma and the Ethnographic Study of HIV: Problems and Prospects. *AIDS and Behavior*, *5*(2), 141–149. <https://doi.org/10.1023/A:1011378811611>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized Stigma Among Sexual Minority Adults: Insights from a Social Psychological Perspective. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Herek, G. M., Burris, S., Devine, P., Chao Gunther, H., Levi, J., Novick, A., Snyder, M. (1998). AIDS and Stigma: A Conceptual Framework and Research Agenda. *AIDS Public Policy*, *13*, 36–47. Disponible en línea: https://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/stigma98_pre.pdf
- Herek, G. M., & Capitanio, J. P. (1999). AIDS Stigma and Sexual Prejudice. *American Behavioral Scientist*, *42*, 1126–1143. Disponible en línea: http://psc.dss.ucdavis.edu/faculty_sites/rainbow/html/abs99_sp.pdf

- Herman, J. L. (2013). The Cost of Employment and Housing Discrimination against Transgender Residents of New York. *Williams Institute*, 1–6. Disponible en línea: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Herman-NY-Cost-of-Discrimination-April-2013.pdf>
- Hernández, R., Héctor, F., Rivas, E., & Contenido, S. (n.d.). *El VIH/SIDA y los derechos Humanos: guía básica para educadores en derechos humanos*. Disponible en línea: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Otros documentos relevantes/educadoresVIHy DH.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Otros%20documentos%20relevantes/educadoresVIHyDH.pdf)
- Hernández-Rosete, D. (1999). La otra epidemia - La ruralización del Sida en el México indígena migrante. *DIE CINVESTAV*, 1–12.
- Hernández-Rosete, D. (2008). La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Mental*, 31(4), 253–260.
- Hernández-Rosete, D., García, O. M., Bernal, E., Castañeda, X., & Lemp, G. (2008). Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico. *Revista de Saude Publica*, 42(1), 131–138.
- Hernández-Rosete, D., Sánchez, G., Villafuerte, B. P., & Ramírez, C. J. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental*, 28(5), 20–26.
- Herrera, C., Cs, M., Campero, L., & E, M. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH / SIDA: constantes y cambios en el tema, 44(655). Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n6/14045.pdf>
- Howe, A. C. (2001). Queer pilgrimage: The San Francisco homeland and identity tourism. *Cultural Anthropology*, 16(1), 35–61. <https://doi.org/10.1525/can.2001.16.1.35>
- Howe, C., Zaraysky, S., & Lorentzen, L. (2008). Transgender Sex Workers and Sexual Transmigration between Guadalajara and San Francisco. *Latin American Perspectives*, 35(1), 31–50. <https://doi.org/10.1177/0094582X07310956>
- Hoyert, D. L., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1999). Deaths: final data for 1997. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 47(19), 1–104. Disponible en línea: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr47/nvs47_19.pdf
- Hughes, J. P., Emel, L., Hanscom, B., & Zangeneh, S. (2016, August 15). Design Issues in Transgender Studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001077>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Publica de Mexico*, 48(2), 141–150. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000200007>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Encuesta Nacional sobre dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 Principales Resultados. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*, 52. Disponible en línea:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Instituto Nacional de las mujeres. (2017). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. <https://doi.org/10.1044/jshd.3803.304>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2014). *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados*.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2004). *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Diario Oficial de La Federación*. Disponible en línea: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>

International Civil Society. (2012). Oslo Declaration on HIV criminalization, (February), 1–5. Disponible en línea: http://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2012/02/Oslo_declaration.pdf

International Commission of Jurists ICJ. The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International human rights law in relation to sexual orientation and gender identity (2007). Disponible en línea: www.yogyakartaprinciples.org

International HIV/AIDS Alliance. (2007). *The Hidden HIV Epidemic: Transgender Women in Latin America and Asia*.

Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, 17(3), 262–269. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x>

Irving, D. (2008). The Self-made Trans man as risky business: a critical examination of gaining recognition for trans rights through economic discourse. *Temple Political and Civil Rights Law Review*, 18, 375–395.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2017). 2015 U.S Transgender Survey. Disponible en línea: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>

Jiménez Benítez, W. G. (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 7(12), 31–46. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/1002/100220305003.pdf>

Jones, C. (2016). *When we rise: my life in the movement* (First edit). New York: Hachette Books.

Justia US Supreme Court Center. (1998). *Bragdon v. Abbott*, 524 U.S. 624. *Justia*. Disponible en línea: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/524/624/case.html>

Kaiser Family Foundation. (2012). The Global HIV/AIDS Epidemic: A Timeline of Key Milestones. *The Henry J. Kaiser Family Foundation*, (Cdc), 19. Disponible en línea: <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2008/08/global-hiv-aids-timeline-050313.pdf>

Kates, J. (2011). *Medicaid and HIV: A National Analysis October 2011*. Kaiser Family Foundation. Disponible en línea: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8218.pdf>

Keuroghlian, A. S., Shtasel, D., & Bassuk, E. L. (2014). Out on the street: a public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 66–72. <https://doi.org/10.1037/h0098852>

Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114–1119. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302448>

Klein, A., & Golub, S. A. (2019). Increasing Access to Pre-Exposure Prophylaxis Among Transgender Women and Transfeminine Nonbinary Individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 33(6), 262–269. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0049>

Kooreman, H., & Greene, M. (2016). Injection Drug Use in Indiana: A Major Risk for HIV Transmission. *Center for Health Policy, IU Richard M Fairbanks School of Public Health at IUPUI*. Disponible en línea: [https://fsph.iupui.edu/doc/research-centers/Injection Drug Use in Indiana 2016.pdf](https://fsph.iupui.edu/doc/research-centers/Injection%20Drug%20Use%20in%20Indiana%202016.pdf)

Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical Care*, 51(9), 819–822. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829fa90d>

Kuhns, L. M., Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Gayles, T., Shelendich, M., & Garofalo, R. (2016). Correlates of PrEP Indication in a Multi-Site Cohort of Young HIV-Uninfected Transgender Women. *AIDS and Behavior*, 20(7), 1470–1477. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1182-z>

Lacombe-Duncan, A. (2016). An Intersectional Perspective on Access to HIV-Related Healthcare for Transgender Women. *Transgender Health*, 1(1), 137–141. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0018>

Lane, R. (2016). Sam Winter and Kevan Wylie: pioneers in transgender health. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30841-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30841-8)

Langowski, J., Berman, W. L., Holloway, R., McGinn, C., Seitz, S., President, V., Goldrick, C. (2017). Transcending Prejudice: Gender Identity and Expression- Based Discrimination in the Metro Boston Rental Housing Market. *Yale Journal of Law and Feminism*, 172(29), 321. Disponible en línea: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/press/study-transgender-people-experience-discrimination->

Lazzarini, Z., Galletly, C. L., Mykhalovskiy, E., Harsono, D., O’Keefe, E., Singer, M., & Levine, R. J. (2013). Criminalization of HIV transmission and exposure: Research and policy agenda. *American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301267>

Le Clercq Ortega, J. A., & Rodríguez Sánchez Lara, G. (2018). *La impunidad subnacional en México y sus dimensiones: Índice Global de Impunidad IGI-MEX 2018*.

Le, V., Arayasirikul, S., Chen, Y. H., Jin, H., & Wilson, E. C. (2016). Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. *Journal of the International AIDS Society*, 19. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20781>

- Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*, 6(4), 309–319. <https://doi.org/10.1023/A:1021144511957>
- Letra S Sida Cultura y Vida Cotidiana A.C. (2019). Violencia Extrema. Asesinatos de personas LGBTTT en México: los saldos del sexenio (2013-2018).
- Lewis, V. (2012). Volviendo visible lo invisible: hacia un marco conceptual de las migraciones internas trans en México. *Cuicuilco: Revista de La Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 19(54), 219–240.
- Leyva, R., Caballero, M., & Bronfman, M. (2005). *Respuesta Social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: experiencias en Centroamérica y México*. Ciudad de México.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- López Torres, T. M., Iñiguez Huitrado, R. A., Pando Moreno, M., & Salazar Estrada, J. G. (2009). Riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH / SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del Estado de Jalisco, México, 7(1), 135–154.
- López, J. A. (2017). Los derechos LGBT en México: Acción colectiva a nivel subnacional. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y Del Caribe*, 104(104), 69–88.
- Machtinger, E. L., Haberer, J. E., Wilson, T. C., & Weiss, D. S. (2012). Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2160–2170. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0158-5>
- Maffía, D. (2003). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Editorial Feminaria Editora. Disponible en línea: [http://www.patriciasoley.com/dasuserfiles/rte/Sexualidades_Migrantes\(1\).pdf](http://www.patriciasoley.com/dasuserfiles/rte/Sexualidades_Migrantes(1).pdf)
- Magis-Rodriguez, C., Loo-Méndez, E., & Del Rio-Chiriboga, C. (1996). La epidemia de SIDA en México. Análisis global 1981 -1996. *Gaceta Médica de México*, 132(5), 545–550. Disponible en línea: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1996-132-5-545-550.pdf
- Magis-Rodriguez, C., Gonzalez-Rodriguez, A., Bravo-Garcia, E., Juarez-Figueroa, L., Rodriguez-Nolasco, E., & De Azcarraga Urteaga, C. (2011). VCT sites in MSM from Mexico City: an opportunity to action. *Sexually Transmitted Infections*, 87(Suppl 1), A212–A213. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050108.264>
- Make the Road New York. (2010). Transgender need not apply: A report on gender identity job discrimination. Disponible en línea: http://www.maketheroadny.org/pix_reports/TransNeedNotApplyReport_05.10.pdf
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvão, J., Mane, P., & Verrall, J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4), 347–370. <https://doi.org/10.1080/09581599808402920>
- Martin, E. G., & Schackman, B. R. (2012). What does US health reform mean for HIV clinical care? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31824c0dd4>

Mas Grau, J., & Guasch Andreu, O. (2013). El proceso de transformación corporal de personas transexuales: ¿Un camino hacia la normalización genérica? *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(4), 136–151.

Mas Grau, J. (2015). *Subjetividades y cuerpos gestionados un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero*. Universitat de Barcelona. Disponible en línea: <http://hdl.handle.net/2445/64043>

Mas Grau, J. (2015). Transsexuality and transgenderism. A theoretical and ethnographical approach to two conflicting paradigms. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70(2), 485–501. Disponible en línea: <https://doi.org/10.3989/rdtp.2015.02.009>

Mayer, K. H., Grinsztejn, B., & El-Sadr, W. M. (2016). Transgender People and HIV Prevention: What We Know and What We Need to Know, a Call to Action. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 72, S207–S209. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001086>

McCormack, S., Dunn, D. T., Desai, M., Dolling, D. I., Gafos, M., Gilson, R., ... Gill, O. N. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, 387(10013), 53–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00056-2)

McNeil, J., Ellis, S. J., & Eccles, F. J. R. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341–353. <https://doi.org/10.1037/sgd0000235>

Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V. J., Davis, A., & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 896–918. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.896>

Mereish, E. H., & Paul Poteat, V. (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 425–437. <https://doi.org/10.1037/cou0000088>

Metastasio, A., Negri, A., Martinotti, G., & Corazza, O. (2018). Transitioning bodies. The case of self-prescribing sexual hormones in gender affirmation in individuals attending psychiatric services. *Brain Sciences*, 8(5). <https://doi.org/10.3390/brainsci8050088>

Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. (2015). *Atención de la salud integral de personas Trans: Guía para equipos de salud*. Buenos Aires. Disponible en línea: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud integral-personas-trans.pdf>

Molina Salazar, R. E. (2003). *Patentes y precio de los antirretrovirales, el Caso de México y Brasil*. Ciudad de México. Disponible en línea: <http://148.206.53.84/tesiuami/UAMI10872.pdf>

Mont, S. M., & Smith, R. A. (2014). The LGBT Community and Immigration in the U.S. Disponible en línea: <http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac:183461>

Moody, C., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. In *Archives of Sexual Behavior* (Vol. 42, pp. 739–752). <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>

Morán Arribas, M., Rivero, A., Fernández, E., Poveda, T., & Caylá, J. A. (2018). Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria.

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 36, 3–9. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30239-8](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30239-8)

Moreno, S., Berenguer, J., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & García Ontiveros, M. (2018). Early diagnosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36, 35–39. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30245-3](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30245-3)

Mottet, Lisa A; Tanis, J. (2008). Opening the door to the inclusion of transgender people: the nine keys to making lesbian, gay, bisexual, and transgender organizations fully transgender-inclusive. *The National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute National Center for Transgender Equality*, 1–72. Disponible en línea: <http://www.sprc.org/resources-programs/opening-door-inclusion-transgender-people-nine-keys-making-lesbian-gay-bisexual>

Moustakas, C. (2011). *Phenomenological research methods. Phenomenological research methods*. <https://doi.org/10.4135/9781412995658>

Muñoz Martínez, R. (2018). Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH -Sida en Los Altos de Chiapas. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2), 46. <https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.341>

Naciones Unidas. (1976). International Covenant on Civil and Political Rights. *United Nations Human Rights*, (March), 26. Disponible en línea: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr.pdf>

National Center for Transgender Equality, TPOCC Trans People of Color Coalition, & National Gay and Lesbian Task Force. (2008). *Injustice at Every Turn: A look at multiracial respondents in the National Transgender Discrimination Survey*.

Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, 101(10), 1980–1988. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197285>

Nemoto, T., Operario, D., & Keatley, J. (2005). Health and Social Services for Male-to-Female Transgender Persons of Color in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 8(2–3), 5–19. https://doi.org/10.1300/j485v08n02_02

Neumann, M. S., Finlayson, T. J., Pitts, N. L., & Keatley, J. A. (2017). Comprehensive HIV prevention for transgender persons. *American Journal of Public Health*, 107(2), 207–212. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303509>

Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., Alcalde-Rabanal, J. E., & Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública de México*, 51(5), 407–416. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000500008>

Norton, A. T., & Herek, G. M. (2013). Heterosexuals' Attitudes Toward Transgender People: Findings from a National Probability Sample of U.S. Adults. *Sex Roles*, 68(11–12), 738–753. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0110-6>

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2013). Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections

Among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective Study - ProQuest. *American Journal of Public Health*, 103(2), 300–307. Disponible en línea: <http://search.proquest.com.sire.ub.edu/docview/1312687921/fulltextPDF/D051B032A20E47D4PQ/20?accountid=15293>

Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., ... Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971–977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>

Olivares Alonso, E. (2019). Sufren 30 mil pacientes con VIH desabasto de cinco medicamentos - La Jornada. *La Jornada*. Disponible en línea: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/01/02/sufren-30-mil-pacientes-con-vih-desabasto-de-cinco-medicamentos-610.html>

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: Gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236>

ONUSIDA. (2008). Penalización de la Transmisión del VIH. *Informe de Política*. Disponible en línea: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1601_policy_brief_criminalization_long_es.pdf

ONUSIDA. (2012). *Policy Brief: Criminalization of HIV transmission. UNAIDS policy brief*. <https://doi.org/10.1177/0022146513479002>

ONUSIDA. (2012). *Construyendo una realidad de derechos: Compilación de estudios de caso de experiencias de organizaciones de personas trans*.

ONUSIDA. (2014). Paris Declaration: Fast-track cities: Ending the AIDS epidemic. UNAIDS Policy Brief. Disponible en línea: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141201_Paris_Declaration_en.pdf Operario, D., & Nemoto, T. (2010). HIV in transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55 Suppl 2(Suppl 2), S91-3.

ONUSIDA. (2017). *Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond*. Disponible en línea: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf

ONUSIDA. (2018). *UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE Public health and HIV viral load suppression*. Disponible en línea: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf

ONUSIDA. (2018). *UNAIDS Data 2018 Factsheet*. <https://doi.org/978-92-9173-945-5>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. *World Health Organization*. https://doi.org/978_92_4_150956_5

Organización Mundial de la Salud. (2014). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. *WHO Guidelines*, (July), 184. Disponible en línea: www.who.int

Organización Mundial de la Salud. (2014). 2014 Patents and licences on antiretrovirals : A snapshot, (April). Disponible en línea: http://www.medicinespatentpool.org/wp-content/uploads/Patents_And_Licences_On_ARVs_Snapshot_web.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave*. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2013). *Health at a glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

Orozco-Núñez, E., Alcalde-Rabanal, J. E., Ruiz-Larios, J. A., Sucilla-Pérez, H., & García-Cerde, R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México TT - Discrimination and homophobia associated to the human immunodeficiency virus epidemic. *Salud Pública de México*, 57, s190–s196. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000800013&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57s2/v57s2a13.pdf

Ottenhoff, J., Crawford, S., Huie, E., Hart, T., Koski, I., Mcnair, D., Rousseau, L. (2017). *Red Ribbon or White Flag? The Future of the U.S. Global AIDS Response*. Disponible en línea: https://s3.amazonaws.com/one.org/pdfs/ONE_WAD_Report_2017.pdf

Pachankis, J. E. (2007, March). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>

Parhami, I., Fong, T. W., Siani, A., Carlotti, C., & Khanlou, H. (2013). Documentation of psychiatric disorders and related factors in a large sample population of HIV-positive patients in California. *AIDS and Behavior*, 17(8), 2792–2801. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0386-8>

Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *Labour*, (50), 140. <https://doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>

Parker, R. (2011). Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/ AIDS Epidemic. *Brown Journal of World Affairs*, 21–37. Disponible en línea: https://www.brown.edu/initiatives/journal-world-affairs/sites/brown.edu/initiatives.journal-world-affairs/files/private/articles/17.2_Parker.pdf

Peters, K. D., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1998). Deaths: Final data for 1996. In *National Vital Statistics Reports* (Vol. 47, pp. 1–100). Disponible en línea: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr47/nvs47_09.pdf

Peterson, M., Robinson, B., & Shih, E. (2019). The New Virtual Crackdown on Sex Workers' Rights: Perspectives from the United States. *Anti-Trafficking Review*, 0(12), 189–193. <https://doi.org/10.14197/atr.2012191212>

- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Piot, P., Russell, S., & Larson, H. (2007). Good politics, bad politics: The experience of AIDS. *American Journal of Public Health*, 97(11), 1934–1936. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.121418>
- Pollini, R. A., Rosen, P. C., Gallardo, M., Robles, B., Brouwer, K. C., Macalino, G. E., & Lozada, R. (2011). Not sold here: Limited access to legally available syringes at pharmacies in Tijuana, Mexico. *Harm Reduction Journal*, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-13>
- Ponce de Leon Rosales, S., & Lopez Zaragoza, J. L. (2008). 25 años de SIDA en México. *Secretaria de Salud México*, 181–192. Disponible en línea: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf%0Ahttp://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SIDA25axos-26mar.pdf%0Ahttp://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Ponce De León, S., Macías, A. E., Cruz, A., Calva, J., En, M., Tinoco, J. C., ... Macia, S. (1988). Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México. *Salud Publica de México*. Disponible en línea: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/160/153>
- Poon, K. K., Dang, B. N., Davila, J. A., Hartman, C., & Giordano, T. P. (2013). Treatment Outcomes in Undocumented Hispanic Immigrants with HIV Infection. *PLoS ONE*, 8(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060022>
- Poteat, T. C., Keatley, J., Wilcher, R., & Schwenke, C. (2016). Evidence for action: A call for the global HIV response to address the needs of transgender populations. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.21193>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science and Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Poteat, T., Reisner, S. L., & Radix, A. (2014). HIV epidemics among transgender women. *Current Opinion in HIV and AIDS*. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000030>
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., ... Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2011). Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. Disponible en línea: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre VIH/SIDA. (2013). Estrategia 90-90-90. *ONUSIDA*, 39. Disponible en línea: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2010). *Acceso Universal: De la vulnerabilidad a la Resiliencia*. Panama.

- Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634–651. <https://doi.org/10.1037/a0015815>
- Quinn, D. M., Williams, M. K., Quintana, F., Gaskins, J. L., Overstreet, N. M., Pishori, A., Chaudoir, S. R. (2014). Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *PLoS ONE*, 9(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096977>
- Quinn, G. P., Schabath, M. B., Sanchez, J. A., Sutton, S. K., & Green, B. L. (2015). The importance of disclosure: Lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, queer/questioning, and intersex individuals and the cancer continuum. *Cancer*. <https://doi.org/10.1002/cncr.29203>
- Radix, A., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2016). Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: A comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20810>
- Rangel Flores, Y. Y. (2015). VIH / sida en México. De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos. *Revista Del Colegio de San Luis*, 200–219. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rcsl/v5n9/1665-899X-rcsl-5-09-00200.pdf>
- Rapues, J., Wilson, E. C., Packer, T., Colfax, G. N., & Raymond, H. F. (2013). Correlates of HIV infection among transfemales, San Francisco, 2010: Results from a respondent-driven sampling study. *American Journal of Public Health*, 103(8), 1485–1492. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301109>
- Raymond, H. F., Chen, Y.-H., Syme, S. L., Catalano, R., Hutson, M. A., & McFarland, W. (2014). The role of individual and neighborhood factors: HIV acquisition risk among high-risk populations in San Francisco. *AIDS and Behavior*, 18(2), 346–356. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0508-y>
- Raymond, H. F., Wilson, E. C., Packer, T., Ick, T., Lin, J., & McFarland, W. (2019). High and Stable Human Immunodeficiency Virus Prevalence among Transwomen with Low Income Recruited with Respondent-driven Sampling, San Francisco, 2010–2016. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 118–124. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000916>
- Reback, C. J., Ferlito, D., Kisler, K. A., & Fletcher, J. B. (2015). Recruiting, Linking, and Retaining High-Risk Transgender Women into HIV Prevention and Care Services: An Overview of Barriers, Strategies, and Lessons Learned. *International Journal of Transgenderism*, 16(4), 209–221. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1081085>
- Reback, C. J., & Fletcher, J. B. (2014). HIV prevalence, substance use, and sexual risk behaviors among transgender women recruited through outreach. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1359–1367. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0657-z>
- Red Mexicana de Organizaciones contra la Criminalización del VIH. (2017). *Declaratoria mexicana contra la criminalización del VIH*. Disponible en línea: https://vihnoescrimenmexico.files.wordpress.com/2017/10/declaratoria_red-mexicana-de-organizaciones-contra-la-criminalizacion-del-vih2.pdf
- Redlactrans, & International HIV/AIDS Alliance. (2012). The night is another country: Impunity and violence against transgender women human rights defenders in Latin America. Disponible en

línea: <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Violencia-e-impunidad-English1.pdf>

Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Mayer, K. (2015). Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584–592.

<https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>

Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Bhasin, S., Bockting, W., Brown, G. R., Feldman, J., Goodman, M. (2016). Advancing methods for US transgender health research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000229>

Reisner, S. L., Hughto, J. M. W., Dunham, E. E., Heflin, K. J., Begenyi, J. B. G., Coffey-Esquivel, J., & Cahill, S. (2015). Legal Protections in Public Accommodations Settings: A Critical Public Health Issue for Transgender and Gender-Nonconforming People. *Milbank Quarterly*. Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12127>

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J. A., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., ... Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)

Reisner, S., Keatley, J. A., & Baral, S. (2016). Transgender community voices: a participatory population perspective. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30709-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30709-7)

Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., ... Janeiro, N. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

Rodríguez Ramírez, G. (2004). *Treinta años de educación sexual en México*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en línea: www.juridicas.unam.mxhttp://biblio.juridicas.unam.mx

Rodríguez, D. C., Magis-Rodríguez, C., & Bravo-García, E. (2013). Barreras que afectan el uso de datos de vigilancia epidemiológica del VIH/sida en México. *Salud Publica de México*, 55(4), 408–415. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n4/v55n4a7.pdf>

Roller, C. G., Sedlak, C., & Draucker, C. B. (2015). Navigating the System: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 417–424. <https://doi.org/10.1111/jnu.12160>

Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: “do-it-yourself” transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1830–1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>

Rubin, R. (2015). Minimizing health disparities among LGBT patients. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 313(1), 15–17. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17243>

Rubin, R. (2015). Trans health care in the USA: A long way to go. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61525-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61525-2)

Russell, G. M., Bohan, J. S., McCarroll, M. C., & Smith, N. G. (2011). Trauma, recovery, and community: Perspectives on the long-term impact of anti-LGBT politics. *Traumatology, 17*(2), 14–23. <https://doi.org/10.1177/1534765610362799>

Sabsay, L. (2009). Tras la firma De Judith Butler: Una introducción posible a los ecos de su escritura. Disponible en línea: www.aibr.org

Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000227*

Salazar, X., Nunez-Curto, A., Villayzan, J., Castillo, R., Benites, C., Caballero, P., & Caceres, C. F. (2016). How Peru introduced a plan for comprehensive HIV prevention and care for transwomen. *Journal of the International AIDS Society. https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20790*

Salgado de Snyder, V. N., Gonzalez Vazquez, T., & Borjorquez Chapela, I. (2007). Vulnerabilidad social, salud y Migración México-Estados Unidos. *Salud Publica de México, 41*(3), 203–215.

San Francisco Department of Public Health. (2016). *San Francisco program for RAPID Art Initiation and linkage to Care - Standard operating procedures*. Disponible en línea: https://www.gettingtozerosf.org/wp-content/uploads/2016/09/20160822_citywide_rapid_protocol_v2.pdf

San Francisco Department of Public Health. (2016). *HIV Epidemiology - annual report 2016*. Disponible en línea: <https://www.sfdph.org/dph/files/reports/RptsHIVAIDS/Annual-Report-2016-20170831.pdf>

San Francisco Department of Public Health. (2016). Integrated HIV prevention and care plan 2017-2021. Disponible en línea: <http://www.sfhivplanningcouncil.org/Documents/docs/Integrated%20Plan/Final%202017-2021%20SF%20Integrated%20HIV%20Plan.pdf>

Sanchez, M. a, Lemp, G. F., Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E., Carter, S., & Ruiz, J. D. (2004). The epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999), 37 Suppl 4, S204–S214. https://doi.org/10.1097/01.qai.0000141253.54217.24*

Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health, 99*(4), 713–719.

Santos, G. M., Rapues, J., Wilson, E. C., Macias, O., Packer, T., Colfax, G., & Raymond, H. F. (2014). Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: Prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug and Alcohol Review. https://doi.org/10.1111/dar.12116*

Scheer, S., Chen, M.-J., Parisi, M. K., Yoshida-Cervantes, M., Antunez, E., Delgado, V., ... Buchacz, K. (2017). The RSVP Project: Factors related to disengagement from Human Immunodeficiency Virus care among persons in San Francisco. *JMIR Public Health and Surveillance, 3*(2), e25. <https://doi.org/10.2196/publichealth.7325>

- Scott, H. M., Fuqua, V., & Raymond, H. F. (2014). Utilization of HIV prevention services across racial/ethnic groups among men who have sex with men in San Francisco, California, 2008. *AIDS and Behavior, 18 Suppl 3*, 316–323. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0526-9>
- Secretaría de Salud de México (2012). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología*. Disponible en línea: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf
- Seidman, S. (1994). Queer-Ing Sociology, Sociologizing Queer Theory: An Introduction. *Sociological Theory, 12*(2), 166–177. Disponible en línea: <http://www.jstor.org/stable/201862>
- Sevelius, J. M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. *Sex Roles, 68*(11–12), 675–689.
- Sevelius, J. M., Carrico, A., & Johnson, M. O. (2010). Antiretroviral Therapy Adherence Among Transgender Women Living With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 21*(3), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2010.01.005>
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016, October 18). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*. International AIDS Society. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>
- Sevelius, J. M., Keatley, J. A., & Gutierrez-Mock, L. (2011). HIV/AIDS programming in the United States: Considerations affecting transgender women and girls. *Women's Health Issues, 21*(6 SUPPL.), 278–282. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.08.001>
- Sevelius, J. M., Keatley, J., Calma, N., & Arnold, E. (2016). “I am not a man”: Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Global Public Health, 1*–16. Disponible en línea: <http://www.tandfonline-com.ezp-prod1.hul.harvard.edu/doi/full/10.1080/17441692.2016.1154085>
- Sevelius, J., Murray, L. R., Martinez Fernandes, N., Veras, M. A., Grinsztejn, B., & Lippman, S. A. (2019). Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. *Culture, Health and Sexuality, 21*(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1496277>
- Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 1*(1). <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>
- Shelton, J. (2015). Transgender youth homelessness: Understanding programmatic barriers through the lens of cisgenderism. *Children and Youth Services Review, 59*, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.10.006>
- Shilts, R. (1987). *And the band played on: politics, people, and the AIDS epidemic*. New York : St. Martin's Press. Disponible en línea: http://catalog.ub.edu/record=b1589342~S1*cat
- Shipherd, J. C., Maguen, S., Skidmore, W. C., & Abramovitz, S. M. (2011). Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology, 17*(2), 56–67. <https://doi.org/10.1177/1534765610395614>

- Silva-Santisteban, A., Eng, S., De La Iglesia, G., Falistocco, C., & Mazin, R. (2016). HIV prevention among transgender women in Latin America: Implementation, gaps and challenges. *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20799>
- Silva-Santisteban, A., Raymond, H. F., Salazar, X., Villayzan, J., Leon, S., McFarland, W., & Caceres, C. F. (2012). Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS and Behavior*, *16*(4), 872–881. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0053-5>
- Simon, P. A., Reback, C. J., & Bemis, C. C. (2000). HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles County. *AIDS (London, England)*, *14*(18), 2953–2955. Disponible en línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153683>
- Singh, A. A. (2013). Transgender Youth of Color and Resilience: Negotiating Oppression and Finding Support. *Sex Roles*, *68*(11–12), 690–702. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z>
- Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act”: The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, *17*(2), 34–44. <https://doi.org/10.1177/1534765610369261>
- Soley-Beltran, P. (2014). Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, *39*. Universitat de Barcelona <https://doi.org/10.4321/S1886-58872014000100003>
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas*. (Taurus Pensamiento, Ed.). Buenos Aires: Impresiones Sud América SA. Disponible en línea: http://books.google.es/books?id=mSL0W_xS79QC
- Spade, D. (2008). Keynote address: Trans law and politics on a neoliberal landscape. *Temple Political and Civil Rights Law Review*, *18*, 353–373.
- Stangl, A. L., Lloyd, J. K., Brady, L. M., Holland, C. E., & Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. <https://doi.org/10.7448/ias.16.3.18734>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008, August). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
- Sudhinaraset, M., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2012). Convergence of HIV Prevalence and Inter-Racial Sexual Mixing Among Men Who Have Sex with Men, San Francisco, 2004–2011. *AIDS and Behavior*, *17*(4), 1550–1556. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0370-3>
- Sugano, E., Nemoto, T., & Operario, D. (2006). The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS and Behavior*, *10*(2), 217–225. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-9040-z>
- Tamez González, S., & Eibenschutz, C. (2009). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública*, *10*(1), 133–145. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000600012>
- Tapia Fonllem, M. E. (2017). Educación sexual para todas y todos: la asignatura urgente para el logro de la igualdad en México. *Congreso Nacional de Investigación Educativa - COMIE*, 1–13. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfl069>

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452–459. <https://doi.org/10.1037/a0029604>

The Center for HIV Law & Policy (CHLP). (2012). Arrests and Prosecutions for HIV Exposure in the U.S., 2008–2017. Retrieved April 17, 2018, from <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/arrests-and-prosecutions-hiv-exposure-united-states-2008-2017-center-hiv-law-policy-2017>

The Center for HIV Law & Policy (CHLP). (2018). The 2017 Modernization of California’s HIV Criminal Exposure Laws, *120291*(2017). Disponible en línea: www.hivlawandpolicy.org

The United States Interagency Council on Homelessness. (2015). *Opening Doors: Federal Strategic Plan to prevent and end Homelessness*. Washington D.C. Disponible en línea: https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/USICH_OpeningDoors_Amendment2015_FINAL.pdf

Tomppert, L. (2012). *Public Health Crisis: The Impact of Using Condoms as Evidence of Prostitution in New York City*. *Prevention*. Disponible en línea: <https://www.nswp.org/resource/public-health-crisis-the-impact-using-condoms-evidence-prostitution-new-york-city>

Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Shramko, M. (2018). Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics*, 142(4), e20174218. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>

Transgender Law Center. (2010). A Practitioner’s Guide to California Transgender Law. *Info*. Disponible en línea: www.transgenderlawcenter.org

Transgender Law Center. (2016). Model Policy & Legal Guide for Homeless Shelters & Housing Programs. Disponible en línea: www.transgenderlawcenter.org

Transgender Law Center. (2018). *ID please!: A guide to changing California & Federal Identity Documents to match your Gender Identity*. Disponible en línea: www.transgenderlawcenter.org

Transgender Law Center and Cornell University Law School LGBT clinic. (2016). *Human Rights conditions of Transgender women in Mexico*. Disponible en línea: www.transgenderlawcenter.org

Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>

UNESCO (2010). *Declaración Ministerial: “Prevenir con educación.”* Disponible en línea: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

Valdespino Gomez, J. L., Garcia Garcia, M. de L., Zolezzi, A. del rio; Loo Mendez, E., Magis-Rodriguez, C., & Salcedo-Alvarez, R. A. (1995). *Epidemiología de VIH/SIDA en México de 1983 a marzo de 1995*. Instituto Nacional de Salud Pública de México (Vol. 37). [Secretaría de Salubridad y Asistencia]. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1058999>

- Van Griensven, F., Na Ayutthaya, P. P., & Wilson, E. (2013). HIV surveillance and prevention in transgender women. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 185–186. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70326-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70326-2)
- Vasan, A., Hoos, D., Mukherjee, J. S., Farmer, P. E., Rosenfield, A. G., & Perriens, J. H. (2006). The pricing and procurement of antiretroviral drugs: An observational study of data from the Global Fund. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(5), 393–398. <https://doi.org/10.2471/BLT.05.025684>
- Villalobos, A., De Castro, F., Allen-Leigh, B., Rojas, R., Romero, M., Braverman-Bronstein, A., & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19. <https://doi.org/10.21149/8411>
- Wagner, Z., Wu, Y., & Sood, N. (2014). The affordable care act may increase the number of people getting tested for HIV by nearly 500,000 by 2017. *Health Affairs*, 33(3), 378–385. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0996>
- Warbelow, S., Oakley, C., & Kutney, C. (2018). *2018 State Equality Index*. Washington D.C. Disponible en línea: <https://www.hrc.org/resources/2018-state-equality-index-view-your-states-scorecard>
- Weiner, S., & Gloria, T. (2017). SB-239 Infectious and communicable diseases: HIV and AIDS: criminal penalties. *Legislative Counsel's Digest*. Disponible en línea: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201720180SB239
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the Dots: Examining Transgender Womens Utilization of Transition-Related Medical Care and Associations with Mental Health, Substance Use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Wong, W., Tambis, J. A., Hernandez, M. T., Chaw, J. K., & Klausner, J. D. (2003). Prevalence of sexually transmitted diseases among Latino immigrant day laborers in an urban setting--San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(8), 661–663. <https://doi.org/10.1097/01.OLQ.0000079522.04451.CB>
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
- Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2008). A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, 8(2–3), 31–47. <https://doi.org/10.1300/J485v08n02>

Yang, M. F., Manning, D., Van Den Berg, J. J., & Operario, D. (2015). Stigmatization and mental health in a diverse sample of transgender women. *LGBT Health, 2*(4), 306–312. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0106>

Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J. E., & Rangel-Gómez, M. G. (2014). *Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. Papeles de población* (Vol. 20). Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11230198003.pdf>

Zea, M. C., Reisen, C. A., Poppen, P. J., & Díaz, R. M. (n.d.). Asking and Telling: Communication About HIV Status Among Latino HIV-Positive Gay Men. *AIDS and Behavior, 7*(2), 143–152. <https://doi.org/10.1023/A:1023994207984>

Zúñiga, M. L., Muñoz, F., Kozo, J., Blanco, E., & Scolari, R. (2012). A binational study of patient-initiated changes to antiretroviral therapy regimen among HIV-positive Latinos living in the Mexico-U.S. border region. *AIDS and Behavior, 16*(6), 1622–1629. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0015-y>