

INVESTIGACIÓN

Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores para el acceso a la salud de mujeres trans: desde la perspectiva de la comunidad

Recibido: 22/6/18 Aceptado: 19/11/18

Virginia Zalazar¹, Inés Arístegui⁵, Nadir Cardozo^{1 2}, Omar Sued¹, Allan E. Rodríguez³, Claudia Frola^{1 4} y Héctor Pérez⁴.

RESUMEN

Introducción: Las mujeres transgénero (MT) son vulnerables a diversos problemas de salud, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), que reducen significativamente su expectativa de vida. Consecuentemente, existe la necesidad de entender los factores que afectan su acceso a la salud.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa en MT que viven en alojamientos comunitarios (HT, hoteles trans) en Buenos Aires. El objetivo del estudio fue explorar las barreras y facilitadores contextuales, sociales e individuales para el acceso a la salud, particularmente los servicios de VIH, y la aceptabilidad de diferentes intervenciones. Se realizaron dos grupos focales y cinco entrevistas en tres hoteles trans.

Resultados: Las barreras contextuales descriptas fueron los turnos limitados y las largas horas de espera. Los obstáculos sociales incluyeron el estigma y la discriminación por parte del personal y la culpabilización de las MT de sus problemas de salud, así como el estigma por VIH dentro de los grupos de MT. El facilitador más importante fueron los servicios inclusivos. Las barreras individuales incluyeron la auto-exclusión y el estigma anticipado, resultando en altos índices de automedicación e inyección de siliconas. Las pares juegan un rol importante acompañando a otras MT a los servicios. Aun reportando problemas similares, las MT recomendaron intervenciones diferentes según su perfil de hotel.

¹ Fundación Húésped, Buenos Aires, Argentina.

² Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina, Buenos Aires, Argentina.

³ Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of Miami, Miller School of Medicine, Miami.

⁴ División Infectología, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.

⁵ Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina

Dirección para correspondencia: Virginia Zalazar.
Pasaje Dr. Carlos A. Gianantonio 3932 (C1202ABB),
CABA, Argentina.
Tel/Fax: (5411) 4981-7777
virginia.zalazar@huesped.org.ar

Ninguno de los autores declara presentar conflicto de intereses en relación a esta publicación.

Conclusiones: Dado que el estigma y la discriminación son la principal barrera, es imprescindible sensibilizar a todo el personal de salud. Se necesita implementar una amplia gama de estrategias en los establecimientos de salud y evaluar la aceptación de intervenciones domiciliarias para responder a las diferentes demandas de las MT.

Palabras clave: personas transgénero, accesibilidad a los servicios de salud, VIH.

Introducción

En Argentina, como en el resto del mundo, las mujeres trans (MT)^a representan uno de los grupos más vulnerables a diversos problemas de salud que reducen significativamente la expectativa de vida (1). Entre ellos, las infecciones de transmisión sexual (ITS) presentan prevalencias alarmantemente elevadas, de un 50% para sífilis y un 40% para hepatitis B (2). La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no escapa a esta realidad, con una prevalencia que asciende al 34% en Argentina. A nivel mundial, las estimaciones recientes sugieren que las MT tienen 49 veces más riesgo de infección que la población adulta general (2, 3). Con el objetivo de 90-90-90 (4) para el 2020 aproximándose, es decir que para ese año el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral y que el 90% de estas personas tengan supresión virológica, las intervenciones se han enfocado cada vez más en las poblaciones más vulnerables como las MT. Aun así, al igual que en otros países, los esfuerzos de proveer cuidado médico y tratamiento a este grupo no han sido tan efectivos como en otras poblaciones (5, 6). Datos sobre la cascada de atención de MT con VIH en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires (7) mostraron que solo el 46% inició tratamiento antirretroviral (TARV) dentro del primer año de diagnóstico. Entre las que iniciaron TARV, solo el 38% pudo mantener la supresión virológica a las 48 semanas de tratamiento (16% del total), destacando la necesidad de comprender mejor los factores individuales, sociales y contextuales que afectan el acceso a la salud en MT.

Los determinantes ecológicos de la salud (8), es decir los elementos sociales, físicos y económicos, interactúan con factores individuales, biológicos y comportamentales, afectando el estado de salud de las personas. Dahlgren-Whitehead (8) plantea una estructura de determinantes en capas: los individuos, con su conjunto de variables biológicas, se encuentran en el centro, rodeados de capas conformadas por elementos que pueden promover o dañar la salud y que son factibles de ser modificados. La primera capa, la individual, consiste en creencias (sobre sí mismos y el mundo que los rodea), comportamiento personal y formas de vida. La siguiente capa, influencias sociales y comunitarias,

proporciona apoyo social o puede tener un efecto negativo a través de, por ejemplo, la discriminación. La tercera capa son los factores contextuales, como vivienda, condiciones de trabajo y acceso a los servicios salud. En el caso de las MT, múltiples determinantes que interactúan entre sí podrían explicar su situación de extrema vulnerabilidad en salud, como la exclusión temprana del ámbito familiar y educativo, la consecuente falta de inserción laboral formal, el trabajo sexual de supervivencia, el uso de drogas y alcohol, la frecuente violencia policial y la sistemática discriminación en el sistema de salud (1, 9, 10).

Según el Pacto Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (11), el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles debe abarcar los siguientes elementos; a) disponibilidad de establecimientos, recursos y personal capacitado; b) accesibilidad sin discriminación, con proximidad geográfica, con libre acceso a la información y al alcance de todas las personas; c) aceptabilidad, considerando la ética médica, la confidencialidad y el respeto por las diferencias culturales y de género; y d) buena calidad, con servicios apropiados desde el punto de vista científico y médico.

En Latinoamérica (12) existen estrategias focalizadas para promover un mayor acceso de las MT a los servicios de salud, libres de estigma y discriminación. Entre ellas, los denominados “consultorios amigables” o “servicios inclusivos” (13), la incorporación de navegadores/as pares^b (14, 15), así como el testeo móvil de VIH e ITS (16, 17). Sin embargo, a pesar de que Argentina ha estado liderando los esfuerzos regionales e internacionales para mejorar la equidad de la población trans a través de la Ley de Identidad de Género (18), a cinco años de su implementación, y aun contando con guías específicas acerca de la atención de salud para personas trans (19, 20), es necesario desarrollar estrategias e intervenciones comunitarias aceptables y sostenibles en el tiempo que faciliten el ejercicio del derecho a la salud de esta población. Considerando las condiciones inestables de vivienda de las MT y que en la Ciudad de Buenos Aires una proporción significativa reside en alojamientos, como inquilinatos, hoteles familiares o de tránsito (21), es necesario evaluar estrategias focalizadas en estos lugares.

^a Dentro de la categoría trans se incluyen a todas las personas cuya identidad de género autopercebida no coincide con el sexo asignado al nacer, abarcando a las personas travestis, transgénero y transexuales.

^b Navegador/a par: es una persona de la misma comunidad o grupo poblacional que tiene experiencia con los servicios de salud y está entrenada para ayudar a sus pares a sortear las dificultades del sistema. Los/as navegadores/as pares pueden relacionarse de manera más cercana con los/as pacientes que los/as profesionales, ya que comparten historias de vidas, cultura, lenguaje y conocimiento de su comunidad (36, 37).

Tabla 1. Características de las participantes en los diferentes grupos de hoteles

	Número de participantes	Promedio de edad	Secundario completo*	Características habitacionales y estilo de vida
Hotel 1 (grupo focal)	5	27,8 ± 4,2	60%	Habitaciones individuales y vidas autónomas
Hotel 2 (grupo focal)	7	28,6 ± 6,39	28,6%	Comparten habitaciones y vida en comunidad/ cooperativismo
Hotel 3 (entrevistas)	5	27,4 ± 6,22	-	Habitaciones individuales y vidas autónomas
Total	17	28 ± 5,45	41,7%†	-

* Secundario completo: nivel educativo esperable para personas mayores de 18 años

† De las 12 participantes con una respuesta válida a esta pregunta

Por tanto, esta investigación tiene como objetivo identificar los factores contextuales, sociales e individuales que actúan como barreras y facilitadores para el acceso y la retención en el cuidado de la salud en general, y la prevención y atención en VIH en particular, así como identificar preferencias de intervenciones de salud comunitarias y grupales en las MT que viven en alojamientos comunitarios (hoteles trans), en el área programática de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Material y métodos

Metodología

Al tratarse de una investigación de corte comunitario que busca comprender con mayor profundidad las barreras y facilitadores del acceso, se eligió una metodología cualitativa ya que resulta particularmente adecuada para la comprensión del fenómeno desde el punto de vista de los propios sujetos y cuando existe una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto temático de estudio (22, 23). La investigación cualitativa pone énfasis en las cualidades y los significados de las entidades y de los procesos y no en su cantidad, intensidad o frecuencia (24).

Se utilizaron como herramientas de recolección de datos entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Las entrevistas individuales permiten capturar las percepciones individuales y representaciones sociales de las participantes

(25). Los grupos focales (26) consisten en una conversación de un grupo pequeño y heterogéneo (cuatro a diez personas), con un moderador que busca que los participantes expresen sus puntos de vista libremente, en un ambiente permisivo y no directivo. Para ambas técnicas se siguió un guion de preguntas pre-establecido.

Se eligió un muestreo de tipo propositivo, utilizado para el estudio de fenómenos raros o que se dan en ciertas condiciones, ya que permite elegir los informantes en función de su tipo (27). Lo decisivo no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes (28-30), ya que se necesita alcanzar la saturación teórica, es decir el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y no aparecen elementos nuevos (31).

Muestra

La muestra final consistió en 17 MT residentes en tres alojamientos comunitarios, con una edad promedio de 28 años ($\pm 5,45$, rango 21-40). El 82,4% (n=14) eran argentinas –en su mayoría (78,6%) del noroeste del país– y el 17,6% (n=3) de nacionalidad paraguaya. Solo 12 participantes respondieron sobre su nivel educativo, de las cuales el 41,7% (n=5) tenían secundario completo y un porcentaje similar no lo habían completado. En la Tabla 1 se presentan las características de la muestra, según el hotel de residencia. Como requisitos de inclusión, las participantes debían tener más de 18 años, auto-identificarse como MT y residir en alojamientos comunitarios (hotel trans) del área programática del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales

La guía de preguntas fue elaborada ad hoc y contenía los siguientes ejes temáticos:

1. Barreras contextuales, sociales e individuales al acceso y a la retención en el cuidado de la salud en general y en particular a los servicios de prevención, diagnóstico y retención en el cuidado de VIH y otras ITS.
2. Facilitadores del acceso a la salud en general y a servicios de atención en VIH y otras ITS y relacionados a la salud trans en particular (endocrinología, etc.).
3. Interés en intervenciones comunitarias y/o grupales.

La propuesta de investigación, las guías de preguntas y el consentimiento informado fueron aprobados por los comités de ética del Hospital Juan A. Fernández y de la Fundación Huésped, institución que llevó a cabo el estudio. Todas las participantes firmaron el consentimiento antes de cualquier procedimiento.

Procedimiento

Debido a que el hospital se encuentra cerca de las zonas de trabajo sexual, existen varios hoteles donde residen MT. La identificación de los hoteles se realizó a través de las historias clínicas electrónicas de MT que asistieron al servicio de infectología. Entre octubre de 2015 y agosto de 2016 se identificaron ocho viviendas, con las coincidencias múltiples de una dirección postal, que se consideraron como indicio de vivienda comunitaria. Como la mitad de estas no cumplía con el requisito de ser un "hotel trans" (vivienda donde reside más de una MT con cierta vida comunitaria y relación entre sí), solo se visitaron los cuatro restantes. En uno de ellos no se logró la participación, ya que en tres oportunidades, a pesar de haber acordado el encuentro, las MT desistieron, alegando que habían consumido drogas y no estaban en condiciones.

Luego de una visita introductoria, un equipo multidisciplinario (una trabajadora social, una médica infectóloga, dos psicólogas y una referente trans) se trasladaba a los hoteles para la realización de los grupos. Cada grupo fue coordinado por dos profesionales del equipo. Las sesiones de aproximadamente dos horas de duración fueron grabadas. En el tercer hotel no se pudo realizar el grupo focal debido a diferentes factores, como problemas de horario por trabajo

nocturno, desconfianza al equipo de investigación y consumo de sustancias. En este caso particular, una referente trans miembro del equipo realizó entrevistas semi-estructuradas a cinco MT que residían en el hotel.

Análisis de datos

Se realizó un análisis temático de las transcripciones de los grupos focales y las entrevistas a fin de identificar los principales temas y categorías. El análisis fue realizado por dos investigadoras sociales y la referente trans, y luego fue discutido con el resto de los miembros del equipo multidisciplinario. Primero se realizó un análisis vertical o intra-entrevista grupal que incluyó una lectura en profundidad del corpus discursivo, la identificación de asociaciones y recurrencias y la codificación de frases y párrafos. Después se hizo un análisis transversal o inter-entrevistas, comparando los datos obtenidos mediante una lectura horizontal de los tópicos relevados. Se realizó una triangulación de los resultados con las notas de campo. Finalmente, se organizaron los resultados según las categorías de Dahlgren-Whitehead (contextuales, sociales e individuales).

Resultados

Se presentan los resultados describiendo los hallazgos y utilizando los testimonios como soporte de ejemplificación. Los resultados serán organizados en los siguientes apartados: 1) Características de las participantes; 2) Factores contextuales, sociales e individuales que actúan como barreras; 3) Facilitadores y recursos para el acceso a los servicios de salud y 4) Intervenciones de salud comunitarias y grupales: similitudes y diferencias entre hoteles.

1. Características de las participantes de acuerdo al hotel de residencia

Uno de los principales hallazgos fue que el tipo de población varía en función del hotel y, por tanto, sus demandas de salud y barreras del sistema. El primer y tercer hotel tenían características muy similares (Tabla 1): las MT alquilaban habitaciones de forma individual y tenían vidas autónomas en relación a sus gastos. En general, tenían un buen nivel educativo y de ingresos. Refirieron buscar atención médica tanto en hospitales públicos como centros/clínicas privadas. Por el contrario, en el segundo hotel, las MT presentaron un nivel educativo más bajo, compartían habitaciones

y pagaban los gastos de forma colectiva, con un fuerte sentido de comunidad y cooperativismo. En general recurren al sistema público de salud. Se observaron entre estas grandes diferencias en el nivel adquisitivo, la edad y el rol desempeñado. Las mayores, dedicadas al trabajo sexual, ayudaban y orientaban a las más jóvenes, recientemente llegadas a la ciudad.

2. Factores contextuales, sociales e individuales que actúan como barreras

Se identificaron diversos factores, comunes a las participantes de los tres hoteles, que funcionan como barreras de acceso al sistema de salud en general y a la prevención y atención del VIH en particular.

2.1 Barreras contextuales

Entendemos por barreras contextuales todos aquellos elementos estructurales del sistema de salud que representan un obstáculo para que las MT accedan a servicios disponibles, aceptables y de buena calidad.

El mayor obstáculo fueron las características propias del sistema público de salud, dificultando el acceso de las MT que realizan trabajo sexual nocturno a estudios o turnos médicos que habitualmente se programan a la mañana. En general, las participantes asociaron los centros de salud privados con mayor facilidad para obtener turnos, mayor oferta horaria, así como mayor rapidez para testeo y atención de VIH y otras ITS.

"Otro problema son los tiempos, en general todas trabajamos (de noche), como que les cuesta ir temprano a sacar un turno... esperar de acá a un mes (...). En cambio, voy a la clínica (privada), la doctora me ve ahí, me revisa y me hace el análisis de sangre, al otro día tengo los resultados." (Hotel 1)

"En el privado es 'al toque'. Entrás, sacás turno, te piden los datos, te pinchás, salís y pagás... el tema de cuán rápido es, es importante. ... La ansiedad de una de saber (el resultado del test de VIH). A mi mata mucho la ansiedad." (Hotel 2)

"(No voy) por el horario, llego cansada de trabajar, me levanto después de las tres (de la tarde)." (Hotel 3)

Otra de las barreras contextuales que afecta la accesibilidad es la mala señalización dentro del hospital, que les dificulta encontrar el lugar de atención y las lleva a desistir de intentarlo debido a la vergüenza y exposición que conlleva recorrer sin

rumbo la institución, porque las expone a comentarios, burlas, o murmuraciones, etc.

"Lo feo en el hospital es que te digan 'anda acá'... después te mandan a otro lado y de (ese) otro lado, te mandan a otro lado. Eso te da ganas de no averiguar." (Hotel 2)

2.2 Barreras sociales

Los factores sociales son un fuerte determinante que puede afectar la salud negativamente cuando las personas carecen del apoyo social necesario, son marginadas y/o discriminadas.

La estigmatización debido a la identidad de género representa la principal barrera social, no solo porque genera incomodidad y vergüenza para acercarse a los servicios de salud, sino también porque impide una atención aceptable y de calidad. Por ejemplo, nombrarlas por el nombre de varón o murmurar al verlas no solo supone un maltrato, sino también la no aceptación de su identidad de género.

"(...) fui al hospital y un médico no me quiso tocar ni revisarme, me dio una receta y encima me puso el nombre de varón." (Hotel 1)

"Cuando vas a un lugar y entrás... lo que sentís es la mirada de toda la gente... es como una pared que decís 'y ahora qué hago, para dónde me muevo, qué tengo que hacer'... ahí ya te inhibe." (Hotel 2)

Asimismo, se resaltó que muchos profesionales asocian la identidad trans con el VIH, influyendo de forma negativa en la calidad de atención que dispensan. Las entrevistadas señalaron sentirse juzgadas y culpabilizadas por su identidad de género y sus condiciones de vida.

"Nos dicen 'ustedes eligieron ese camino'... A mis 14 o 15 años, con la desesperación de irte de tu casa... Nunca pensé ¡Ay no! A los 30 años voy a estar tirada en la cama o no voy a poder subir una escalera, nunca lo pensé." (Hotel 1)

"(...) la gente piensa que estás contaminadísima (por el VIH)... hay una doctora que cuando la quieren tocar o besar, dice que directamente ni la toquen." (Hotel 2)

El estigma relacionado al VIH dentro del mismo grupo de pertenencia lleva a que muchas MT no quieran saber su

diagnóstico. Temen ser señaladas y/o perder clientes. Sin embargo, esto no es común a todas, en algunos hoteles, las MT con VIH están incluidas dentro del grupo ya que la mayoría se perciben expuestas a contraerlo.

"Todas saben del riesgo y no van por miedo a ser señaladas, a que te hagan a un lado, te traten diferente. En cuanto al trabajo... si alguna pasa con un cliente y te ven, te señalan para que el cliente sepa." (Hotel 3)

"Antes las chicas se aislaban. Ahora no. Hoy tomamos mate, charlamos (...) Es como que la otra persona te entrega más confianza contándote de su salud." (Hotel 1)

En general refirieron más situaciones de discriminación en el interior del país que en CABA, ya que los pueblos son más conservadores y el estigma y la discriminación por VIH o identidad de género son más frecuentes.

2.3 Barreras individuales

A nivel individual encontramos como principales barreras para la salud, creencias, comportamientos personales y formas de vida que en muchos casos son reforzados por el mismo grupo de pertenencia, como la automedicación, la aplicación de hormonas o siliconas líquidas sin supervisión, las conductas de autoexclusión, las creencias erróneas y poca información sobre el VIH, la necesidad de afecto y de pareja estable, entre otras.

Las mismas estrategias que las MT desarrollan para evitar situaciones de discriminación en el sistema de salud (la automedicación, autoadministración de hormonas sin supervisión médica y aplicación de inyecciones de aceite industrial) son algunas de las barreras más frecuentes. La decisión de automedicarse suele basarse en la recomendación de otras MT mayores, que según la similitud de síntomas transmiten la información a las más jóvenes e inexpertas.

"Cuando tengo un dolor, al menos yo prefiero automedicarme antes de ir a una clínica (...) Le preguntás a una amiga, a una 'madre'." (Hotel 1)

"Y depende, le preguntamos a la mayor, a la que le paso más dolores por experiencia. '¿Vos sabes que me duele acá?'" (Hotel 2)

"Todo lo referido a lo (de transmisión) sexual, me

automedico, me comunico e informo a través de las chicas." (Hotel 3)

Con relación a las hormonas o inyecciones de siliconas, previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género no existía información o acceso facilitado a intervenciones de "feminización", por lo que las MT más jóvenes recurrían a las recomendaciones de las referentes mayores. Actualmente, a pesar de la existencia de servicios especializados, existen otras barreras como la edad, la ansiedad y la necesidad por lograr rápidamente el cuerpo deseado, para expresar su identidad de género, aumentar su autoestima y poder así ejercer el trabajo sexual.

"Antes era normal, todas te decían cuando llegabas (a Buenos Aires) que tenías que ir a ponerte siliconas con tal persona. Ahora te dicen que no lo hagas, pero yo no sabía que era malo. Cuantas más hormonas te ponías, mejor." (Hotel 1)

"Apenas llegas acá, a Buenos Aires, lo primero que hacés es hacerte el cuerpo para poder trabajar un poco más." (Hotel 2)

Si bien los efectos adversos de estas prácticas como el desplazamiento de siliconas, trombosis, etc., son más frecuentes entre las MT mayores, son éstas quienes comentan con preocupación que, aun teniendo más posibilidades de acceder a servicios de salud, las MT más jóvenes no demuestran interés en hacerlo.

"Todas saben (del VIH), pero pocas son las que se preocupan, y las que lo saben comienzan un tratamiento y lo dejan. Las chicas grandes se cuidan más, a las pendejas 'les chupa un huevo todo'." (Hotel 3)

Otro factor individual es la autoexclusión. El estigma y la discriminación padecidos por las MT a lo largo de la vida se internalizan y manifiestan en creencias negativas sobre sí mismas y el mundo que las rodea, temor a ser discriminadas y conductas de evitación. En particular, en el segundo hotel, el de MT con menores recursos y autonomía, el temor les impide salir de donde viven durante el día o tomar transporte público para asistir a las consultas médicas.

"No queremos ir en colectivo, no queremos ir en el subte, no tengo para el taxi así que no voy." (Hotel 2)

Las barreras individuales que dificultan el diagnóstico

temprano de VIH y posterior adherencia al TARV están asociadas a creencias erróneas y temores, como la idea del VIH con una enfermedad deteriorante y terminal. La mayoría de las entrevistadas conocía a otra MT que falleció por enfermedades relacionadas al SIDA o a otras causas, y temen que les ocurra lo mismo. Asimismo, existe un desconocimiento acerca de qué hacer en el caso de que se rompa un preservativo en una relación sexual o sean víctima de una violación. Ninguna de las entrevistadas conoce la profilaxis post-exposición (PeP) para VIH y, en general, recurren a consejos de otras compañeras y realizan lavajes anales intentando disminuir las posibilidades de infección.

“No le gusta ir al hospital porque sale más enferma de lo que entró.” (Hotel 3)

“Ella tiene amigas que murieron. Vimos a esas chicas sufrir de todo, con hormonas, con enfermedades. Como que a nosotras nos queda ese miedo.” (Hotel 1)

El consumo de alcohol y drogas es otro determinante individual que actúa como barrera. En muchos casos, el consumo es inducido por los clientes, quienes se encuentran en una posición de mayor poder, y ante quienes acceden a fin de ganar más dinero. Asimismo, consumir drogas y alcohol les permite sobrellevar el frío de la noche y el trabajo sexual. Esta situación también las expone a mayor riesgo de contraer VIH y otras ITS cuando consumen durante el trabajo sexual. La falta de información sobre el consumo y su interacción con la medicación puede ser una barrera para seguir un tratamiento como el TARV. Temen que si toman alcohol o drogas la medicación no haga efecto y, por lo tanto, prefieren dejarla. También el consumo hace que los olvidos de la medicación sean más frecuentes, que no asistan a las consultas por vergüenza o miedo a que las reten o que decidan no hacer el tratamiento.

“Tiene la culpa la noche y el alcohol (...) porque el alcohol muchas veces te corta la medicación y al día siguiente ¿cómo es el tema si la volvés a tomar? ¿Te hace bien o el alcohol ya te cortó...?” (Hotel 2)

Un factor individual asociado al riesgo de contraer VIH u otras ITS es la necesidad de afecto y de conformar una pareja estable, lo cual perciben como un riesgo mayor que el trabajo sexual, ya que no pueden negociar el uso de preservativo con sus parejas. Algunas señalan que son ellas las que frecuentemente les muestran sus resultados de VIH a sus parejas y les piden que se lo realicen, pero ellos se niegan.

“La mayoría se contagia con parejas. Siempre está presente el cuidado y control con los clientes, hay más conciencia de hacer los chequeos, pero con la pareja no.” (Hotel 1)

Como consecuencia de las múltiples barreras contextuales, sociales e individuales, la mayoría de las MT concurren al hospital cuando su salud está ya muy deteriorada y no encuentran otra opción. Esta conducta individual es apoyada y facilitada por su grupo de pertenencia como último recurso en un momento crítico de su salud.

“Recién cuando se sienten mal van al hospital, les preocupa la tuberculosis, vamos acompañadas porque ya están en las últimas, tiene que haber alguien que las lleve sino no van, enfermarse es un presupuesto.” (Hotel 3)

3. Facilitadores y recursos para el acceso a los servicios de salud

Las entrevistadas perciben los servicios de salud inclusivos como facilitadores contextuales y sociales. El conocimiento y acceso a estos espacios se genera por el “boca en boca”, en función de las experiencias de otras MT.

“Yo desde que conocí a (nombre de la médica), voy con ella. Cuando vos sentís un abrazo, como que te dan ganas de volver.” (Hotel 1)

Asimismo, destacan características que facilitan tanto el acceso como la retención en el cuidado y la posibilidad de resolver varias demandas en un mismo lugar, como la realización de análisis de laboratorio y otros estudios en el mismo hospital.

“Te lo hacen ahí en el momento, no como otro hospital que te mandan a hacer por ejemplo una resonancia... o algo por el estilo a otro hospital.” (Hotel 2)

En general reconocen cambios favorables a nivel contextual y social tras la implementación de la Ley de Identidad de Género. Particularmente, en las nuevas generaciones se observa un mayor ejercicio de sus derechos, acompañado de una mayor aceptación social (familiar, educativa) y una mayor inclusión dentro del sistema de salud.

“Hoy por hoy hay una inclusión bárbara... pueden ir a la escuela, pueden estudiar... los padres también aceptan a las chicas y no las dejan salir de su casa, las llevan a un hospital para que hagan un tratamiento

de hormonas. Las cosas cambiaron un montón. La sociedad misma te da un nombre, podés casarte... creo que hoy por hoy, si a una chica la echan de su casa a los 12 años, se va a una comisaría, hace la denuncia que la están discriminando en su casa y la van a alojar bien en un lugar, le van a dar documento y la van a proteger. Antes, ni siquiera podíamos ir a una comisaría porque así terminábamos cagadas a palos.” (Hotel 1)

A nivel social e individual encontramos estrategias y conductas individuales facilitadas por el grupo de pertenencia. Uno de los facilitadores más mencionados es utilizar solo servicios o profesionales referidos por pares, estrategia desarrollada para sortear la barrera del estigma. Asimismo, señalan la importancia del apoyo social, al mencionar que prefieren ir a las consultas médicas acompañadas de otras MT, particularmente con quienes tengan más experiencia en ese hospital o servicio.

“Eso nos lleva a nosotros a recomendarnos, sea un hospital público o una clínica privada. ‘Mira, acá te atienden bien, esta doctora te atiende re bien... Siempre intentamos buscar, (encontramos) un odontólogo... y todas van a ese.” (Hotel 1)

“Esta bueno ir acompañada por una persona que tiene conocimientos del lugar, a quien ir, y preguntar.” (Grupo focal Hotel 2)

En la actualidad, la edad puede ser también un facilitador. Las MT más jóvenes tienen mayor información y la posibilidad de acudir a servicios priorizados por la población trans, como endocrinología. También las mayores refieren haber tomado conciencia de los riesgos de la automedicación y la necesidad del cuidado del propio cuerpo para alcanzar una mayor expectativa de vida.

“Hoy en día las chicas no se ponen tanta cantidad como se ponían.” (Hotel 2)

“Antes yo me automedicaba, no solo con las hormonas. Ahora soy más cuidadosa conmigo misma. Voy al hospital (...) Cuando una va creciendo, va cambiando, o sea, nos damos cuenta (...) queremos vivir más, antes... tenías 29 y decías ‘me queda un año’, ya sabíamos que no íbamos a pasar de los 30. (...) Eso siempre fue normal, y ahora decís, ‘tengo 35, estoy pasando’ (...) y decís ‘no, ahora quiero cuidarme y si estoy bien’...” (Hotel 1)

4. Intervenciones de salud comunitarias

y grupales: similitudes y diferencias entre hoteles

Se encontraron tanto similitudes como diferencias entre los hoteles con relación a la preferencia de intervenciones comunitarias y grupales, como consejería y testeo de VIH a través de test rápido en domicilio, entrega de turnos y derivaciones directas con infectología, navegadora o referente par en el hotel o en el hospital, grupos de autocuidado, etc.

En cuanto a las similitudes, todas las entrevistadas coincidieron en la importancia de la presencia de una MT como referente y navegadora par dentro de los servicios. Esto permitiría generar mayor confianza y sensación de comprensión por parte del personal. Asimismo, esperan de esta navegadora par, estrategias de seguimiento y retención, como recordatorio de turnos o de retiro de medicación.

“Sería más fácil si hubiera una chica trans en el hospital, o una enfermera piola.” (Hotel 1)

“Con que haya una persona, basta... que sea de acá (del hotel) o del hospital, es lo mismo (...) Cuando llego al hospital, tengo que hacer esto o lo otro, alguien que me informe.” (Hotel 2)

“Facilitaría más para acercarse a un hospital, (con) algún conocido trabajando adentro, alguna chica trans, te gustaría que te recuerden los turnos, cuándo tomar la medicación, que esté alguien atento a eso.” (Hotel 3)

Del mismo modo, coinciden que los grupos de pares, donde puedan compartir sus dificultades con otras MT, así como invitar a profesionales para talleres sobre diferentes temas, les parecen una estrategia atractiva que les ayudaría a acercarse al servicio de salud.

“(...) en los mismos grupos nos vamos a ir compartiendo las informaciones (...) Eso sería mucho mejor de hacer. Ir al hospital. (...) Porque al hacer una charla, van a ir chicas de distintos grupos... Capaz que van dos o tres de cada lugar, y entonces se va a difundir en cada uno de los lugares.” (Hotel 1)

Por el contrario, las propuestas de actividades domiciliarias, como el test rápido de VIH en el hotel, no fueron recibidas en todos los hoteles por igual. En el primer y tercer hotel, similares en su perfil, las entrevistadas no consentirían a intervenciones que las expusieran frente de sus compañeras ante un posible diagnóstico positivo. En este caso prefieren

intervenciones que aumenten su autonomía y reclamaron un buen trato en el hospital. Contrariamente, las entrevistadas en el segundo hotel, quienes ya han tenido experiencias con intervenciones comunitarias, prefirieron la provisión de servicios en el lugar, sin salir de su vivienda.

“En el hospital no queremos todo servido... (queremos) hacer cola de espera, (como) es para todos... pero queremos buen trato” (Hotel 1)

“En la medida que sea acá, es mejor, es más cómodo. El hecho es que no salimos, nos cuesta, no queremos ir al médico...” (Hotel 2)

Discusión

La presente investigación cualitativa tuvo como objetivo identificar los factores contextuales, sociales e individuales que actúan como barreras y facilitadores para el acceso y la retención en el cuidado de la salud en general, y la prevención y atención en VIH en particular, así como identificar preferencias de intervenciones de salud comunitarias en las MT. En línea con el modelo de Dahlgren-Whitehead (8), la salud de las MT se ve fuertemente afectada por determinantes contextuales, sociales e individuales, muchos de los cuales son factibles a ser modificados a fin de promover una mejor salud en esta población.

Factores contextuales, sociales e individuales que actúan como barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud

En línea con otros estudios (12, 14), las características inherentes al sistema de salud se presentan como barreras, como la acotada disponibilidad horaria y largos tiempos de espera. Si bien afectan a la población general, parecen implicar un mayor obstáculo para el acceso de las MT, al ser incompatibles con el estilo de vida de quienes realizan trabajo sexual (32). Del mismo modo, la mala señalización dentro de los hospitales y el retraso para recibir los resultados de los análisis y estudios hace que muchas prefieran, cuando tienen la posibilidad, recurrir al sistema privado. A pesar de estos obstáculos, señalan como facilitador contextual la posibilidad de realizar análisis de laboratorio y otros estudios en el mismo hospital. Asimismo, perciben que a partir de la implementación de Ley de Identidad de Género existe una mayor oferta de servicios dirigidos a la población trans, lo cual puede cambiar la perspectiva de vida de las más jóvenes (33).

La inequidad en el acceso a la salud aparece principalmente relacionada con el estigma y la discriminación por la identidad de género y actúa como barrera social y comunitaria. Así como en estudios previos (9, 10, 33, 34) se ha podido comprobar que persisten estas barreras luego de cinco años de promulgada la Ley de Identidad de Género, continúan las situaciones de maltrato por parte de profesionales de la salud, la culpabilización por sus afecciones y la asociación con el VIH. Sin embargo, las MT manifiestan conocer algunos servicios de los cuales destacan el buen trato y la contención. Otra barrera que se presenta a nivel social es la discriminación por VIH en su misma comunidad, lo cual se traduce a nivel individual en conductas de autoexclusión y estigma anticipado. La autoexclusión y el estigma intragrupal han sido descriptos anteriormente como generadores de altas prevalencias de depresión, consumo de sustancias y otros problemas psicológicos (1). Asimismo, estudios previos reflejan que estas manifestaciones internalizadas del estigma social influyen tanto en el acceso a la salud como en otros derechos contemplados en la Ley de Identidad de Género (ej.: cambio de DNI) (33).

Diversos **factores individuales** obstaculizan el acceso y la retención en el cuidado. Como se ha reportado previamente (12, 14, 15), las MT suelen confiar y apoyarse en sus pares para autoadministrarse medicamentos, hormonas e inyecciones de aceite industrial. Esta estrategia compartida que refuerza el alejamiento del sistema de salud difiere según la edad y el contexto. Particularmente para las más jóvenes les provee una “solución” rápida y accesible ante la urgente necesidad de intervenciones de feminización y otros problemas de salud. A pesar de la creciente toma de conciencia de los riesgos que estas prácticas conllevan, la información aún está lejos de ser accesible para la mayor parte de este grupo. La información también es escasa en relación al VIH, particularmente sobre la posibilidad de vivir una vida saludable con tratamiento, el efecto del alcohol y las drogas sobre el TARV, el acceso a vacunación, a PeP y el testeo rápido para ellas y sus parejas.

La transmisión de información entre pares podría mutar de un factor negativo, que predispone a la automedicación, a un factor facilitador de información verificada y estrategia útil para referir a servicios libres de estigma. Del mismo modo, las entrevistadas señalan que prefieren ir acompañadas de otras MT a las consultas médicas y particularmente con compañeras que tengan más experiencia en esa institución.

Si bien en los grupos de hoteles presentados las problemáticas en los tres niveles de análisis (contextual, social e individual) son similares, de acuerdo a su funcionamiento grupal las

intervenciones y estrategias sugeridas pueden ser diferentes. A partir de los resultados hemos identificado una serie de sugerencias para los equipos de salud que pueden promover el acceso de las MT a los servicios de VIH en particular y de salud en general.

Sugerencias para los equipos de salud

1. Servicios de salud dirigidos a población trans: servicios inclusivos y oferta específica de prevención y diagnóstico domiciliario

Es necesario continuar impulsando la integración de servicios adaptados a las necesidades de esta población. Estos servicios deberían incluir: clínica médica y estudios de laboratorio; provisión de terapia hormonal, intervenciones para el consumo problemático de sustancias; prevención, testeo y tratamiento de VIH y otras ITS; asistencia psicológica (12, 13) y consejería que promuevan la negociación del uso de preservativo y el ofrecimiento de test rápido de VIH a las parejas estables de las MT (15).

Debido al temor a la discriminación, es necesario considerar la potencialidad de intervenciones domiciliarias (16, 17) que deberían tener como objetivo no solo acercar información y realizar test diagnósticos sino también brindar un espacio seguro en donde los profesionales puedan paulatinamente ganar la confianza de este grupo para que puedan ser referidas a servicios de salud. No obstante, el estigma intra-grupo implica nuevos desafíos para intervenciones comunitarias en domicilio, como puede ser el testeo rápido, ya que la confidencialidad puede ser difícil de mantener. En grupos en los cuales se presentan altos niveles de estigma intra-grupal por VIH, como en el primer y tercer hotel, puede ser recomendable la derivación individual y facilitada a los servicios de salud. Por el contrario, en grupos con mayor cohesión y experiencia en intervenciones comunitarias es factible el testeo rápido de VIH domiciliario con un equipo multidisciplinario, aun así tomando las medidas necesarias para evitar vulnerar la confidencialidad del resultado. Por consiguiente, una amplia oferta de servicios tanto a domicilio como la referencia a centros inclusivos pueden ser una respuesta para las diferentes demandas de las MT.

2. Navegadoras pares

En estudios previos se señala que la incorporación y "formalización" de navegadores/as pares capacitadas dentro de los servicios de salud ha resultado esencial para lograr un impacto positivo en las intervenciones de prevención y tratamiento de VIH en las poblaciones más vulnerables (32, 33). Las entrevistadas coincidieron en la importancia de la

presencia de una MT, como referente y navegadora en los hospitales, que debería ser la responsable de establecer la conexión comunitaria con las MT.

Las estrategias para la extensión comunitaria dependen de las características de las beneficiarias. Por ejemplo, en establecimientos como los hoteles 1 y 3, en donde las entrevistadas mostraban mayor autonomía, una navegadora trans puede ser el primer enlace al hospital para guiarlas y empoderarlas en el cuidado de su salud. En cambio, en el hotel 2, con un funcionamiento comunitario, puede ser responsable de capacitar a referentes con información verificada sobre VIH/sida, autocuidado y hormonización; así como brindar el contacto con servicios integrales.

3. Capacitación y sensibilización del personal de salud

La inequidad en el acceso a la salud aparece principalmente relacionada con el estigma y la discriminación por la identidad de género y se establece como barrera social y comunitaria (9). En este sentido, es importante reforzar capacitación y sensibilización del personal de todos los servicios de salud para facilitar el acceso y retención en el sistema; y así asegurar un trato libre de estigma y discriminación.

4. Grupos de pares de empoderamiento y autocuidado

Se sugiere organizar grupos de pares tanto dentro de los mismos centros de salud u hospitales, para permitir que las MT entren en confianza con el hospital y sus profesionales, como por fuera de los mismos. Sin embargo, no es recomendable que sean específicos de VIH ni tampoco en los mismos hoteles para evitar el estigma intra-grupo. El objetivo podría ser promover el autocuidado, compartir información de salud y recursos así como promover la contención y el empoderamiento entre pares.

5. Estrategias de comunicación: medios digitales

De acuerdo a los temas prioritarios manifestados por las MT entrevistadas, es necesario proveer de información verificada a esta población. Las estrategias de comunicación deben focalizarse en generar información accesible sobre la automedicación y autoadministración de inyecciones de aceite industrial con las consecuencias que conllevan estas prácticas, así como también información sobre el VIH y otras ITS. Es importante brindar información sobre profilaxis pre-exposición (PrEP) y PeP y los beneficios de testeo y tratamiento. La información provista debe tener contactos y direcciones de servicios inclusivos. Los formatos de las piezas de comunicación pueden ser los tradicionales como folletos o trípticos, pero es recomendable que también se comiencen a explorar el uso de medios digitales (35) que

puedan ser transmitidos por redes sociales y celulares con el fin de utilizar los canales informales entre pares, especialmente entre las más jóvenes.

Limitaciones

Es importante recalcar que la información aquí presentada se limita a las MT de una zona de la Ciudad de Buenos Aires y por lo tanto no es representativa de la situación de la comunidad de MT en general. En este sentido, es necesario que futuros estudios recolecten información de las experiencias y percepciones en otras áreas geográficas así como dificultades y buenas prácticas de los servicios de salud dirigidos a esta población.

Conclusión

El presente proyecto y sus resultados representan un paso más en lo que debe ser un esfuerzo continuo por entender las necesidades de la población trans y las estrategias que permitan efectivamente revertir su situación de salud y su expectativa de vida. En este sentido, es necesario continuar trabajando para una inclusión más amplia de personas trans en las actividades de investigación, tanto en comités de base comunitaria, como en el diseño, recolección de datos y análisis de los resultados de los estudios que las involucre. Los responsables de los servicios de atención de la salud deben considerar la magnitud de los determinantes contextuales, sociales e individuales en el diseño e implementación de políticas públicas a fin de crear un contexto equitativo para las poblaciones vulnerables.

Considerando que los factores contextuales, sociales e individuales que actúan como barreras para el acceso a los servicios de salud y retención en el cuidado son el resultado del estigma y discriminación que ha sufrido históricamente esta población en diferentes ámbitos incluido el de salud, es imperioso asegurar la capacitación y sensibilización del personal de todos los servicios. Entre tanto, la inclusión en los servicios de salud de personas trans como navegadoras, la organización de grupos de empoderamiento y autocuidado, y las estrategias innovadoras de comunicación y de servicios domiciliarios dirigidos específicamente a esta población pueden funcionar como puentes temporales para fomentar la confianza al sistema de salud, que debe aprender a responder con respeto y equidad a esta población.

Reconocimientos

Nuestro agradecimiento a las Lic. Analía Dorigo y Gabriela Rodríguez que participaron en la recolección de datos y a todas las MT que participaron en los grupos focales y entrevistas.

Referencias

- Operario D, Nemoto T. HIV in transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. diciembre de 2010;55 Suppl 2(Suppl 2):S91-3.
- dos Ramos Farías MS, Garcia MN, Reynaga E, Romero M, Vaulet MLG, Fermepín MR, et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *Int J Infect Dis*. septiembre de 2011;15(9):e635-40.
- Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. marzo de 2013;13(3):214-22.
- UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2014.
- Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1 de mayo de 2010;21(3):256-64.
- Sevelius JM, Saberi P, Johnson MO. Correlates of antiretroviral adherence and viral load among transgender women living with HIV. *AIDS Care*. 2014;26(8):976-82.
- Sociás ME, Sued O, Frola C, Iacchetti A, Kerr T, Arístegui I, et al. Engagement in the HIV care cascade among transgender women enrolled in a public HIV clinic in Buenos Aires, Argentina, 2000-2012. 20th International AIDS Conference; July, 20-25; Melbourne, Australia, 2014; p. [FRAB0104-Oral Abstract].
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden; 1991.
- Sociás ME, Marshall BDL, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T, et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 27 de septiembre de 2014;13(1):81.
- Arístegui I, Vasquez M, Dorigo A, Lucas M. Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas. 2012;1-110.
- Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y culturales (PIDESC)*. 1966.
- Silva-Santisteban A, Eng S, de la Iglesia G, Falistocco C, Mazin R. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(3 Suppl 2):20799.
- Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and Gender-Affirming Transgender Clinical Care and Research. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 15 de agosto de 2016;72 Suppl 3(Suppl 3):S235-42.
- Reisner SL, Perez-Brumer AG, McLean SA, Lama JR, Silva-Santisteban A, Huerta L, et al. Perceived Barriers and Facilitators to Integrating HIV Prevention and Treatment with Cross-Sex Hormone Therapy for Transgender Women in Lima, Peru. *AIDS Behav*. 18 de abril de 2017;1-13.
- Silva-Santisteban A, Raymond HF, Salazar X, Villayzan J, Leon S, McFarland W, et al. Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. *AIDS Behav*. 8 de mayo de 2012;16(4):872-81.
- Lipsitz MC, Segura ER, Castro JL, Smith E, Medrano C, Clark JL, et al. Bringing testing to the people - benefits of mobile unit HIV/syphilis testing in Lima, Peru, 2007-2009. *Int J STD AIDS*. abril de 2014;25(5):325-31.
- Lahuerta M, Sabidó M, Giardina F, Hernández G, Palacios JF, Ortiz R, et al. Comparison of users of an HIV/syphilis screening community-based mobile van and traditional voluntary counselling and testing sites in Guatemala. *Sex Transm Infect*. 1 de marzo de 2011;87(2):136-40.
- Congreso de la Nación Argentina. *Ley de Identidad de género (Gender Identity Law)*. Argentina; 2012.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Atención integral de la salud de las personas trans Recomendaciones para los equipos de salud*. Buenos Aires, Argentina; 2018.
- Capicúa. *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud*. Buenos Aires, Argentina; 2014.
- Fundación Huésped. *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud personas trans en Argentina*. Buenos Aires, Argentina; 2014.
- March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*. 1999;13(4):312-9.
- Vasilachis de Gialdino I. *La investigación cualitativa*. En: Gedisa Editorial, editor. *ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*. Barcelona, España; 2006.
- Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. Sage Publications; 2005. 1210 p.

25. De Souza Minayo M, Ferreira Deslandes S, Cruz Neto O, Gomes R. *Investigación Social: Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar; 2004.
26. Prieto Rodríguez M, March Cerdá J. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales Step by step in the design of a focus group-based study. *Atención Primaria*. 2002;(29):366-73.
27. Bernard HR. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield; 2018. 147 p.
28. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam Pract*. diciembre de 1996;13(6):522-5.
29. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3 ed. Thousand Oaks C, editor. Sage Publications; 2002.
30. Crouch M, McKenzie H. The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Soc Sci Inf*. 29 de diciembre de 2006;45(4):483-99.
31. Krueger RA, Casey MA (Mary AW. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage Publications; 2000. 215 p.
32. Sociás ME, Shoveller J, Bean C, Nguyen P, Montaner J, Shannon K. Universal Coverage without Universal Access: Institutional Barriers to Health Care among Women Sex Workers in Vancouver, Canada. Beck EJ, editor. *PLoS One*. 16 de mayo de 2016;11(5):e0155828.
33. Arístegui I, Radusky PD, Zalazar V, Romero M, Schwartz J, Sued O. Impact of the Gender Identity Law in Argentinean transgender women. *Int J Transgenderism*. 2017;0(0):1-11.
34. De Santis JP. HIV Infection Risk Factors Among Male-to-Female Transgender Persons: A Review of the Literature. *J Assoc Nurses AIDS Care*. septiembre de 2009;20(5):362-72.
35. Evans YN, Gridley SJ, Crouch J, Wang A, Moreno MA, Ahrens K, et al. Understanding Online Resource Use by Transgender Youth and Caregivers: A Qualitative Study. *Transgender Heal*. 1 de agosto de 2017;2(1):129-39.
36. Roland KB, Milliken EL, Rohan EA, DeGross A, White S, Melillo S, et al. Use of Community Health Workers and Patient Navigators to Improve Cancer Outcomes Among Patients Served by Federally Qualified Health Centers: A Systematic Literature Review. *Heal equity*. 2017;1(1):61-76.
37. Genberg BL, Shangani S, Sabatino K, Rachlis B, Wachira J, Braitstein P, et al. Improving Engagement in the HIV Care Cascade: A Systematic Review of Interventions Involving People Living with HIV/AIDS as Peers. *AIDS Behav*. 2 de octubre de 2016;20(10):2452-63.

Contextual, social and individual factors as barriers and facilitators for healthcare access of trans women: a community perspective

SUMMARY

Background: Transgender women (TGW) are vulnerable to several health problems, including HIV and other STDs, which significantly reduces their life expectancy. Therefore, there is an urgent need to understand factors affecting access to healthcare.

Methods: A qualitative study was conducted among TGW living in rooming houses (TRH) in Buenos Aires. The objective of the study was to explore contextual, social and individual barriers and facilitators to access healthcare, particularly HIV services, and the acceptability of interventions. Two focus groups and five interviews were conducted in three TRH.

Results: Contextual barriers described were the limited number of appointments and long waiting hours. Social obstacles included health workers' stigma and discrimination and blaming of TGW for their health burdens, as well as HIV stigma within TGW groups. Most important facilitator were inclusive services. Individual barriers were self-exclusion and anticipated stigma, resulting in high rates of self-medication and industrial silicone injection. Peers play an important role by accompanying others TGW to healthcare. While reporting similar problems, TGW recommended different interventions according to their THR profile.

Conclusions: As the stigma and discrimination is the most important barrier, it is imperative to ensure awareness of transgender issues for all personnel of healthcare services. It is necessary to implement a wide range of strategies in health facilities, and evaluate the community acceptance of domiciliary interventions, in order to respond to the different demands of this population.

Key words: Transgender persons, Health Services Accessibility, HIV