



RECOMENDACIONES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS:

**Un primer paso hacia la
construcción de lineamientos
diferenciales para la atención
humanizada de personas trans en
Colombia**



RECOMENDACIONES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS*¹:

un primer paso hacia la construcción
de lineamientos diferenciales para
la atención humanizada de personas
trans* en Colombia

1. En este documento se hablará de personas trans* para hacer referencia a las distintas experiencias de vida de personas que transitan por el género. Se hará uso del asterisco (*), ya que al no poder enunciar con una única palabra las distintas experiencias, vivencias y realidades de las personas con variabilidad de género, siempre se podrán hacer notas al pie y multiplicar en vez de dividir. El asterisco abre posibilidades complejas que desbordan las convenciones gramaticales, médicas y sociales, permitiendo reconocer las distintas experiencias subjetivas de personas trans*.

Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans*: un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia.

© Ministerio del Interior de Colombia, 2018.
© Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social – PAIIS de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, 2018.

La investigación y esta publicación fue realizada gracias al apoyo de financiero de la **Real Embajada de los Países Bajos**

Reservados todos los derechos. Apartes de los textos pueden utilizarse citando la fuente. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Publicado por el Ministerio del Interior de Colombia y Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social – PAIIS de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, 2018.
Agosto 2018
ISBN:

Impreso en Colombia - Printed in Colombia

Referencia
Ministerio del interior & PAIIS (2018). Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud delas personas trans*: un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia. Bogotá: Ministerio del interior.

Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans*: un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERON
Presidente de la República
LUIS GUILLERMO RIVERA
Ministro del Interior
PABLO NAVAS SANZ DE SANTAMARÍA
Rector de la Universidad de los Andes
IVONNE GONZÁLES RODRIGUEZ
Directora de Derechos Humanos
PAULA TORRES HOLGUÍN
Directora PAIIS, Universidad de Los Andes
ELIANA ROBLES
Coordinadora del equipo que se encarga de la garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI de la Dirección de Derechos Humanos.
CARLOS ROCHA
Miembro del equipo que se encarga de la garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI de la Dirección de Derechos Humanos.
LAURA FUENTES
Asesora jurídica de PAIIS
YENNY GUZMÁN
Asesora jurídica de PAIIS
SIMON TORRES OROZCO
Investigador principal y coordinador de la investigación

La investigación y esta publicación fue realizada gracias al apoyo financiero de la **Real Embajada de los Países Bajos**

Equipo de investigación

Simon Torres Orozco, Daniela Maldonado, Alejandro Abondano, Nicolás Londoño y Laura Andrea Herrera.
Operador de los recursos donados por la Real Embajada de los Países Bajos

Corporación Talentum

Diseño y diagramación

Ph3 estudio



EQUIPO RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Investigadores

Simón Torres M.Sc.
Investigador principal, coordinador de la investigación y de la elaboración del documento.
Psicólogo clínico.

Daniela Maldonado
Asistente de metodología y trabajo comunitario de la investigación.
Educatora comunitaria.

Alejandro Abondano
Asistente del área jurídica de la investigación.
Abogado.

Nicolás Londoño
Asistente del área de salud mental de la investigación.
Psicólogo

Laura Andrea Herrera
Asistente del área de la salud de la investigación.
Bacterióloga y bióloga.

Equipo del Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social – PAIIS.

Paula Torres
Directora de PAIIS.
Consultora experta de la investigación.

Laura Fuentes
Asesora jurídica de PAIIS.
Coordinadora del área jurídica de la investigación.

Yenny Guzmán
Asesora jurídica de PAIIS.
Excoordinadora del área jurídica de la investigación.

Ministerio del Interior

Eliana Robles
Coordinadora del equipo que se encarga de la garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI de la Dirección de Derechos Humanos. Consultora experta área jurídica de la investigación.

Carlos Rocha
Miembro del equipo que se encarga de la garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI de la Dirección de Derechos Humanos. Coordinador área de metodología y administrativa de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A los liderazgos y a las organizaciones sociales trans* quienes, por su experticia y determinación, enriquecieron cada una de las etapas del proceso de investigación. Este documento es posible, porque muchas personas trans*, en distintos territorios del país, compartieron su experiencia y creyeron en el proyecto.

A la Embajada de los Países Bajos por su generosidad y apoyo. Especialmente, a Floris van Eijk y a Martha Arévalo por creer en el proyecto y en la posibilidad de construir políticas públicas de manera incluyente y participativa.

A Annelijn Wensing-Kruger (Directora del Equipo de Género y Sexología del Centro Médico de Experticia en Disforia de Género de la Universidad Libre de Ámsterdam) y a Martin den Heijer (Director del Departamento de Endocrinología del Centro Médico de Experticia en Disforia de Género de la Universidad Libre de Ámsterdam) por su minuciosa contribución científica y su juiciosa revisión y retroalimentación.

A Petra van Dijk (activista trans y miembro de la junta directiva de Transvisie, organización holandesa de pacientes trans) por su generoso intercambio de experiencias y por la disponibilidad para compartir su experiencia.

A los pares evaluadores que acompañaron y retroalimentaron la producción del documento: Alexander Barrera, Daniel Verástegui, Estefanía Méndez, Germán Quiroz, Katalina Ángel, Máximo Castellanos, Natalia Salas y Sergio Amaya.

A los estudiantes de PAIIS por su apoyo y disponibilidad.

Finalmente, un sentido agradecimiento a todas aquellas entidades y personas que contribuyeron a llevar a buen término la investigación.

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	10	
2	CONSIDERACIONES PRELIMINARES	16	
2.1	¿Por qué unos lineamientos para la atención en salud de personas trans* en Colombia?	17	
2.2	¿Cómo surgen estos lineamientos?	19	
2.3	Objetivos de los lineamiento	22	
3	MARCO CONCEPTUAL	24	
3.1	Conceptos básicos	25	
3.2	Conceptos relativos a la atención en salud de personas trans*	33	
3.3	Consideraciones en salud mental	38	
3.4	Consentimiento informado	41	
3.5	Consideraciones en atención primaria	44	
4	RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD A PERSONAS TRANS*	92	
4.1	Recomendaciones para el Gobierno Nacional	93	
4.2	Recomendaciones para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB	100	
4.3	Recomendaciones para la Red Integral de Prestación de Servicios [RED]	103	
4.4	Recomendaciones para la práctica clínica	124	
4.5	Consecuencias normativas de la violacion de derechos a personas trans*	175	
4.6	Recomendaciones para lo/as usuario/as	182	
5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192	

01

INTRODUCCIÓN

Este documento presenta un panorama general que permitirá abonar el camino para la construcción de lineamientos para la atención en salud de personas trans*. Se trata de una propuesta del Ministerio del Interior, con la colaboración del Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social - PAIIS de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, y la financiación de la Real Embajada de los Países Bajos. Intenta establecer directrices que garanticen la atención adecuada y humanizada en salud a todas las personas con identidades de género diversas en el país. Esta propuesta fue construida por un equipo de investigación interdisciplinario, compuesto en su mayoría por hombres y mujeres trans*, que se encargaron de llevar a cabo una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura pertinente para consolidar, en este documento, las mejores y más actualizadas recomendaciones nacionales e internacionales sobre la materia.

Con el fin de entender las realidades de los hombres y mujeres trans* al hacer uso del Sistema General de Seguridad Social en Salud (de ahora en adelante SGSSS), se llevó a cabo una investigación de campo - tanto cualitativa como cuantitativa - que permitió conocer de primera mano las principales barreras de acceso y problemáticas que enfrentan las personas trans* en distintos lugares del país. Las recomendaciones que aquí se presentan las identifica, las pone en evidencia y propone alternativas de política pública para subsanarlas. Este trabajo se realizó a través de dos metodologías. La primera consistió en la realización de cuatro grupos focales en las cuatro ciudades principales del país - Barranquilla, Cali, Medellín y Bogotá - para los cuales se convocó, de manera pública y por distintos medios, a toda la población trans de dichas ciudades. Con el objetivo de contar con presencia de perspectivas diversas, se garantizó la participación de personas de regiones contiguas a cada una de las ciudades visitadas. En estos grupos focales se presentaron los objetivos del documento a construir, se discutieron las percepciones acerca del SGSSS y las principales barreras de acceso que enfrentan las personas trans* al momento de requerir cualquier tipo de servicio médico. A cada uno de los espacios asistió un promedio de aproximadamente 50 personas. Con base en el índice de contenido del documento, se diseñaron una serie de preguntas que, bajo la metodología de “Café del Mundo”, se le formularon a las personas participantes.

Teniendo en cuenta que, por disponibilidad presupuestal, no fue posible abrir espacios en otras ciudades, se diseñó una encuesta electrónica que, además de aplicarse a las personas que estuvieron en los grupos focales, se distribuyó entre las organizaciones sociales trans* y los principales líderes y lideresas de la población, además de difundirse a través de redes sociales, correos electrónicos y medios de comunicación, de tal manera que pudiera ser contestada por personas de todo el territorio nacional. De las 287 personas que contestaron la encuesta², 238 se identifican como trans*, por lo que el universo de resultados que se expone

² Para ver los resultados de la encuesta consultar anexo 1

corresponde a ese número. De estas personas, 218 afirmaron que utilizan el SGSSS. A 126 se le asignó el sexo masculino al nacer, mientras que, al 92 restante, el sexo femenino. El 53% del total afirmó ser una mujer trans*, el 34% afirmó ser un hombre trans* y, el porcentaje restante, declaró tener género neutro. La mayoría de las personas que contestaron, el 56%, está en el rango de edad de los 18 a los 29 años, mientras que el 27% tiene entre 30 y 39 años. Por consiguiente, el porcentaje restante, el 17%, tiene 40 años o más.

Es importante recalcar que este documento y, en general, la investigación que lo sustenta, fue construido desde una perspectiva de derechos. Bajo este orden de ideas, además de presentar las barreras fácticas que existen para acceder al SGSSS, y de proponer soluciones dentro del marco de las políticas públicas, esta propuesta incluye el marco normativo y jurisprudencial que define a la salud en Colombia como un derecho fundamental y que cubre a las personas trans*, no solo en la esfera de las transformaciones corporales, sino en las exigencias de un trato digno al acceder a cualquier tipo de atención en salud. Por lo tanto, para comprender el sentido y el fin último, es necesario que el documento se lea en clave de derechos. Este enfoque responde a estándares de derechos humanos internacionales y derechos fundamentales nacionales que deben entenderse de manera transversal y de obligatorio cumplimiento. Además, el panorama expuesto y las recomendaciones que a éste responden no son nada novedoso ni distinto de lo que ya existe en cartas de derechos, tratados internacionales, normas nacionales y la base jurídica sobre la cual se estructura el SGSSS. Este documento se construye, por lo tanto, no para innovar, sino por la necesidad que existe de reafirmar y materializar los derechos de las personas trans*, específicamente su derecho a la salud, y tener un instrumento que permita dar visibilidad y respuestas concretas a la violación sistemática de derechos fundamentales a la que se ha visto sometida esta población en el marco de la atención en salud. De este modo, esta propuesta tiene un doble direccionamiento pues, a pesar de que su principal objetivo sea incidir en las prácticas de las instituciones y personas que integran el SGSSS, también se presenta como una herramienta de información, empoderamiento y exigibilidad de derechos para personas históricamente marginadas como lo son los hombres y mujeres trans*.

A partir de lo anterior, se cumple con el objetivo último que es el de obtener un diagnóstico que permita contribuir a garantizar una atención humana y digna para las personas trans* al momento de acudir al SGSSS. Así, se intenta eliminar las barreras de acceso, se acerca a las personas a los servicios que presta el SGSSS, y se busca evitar que se recaiga en prácticas como las transformaciones corporales artesanales que, a causa del desconocimiento, pero sobre todo del maltrato, incompreensión y discriminación, ponen en grave riesgo la salud de las personas

Este documento también abre la puerta a la formulación de una serie de medidas de política pública que contengan los lineamientos mínimos de atención en salud a personas trans* para garantizar sus derechos fundamentales, paralelamente a la implementación de la política pública nacional de garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI y de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

trans* y recargan, a largo plazo, el SGSSS. Este documento también abre la puerta a la formulación de una serie de medidas de política pública que contengan los lineamientos mínimos de atención en salud a personas trans* para garantizar sus derechos fundamentales, paralelamente a la implementación de la política pública nacional de garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI y de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

Dada la complejidad de este documento, que se construyó a partir de literatura científica tanto nacional como internacional, de marcos normativos y jurisprudenciales colombianos y de sistemas internacionales de garantía de derechos humanos, así como de información recogida y construida de la mano de hombres y mujeres trans*, todo lo recopilado se dividió en una serie de cartillas³ dirigidas a públicos objetivos distintos (entidades gubernamentales del orden nacional y territorial, las EAPBs, la Red Integral de Prestación de Servicios y los prestadores de servicios de salud y las personas usuarias del SGSSS). En todas las cartillas se encuentra, en primer lugar, un recuento sucinto de los objetivos, justificación y alcances de los contenidos. Luego se presenta el marco teórico que se utilizó para la realización del trabajo, en el cual se definen los principales conceptos relacionados con la construcción identitaria y con el derecho a la salud de las personas trans*. De este modo, se abordan conceptos tales como la identidad de género o la expresión de género, pero también se tiene en cuenta la manera como los manuales médicos han definido, a lo largo de los años, la identidad de género. Del mismo modo, se destacan convergencias sociales y contextos particulares para destacar y definir atenciones diferenciadas en ciertos sectores sociales trans*.

En tercera medida, dependiendo del público al que se dirija la cartilla, se ponen en evidencia una serie de recomendaciones que pretenden guiar la práctica clínica, médica y administrativa al momento de tratar el derecho a la salud de las personas trans. Particularmente, el documento que usted tiene en sus manos, concebido en forma de cartilla, está dirigido a Instituciones Prestadoras de Servicios. Todos estos fundamentos teóricos – abordados en estas tres partes – se ponen a dialogar con los resultados obtenidos durante el trabajo de campo realizado. Los datos se presentan en pequeños cuadros que acompañan el texto. Gracias a esto, se garantiza que se puedan cotejar los resultados arrojados por cada uno de los instrumentos de recolección de información con lo que arroja la investigación teórica llevada a cabo. Cabe mencionar que la información obtenida durante el trabajo de campo sirvió como fuente primaria para la elaboración de las recomendaciones, pues cada recomendación le apunta a eliminar alguna barrera de acceso identificada y vivida por alguna persona trans.

Finalmente, este documento propone abordar las vivencias y necesidades de las personas trans* en relación a su derecho a una salud digna y a la prestación de servicios de salud humanos, desde dos perspectivas. Por un lado, se tienen en cuenta los hallazgos científicos sobre la variabilidad de género en los seres humanos y los consensos entre distintos organismos internacionales sobre el acompañamiento más efectivo para garantizar el bienestar de las personas trans*. Por el otro lado, se rescata la voz y la experiencia subjetiva de quienes en carne propia viven la variabilidad de género. Esta propuesta resulta necesaria para superar las intervenciones fundadas en prejuicios, creencias, teorías descontextualizadas y desactualizadas que llevan a realizar malas prácticas profesionales, y que están generando efectos colaterales y adversos en las vidas, cuerpos y existencias de las personas trans*.

³ En caso de querer consultar los demás cuadernillos, por favor revisar:

- (Compilado de toda la información) "Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans* : un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia"

- "Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans* : un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia, sugerencias a Gobierno Nacional"

- "Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans* : un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia, sugerencias a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB"

- "Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans* : un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia, sugerencias a Red Integral de Prestación de Servicios"

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

02

2.1

¿Por qué unos lineamientos para la atención en salud de personas trans* en Colombia?

Desde hace algunos años, se han dado importantes avances en el posicionamiento social de las personas trans* [1]. Sin embargo, en el contexto colombiano, se evidencia aún un gran desconocimiento alrededor de estas vivencias y muy poca formación específica para los profesionales de la salud sobre la atención sanitaria que requieren, lo que limita el acercamiento informado y respetuoso a estas subjetividades. Esta falta de conocimiento generalizado frente a las experiencias de vida de las personas trans*, unido a prejuicios y los miedos que éstos generan, permea distintos sistemas sociales, entre ellos el SGSSS, y genera dificultades y barreras en el acceso a los servicios de salud y en la atención de estas personas, que han conllevado a la violación sistemática de sus derechos fundamentales.

La atención en salud a personas trans* implica necesariamente un cuestionamiento a los parámetros de atención existentes pues sus realidades, sus cuerpos y sus vidas, invitan a replantear criterios que, hasta ahora, parecían inamovibles; en tanto la infinidad de cuerpos y subjetividades existentes dentro del espectro trans* interpelan las comprensiones tradicionales binarias y fijas sobre lo que define a un hombre o una mujer. Los prestadores de servicios de salud necesitan comprender que existen mujeres con próstata, hombres con útero y ovarios, mujeres con pene y testículos, así como hombres con vagina, que requieren una atención en salud específica de acuerdo a sus realidades, y que no pueden seguir siendo tratados y tratadas como hombres y mujeres cisgénero.

En este contexto, es deber de los prestadores de servicios de salud informarse y capacitarse en la atención a personas trans*, no solo frente a los procesos de tránsito de género, sino también frente a una atención sanitaria integral, pues requieren atención primaria por distintas condiciones médicas, enfermedades y urgencias que no tienen relación directa con su construcción identitaria, pero que exigen un reconocimiento de su identidad de género. Ésta, al estar muchas veces encarnada en el cuerpo, complejiza la atención y la adecuada prestación de los servicios. Sin embargo, a pesar de que la corporalidad juega un papel fundamental en la construcción de su identidad, es importante aclarar que las realidades de las personas trans* van mucho más allá de sus cuerpos. Así, el deber de formación y actualización permanente de los prestadores

de servicios de salud tiene que cumplirse teniendo en cuenta los avances científicos, legales y sociales que enmarcan estos procesos en Colombia y en el panorama internacional.

Reconocer la identidad de género de una persona es un deber que surge del respeto de su existencia y singularidad sin ningún tipo de imposiciones y entendiendo que cada quien es digno solo por el hecho de ser quien es⁴. La Constitución Política de Colombia [2] establece que es fundamental que cada persona cuente con el derecho al libre desarrollo de su personalidad y a tener libertad de conciencia, para que su actuar no sea determinado por imposiciones de terceros. Cada individuo debe ser reconocido por el Estado y por la sociedad como un ser humano sujeto de derechos en condiciones de igualdad. Los límites a dicho reconocimiento son solo los derechos de los demás, el orden público y el bien común, e incluso éstos límites sólo se permiten si son proporcionales respecto a la consecución de dichos fines colectivos o los derechos de otras personas.

La necesidad de establecer un diagnóstico que permita la implementación de unos lineamientos y recomendaciones para la prestación de un servicio de salud digno para las personas trans* también tiene como base el reconocimiento de las identidades diversas y su consecuente protección a través de derechos consagrados en instrumentos de derecho internacional, que exhortan a los distintos Estados, incluido Colombia, a que las reconozcan también . Si bien el análisis de dichos instrumentos excede el alcance de este documento, vale la pena mencionar los principios de Yogyakarta como un documento que ha marcado la pauta en materia de reconocimiento de personas con identidades de género diversas. Sus principios 17 y 18 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y sobre la protección contra abusos médicos son principios transversales a los lineamientos a continuación planteados [3].

Teniendo en cuenta la distancia entre los derechos de los que son titulares las personas trans* y sus experiencias de vida, resulta imperante la creación de lineamientos básicos que establezcan los criterios para una atención digna a personas trans*, basada en un conocimiento científico, legal y experiencial que acompañe a los prestadores de servicios de salud a tomar decisiones profesionales fundadas en información real y actualizada, y no en prejuicios o desconocimiento de las vivencias de las personas trans*. Este documento busca contribuir a que estas personas, al ser atendidas de manera digna y humana, acudan al SGSSS y, así, dejen de incurrir en transformaciones corporales artesanales que tienen graves efectos sobre su salud y sobre el SGSSS, cuando tiene que entrar a subsanarlas⁵ .

2.2

¿Cómo surgen estos lineamientos?

En la Sentencia T-314 de 2011, la Corte Constitucional estableció que la ausencia de garantías para condiciones materiales de igualdad de personas pertenecientes a grupos históricamente discriminados, dentro de los cuales se incluye a las personas trans* implica la limitación o, incluso, la anulación de otros derechos como el acceso a la salud, al trabajo, la educación, el acceso y permanencia a establecimientos abiertos al público y afecta aspectos básicos como el acceso a una ciudadanía plena. En consecuencia, la Corte consideró que el Estado debe adelantar políticas públicas y acciones afirmativas para incentivar el reconocimiento, el respeto y la protección de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Al respecto, en la sentencia citada al principio de este párrafo, la Corte exhortó al Ministerio del Interior a articular “una política pública integral nacional, constante y unificada con los entes territoriales para el sector LGBTI, que posibilite su socialización y coadyuve a la convivencia pacífica, cumpliendo también los deberes y obligaciones correlativos”.

Por su parte, la ley estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, responde a la necesidad de establecer la salud, no sólo como un servicio comercial como cualquier otro [tal y como la entendía la ley 100], sino como un derecho fundamental. Así, se reconoce legalmente una amplia jurisprudencia Constitucional que definía el derecho a la salud como fundamental por conexidad a la vida, pero con el carácter de derecho autónomo, tanto en su dimensión individual como colectiva. Para conseguir lo anterior, en razón del enfoque diferencial que irradia el articulado de la ley, el modelo se acopla a la especificidad de los territorios, las características de las poblaciones y los recursos y servicios a disposición. Por lo tanto, su núcleo de acción son las condiciones de vulnerabilidad a las que son expuestas las comunidades, las cuales se asocian a “factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales [creencias y valores], económicos, ambientales, entre otros [...] cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales” [4].

Con base en estos los mandatos legales y jurisprudenciales, el Ministerio del Interior, con el fin de recolectar insumos diagnósticos para la formulación de la política pública de garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI, llevó a cabo seis encuentros regionales [Pacífico, Atlántico, Eje Cafetero, Orinoquía, Amazonía

⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-594 de 1993. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; y Sentencia T-881 de 2002. M.P. Eduardo Montealegre Lynett: “Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo “dignidad humana”, la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: [i] La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características [vivir como quiera]. [ii] La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia [vivir bien]. Y [iii] la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral [vivir sin humillaciones]”.

⁵ Aunque no existen datos estadísticos en Colombia acerca del impacto que tiene sobre el SGSSS la atención de intervenciones corporales artesanales, se han llevado a cabo estudios sobre este tema en otros países, en los que se ha concluido que las consecuencias económicas tienden a ser severas y, por lo tanto, se recomiendan enfoques preventivos que acerquen a la población al sistema oficial, con el fin de llevar a cabo sus procesos de tránsito con acompañamiento médico de calidad Para más información, consultar: State of California, Department of Insurance. Economic Impact Assessment Gender Non-discrimination in Health Insurance, REG-2011-00023. [Apr. 13, 2012]; Transgender Law Center. 10 Tips for Working with Transgender Patients 2016. p.1; y National LGBT Health Education Center. Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People: Best Practices for Front-line Health Care Staff. Boston: Fenway Institute. 2016. P.7.

y Zona Andina] y catorce grupos focales. En éstos, se abordaron problemáticas y temáticas específicas de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI [personas LGBTI en situación de habitabilidad en calle, situación de prostitución, víctimas del conflicto armado, en situación de discapacidad, con procedimientos invasivos legales e ilegales para las transformaciones corporales, miembros de las Fuerzas Armadas de Colombia y madres, padres y familias con personas LGBTI, entre otras] para conocer la situación de derechos humanos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas de todo el territorio nacional.

Surgió entonces la necesidad de formular e implementar medidas de política pública sectorial que, paralelas al proceso de expedición de la política pública nacional, pudieran subsanar situaciones urgentes de vulneración de derechos de esta población. Así, para tener insumos e información de mayor especificidad, a finales del año 2016, la Dirección de Derechos Humanos del Ministerio del Interior llevó a cabo un encuentro con hombres y mujeres trans*, cuyo objetivo era abordar las implicaciones del círculo de pobreza y exclusión que afecta a las personas con identidades de género diversas, desde el ámbito del diseño de políticas públicas. Con el fin de visibilizar la perspectiva y la situación de derechos de la población trans*, diferentes organizaciones, líderes y lideresas se reunieron para hablar sobre el tema, cada una con una vivencia diferente, pero convencidas de la necesidad de establecer acciones y políticas claras encaminadas a superar el déficit de protección de derechos constatado por la Corte Constitucional y que tanto la política nacional y sectorial buscaron resarcir.

Este encuentro, organizado en conjunto con la Red Comunitaria Trans, fue de suma importancia, tanto para las organizaciones sociales presentes, como para el Ministerio del Interior pues, por primera vez, se facilitaba un espacio que permitiera abordar las problemáticas propias de la población trans* con miras a establecer medidas participativas de política pública. Del mismo modo, este encuentro sirvió para fortalecer organizaciones sociales basadas en distintos territorios, no sólo bajo el enfoque del conocimiento de sus problemáticas y derechos, sino con el objetivo de consolidar una agenda común que permitiera el control, la incidencia y seguimiento a distintas acciones del Estado. En varias de las discusiones que se tuvieron y en las mesas de trabajo, se destacó un gran déficit de protección del derecho a la salud; se puso en evidencia no solo la situación de salud precaria de muchas personas trans*, sino un profundo desconocimiento por parte del SGSSS de las necesidades de salud específicas de esta población, que generan barreras para la utilización de sus servicios, bien sea para procedimientos relacionados con la construcción identitaria o por dolencias generales en salud. En consecuencia, se planteó la necesidad de generar medidas de política pública que eliminaran

las barreras de acceso al sistema, con el fin de que las personas lo pudieran utilizar y dejaran de recurrir a procedimientos artesanales supremamente riesgosos para su salud y, en el largo plazo, para el SGSSS.

Este esfuerzo del Ministerio se articuló, posteriormente y de manera definitiva, en la política pública nacional para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas [Decreto 762 del 7 de mayo de 2018]. Esta fue consagrada en la ley 1753 de 2017, por medio de la cual se adopta el plan de desarrollo “Todos por un Nuevo País”, que establece en el artículo 130 que “el Gobierno nacional, a través de sus entidades, llevará a cabo las acciones necesarias tendientes a la implementación y seguimiento de la Política Pública Nacional para la Garantía de Derechos de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgeneristas [sic] e Intersexuales [LGBTI] a través del Ministerio del Interior e impulsará ante las Entidades Territoriales la inclusión en los Planes de Desarrollo departamentales, distritales y municipales de acciones y metas que garanticen los derechos de las personas de los sectores sociales LGBTI”. Igualmente, el Decreto 2340 de 2015, que modifica el Decreto-ley 2893 de 2011 en su artículo 15, establece que el Ministerio del Interior debe diseñar programas de asistencia técnica, social y de apoyo para población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual [sic], coordinar con las instituciones gubernamentales la elaboración, ejecución y seguimiento de las políticas públicas dirigidas a la población LGBTI y el ejercicio de sus libertades y derechos, y promover acciones con enfoque diferencial, tanto de parte del Ministerio como de las demás entidades del Estado, orientadas a atender la población y la formulación de acciones conjuntas [5].

Con el fin de consolidar la política sectorial y nacional frente a la garantía de los derechos de las personas trans*, y su debida articulación con las obligaciones legales y jurisprudenciales en las que éstas se enmarcan, se decidió formular un proyecto para generar mecanismos de acercamiento, acceso y utilización de los servicios del SGSSS por parte de las personas trans*. Esto, a través de la creación de un documento que contuviera un diagnóstico a partir del cual poder establecer los lineamientos mínimos requeridos para la atención en salud a personas trans*. Teniendo en cuenta que el Ministerio del Interior es el ente rector de la política pública de garantía de derechos de los sectores sociales LGBTI y, que, además, en virtud de los decretos 2340 de 2015 y 762 de 2018, está facultado a promover acciones con enfoque diferencial, tanto de parte del Ministerio como de las demás entidades del Estado, orientadas a atender la población LGBTI, y la formulación de acciones conjuntas, se estableció la ruta de formulación e implementación de este proyecto.

2.3

Objetivos de los lineamientos:

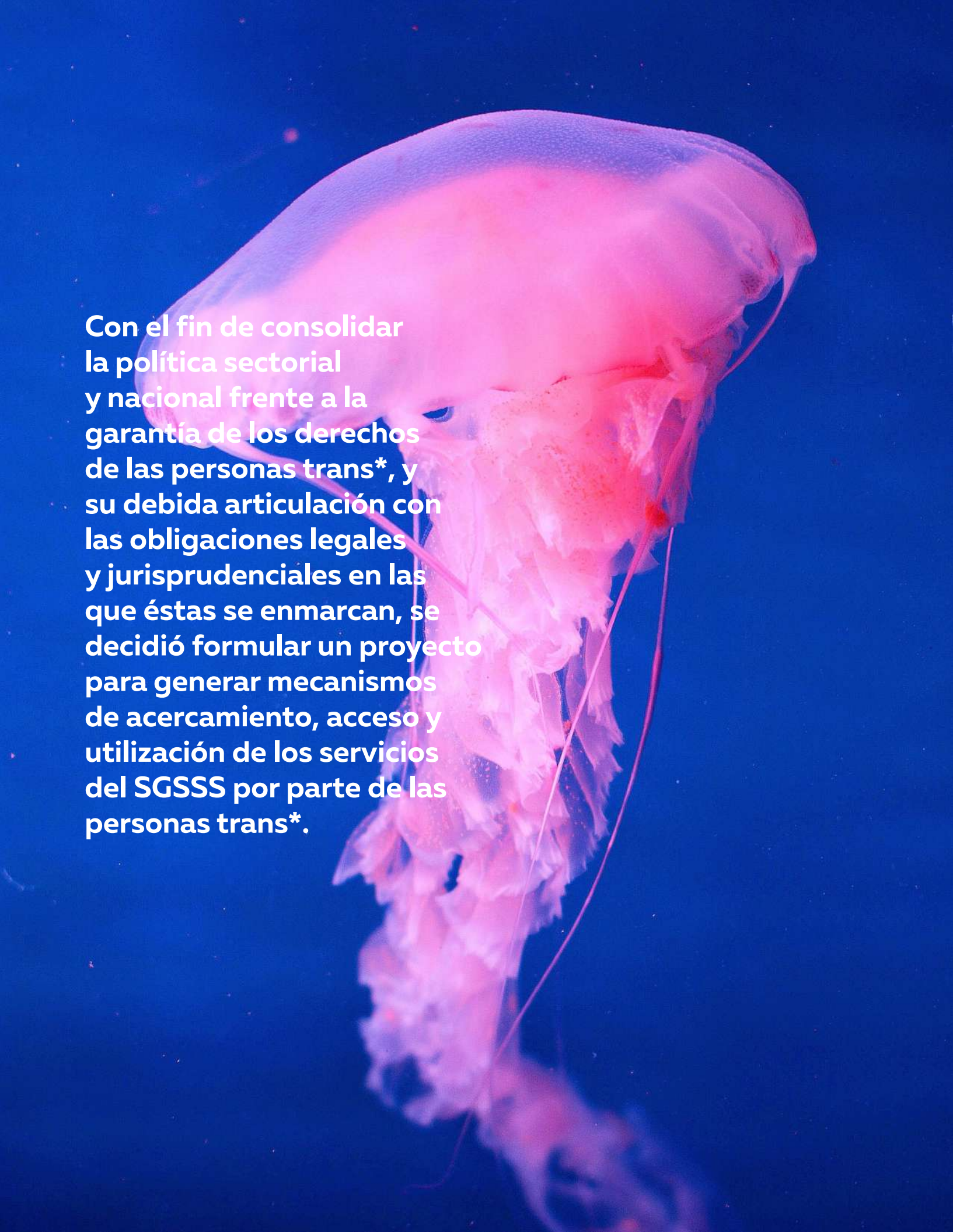
Igualmente, considerando la importancia de que la academia estuviera involucrada en el proyecto, se invitó al Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social - PAIIS de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes a participar en razón de su experiencia en litigio estratégico y acompañamiento legal a personas trans*.

1. General:

Proponer los lineamientos requeridos en una atención en salud humana y digna a personas trans*, tanto para los prestadores de salud como para el área administrativa y cualquier otra persona o institución que se relacione, de manera directa o indirecta, con una persona trans*.

2. Específicos:

- Identificar las barreras de acceso a la salud que actualmente experimentan las personas trans*.
- Proponer una forma de mejorar la atención a personas trans* en los servicios de salud en Colombia.
- Generar unas recomendaciones para que los prestadores de servicios de salud, de todas las especialidades, tengan los conocimientos necesarios para poder proponer intervenciones ajustadas a personas trans*.



Con el fin de consolidar la política sectorial y nacional frente a la garantía de los derechos de las personas trans*, y su debida articulación con las obligaciones legales y jurisprudenciales en las que éstas se enmarcan, se decidió formular un proyecto para generar mecanismos de acercamiento, acceso y utilización de los servicios del SGSSS por parte de las personas trans*.

MARCO CONCEPTUAL

03

Conviene precisar que, a la hora de formular e implementar políticas públicas, resulta necesario esbozar definiciones para poder hacer alusión a actores, escenarios y mecanismos de garantía de derechos. De igual modo, es importante que exista un lenguaje común que permita que todo implementador –en este caso todo prestador de salud– tenga las herramientas conceptuales necesarias para analizar y aplicar estos lineamientos.

No obstante, es importante resaltar, como lo hace la Corte Constitucional, que pueden existir otras vivencias sujetas a ampliar las definiciones que se exponen a continuación. Por eso, además de poner la acepción básica de conceptos relativos a la identidad de género de las personas que se utilizaron para la construcción de estos lineamientos y sus consecuentes recomendaciones, se hará alusión a discusiones relativas a su construcción conceptual.

3.1

Conceptos básicos

3.1.1

Qué es reconocer una identidad:

La identidad es un proceso cambiante, que coexiste por la en-crucijada de fuerzas, roles, reflexividad individual, reflexividad social, hábitos y procesos de socialización. Así, se construye en la superposición de pertenencias múltiples y cambiantes. En síntesis, la identidad es la respuesta a las preguntas ¿quién soy yo?, ¿quién eres tú?, ¿soy igual o parecido a quién o a qué?, ¿qué me define?, ¿quién es él o la que aparece ante mí en el espejo? [6].

Reconocer una identidad individual es aceptar y entender que ésta no se afirma, ni se estabiliza, ni es visualmente identificable, así como tampoco precozmente predecible. Por el contrario, es una construcción progresiva, producto de un ejercicio autónomo y responsable que cada sujeto realiza, en los distintos momentos de su vida.

Así pues, es parte de la responsabilidad ética de los distintos prestadores de salud, que están en constante relación con seres humanos, reconocer la identidad del otro como una construcción individual, heterogénea y autónoma que desborda los reduccionismos biologicistas, dicotómicos y polares.

El rol que cumplen los prestadores de salud al momento de reconocer una identidad consiste en respetar la diversidad de las personas, sin evaluar o criticar su identidad de acuerdo a lo que la persona cree u opina de ser trans*.

“Le digo yo ‘cuando te refieras a mi refiérete como una mujer transexual’, y ella me dijo ‘ah pero entonces ya estás reasignada’ y yo ‘no, yo no tengo por qué responder a ti si yo soy reasignada o no para que tú me sigas transexual, simplemente dime transexual y ya, porque yo no tengo que abrir las piernas para que tú me digas transexual.”

[mujer trans, Cali]

Se debe partir del respeto y de la dignidad humana que tienen las personas trans* como cualquier otra persona. Así, deben tener acceso y servicios de salud en igualdad de condiciones a cualquier otra persona.

“Las personas trans* no simplemente vamos al médico porque vamos a hacer un tratamiento hormonal o porque necesitamos que nos hagan una cirugía. A uno le da gripa, a uno le da dolor de cabeza,

a uno le da apendicitis, entonces es como que los médicos tengan en cuenta cómo deben referirse a las personas y en el trato también.”

[persona trans*, Medellín]

En concordancia con estos planteamientos teóricos, la Corte Constitucional, en la sentencia T-099 de 2015, señala que “la identidad de género y la orientación sexual de las personas son conceptos que se transforman continuamente a partir de la experiencia individual y de la forma en que cada ciudadano se apropia de su sexualidad. Por lo tanto, las definiciones no se pueden tomar como criterios excluyentes sino como ideas que interactúan constantemente y que son revaluadas a partir de la experiencia de cada persona frente a su sexualidad y su desarrollo identitario”.

3.1.2 Sexo

El sexo es, en su definición clásica, una característica biológica que se le asigna a los seres humanos, según los rasgos asociados a los órganos sexuales observables al nacer [7]. Así, durante la designación, se realiza una evaluación de acuerdo a sustratos biológicos como el sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo genital y sexo morfológico [8]. De dicha designación resulta una clasificación arbitraria de las personas en hombres, mujeres y personas intersexuales. Se habla de designación arbitraria ya que estas bases biológicas de las diferencias sexuales son considerablemente más complejas de lo que a primera vista parecerían. En efecto, ninguna especie presenta una variabilidad que contempla únicamente a “hombres” y “mujeres” cuyos rasgos sean completamente idénticos; simplemente no existe una marca “genética” u “hormonal” o una “diferencia en los cromosomas”. Se trata más bien de diferencias de sexo, medibles de diversas maneras, que surgen a causa de las presiones ecológicas y evolutivas, las cuales, a su vez, favorecen complejos particulares de rasgos conductuales, físicos y fisiológicos que se configuran como los factores desencadenantes de las diferencias [9].

Desde las ciencias sociales, este espectro amplio de diferencias es prueba de que el binarismo entre hombres y mujeres es culturalmente producido y no correspondiente a la variabilidad de las especies. Se considera entonces que el sexo, como categoría, podría bien ser una extensión del dualismo de género hombre/mujer, lo que lo convierte en una construcción sociocultural [10]. Desde la jurisprudencia, la Corte Constitucional también ha definido el sexo como un atributo que forma parte de la definición identitaria de cada persona, como producto de una decisión autónoma y no atada a la genitalidad. Para la Corte, existe un sexo neurológico, además, o una definición sexual mediada por la identidad de género y relacionada con el ejercicio de los derechos a la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad [11].

La mayoría de las personas encuestadas manifestaron que el personal de salud confunde orientación sexual con identidad de género.

3.1.3

Identidad de género:

El género hace referencia a un complejo cultural de normas, valores y comportamientos que una cultura particular asigna, según las características sexuales [9] a una persona. La identidad de género es, a su vez, la percepción individual, la experiencia subjetiva y la construcción que cada quien realiza, con base en significados culturalmente asociados al género de quién es. Esta vivencia puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer y con la relación que cada quien establece con su propio cuerpo [3,12,13]. Más que una categoría rígida y polar sobre lo que para cada individuo significa ser hombre o ser mujer, la identidad de género es un espectro que comprende múltiples variaciones y experiencias subjetivas propias del devenir humano[3, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

La identidad de género es una construcción dinámica, un proceso independiente y fluido para todos los seres humanos y no constituye un punto final de llegada [16]; no es fija ni preexistente, sino que se comprende como una creación constante. No es un producto terminado, “sino un proceso continuo que nunca se logra o se completa totalmente; de un moldear los fragmentos y diversas experiencias de la vida personal y social en una relación viable, organizadas mediante las violentas jerarquías del poder y de la diferencia”[18]. De esta manera, un tránsito en el género es una experiencia en transformación, pues se trata de un proceso multidimensional en donde interactúan experiencias subjetivas, contextos históricos y realidades culturales. Cualquier acompañamiento debe entender sus ritmos y requerimientos específicos, sin encasillar a las personas en lo que se espera socialmente que sean [14,19, 20].

Como se mencionó anteriormente, desde el punto de vista constitucional, la identidad de género como la vivencia interna e individual que tiene cada persona del género, y que puede o no corresponder con el sexo asignado al momento del nacimiento. Este sentir profundo de cada individuo incluye la vivencia personal del cuerpo y, en ese sentido, podría implicar la modificación de la apariencia o de la función corporal, si así lo decide la persona autónomamente [21].

La identidad trans* surge al responder la pregunta ¿quién soy yo? El ser trans* es una decisión y construcción personal, desde el nombre con el que quiere llamarse hasta cómo quiere que sea su apariencia física.

Es la forma como tú te sientas y haz como llevado tu vida, tú dices yo siento que soy una mujer, yo siento que soy un hombre, y me identifico con una mujer o con un hombre independientemente si yo nací con genitales de macho o un genital de hembra, si en el registro civil me colocaron eso, pero yo no me siento así.
[mujer trans*, Barranquilla]

No obstante, han emergido algunos términos para explicar ciertas experiencias subjetivas, las cuales, como se resaltó al principio de este marco conceptual, han cambiado y lo seguirán haciendo a través del tiempo, pero que resultan útiles para el entendimiento y la aplicación de los lineamientos que aquí se proponen y fueron utilizados en su construcción

• **Persona trans*:**

El término transgénero se utiliza como término sombrilla para describir a personas cuya autoidentificación o expresión rompe, traspasa o transgrede categorías o límites de género establecidos social y culturalmente [22,23]. Incluye, pero no se limita a, personas que se autodenominan como travestis, transexuales, drags o, incluso, transgénero. Para reconocer esta multiplicidad de construcciones identitarias, estos lineamientos hacen uso del concepto de personas trans*. Estas son “personas cuya identidad de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer” [24].

Dentro de las identidades trans* se encuentran mujeres trans*, hombres trans*, personas con género neutro/fluido/genderqueer entre otras.

Debido que se trata de una construcción personal, es claro que no hay una sola forma de ser trans*.

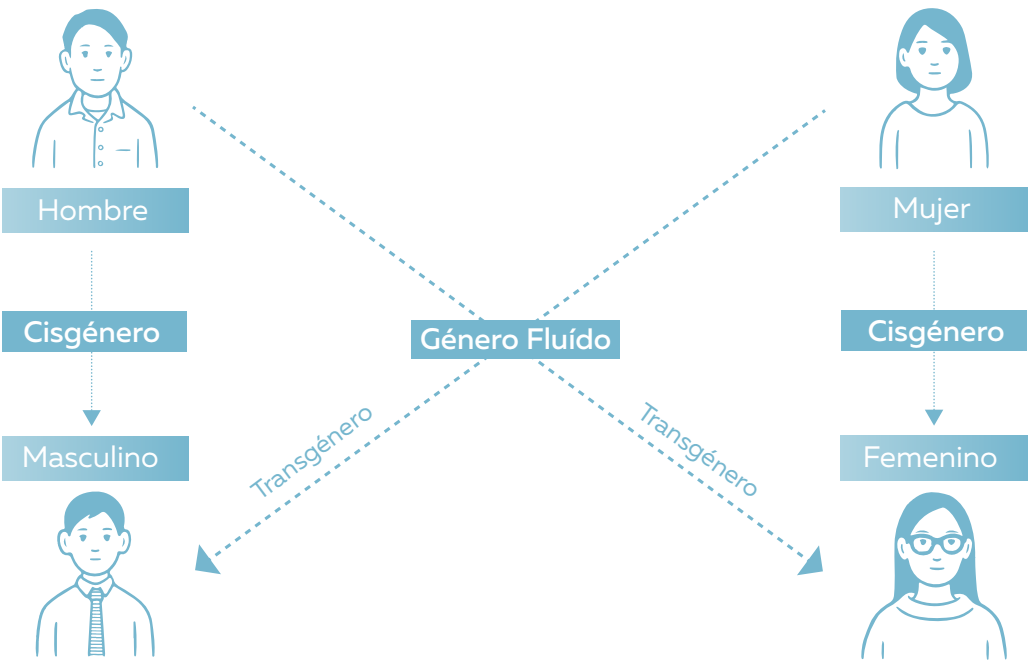
“...es que mi identidad se construyó a partir de sentirme bien, con lo que se reflejaba en el espejo. En esa medida, cuando te dicen que estás en el cuerpo equivocado, pues es un poco violento porque no quise nacer en el cuerpo de Pamela Anderson ni Natalia, ni nada, sino que me siento cómoda como soy. Así que para mí la identidad es estar cómoda con lo que uno es, y cómo se refleja ante el mundo y ante ustedes.”
[mujer trans, Bogotá]

- **Mujeres trans***: son personas asignadas con sexo masculino al nacer, socializadas como hombres, pero que se afirman e identifican como mujeres. Esta identificación no tiene necesariamente una correlación directa con su genitalidad.
- **Hombres trans***: son personas asignadas con sexo femenino al nacer, socializados como mujeres, pero que se afirman e identifican como hombres. Esta identificación no tiene necesariamente una correlación directa con su genitalidad.
- **Personas con género neutro/fluido/genderqueer [25]**: son personas cuya identidad de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas a alguno de los dos sexos binarios reconocidos en la cultura occidental [26].

Estas personas, a nivel subjetivo, pueden:

- no identificarse con ninguna categoría de género.
- sentir identificación con las dos categorías [hombre y mujer].
- transitar por el espectro del género de forma fluida.

En el gráfico 1 se diagraman las diferencias identitarias acabadas de presentar.



3.1.4
Expresión de género

La expresión de género describe las manifestaciones externas de género de una persona en relación a las normas sociales. Así, hace referencia a las maneras en que las personas comunican, encarnan y representan su identidad de género [12, 25, 27, 28, 29]. Por su parte, la Corte Constitucional considera la expresión de género como la exteriorización de los rasgos culturales que llevan a que una sociedad determinada identifique a una persona como masculina o femenina, de acuerdo con los patrones considerados propios de cada género [30].

Es fundamental resaltar el hecho de que la expresión de género pueda variar en distintas épocas de la vida, no implica necesariamente que la persona no tiene seguridad sobre su identidad de género. Así, la identidad de género y la expresión de género constituyen dos fenómenos diferentes que pueden o no ir de la mano. Aquellas personas que no corresponden con los roles tradicionales según el sexo asignado al nacer viven un proceso humano común y culturalmente diverso que no puede ser juzgado como inherentemente patológico o negativo [24].

3.1.5

Rol de género:

El rol de género es el conjunto de normas sociales y de comportamientos que se crean en cada contexto social y cultural; se trata de representaciones y expectativas culturales sobre la masculinidad, feminidad u otra identidad de género [12, 31,32] . Dichas expectativas promueven la conformidad con los roles de género e influyen en las percepciones de la masculinidad y la feminidad en sí mismo y en los demás. De hecho, los estereotipos de género a menudo se usan para justificar la asignación de roles sexuales diferenciales [9,12, 31]. Este concepto destaca el carácter socialmente construido de lo que se espera que haga un hombre, una mujer o cualquier otra persona. Cuando un individuo decide expresar un rol de género que no corresponde a lo aceptado por la sociedad, según su corporalidad, identidad o comportamiento, tiende a existir violencia y exclusión. En estos casos, el rol de género se intersecta con el de “estereotipos de género”, entendido como el conjunto de comportamientos esperados de las personas con base en su sexo, orientación sexual e identidad de género [9,12, 31,33] .

3.1.6

Estereotipos de género:

Los estereotipos de género se refieren al conjunto de rasgos psicológicos y comportamientos que se espera que ocurran de acuerdo al género que se asigna; por ejemplo, se asume que los hombres son más “agresivos” y, en cambio, las mujeres más “emocionales”. De este modo, reflejan las creencias cognitivas sobre las diferencias entre mujeres y hombres que las personas comparten con los miembros de su cultura [9,12] .Además, a menudo se utilizan como argumento para los roles tradicionales asignados a hombres y mujeres; las disciplinas reservadas para las mujeres tienden a ser las relacionadas con el cuidado y las de los hombres las que implican fuerza. A su vez, estas creencias pueden servir como modelos de socialización para niños, niñas y adolescentes.

3.1.7

Orientación erótico-afectiva:

La orientación erótico-afectiva es la atracción emocional, sexual y/o afectiva hacia otros del mismo sexo [homosexual], del otro sexo [heterosexual], de ambos sexos [bisexual], de ningún sexo [asexual] [34] o hacia cualquier persona, independientemente de su sexo o su identidad de género [pansexual] [3] , entre otras variaciones. Desde el punto de vista constitucional, se ha establecido que la orientación erótico-afectiva es un atributo que implica los

deseos, sentimientos, y atracciones sexuales y emocionales que puedan darse frente a personas del mismo género, de diferente género o de diferentes géneros [21] . Así, no existe una correlación directa entre la orientación sexual y la identidad de género de una persona, en la medida que la primera es la atracción emocional, sexual y afectiva hacia otro ser, mientras que la segunda hace referencia a la percepción individual, la experiencia subjetiva y la construcción que cada quien realiza de sí.

Respecto a estos conceptos, resulta necesario que el ámbito clínico tenga en cuenta los siguientes elementos [12, 27]

- No hacer suposiciones sobre la identidad de género de una persona basándose en su expresión de género.
- No hacer suposiciones sobre la orientación sexual de una persona basándose en su expresión o identidad de género.
- Reconocer que todos estos marcos conceptuales varían según la persona, el lugar y el tiempo.

3.2

Conceptos relativos a la atención en salud de personas trans*

En este aparte se expondrán consideraciones importantes acerca del derecho a la salud de las personas trans*. La Organización Mundial de la Salud [OMS] establece que la salud es un derecho fundamental en la medida en que su goce en grado máximo permite una vida plena [35]. Del mismo modo, se incluye el acceso oportuno, aceptable y accesible a servicios de atención de salud de calidad suficiente como parte del núcleo esencial de ese derecho. Por ende, la salud debe entenderse no sólo como el derecho a estar sano, sino también a verse y sentirse de manera integral autónoma. Ello implica que los prestadores de salud deben comprender los derechos y libertades que están asociados con el derecho a la salud como el libre desarrollo de la personalidad y el reconocimiento del carácter fluido de los conceptos antes definidos. De este modo, cuando una persona trans* accede al SSSGS, no puede negársele ningún tratamiento bajo el argumento de que debe tener primero un diagnóstico psiquiátrico ya que la incongruencia de género [forma como lo clasifica len la actual CIE-11] no es considerada un trastorno mental sino una condición relacionada a la salud sexual. Para los tratamientos relacionados a la construcción identitaria, los elementos del diagnóstico no pueden implicar ningún trastorno mental. Tal y como se verá a continuación, en el CIE-11 el diagnóstico se entiende, no como una patología mental,

Para las personas existe una diferencia clara entre identidad de género y orientación sexual; no porque una persona tenga una identidad de género determinada significa que se siente atraída a cierto “sexo”. Así, la orientación sexual es reconocida como una categoría totalmente autónoma a la de identidad de género

Me defino como una mujer trans* heterosexual porque me gustan los hombres [...], conozco mujeres trans* que son mujeres trans* lesbianas, conozco mujeres trans* que son versátiles y pues eso no las hace menos ni más mujer.

[mujer trans*, Medellín]

sino como una condición que debe ser atendida por el SSSGS. Si bien puede que esta clasificación tarde un tiempo en ser implementado en Colombia, resulta imprescindible tener en cuenta sus criterios a la hora de tratar a una persona trans* por algún tratamiento relacionado con su construcción identitaria. De acuerdo a esto, las clasificaciones mundiales que se utilizan para la variabilidad de género se presentan a continuación [36].

3.2.1

Clasificaciones Internacional de Enfermedades

La comprensión y clasificación de la variabilidad de género como enfermedad mental ha cambiado con el tiempo. Estos cambios se han dado de la mano de dos organizaciones: [a] la Organización Mundial de la Salud [OMS], que publica la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE], y [b] la Asociación Psiquiátrica Americana [APA], que edita el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM]. A continuación se hará referencia a las modificaciones que ha sufrido la variabilidad de género dentro del CIE ya que es la clasificación que rige actualmente al SGSSS.

3.2.1.1

CIE

A continuación, se hará un recorrido histórico de la manera como la clasificación Internacional de Enfermedades ha conceptualizado a la identidad trans*.

La primera versión, publicada por la OMS en 1948, que incluyó una clasificación de morbilidad y de los trastornos mentales, fue el CIE-6. Antes de esta fecha, la clasificación se daba únicamente por mortalidad, razón por la cual los trastornos mentales y los trastornos sexuales no se contemplaban, ya que no se consideraban causantes de mortalidad [37, 38].

Fue hasta 1965-1966, en el CIE-8, cuando por primera vez apareció, en la categoría de desviaciones sexuales [al mismo nivel que las parafilias], el diagnóstico de transvestismo junto con la homosexualidad. En esta publicación no se realizó una definición de las categorías diagnósticas, por lo que no se sabe de forma precisa a qué hacía alusión el término. En 1978, con la publicación de la novena versión [CIE-9], ocurrieron tres cambios. Primero, se cambió la palabra de transvestismo a travestismo. Segundo, se realizó una definición diagnóstica para dicha palabra: “desviación sexual en la que el placer sexual se deriva de vestirse en ropas del sexo opuesto. No existe un intento consistente de asumir la identidad o el comportamiento del sexo opuesto”. Por último, se creó un nuevo diagnóstico llamado transexualismo. Cabe destacarse que ambos – el travestismo y el transexualismo – continuaron en la categoría de desviación sexual, al mismo nivel de las parafilias [37, 38].

3.2.1.1.1

CIE-10 [39]

En la primera edición del CIE-10, en 1990, se observa una reorganización significativa del sistema de clasificación. Las variaciones de género dejaron de ser consideradas una desviación sexual, al mismo nivel de las parafilias, y se organizaron en la categoría de Trastorno de la identidad de género [F64]. Además, se incluyeron cinco categorías diagnósticas: transexualidad, travestismo no fetichista, trastorno de la identidad de género [TIG] en la infancia, otros trastornos de la identidad de género y trastorno de la identidad de género sin especificación. Con esta versión, la homosexualidad salió definitivamente del CIE [37, 38].

- F64.0 Transexualismo

Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto. Suele acompañarse por sentimientos de malestar o

desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde, lo más posible, con el sexo preferido.

Pautas para el diagnóstico:

- Deseo de vivir y ser aceptado como miembro de género opuesto. Acompañado, por lo general, por el deseo de modificar, mediante métodos hormonales o quirúrgicos, el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.
- La identidad transexual ha estado presente de forma persistente durante al menos dos años.
- No se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como una esquizofrenia, ni está asociado a anomalías cromosómicas.

3.2.1.1.2.
CIE-11 [36]

Con la publicación de la última edición del CIE-11, en el 2018, se da una reestructuración importante en el sistema de clasificación. La OMS deja de considerar la transexualidad [sic] como un trastorno de la identidad de género para comprenderlo como una condición relacionada a la salud sexual [capítulo 17] que requiere atención médica. De este modo, la denomina ahora como “incongruencia de género”. Esta se caracteriza como una incongruencia marcada y persistente entre la experiencia de género del individuo y el sexo asignado.

Una vez entre en vigencia el CIE-11 en el territorio nacional, los criterios para atender la incongruencia de género [HA60] serán:

La incongruencia de género se subdivide en adolescentes y adultos y en niños y niñas. La primera, denominada “incongruencia de género en la adolescencia y la adultez” [HA60], se caracteriza por “una incongruencia marcada y persistente entre el sexo experimentado y el sexo asignado al nacer, y se manifiestan por al menos dos de los siguientes características: 1] una fuerte aversión o incomodidad con el sexo primario o secundario de la persona [en adolescentes, características sexuales secundarias anticipadas] debido a su incongruencia con el género experimentado; 2] un fuerte deseo de deshacerse de algunas o todas las características sexuales primarias y / o secundarias [en adolescentes, características sexuales secundarias anticipadas] debido a su incongruencia con el género experimentado; 3] un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y / o secundarias del género experimentado. El individuo experimenta un fuerte deseo de ser tratado [para vivir y ser aceptado] como una persona del género experimentado. La incongruencia de género debe haber

estado presente continuamente durante al menos varios meses. El diagnóstico no puede asignarse antes del inicio de la pubertad. El comportamiento y las preferencias de género por sí solo no son una base para asignar el diagnóstico”.

La segunda, llamada “incongruencia de género en la infancia” [HA61], se caracteriza por “una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado de un individuo y el sexo asignado en niños y niñas pre-púberes. Incluye un fuerte deseo de ser del género diferente que el sexo asignado al nacer; una fuerte aversión, de parte del niño o niña a su anatomía sexual o las características secundarias del sexo y/o un fuerte deseo por las características primarias o secundarias anticipadas que se igualan al género experimentado; y hace-cree o fantasea jugar con juguetes, juegos, actividades o con compañeros o compañeras de juego que son típicos del género experimentado y no del sexo asignado. La incongruencia tiene que persistir por alrededor de 2 años. Ni las expresiones de género ni las preferencias en sí mismas son criterios suficientes para dar el diagnóstico”.

3.2.1.1.3
Controversias

Desde una perspectiva histórica, la clasificación de los tránsitos de género como trastornos mentales fue inesperada. Si a mediados del siglo XX el discurso médico dominante hubiera sido que “el transexualismo estaba relacionado con un desequilibrio hormonal”, en lugar de ser concebido como “una desviación sexual”, la categoría podría haber sido incluida en el capítulo de la CIE-10 sobre “enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas” y no comprendida como un trastorno mental [37].

La relación entre el diagnóstico psiquiátrico y el estigma está documentada con lucidez por la historia de la eliminación de la homosexualidad del DSM-II en 1968 [40]. Las implicaciones de que la APA dejara de considerar la homosexualidad como una enfermedad mental son enormes. Por un lado, se da un mensaje claro y contundente acerca de que la homosexualidad no es una enfermedad mental. Por el otro, no se aceptan las prohibiciones bíblicas contra la homosexualidad, por lo menos en entornos psiquiátricos[41].

El movimiento por los derechos civiles trans* comenzó más lentamente, pero siguió, no obstante, a raíz del movimiento de los derechos de los homosexuales. A medida que el proceso de revisión de la CIE se ha desarrollado, varios países, el Comisionado para los Derechos Humanos del Consejo de Europa [42] y el Parlamento Europeo [43] han adoptado posiciones firmes para que las cuestiones relacionadas con la identidad transgénero no puedan clasificarse como trastornos mentales [37].

3.3

Consideraciones en salud mental:

3.3.1

Psicopatologización o psiquiatrización:

Se refiere a considerar a las personas trans* como enfermos mentales, partiendo del paradigma de la discordancia entre la evidencia corporal del género y su vivencia subjetiva. Se acude a explicaciones psicopatológicas para dar cuenta de la variabilidad de género y se utiliza el dispositivo social del diagnóstico psiquiátrico para evaluar la identidad de género de una persona [44].

El objeto de intervención es, en este caso, diagnosticar la transexualidad para autorizar el tránsito. Se pretende ayudar a la persona a lograr una concordancia entre su vivencia subjetiva del género y su realidad corporal, desde una perspectiva binaria [hombre/mujer] [45,46, 47, 48].

3.3.2

Patologización orgánica

Si bien este concepto se ha controvertido debido a que no se ha encontrado una evidencia sólida de una causalidad biológica de las identidades trans* [49], este concepto aborda la transexualidad como una enfermedad orgánica, a partir del paradigma de la discordancia entre el sexo biológico y el género. Igualmente, para dar cuenta de la variabilidad de género, se acude a explicaciones biologicistas. Se aluden causas genéticas, hormonales y/o neurológicas para explicar la discordancia entre el sexo y el género [50]. Sin embargo, las investigaciones científicas actuales no lo hacen.

3.3.3

Despatologización

La despatologización de las identidades trans* hace referencia a comprender la variabilidad de género como un fenómeno humano, que no implica trastorno mental o patología alguna [51].

La despatologización de las identidades trans* implica, por tanto, la desclasificación de estas vivencias de los manuales de trastornos psiquiátricos internacionales. Además, acude a la comprensión de la salud trans-específica como la emergencia de un conjunto de dimensiones en interacción que requiere abordajes complejos

En todas las ciudades, las personas participantes de los grupos focales afirmaron que, en la mayoría de casos, se les exige tener un diagnóstico psiquiátrico de disforia de género para poder acceder a tratamientos hormonales o algún tipo de cirugía. Esto es visto como problemático pues parte de la visión de que hay algo equivocado en la persona trans* que necesita arreglarse, en vez de tomarse como una decisión autónoma.

Nos dicen que es una enfermedad, un trastorno, más no una decisión, que es una enfermedad porque creo que no estoy en un cuerpo equivocado. El trastorno enuncia un problema sobre mi cuerpo y no un problema sobre la sociedad, lo cual debería ser al contrario.
[persona trans*, Barranquilla]

y transdisciplinares. Estos deben integrar aspectos médicos, psicológicos, sociales, laborales, educativos, económicos y comunitarios. Igualmente, debe contar con la participación activa de la persona trans*, quien reivindica su autonomía sobre su cuerpo, su género y su vida [50]. Se trata entonces de reivindicar las experiencias de vida trans* como vivencias dignas, posibles y viables.

3.3.4

Personas trans* con afectaciones importantes /relevantes a su salud mental

El sometimiento a tratos violentos y discriminación del que han sido víctimas las personas trans* se ve agravado cuando dichas personas tienen afectaciones importantes a su salud mental. La historia de la psiquiatría y la atención a la salud mental se ha visto marcada por violaciones de derechos constantes y el predominio de un paradigma biomédico reduccionista⁶. Lo anterior trae como consecuencia la primacía el diagnóstico que hace el médico sobre

⁶ El énfasis se sitúa en la persona y su "deficiencia", caracterizada como una anomalía patológica que impide a la persona realizar actividades que se consideran "normales", es decir, las que pueden realizar la mayoría de las personas que tienen diversidades funcionales. Esta suposición conlleva, asimismo, una identificación de la diversidad funcional con la enfermedad y el estigma y el prejuicio que pueden derivarse de ésta.

la persona e impide la aceptación de la diversidad humana [52], generando un doble estigma derivado de la identidad de género de la persona y su situación particular de salud mental.

El predominio de los programas biomédicos en el tratamiento de la salud mental oculta la participación y capacidad de decisión de la persona usuaria de los servicios. Para las personas trans*, esto suele ser más problemático en la medida en que no se reconocen sus necesidades específicas y su identidad y diversidad son invisibilizadas, tanto en la literatura especializada, como en los programas de atención [53]. Esto impide el acceso de las personas trans*, con afectaciones a su salud mental al derecho a la salud de forma integral.

No se puede dejar de reconocer el papel que desempeña el diagnóstico de una persona que tiene una afectación a su salud mental. Si bien estos constituyen una puerta de entrada al SGSSS, los diagnósticos han sido utilizados de forma indebida para considerar como patologías determinadas identidades y otras formas de diversidad, agravando el estigma y la discriminación que ya existen sobre las personas con discapacidad psicosocial. El diagnóstico médico se convierte en un criterio de exclusión en la prestación del servicio de salud, constituyendo una barrera de acceso para las personas trans con afectaciones a su salud mental. Sin embargo, se debe aclarar que el problema no es el diagnóstico médico, sino las prácticas discriminatorias y el estigma que recaen sobre la persona diagnosticada, que pueden resultar más perjudiciales que el propio diagnóstico.

Los profesionales de la salud deben dejar de practicar tratamientos coercitivos o forzados y adoptar un enfoque de acceso a los servicios de salud mental, basado en la igualdad [55]. Así, si una persona con una afectación a su salud mental llega al consultorio, la respuesta inmediata de la persona profesional en salud no puede ser remitir o iniciar un proceso de psiquiatrización. Ahora, si una persona trans* que presenta afectaciones a su salud mental llega al consultorio, pero su identidad de género es una situación sobre la cual la persona tiene control, el médico debe proceder a darle la información completa y veraz con el fin de alcanzar el consentimiento informado de la persona trans* y empezar su proceso de tránsito, si es su voluntad.

Si la persona trans* llega en un estado de crisis y se le dificulta al profesional saber cuál es su voluntad, la persona prestadora del servicio debe, con un enfoque de derechos y de manera humanizante, brindar ajustes razonables y apoyos⁷ a la persona para que pueda expresar su voluntad en caso de encontrarse en un momento de crisis [24]. Después de que la persona esté estable por medio del consentimiento informado descrito con anterioridad, el médico debe iniciar el proceso de tránsito. Negar la prestación del servicio de salud en razón de la situación de salud mental de una

persona es un acto discriminatorio y viola el derecho a la igualdad de estas personas.

Los profesionales de la salud deben entender la diversidad en un sentido amplio, reconociendo la variabilidad de la experiencia humana y la variedad de formas en que las personas conciben y experimentan la vida, adoptando un enfoque de derechos al momento de ejercer su práctica profesional. Así, debe respetar, tanto la identidad de género, como la situación de la persona y no utilizar términos peyorativos y que den a entender que la persona es “enferma” o “discapacitada” por su identidad de género o afectación a su salud mental. El respeto y la aceptación de la diversidad es crucial para poner fin a la discriminación y que las personas puedan acceder a los servicios de salud y ejercer su derecho a la salud [56].

Además, es importante que la persona profesional de la salud tenga en cuenta que la discriminación particular de la que son objeto las personas trans*, como población vulnerable, hace necesario que el SGSSS les otorgue una protección especial, conforme al artículo 13 constitucional, más aún si esta hay una interseccionalidad entre la identidad de género y la discapacidad psicosocial. Es necesario que se les garantice un servicio integral con acceso a servicios de acompañamiento psicológico y psiquiátrico. La prestación del servicio debe tener un enfoque orientado a la construcción de sistemas de apoyo. Durante el proceso de transición de las personas trans* es importante la participación de profesionales de diferentes disciplinas de la salud que acompañen e informen a el o la paciente sobre las consecuencias, riesgos, dificultades y cambios que puede experimentar [57].

3.4 Consentimiento informado:

Como alternativa a la patologización de las identidades diversas y teniendo en cuenta los avances que se han hecho en materia de derechos de personas trans*, así como el nuevo tratamiento que se le da en el CIE-11, se encuentra el consentimiento informado. Es importante pasar de un diagnóstico y de una posición que patologiza a las personas trans* a una herramienta que les permita a estas personas decidir sobre sus cuerpos y sobre las categorías que reposan sobre estos.

La decisión del paciente siempre debe ser tomada en cuenta a la hora de determinar si deben o no practicarse procedimientos quirúrgicos y cuáles deben ser realizados. Esto quiere decir que las personas trans* también tienen derecho a conocer todos los aspectos relativos a las intervenciones médicas que pueden

⁷ Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Los apoyos son tipos de asistencia que se prestan a la persona con discapacidad de manera individual, por ejemplo, para facilitar el ejercicio de su capacidad legal. Esto puede incluir la asistencia en la comunicación, la asistencia para la comprensión de actos jurídicos y sus consecuencias, y la asistencia en la manifestación de la voluntad y preferencias personales. Definiciones de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU y el proyecto de ley 027 de 2017.

Si bien se acepta que, en algunas ocasiones, el diagnóstico de disforia de género es una puerta de acceso a hormonas o a ciertos tratamientos, se proponen otros mecanismos que garanticen que la persona conoce los riesgos del proceso que va a comenzar. Así, se concibe el consentimiento informado como una forma corresponsal de asumir los riesgos y los beneficios del tratamiento médico.

El consentimiento informado como estrategia que comparte responsabilidades entre el usuario y el médico; lo ideal debería ser así, y usted como individuo decida qué quiere hacer y se responsabilice de eso. Es fundamental que el consentimiento informado quede súper claro y que cada persona se responsabilice de su tránsito, usted sabe lo que la testosterona le va a hacer a su cuerpo, usted sabe lo que el estradiol le va a hacer a su cuerpo, usted sabe lo que un procedimiento quirúrgico le va a hacer a su cuerpo.

[persona trans*, Medellín]

realizarse para la construcción de su identidad, con el fin de poder tomar una decisión libre e informada sobre si quieren o no realizárselas. Sin embargo, es necesario que el paciente otorgue este consentimiento teniendo en cuenta determinados requisitos. Por estas razones, se ha reconocido el consentimiento informado como un derecho que protege al paciente cuando sobre su cuerpo se pretenden realizar procedimientos médicos que afecten en mayor o menor medida otros derechos fundamentales como la vida o la integridad personal [58]. Este derecho implica el derecho a la información y el derecho a la autonomía individual, tal como se muestra a continuación:

Al igual que el resto de las personas, las personas trans* tienen derecho a que el médico tenga en cuenta una serie de variables a la hora de informarles con el fin de que puedan consentir o no la práctica de las intervenciones quirúrgicas. Las variables que el médico debe considerar son:

- En qué grado el procedimiento es más o menos incisivo.
- El grado de aceptación del procedimiento dentro de la comunidad científica o si este es experimental, es decir, la homologación clínica del procedimiento.
- Las probabilidades de éxito.
- La urgencia de practicar el procedimiento.
- La medida en que se pueden ver afectados otros derechos o intereses del paciente.
- La afectación de derechos de terceros si no se realiza la intervención.
- La existencia de otras alternativas que puedan tener efectos equiparables y sus características.
- La capacidad del paciente para entender los efectos directos y colaterales del procedimiento [58].

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que los procedimientos quirúrgicos de los que aquí se trata son intervenciones bastante incisivas y cuyos efectos son irreversibles [59]. Esto implica que el consentimiento informado para la práctica de estos procedimientos debe ser cualificado, es decir, exige unos requisitos adicionales a los que requiere el consentimiento para otros procedimientos quirúrgicos. Uno de estos requerimientos es que la información se encuentre mucho más depurada, sea clara, veraz y libre de prejuicios, con el fin de procurar que la decisión del paciente se base realmente en los riesgos y beneficios de la intervención y sea así un ejercicio válido de su autonomía.

A pesar de que existen algunas reglas especiales, en todos los casos, la práctica de este tipo de procedimientos quirúrgicos requiere que el paciente exprese de manera escrita el estar de acuerdo con el tratamiento. La decisión que este adopte debe basarse en información completa y previa sobre los riesgos y beneficios de la operación. El no tener en cuenta la decisión del paciente no sólo violenta su derecho al consentimiento informado, sino que afecta su derecho a la autonomía. Por otra parte, si el médico no otorga la información adecuada y pormenorizada acerca de la intervención, también se estaría vulnerando el derecho a la información del paciente. El consentimiento informado es, por lo tanto un requisito mínimo de respeto a sus derechos fundamentales.

3.5

Consideraciones en atención primaria

3.5.1

Consideraciones de acuerdo a ciertas etapas del desarrollo

Las necesidades de atención médica de las personas trans* son complejas y requieren de conocimientos precisos para comprender las particularidades interventivas en lo que respecta a las diferencias en su trayectoria vital [60]. Hoy se entiende que las formas de vivir son muy diferentes en cada caso y dependen, en gran medida, de las condiciones personales y contextuales. En ese sentido, las personas deben ser comprendidas y atendidas individualmente, sin desconocer las condiciones -muchas de ellas adversas- a las que esta población se ve expuesta a lo largo del curso vital [61].

3.5.1.1

Niños, niñas y adolescentes

Diferentes abordajes sugieren una intervención integral realizada por un equipo interdisciplinar especializado para la atención a niños/as y adolescentes con variabilidad de género [55,62,63,64,65,66,67]. Las consideraciones para una adecuada atención a niños/as y adolescentes son:



3.5.1.1.1

Niños y niñas

La variación de género en niños/as se manifiesta cuando existe una incongruencia marcada y persistente entre la experiencia de género del individuo y el sexo asignado al nacer [36]. El nivel de malestar de género que experimenta cada niño/a puede ser variable y se asocia con múltiples factores. Entre ellos se puede encontrar la respuesta de los padres y las madres y del contexto familiar, educativo y social más amplio, la posibilidad que se le brinda al/ a la niño/a explorar y expresar su género y las experiencias de apoyo, descalificación o rechazo a las que se ve expuesto/a debido a su identidad de género diversa [64,65,68,69].

La construcción de la identidad de género inicia en la primera infancia [desde los 3 años en adelante]. En esta etapa, los/las niños/as reconocen los diferentes géneros que existen en la cultura en la que crecen [24,66,70,71,72,73,74,75]. En algunos casos, se han evidenciado comportamientos relacionados con la inconformidad con el género asignado al nacer y expresiones de una construcción alternativa de la identidad de género. Esta inconformidad con el género asignado no es producto de una confusión o de un retraso en el desarrollo, por el contrario, es parte de un proceso esperado dentro de este momento vital y representa una variación posible del desarrollo [64,65,71,73,76]. Es importante mencionar que no todos/as los/as niños/as que experimentan inconformidad con el género asignado al nacer llevan a cabo durante su vida adulta un tránsito de género [24,62,63,64,75,77,78,79,80,81].

Diferentes investigaciones afirman que, cualquier intervención o presión por parte de padres, profesores o proveedores de salud nacer y actúe conforme a los estereotipos de género binarios socialmente establecidos, causa una tensión adicional a la que puede sentir cualquier menor. Asimismo, conlleva a un mayor aislamiento, un malestar psicológico más grande y una mayor dificultad en la construcción de su autoestima [24,63,65,66,68,69,72,74,81].

Por tanto, se recomienda apoyar la exploración de género del/ de la niño/a y permitirle una expresión libre; generando espacios familiares, educativos y sociales seguros y acompañando sus inquietudes desde una postura que reconozca la identidad de género como un amplio espectro de múltiples posibilidades [64,65,68,69,73,80,81]. En algunos casos, es necesario y conveniente apoyar la transición social⁸ del/de la niño/a, pues vivir en el género asignado al nacer podría generar un malestar clínicamente significativo que le impida, de manera fluida, desarrollarse psicológica, intelectual y socialmente. Sin embargo, en estos casos, es importante que la familia, el contexto escolar y los profesionales de la salud que hacen parte del sistema de ayuda

mantengan las opciones abiertas para la continua construcción identitaria [65,66,69,73,74].

Los profesionales de la salud que realicen intervenciones con niños/as con variabilidad de género deberán, no solamente acompañar al/la niño/a a disminuir las dificultades individuales y psicosociales, sino que también deberán acompañar y apoyar a la familia y la institución educativa a la que asista en la gestión de esta realidad [24,65,68,74].

3.5.1.1.2

Adolescentes

En adolescentes también puede presentarse una inconformidad con el género asignado al nacer o una construcción de la identidad de género alternativa. El porcentaje de adolescentes que, durante su vida adulta, se identifican como personas trans* es mucho mayor que el de los niños/as [46,62,64,66,71,73,75,83].

El tratamiento para adolescentes propuesto por la evidencia científica comprende dos aspectos. Por un lado, intervenciones psicológicas y sociales y, por el otro, intervenciones físicas [24,62,63,67,81,82,83].

3.5.1.1.2.1

Intervenciones psicológicas y sociales

Además de realizar un diagnóstico diferencial, el aspecto más importante de las intervenciones psicológicas es acompañar a la persona y su familia a vivir este proceso de transición. Este acompañamiento familiar es fundamental para la salud psicológica y el bienestar del/la joven [24,63,64,81,83]. Es muy importante que las personas profesionales de la salud mental no impongan visiones binarias del género y que acompañen a los consultantes y sus familias en la toma de decisiones de muchos aspectos de la vida y de las intervenciones físicas. Resulta importante destacar que dichas intervenciones pueden ser apropiadas para algunos/as adolescentes, pero no para otros. Es por esta razón que la persona que consulta debe tener la información necesaria para poder tomar decisiones claras e informadas sobre el tratamiento [24,63,64,69,82]. Al tratar adolescentes, se recomienda acompañar la transición social en los casos en que el/la adolescente lo solicite [64,66,69,75,84].

3.5.1.1.2.2

Intervenciones físicas

Para que las intervenciones físicas sean contempladas, es necesario que se produzca, en primera medida, una exploración de cuestiones psicológicas, sociales y familiares. Las intervenciones físicas para adolescentes se dividen en tres categorías:

⁸ Con transición social se hace referencia a la posibilidad de, entre muchos otros elementos, definidos en conjunto con la persona, empezar a utilizar prendas y demás del género con el que se identifique, así como empezar a usar los pronombres de su escogencia.

18 años

Algunas personas en los grupos focales se refirieron a que es necesario reconocer que un niño o niña puede, a diferentes edades, empezar a cuestionarse por su identidad de género. Por lo tanto, no hay que limitar las discusiones y protección a personas que han cumplido la mayoría de edad. (Yo lo que quiero lo consigo por mis medios y me veo más imposibilitada por ser menor de edad porque a mí me dicen: ay no, cuando cumpla 18 hablamos, cuando cumpla 18 se puede operar, cuando cumpla 18 cambia el nombre, cuando cumpla 18, cuando cumpla 18... ¿Y si yo no llego a los 18, qué?, O sea no realicé mis objetivos. En este momento es absurdo y la verdad a mí me da mucha impotencia y a la vez mucha tristeza porque entonces nos impiden un montón de cosas).

[persona trans*, Medellín]

3.5.1.2.2.1 Intervenciones totalmente reversibles

Estas opciones implican la supresión de la pubertad con el uso de análogos de las hormonas liberadoras de las gonadotropinas [Gn-RHa] para detener los cambios corporales que trae la pubertad, cuando la persona lo solicita. Así, se facilita el proceso del/de la adolescente de vivir [o seguir viviendo] en el género deseado, sin el estrés y malestar usualmente asociado al desarrollo de características sexuales secundarias permanentes y no deseadas de su sexo asignado al nacer. Gracias a esto, el/la adolescente puede contar con tiempo suficiente para seguir explorando su género y así poder tomar una decisión más informada, y con menos presión, para llevar a cabo su tránsito de género [si, más adelante, así lo desea][64,66,67,69,75,81,82,83,84,85,86,87,88].

- Lo/as adolescentes son elegibles para el tratamiento con análogos de las gonadotropinas [GnRH] si [24,62,63,64,65,67,75,63,84,85,87,89].
- El/la adolescente ha demostrado un patrón duradero e intenso de variabilidad de género o de inconformidad con su género.
- La inconformidad con su género incrementó con el inicio de la pubertad.
- Las dificultades psicológicas, sociales o familiares que pudieran interferir con el tratamiento han sido manejadas de forma satisfactoria y el/la adolescente es consciente de su decisión respecto al tratamiento.
- El/la adolescente ha sido informado/a de los efectos secundarios del tratamiento [incluida la posible pérdida de fertilidad si el individuo posteriormente continúa con el tratamiento con hormonas sexuales] y las opciones para preservar la fertilidad.
- El/la adolescente ha firmado el consentimiento informado.
- El/la adolescente se encuentra en el inicio de la pubertad en el estadio de desarrollo puberal de Tanner como mínimo.
- No existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con análogos de las gonadotropinas [GnRH]

Por tanto, se recomienda apoyar la exploración de género del/ de la niño/a y permitirle una expresión libre; generando espacios familiares, educativos y sociales seguros y acompañando sus inquietudes desde una postura que reconozca la identidad de género como un amplio espectro de múltiples posibilidades



En los grupos focales se resaltó la importancia que tiene brindar una atención en salud integral y multidisciplinar –que incluya pediatría– a los niños, niñas y adolescentes. Precisamente, porque está en construcción o reafirmación su identidad, es posible que, aunque en principio pueda la persona pensar que se identifica con determinado género, puede que con el tiempo cambie de decisión.

Uno debe llevar siempre una ayuda profesional, una guía profesional y un niño, muchos, muchos ya nosotros a la edad que tenemos estamos seguros de que queremos. Los niños sí pasan por etapas, hay niños que sí sabemos “no, él sí”, pero hay que llevar. Yo por lo menos pasé desde los tres años como hasta los 11 en psicólogo porque yo decía “esta vaina es rara”, entonces. Pero quitarle eso a los niños es un pecado, sinceramente yo siento que es un pecado. Y eso es algo que me gustaría también que de pronto estuviera en la parte de la ayuda de salud. Que fuera obligatorio que los niños pasarán por psicología, psiquiatría, y todo, pero obligatorio por qué, para que se note que no es una etapa y que de verdad

estén seguros. Que después ese niño o niña no llegue a los 15, 16 años y diga “Ay me cambiaron y ahora yo no quiero ser así.”

[persona trans*, Barranquilla]

Exámenes de seguimiento durante la supresión de la pubertad [62].

- Evaluar en el/la paciente cada 3 o 6 meses: Altura, peso, altura de asiento, presión arterial, etapas del desarrollo de Tanner.
- Evaluar en el/la paciente cada 6 o 12 meses:
- Exámenes de laboratorio: LH, FSH, si se feminiza [E2], si se masculiniza [T] y 25OH vitamina D
- Evaluar en el/la paciente cada 1 o 2 años:
- Densitometría ósea
- Radiografía para detectar la edad ósea -Carpograma de la mano izquierda- [si está clínicamente indicado]

3.5.1.1.2.2.2 Intervenciones parcialmente reversibles

Estas opciones implican la TRH para masculinizar o feminizar el cuerpo [24,62,63,64,65,66, 67,75,82,84,85]. Se habla de “parcialmente reversibles”, porque hay efectos de las hormonas que no van a poder revertirse [por ejemplo, la profundización del tono de voz que causa la testosterona], pero otros que sí [24,62,63,75,84].

- Los adolescentes son elegibles para el TRH siempre y cuando:
 - El/la adolescente ha demostrado un patrón duradero e intenso de variabilidad de género o de inconformidad con su género.
 - Las dificultades psicológicas, sociales o familiares que pudieran interferir con el tratamiento han sido manejadas de forma satisfactoria y el/la adolescente es consciente de su decisión sobre el inicio de la TRH.
 - El/la adolescente ha sido informado de los efectos irreversibles y secundarios de la TRH [incluida la pérdida potencial de fertilidad y las opciones para preservar la fertilidad].
 - El/la adolescente ha tenido la suficiente información y apoyos para estimar las consecuencias de la TRH, ponderar los beneficios y riesgos y firmar el consentimiento informado.

- El/la adolescente ha firmado el consentimiento informado.
- No existen contraindicaciones médicas para la TRH.

A continuación, se describen las distintas sustancias que se prescriben en los procesos de feminización/masculinización en las personas trans* adolescentes.

3.5.1.1.2.2.3 TRH para adolescentes:

El tratamiento para adolescentes propuesto por la evidencia científica recolectada es [24,62,63,81,82,83,84,85,:

Para personas que desean masculinizarse [Hombres trans*]

El tratamiento para la inducción de la pubertad consiste en administrar testosterona e ir gradualmente subiendo la dosis hasta alcanzar la dosificación administrada en adultos.

TABLA 1º: Inducción de la pubertad en adolescentes que deseen masculinizarse [Hombres trans*]:

Para inducir la pubertad masculina con testosterona se debe aumentar la dosis cada 6 meses [intramuscular o transdérmica]:		
25 mg	m2	2 semanas [Se puede administrar la mitad de esta dosis semanalmente o el doble de la dosis cada 4 semanas]
50 mg	m2	2 semanas
75 mg	m2	2 semanas
100 mg	m2	2 semanas
Dosis para adultos = 100-200 mg cada 2 semana		
En los adolescentes masculinos trans pospúberes, la dosis de testosterona puede aumentarse más rápidamente:		
75 mg		2 semanas
125 mg		2 semanas
Para alternativas una vez en la dosis para adultos		

Para personas que desean feminizarse [Mujer trans*]:

El tratamiento para la inducción de la pubertad consiste en administrar 17b-estradiol e ir gradualmente subiendo la dosis hasta alcanzar la dosificación administrada en adultos.

TABLA 2º: Inducción de la pubertad en adolescentes que deseen minimizarse.

Para inducir la pubertad femenina con 17b-estradiol por vía oral se debe aumentar la dosis cada 6 meses:		
5 mcg	kg	día
10 mcg	kg	día
15 mcg	kg	día
20 mcg	kg	día
Dosis para adultos = 2-4 mg cada 2 semana		
En las adolescentes femeninas trans pospúberes, la dosis de 17b-estradiol puede aumentarse más rápidamente:		
1 mg		día [Por 6 meses]
2 mg		día
Inducción de la pubertad femenina con 17b-estradiol transdérmico, aumentando la dosis cada 6 meses [Poner un nuevo parche cada 3,5 días]:		
6.25-12.5 mcg		24 h [Corte el parche de 25 mcg en 4/4]
25 mcg		24 h
37.5 mcg		24 h
Dosis para adultos = 50-200 mcg / cada día		
Para alternativas una vez en la dosis para adultos		

Exámenes de seguimiento durante la inducción de la pubertad [62]

- Evaluar en el/la paciente cada 3 o 6 meses:
Altura, peso, altura de asiento, presión arterial, etapas del desarrollo de Tanner.
- Evaluar en el/la paciente cada 6 o 12 meses:
 - En personas que desean masculinizarse: Perfil lipídico, hemograma completo, testosterona, SHBG -globulina transportadora de hormonas sexuales-, pruebas de función hepática y 250H vitamina D.
 - En personas que desean feminizarse: Prolactina, estradiol, pruebas de función hepática y 250H vitamina D.
- Evaluar en el/la paciente cada 1 o 2 años:
 - Densidad ósea realizando una densitometría ósea
 - Radiografía para detectar la edad ósea -Carpograma de la mano izquierda- [si está clínicamente indicado]
 - La densidad ósea debe controlarse hasta la edad adulta.

9 Tabla de construcción propia adaptada de la sociedad de endocrinología 2017

Para obtener recomendaciones una vez se ha completado da inducción puberal, véase las recomendaciones respecto a las prácticas de referencia, más específicamente todo lo atinente a la endocrinología.

El profesional de la salud que atienda a niños/as y adolescentes se enfrenta a la responsabilidad de brindar un tratamiento que [84]:

1. Respete y confíe en la identidad de género autoafirmada de todos los consultantes, reconociendo y aceptando el hecho de que puede ser fluido.
2. Sus intervenciones estarán guiadas por marcos empíricamente sustentados.
3. Se atiene a los principios éticos que respaldan las intervenciones que no perjudican al paciente.

3.5.1.2
Vejez y envejecimiento

Debido a circunstancias sociales adversas, situaciones familiares o la ausencia de los servicios médicos necesarios para poder realizar el tránsito, la mayoría de personas trans* que actualmente son mayores lo hicieron, o bien cuando eran adultas mayores o cuando estaban en su adultez [60]. Es importante mencionar en este punto que la expectativa de vida personas trans* en Latinoamérica es de 35 años, una cifra que se explica en las dinámicas del círculo de pobreza extrema y de exclusión estructural que las expone a crímenes de odio y a cometer suicidio [90]. Esto hace que no muchas personas trans* lleguen a la vejez, después de empezar sus tránsitos.

Las principales barreras de acceso a la salud para esta población son dos: i] el miedo a la discriminación; y ii] la vulnerabilidad económica [91]. Estas dos categorías se materializan en : [a] dificultades para el acceso a la salud; [b] desempleo; [c] falta de recursos financieros; [d] experiencias de crímenes de odio; [e] violencia interpersonal o familiar; [f] abuso sexual; y [g] percepción de estereotipos sociales en su contra. De allí que se vean obligados/as a abandonar, esconder o revertir sus tránsitos de género. De este modo, se ven forzados/as a vivir sus últimos años en un cuerpo y en una identidad que no sienten como propia [61].

Como resultado de los estresores sociales, familiares y la marginación socioeconómica, las personas trans* son más propensas a experimentar tendencias suicidas, uso y abuso de sustancias, temas de salud mental, entre otros [60,92,93]. En razón del proceso de envejecimiento, el metabolismo se hace más lento. Esto hace que las personas trans* adultas mayores que usan y abusan de sustancias tengan mayor sensibilidad y una menor tolerancia [94].

Los adultos mayores frecuentemente usan más medicamentos recetados y no conocen las posibles interacciones medicamentosas o entre sustancias, lo que lleva a graves problemas médicos y psicológicos. Es importante que el profesional de la salud comunique el potencial de interacción entre los medicamentos y las sustancias no recetadas, como el alcohol, la marihuana y otras drogas [60].

El cuidado de la salud mental de personas trans* adultas mayores es muy importante, pues existe evidencia científica que encuentra niveles significativamente elevados de ansiedad y depresión en esta población en general [95,96]. Además, estas personas suelen tener altos índices de prevalencia de VIH por las condiciones de vida a las que han sido expuestas y los círculos de pobreza en los que han vivido [95,96]. Es por esto que lo/as profesionales de la salud deben asumir una perspectiva interseccional al atender a estas personas, para así reconocer y abarcar todas las dimensiones de marginación a las que han sido expuestas las personas trans* mayores. Debe hacerse explícita su intención de colaboración y un ejercicio de prácticas afirmativas [74], que aumenten las conexiones de redes de apoyo social y sistemas de apoyo entre pares. Se pueden abordar así problemas centrados en el cuerpo, desarrollar actividades físicas y propiciar la realización de tareas cotidianas para mantener la salud en general [60].

Al final de sus vidas, las personas adultas mayores trans*, suelen tener menos organizados y en regla los documentos que les permiten realizar las sucesiones correspondientes al momento de su fallecimiento. Las personas encargadas de su atención en el sistema de salud, y todo aquel que lleve a cabo un acompañamiento a personas trans* adultas mayores, deben asegurar de facilitar la realización de los trámites necesarios con este fin, para así evitar que se conviertan en estresores en los últimos años de la vida. Muchas veces, esta ansiedad es trasladada incluso a la idea de si su identidad será reconocida luego de su muerte, es decir, si para todos los aspectos legales aparecerá con el nombre y género con el cual se identificó en vida [61].

A pesar de todas las violencias que sufren, muchas personas trans* adultas mayores reportan una sensación de estar envejeciendo bien, lo cual puede deberse a su alta resiliencia, su enfoque en el desarrollo personal, el cuidado de su salud o la posibilidad de involucrarse en actividades comunitarias, familiares o prácticas religiosas y espirituales que aumentan las redes de apoyo [97]. De hecho, la proliferación de redes sociales ha implicado un mayor sentimiento de bienestar social [95, 98]. Este tipo de recursos, cuando son impulsados por el personal de salud, suelen derivar en estados de bienestar y autonomía [61,96].

Respecto de los procedimientos hormonales, es igualmente importante intervenir desde una perspectiva de género afirmativa:

Se comentó que no se tiene conocimiento sobre la vejez de las personas trans* y las consecuencias a largo plazo de los procesos de tránsito, específicamente de los tratamientos de hormonación.

“Para un hombre trans* mayor que lleva 40 años tomando hormonas. Pensar en la adultez trans* es pensar que van a haber, no probablemente, sino que lo va a haber, unas particularidades en las complicaciones de salud [ej: hormonas]. Eventualmente seremos más en las EPS y que tendremos esos problemas al llegar a esa edad y el sistema no está preparado.” [Barranquilla]

También se discutió que, debido a múltiples factores, no muchas personas trans* llegan a ser personas mayores. Es raro conocer o ver personas trans* mayores, lo cual aumenta el desconocimiento y la vulnerabilidad de esta población.

“Las personas en el sistema de salud no lo saben afrontar y no saben cómo abordar el tema de envejecimiento de una persona trans*. No conozco personas trans* mayores, hombres en particular mujeres algunas.” [persona trans*, Barranquilla]

esto significa que las personas que están en una TRH requieren un seguimiento sobre las interacciones de las hormonas con otros medicamentos que les suministran en razón de otras condiciones de salud. Al ser adultos/as mayores, requieren seguimiento más frecuente para monitorear los efectos y posibles riesgos asociados a la TRH [61,96].

En personas que desean feminizarse se debe monitorear de cerca los riesgos asociados a la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, intolerancia a la glucosa, osteoporosis y cáncer de próstata. En personas que desean masculinizarse se deben monitorear de cerca los riesgos asociados a la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, daño hepático, osteoporosis y cáncer de cuello uterino y de mama [60].

De igual manera, las intervenciones corporales, tales como cirugías de reasignación sexual, aumento mamario, mastectomías, feminización facial, etc, no pueden ser negadas simplemente, porque las personas son adultas mayores. Cada caso deberá ser evaluado, contemplando los riesgos que conllevan estos procedimientos respecto a las historias clínicas de los/as pacientes y haciendo uso de la herramienta del consentimiento informado como forma de asegurar la voluntad y la responsabilidad del/de la paciente [60] y las personas que prestan el servicio respecto a estos procedimientos. Si existe una evaluación psicológica y/o psiquiátrica para proceder con las intervenciones corporales, y en ellas se evidencia demencia u otros trastornos cognitivos, que tienen una alta prevalencia en población adulta mayor independiente de su identidad de género, deben identificarse y prestarse los apoyos necesarios para que la persona tome las decisiones relacionadas con su salud de forma consciente e informada [24,60,80].

3.5.2

Consideraciones específicas en salud sexual y reproductiva

Los cuerpos y construcciones identitarias de las mujeres trans* han sido culturalmente hipersexualizados. Sucede lo contrario con los hombres trans*, pues aquello relacionado con su sexualidad y ciclos reproductivos está absolutamente invisibilizado. Esto lleva a la creación de un sinnúmero de mitos acerca de la manera como ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.

Resulta crucial, por lo tanto, abordar la sexualidad de las personas trans* sin tabús, para así aclarar que tienen derecho a gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones. En este sentido, cabe destacar que no existe evidencia científica que indique que los menores criados por personas trans* tengan alguna afectación particular [99].

Tiende a pensarse que las terapias de reemplazo hormonal funcionan como método anticonceptivo; aunque los efectos de la ingesta han sido muy variables en el largo plazo y los datos no aportan consistencia al respecto [100,101]. Así, es fundamental, antes o durante una TRH, brindar información acerca de los efectos secundarios de las hormonas en la fertilidad y en el ejercicio de su sexualidad, tanto en hombres como en mujeres trans*. Esto incluye siempre informar acerca de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, incluso si se están tomando hormonas.

Para el caso de las mujeres trans*, debe aclararse que el reemplazo hormonal no necesariamente detiene el funcionamiento normal de los testículos, aunque hay evidencia de que puede existir algún tipo de daño. Por tanto, la hormonación no implica en todos los casos infertilidad [102], pero sí en algunos. Aún no ha sido estudiada a profundidad la restauración de los procesos de espermatogénesis, si las terapias de reemplazo hormonal se interrumpen.

En lo que concierne a los hombres trans*, debe resaltarse que el embarazo se considera una contraindicación para el uso de testosterona. Por eso, en caso de embarazo, si la persona desea continuarlo, debe suspenderse inmediatamente la TRH [102,103], y brindar una atención integral en donde reciba educación y formación relacionada con el proceso de su gestación [104]. Asimismo, es necesario dar adecuado seguimiento del proceso de gestación, parto y postparto, según la Ruta Integral de Atención en Salud materno perinatal¹⁰. Por el contrario, si la persona desea interrumpir voluntariamente su embarazo, se le deben presentar las opciones disponibles y es necesario brindarle el acompañamiento adecuado para la toma informada de esta decisión.

Es importante preguntar acerca de las expectativas y los anhelos sobre la pater/maternidad ya que, en el largo plazo, las transformaciones corporales pueden impedir esa posibilidad. Además, en muchas ocasiones, las personas trans* empiezan muy jóvenes sus tránsitos, y pueden no haber pensado en ejercer ese derecho. Por consiguiente, deben plantearse alternativas tempranas, como la posibilidad de almacenar el material genético antes de iniciar procesos de transformación corporal que impacten su fertilidad [105, 106], aunque una alternativa como ésta no tiene cobertura del SSSGS, por tanto, debe ser asumido por la persona.

A pesar de las transformaciones corporales, si bien contribuyen a la construcción identitaria, no eliminan la aceptación y el valor que cada persona debe establecer con su propio cuerpo. Por lo tanto, se hace necesario que las personas integren su cuerpo para que lo valoren como parte de su identidad y de sus dinámicas cotidianas. La identidad de género comprende una esfera de aceptación que los profesionales de la salud deben contribuir a fortalecer. Además de todo lo anterior, debe abordarse con las personas la importancia de valorar el cuerpo.

Los hombres y mujeres trans* asistentes a los grupos focales mencionan que, cuando se trata de sus derechos sexuales y reproductivos, los problemas se profundizan:

“...muchos compas tienen problemas para ir a ginecología, sé por ejemplo que muchos de nosotros sufrimos problemas por no poder asistir al ginecólogo o al urólogo porque nos da pena que nos boleteen, entonces eso genera problemas grandes.”

[persona trans, Medellín]

Esto radica, en gran medida, en que los prestadores de salud desconocen sus realidades:

“Hay una invisibilización total respecto a los hombres trans*, como si los hombres trans* no tuvieran sexo, contrario a las mujeres trans* que nos hipersexualizan.”

[mujer trans*, Barranquilla]

Resulta imprescindible que se conozcan los derechos con los que cuentan las personas trans* en el ámbito de la salud.

¹⁰ Para mayor información acerca de la ruta de atención materno perinatal, consultar el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

“...los prestadores de salud deben tener los conocimientos específicos para guiar a los hombres y mujeres trans* en los eventos por los que pasa su cuerpo y hacerles entender que tienen que tener ciertos cuidados específicos ya que tienen la capacidad de menstruar, quedar en embarazo o procrear.
[persona trans*, Bogotá]

Además, debe informarse acerca de las consecuencias que trae la ingesta de hormonas o las intervenciones corporales sobre los derechos sexuales y reproductivos

“Información relacionada con el uso de hormonas en relación a los aspectos de cuidados específicos en salud sexual y reproductiva [cambios en la menstruación, citologías, libido y potencia sexual] en hombres trans*. Información relacionada con el uso de hormonas en relación a los aspectos de cuidados específicos en salud sexual y reproductiva [producción de espermatozoides, examen de próstata y uretra, libido, potencia sexual y tamaño del pene] en mujeres trans*.
[persona trans*, Barranquilla]

3.5.2.1

Consideraciones legales acerca de los derechos sexuales y reproductivos





Todas las personas, sin excepción, tienen derecho a contar con los recursos necesarios para poder tomar decisiones libres acerca de su sexualidad y su reproducción [107]. Aunque los derechos sexuales y reproductivos se encuentran fuertemente relacionados, es necesario tener claro aquello que los diferencia, con el fin de tener la certeza acerca de cómo respetarlos. Así, los derechos sexuales cuentan con dos componentes como se muestra a continuación:

Por otra parte, los derechos reproductivos tienen puntos en común con los derechos sexuales, como el acceso a métodos anti-conceptivos de calidad. Sin embargo, éstos no deben confundirse con los primeros, pues la protección que ofrecen es distinta. Los derechos reproductivos hacen referencia a la libertad reproductiva y el acceso a los servicios de salud reproductiva tal como se muestra a continuación:

Estos derechos aplican de manera especial cuando el cuerpo de los individuos se ve afectado por la reproducción, como es el caso de las mujeres cisgénero, los hombres transgénero y las personas con otras identidades de género que también puedan quedar en estado de embarazo. Al igual que las mujeres cisgénero, las personas trans* a las que se acaba de hacer referencia, tienen derecho a elegir si desean quedar en embarazo con el fin de ejercer su derecho a la libertad reproductiva. Impedir la autodeterminación reproductiva, a través de la utilización forzosa de métodos anticonceptivos o la esterilización, no sólo vulnera este derecho sino también el derecho fundamental a la igualdad [108]. La no correspondencia entre la identidad deseada y la identidad legal [componentes sexo y nombre] de los documentos no puede ser una barrera para negar un tratamiento.

3.5.3

Consideraciones de acuerdo a enfermedades específicas:

3.5.3.1

VIH:

Si bien la atención en prevención y tratamiento del VIH para personas trans* debería ser la misma que para cualquier persona portadora del virus, las condiciones de exclusión social y círculos de pobreza en los cuales viven generalmente las personas trans*, tienen como consecuencia un acceso limitado o nulo a la información sobre este tema. Esto lleva al desconocimiento sobre los métodos de barrera [como el látex] y a una percepción equívoca sobre la no presencia de la enfermedad en este grupo poblacional y la imposibilidad de contraerla [109].

De acuerdo con el Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud [OMS], las principales razones que obstaculizan la atención en salud de las personas que viven con el VIH/SIDA son:

Se menciona como indispensable priorizar temas que permitan poner sobre la mesa las posibilidades de procreación de las personas trans*.

Pues la única información que da el sistema de salud y la IPS es sobre el VIH. Pero digamos a usted nunca le van a decir nada sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Es más, no hay educación y divulgación de información con enfoque diferencial. Diría que los tratamientos hormonales, cirugías y nuestras relaciones y forma de reproducción es estratégico para entrarle a las EPS, además de brindar educación sexual sobre opciones de almacenamiento de semen en mujeres trans* y ovulos en hombres trans*. Por otro lado el tema de aborto en hombres trans* jamás se ha contemplado, por lo cual el servicio de planificación familiar en hombres trans* es clave para prevenir embarazos no deseados.

[Persona Trans*, Cali]

i) la centralización de los servicios en salud en las grandes ciudades y ii) el alto grado de estigmatización y discriminación [110]. Los Estados que hacen parte de la OMS/OPS, como Colombia, se encuentran comprometidos a revisar y, de ser necesario, reformular la legislación nacional en salud para proteger a los grupos en situación de vulnerabilidad [111]. Además, es una obligación de los Estados difundir información con el fin de combatir la estigmatización y la discriminación a las personas que viven con el VIH/SIDA [112].

Esto se evidencia en el hecho de no acudir a los exámenes necesarios frente a sintomatologías visibles por miedo a ser discriminados/as, a enfrentarse a personal de salud no capacitado o, incluso, personal que reaccione de manera agresiva frente a su sola presencia. No existe un tratamiento de forma integral por parte del SGSSS a las personas trans*, ni se tienen en cuenta las consecuencias de los tratamientos antirretrovirales para el VIH sobre las hormonas, los cuales reducen sus efectos visibles. Esto puede generar un mayor estrés en el/la paciente trans* y poca adherencia al tratamiento antirretroviral, lo cual pone en riesgo su salud y dificulta los tratamientos antirretrovirales posteriores si se crea resistencia [113]. Es por esto que a las personas trans* se las ha caracterizado como una población especialmente vulnerable a la afectación por VIH y otras infecciones de transmisión sexual [114].

Se ha encontrado que, en algunos agentes antirretrovirales, como el Fosamprenavir [componente de medicamentos prescritos en Colombia como el Telzir MR], existe una disminución en las concentraciones de Amprenavir [derivado del consumo de Fosamprenavir] al interactuar con estrógenos, por lo cual no se recomienda su uso simultáneo [114, 115, 116]. Además, los retrovirales de clase inhibidores de proteasa [IP] [como el Nelfinavir, Lopinavir, Ritonavir, Saquinavir, Atazanavir, Ritonavir, Fosamprenavir, disponibles en Colombia], inhiben o sobre-estimulan las enzimas CYP 450 y CYP3A4, involucradas en los mecanismos farmacológicos y hepáticos que afectan la biodisponibilidad de etinilestradiol. Este estrógeno, derivado del estradiol, es uno de los más utilizados en la terapia de reemplazo hormonal con mujeres trans*, ya que es uno de los estrógenos con efectos más visibles [117, 118].

Respecto a las terapias de reemplazo hormonal con testosterona, no se han evidenciado interacciones problemáticas con los antirretrovirales, aunque la atrofia de los tejidos vaginales y la falta de lubricación pueden estar relacionadas con un mayor riesgo de contracción de VIH en prácticas sexuales penetrativas sin protección. Sin embargo, se trata de datos preliminares que necesitan más solidez empírica [113]. Esta es una de las principales dificultades al tratar VIH y otras ITS en personas trans* y es que, si bien se conoce que las terapias antirretrovirales interactúan con las

hormonas y tienen potenciales efectos adversos, hace falta monitoreo sobre las posibilidad de toxicidad y fallas en las drogas. Hay muy poca documentación y reporte sobre las interacciones entre las terapias antirretrovirales y las hormonas [119].

A pesar de esto, los profesionales de la salud no deben interrumpir los procesos de hormonización de las personas trans* para tratar VIH u otras ITS. Los estándares de cuidado establecidos por la asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans han afirmado que “No es ético negar disponibilidad o elegibilidad para la terapia hormonal solamente sobre la base de la seropositividad para infecciones de transmisión sanguínea, como el VIH o la hepatitis B o C” [120]. Por lo anterior, los y las profesionales deben analizar caso a caso y, así, determinar si la terapia hormonal puede estar contraindicada debido a las condiciones de salud individuales de la persona. A partir de esto, el profesional debe brindar información y ayuda a la persona para que pueda acceder a intervenciones no hormonales para continuar con su proceso de tránsito. Para esto, los profesionales de la salud deben estar calificados y capacitados en temas de hormonas y VIH [120].

Una parte importante en el tratamiento de estas materias es la prevención. Las pruebas de VIH e ITS pueden ser un punto de entrada al SGSSS. Es importante que los y las profesionales de la salud den consejería sobre estos temas, teniendo en cuenta los factores y cofactores de riesgo trans-específicos -incluso el uso de hormonas y sustancias- focalizando los factores de riesgo individuales. Se debe tener en cuenta que esta consejería se debe manejar en una absoluta confidencialidad, pues la publicación de los resultados de estas pruebas atenta de forma directa contra el derecho a la intimidad de las personas que acuden al sistema. Conservar la privacidad de los resultados es una vía fundamental para lograr que las personas trans* confíen y acudan a los servicios de salud.

Bajo ninguna circunstancia pueden llevarse a cabo estos exámenes de manera forzada o contra la voluntad de la persona. Los exámenes de VIH no deben pedirse si no se está tratando algo relacionado con este tema; existe una práctica reiterada de pedir estos exámenes a personas trans* sin que lo hayan solicitado o sin que sea un tema que le preocupe al consultante, sólo por el hecho de su identidad. Es entonces una necesidad eliminar las pruebas de VIH obligatorias a personas que pertenecen a grupos vulnerables [112]; con el fin de proteger este derecho, ONUSIDA y el Alto Comisionado para los Derechos Humanos han establecido que, para realizar estas pruebas, siempre es necesario tener previamente el consentimiento informado del/a paciente.

Es deber, de las distintas entidades que prestan servicios de salud, proveer la atención médica a las personas que viven con VIH/SIDA, así no exista afiliación, pues es un derecho con el que cuen-

tan. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, que prestan la atención directa, tampoco pueden negarse a continuar con los tratamientos aún cuando la persona esté desvinculada del sistema [121]. Así mismo, el Estado debe garantizar el acceso a medicamentos y a servicios de apoyo psicológico, los cuales deben ser ordenados por concepto del médico tratante de las EAPBs sin que sea necesaria la autorización del Comité Técnico Científico de esta [122, 123].

3.5.3.2
CÁNCER

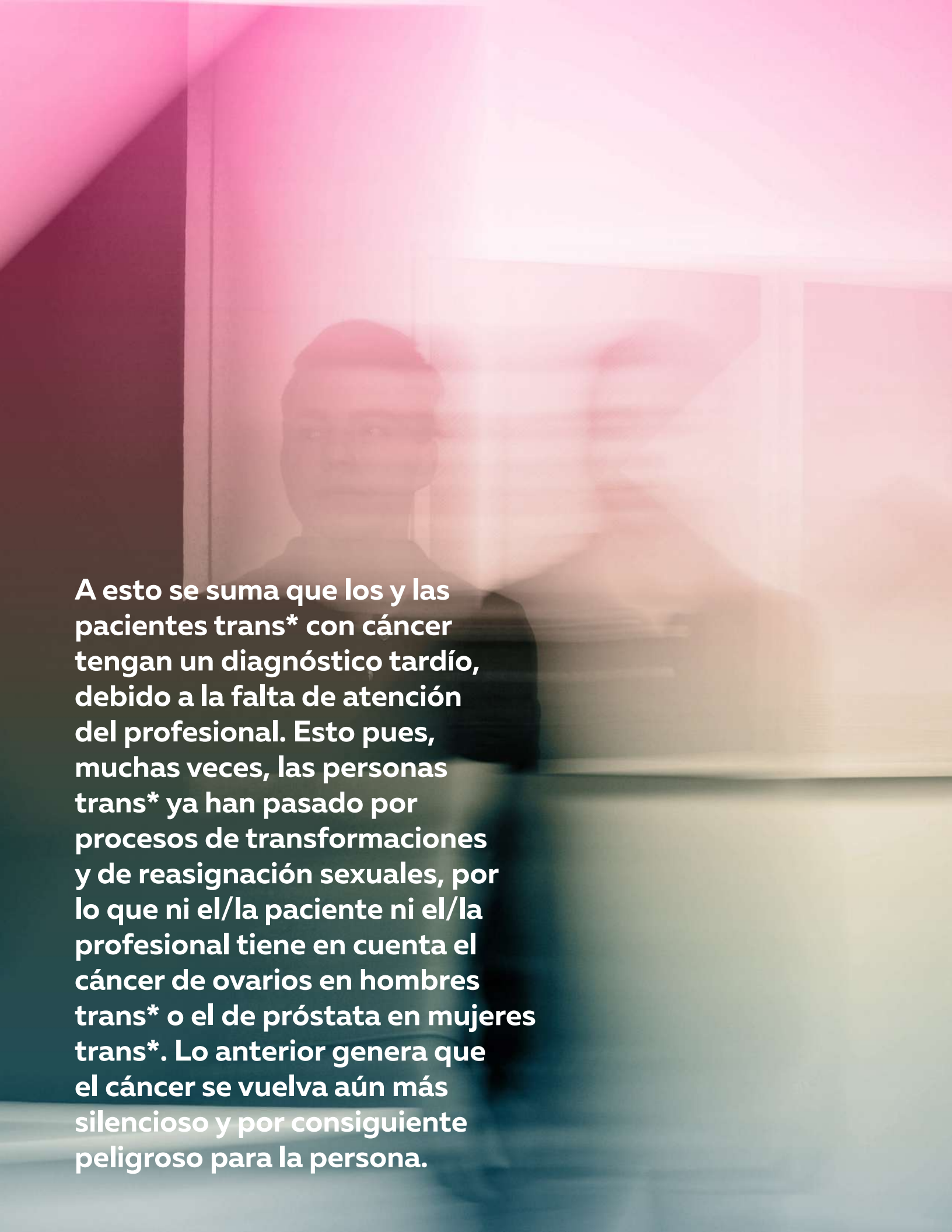
Para hablar de cáncer en personas trans* y la relación de este con un tratamiento de hormonización, hay que establecer, primero, que la salud de las personas trans* no ha sido ampliamente estudiada o documentada. Esto genera que, al encontrarse con un posible caso de una persona trans*, el o la profesional de la salud lo subestime por considerarlo a simple vista, un caso aislado [124].

“Es probable que la mayoría de los estudios sobre transexuales [sic] fueran demasiado cortos para observar cualquier tumor relacionado con hormonas. Además, la transexualidad es “rara”¹¹, lo que puede llevar a una subestimación de los tumores porque la mayoría de los médicos solo encontrarán casos únicos, que son menos probables que sean documentados en la literatura” [125].

A esto se suma que los y las pacientes trans* con cáncer tengan un diagnóstico tardío, debido a la falta de atención del profesional. Esto pues, muchas veces, las personas trans* ya han pasado por procesos de transformaciones y de reasignación sexuales, por lo que ni el/la paciente ni el/la profesional tiene en cuenta el cáncer de ovarios en hombres trans* o el de próstata en mujeres trans*. Lo anterior genera que el cáncer se vuelva aún más silencioso y por consiguiente peligroso para la persona [124].

La falta de estudios prospectivos significativos acerca de este tema, tiene también como consecuencia que los y las profesionales de la salud no tengan suficientes pruebas para determinar el tipo apropiado de detección de cáncer y su frecuencia en la población trans*. Por un lado, el exceso de detección significa mayores costos en atención médica, altas tasas de “falsos positivos” e, incluso, exposición innecesaria a radiación e intervenciones de diagnósticos. Por otra parte, la escasez de detección, como ya se mencionó, trae como consecuencia el retraso en el diagnóstico de un cáncer potencialmente curable [24]. A pesar de esta escasez de evidencia científica, se sabe que las personas trans* tienen el riesgo de desarrollar ciertos cánceres como consecuencia de una alta prevalencia de factores de riesgo, el consumo de dosis altas de hormonas y la baja adherencia a las recomendaciones de detección del cáncer [126].

¹¹ Este es un término que utiliza el artículo para referirse a lo poco estudiado que está el campo de la salud de las personas trans* y lo inusual que es dentro del campo científico



A esto se suma que los y las pacientes trans* con cáncer tengan un diagnóstico tardío, debido a la falta de atención del profesional. Esto pues, muchas veces, las personas trans* ya han pasado por procesos de transformaciones y de reasignación sexuales, por lo que ni el/la paciente ni el/la profesional tiene en cuenta el cáncer de ovarios en hombres trans* o el de próstata en mujeres trans*. Lo anterior genera que el cáncer se vuelva aún más silencioso y por consiguiente peligroso para la persona.

En mujeres trans*, cuando se ha presentado uso de estrógenos en la terapia de reemplazo hormonal y, sobre todo, si hay presencia continuada de estrógenos con progestágenos, se recomiendan mamografías bilaterales periódicas; es también necesaria una evaluación de factores de riesgo [como los antecedentes familiares] [24, 109]. Esto es importante pues uno de los efectos de la terapia de reemplazo hormonal es el crecimiento mamario, por lo que existe un riesgo de desarrollar cáncer de mama. Cabe anotar que los exámenes pueden presentar alteraciones de tipo falso/negativo para la evaluación de densidad del tejido, que puede aparecer como “denso” y “muy denso”, sin que represente un riesgo directo de cáncer. De igual manera, puede evidenciarse crecimiento del tejido epitelial y acino en el seno [105,109,127].

El cáncer de próstata debe ser evaluado según los riesgos y planes usuales si el/la paciente no se ha intervenido ni hormonal ni quirúrgicamente; en caso contrario, y aunque se han encontrado reducciones del riesgo de cáncer de próstata por el uso de anti-andrógenos, este tipo de hormonas parecen interactuar con los niveles séricos del Antígeno Prostático Específico [PSA], disminuyendo sus valores séricos y creando resultados variables [es, por ejemplo, el caso de 5-alpha]. Por ello, se recomiendan tactos rectales en personas mayores de 50 años, teniendo en cuenta que, aunque hayan accedido a operaciones de reasignación de sexo, pueden conservar la próstata. El personal de salud debe contar con la experticia necesaria para ubicar correctamente la próstata, ya que ésta puede estar desplazada por las operaciones de reasignación de sexo [109, 127, 128].

Respecto al uso de testosterona en hombres trans* y personas que quieren masculinizarse, la evidencia no muestra aumento ni disminución del riesgo de este tipo de cáncer. Aun así, el uso de esta hormona puede causar cambios en los tejidos del endometrio que, en el caso de presentarse un sangrado vaginal luego de haber cesado la menstruación por la terapia de reemplazo hormonal, debe ser evaluado por una ecografía vaginal [105]. De igual manera, aunque el cáncer ovárico no se relaciona con el consumo de testosterona, la aparición de cambios similares a los síntomas del ovario poliquístico pueden ser una consecuencia de la hormona y requieren evaluación, la probabilidad de desarrollar cáncer aumenta en razón del atrofiamiento del útero y ovarios, producido por las hormonas masculinizantes [109].

La evaluación de la terapia de reemplazo hormonal con testosterona utilizada en hombres trans* y personas que quieren masculinizarse debe considerar que una mastectomía bilateral reduce el riesgo de cáncer al reducir el tejido mamario. Las precauciones y evaluaciones subsiguientes deben tener en cuenta la cantidad de tejido mamario conservado, para considerar la pertinencia de una mamografía o una ecografía mamaria [109]. Respecto al cáncer de cervix y útero, como se indicó con anteriori-

dad, es recomendable realizar el PAP [Papanicolau] en pacientes que conserven cérvix y útero [no en aquellos que hayan realizado histerectomía]. En aquellas mujeres trans* cuyo cérvix haya sido creado a partir del tejido del pene, también debe hacerse este examen puesto que existen mayores probabilidades de cáncer y carcinoma invasor debido a la mucosa presentada [24]. En cuanto al cáncer de ano, es importante tener en cuenta el aumento del riesgo en personas que mantienen prácticas anales penetrativas y poseen VPH o un historial de lesiones anales, sumado al VPH. También se encuentran asociaciones entre el VIH y la presencia de cáncer anal. En cualquier caso, una evaluación mediante PAP anal, interpretada por un experto, puede ayudar a establecer un diagnóstico adecuado [24].

Los y las profesionales de la salud deben hacer tareas de detección y manejo de comorbilidades asociadas al uso de hormonas a largo plazo, desde la atención primaria y no solo desde la atención especializada; la detección del cáncer debe entonces ser una de las variables evaluadas desde la atención primaria para las personas trans* [24]. Si bien no existen programas formales para capacitar a los y las profesionales en medicina trans*, tienen la responsabilidad de obtener conocimientos y experiencia en este campo [24], por ejemplo, consultando con profesionales que ya hayan trabajado los temas, o con oncólogo/as antes de iniciar un tratamiento con hormonas [24].

3.5.4

Consideraciones de acuerdo a condiciones individuales

3.5.4.1

Consumo de sustancias

En caso de que una persona acuda al SSSGS por razones relacionadas con su consumo, debe tenerse en cuenta que ciertas sustancias psicoactivas pueden interferir o ser un factor de riesgo para iniciar o continuar terapias de reemplazo hormonal o transformaciones corporales. Sin embargo, hay que considerar también que, si la persona ya se encuentra en medio de un proceso de hormonización [con o sin acompañamiento médico], no se debe suspender de manera definitiva y abrupta el tratamiento por razón del consumo. En este caso, debe entablarse un diálogo con la persona para esclarecer los efectos que tiene el consumo en su proceso de tránsito, con el fin de evitar victimizar o causarle angustia por el hecho de no poder continuar con su tránsito. Es importante entonces proponer una intervención que se focalice en reducir el daño por medio de programas progresivos para disminuir el consumo e incentivar acciones de autocuidado para generar estilos y condiciones de vida saludables [12,105].

3.5.4.2

Intervenciones corporales artesanales

Las intervenciones corporales artesanales hacen referencia a las acciones sobre el cuerpo que llevan a cabo las personas trans* buscando construir su identidad. Estas se hacen por fuera del SSSGS y se fundamentan en conocimientos y prácticas de pares [129].

En genral, la razón principal por la cual se incurre en estas prácticas, radica en la desconfianza o las barreras de acceso al SSSGS. Igualmente, con estas intervenciones se busca disminuir la discriminación y mejorar la autoestima, sin incurrir en mayores costos económicos y personales. En algunos casos, las personas desconocen el efecto que estas transformaciones tienen sobre su salud. Además, se debe tener en cuenta que muchos medicamentos utilizados son de venta libre y de fácil acceso [1, 130].

Es probable que, al momento de acudir al SSSGS, muchas personas trans* ya hayan iniciado procesos relacionados con transformaciones corporales, que van desde transformaciones en su indumentaria [vestimenta, vendajes, cintas, espuma y demás] hasta intervenciones corporales [uso de hormonas o modelantes estéticos] [129].

Las transformaciones corporales artesanales tienen un impacto supremamente nocivo sobre el cuerpo y la salud de las personas [mira a mí me dan un golpe en las partes afectadas y eso para mí el dolor es como un eco. Yo no siento el dolor enseguida, el dolor lo vengo a sentir como a los 15 minutos y después el dolor es como un eco. A mí me pusieron silicona fluida.

[mujer trans*, Barranquilla]

Según los grupos focales, para comenzar a tomar hormonas existen dos vías. Por un lado, se recurre a procesos de hormonización sin acompañamiento

médico que, en la mayoría de los casos, son recomendados por otras personas. Éstas, a su vez, han sido aconsejadas por alguien más o han tenido asesoría médica. De este modo, se empieza a ingerir lo que ha sido recetado para alguien más o lo que se consigue fácilmente en las droguerías o farmacias.

Tú sabes que nosotras manejamos redes y por lo general las redes de chicas trans*, a pesar de que por parte y parte haya odio, haya desamor, o haya desapego o haya odio, todas sabemos que una te recomienda y la otra te dice: “esto se puede con esto, y esto con esto y esto con esto”. Entonces, primero, me automediqué.

[persona trans*, Barranquilla]

Sin embargo, en caso de que la persona no esté en contacto con otras personas trans*, el proceso se inicia autónomamente, o bajo la asesoría de internet o de redes sociales.

Los posibles efectos adversos por el consumo de estrógenos y antiandrógenos, sin seguimiento ni control médico pueden ser: “enfermedad tromboembólica, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión, cálculos biliares, migrañas, retención de líquidos, además de otras condiciones relacionadas con el empleo de dosis elevadas de estrógenos como alteraciones en la producción de prolactina, resistencia a la insulina y desarrollo de tumores dependientes de dicha hormona” [12].

El 31,4% de las personas encuestadas se ha realizado alguna intervención corporal artesanal. En la mayoría de los casos las intervenciones han sido de glúteos, senos, piernas y vendas en el pecho.

31.4%

Por su parte, las afectaciones a la salud por el uso de testosterona sin seguimiento médico pueden ser: “disfunción hepática, eritrocitosis, hipertensión, acné, aumento de grasa corporal, desarrollo o agravamiento de apnea del sueño, desarrollo de tumores dependientes de andrógenos [testosterona] y enfermedad cardiovascular” [12]. Por consiguiente, es necesario que el/la prestador/a de salud realice los exámenes médicos necesarios para revisar el impacto de este tipo de intervenciones sobre el cuerpo.

Respecto a los modelantes estéticos, cabe anotar que se usan algunos de alta peligrosidad como lubricante de avión, sellador de llantas, aceite mineral, petróleo, parafina, retinol, vaselina líquida, biopolímeros, silicón industrial, aceite de oliva y otras sustancias [12, 129, 130, 131]. Las inyecciones de estos productos en zonas como muslos y glúteos provocan inflamaciones e infecciones que pueden comprometer los miembros de las personas, requerir de intervenciones quirúrgicas de gravedad e, incluso, llevar a la muerte por choque séptico [132]. Aquellas hechas con parafina se asocian a infecciones, necrosis, embolias pulmonares [cuando es usada en el pecho] y migración del agente [133]. Sin embargo, aun cuando los agentes de relleno pueden ser de alta calidad, como en el caso de la silicona líquida de alta pureza, sus efectos suelen ser peligrosos para la salud pueden resultar en complicaciones como granulomas, migración del producto, celulitis, lesiones quísticas, hepatitis granulomatosa, neumonía, embolia y hasta la muerte [134]. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que, en las áreas afectadas, la persona no puede recibir golpes o inyecciones, algo que es común en la experiencia de violencia que muchas personas trans* evidencian.

Algunos hombres trans* utilizan vendas o fajas para esconder sus senos. Si el vendaje no se hace con precaución, puede causar laceraciones en la piel y afectación del tejido del área del pezón, entre otras afectaciones. Si su uso no está acompañado de medidas de humectación y limpieza adecuadas, puede llegar a afectar de manera grave la salud de la persona.

A una persona trans* se le debe ser informar acerca de los efectos adversos y de los riesgos de incurrir en una transformación corporal artesanal; para esto, hay que facilitarle el ingreso y la permanencia dentro del SSGS con el objetivo de que sienta confianza para llevar a cabo su tránsito con acompañamiento. Ahora, si se presenta una persona que ya ha intervenido su cuerpo artesa-

nalmente, no debe revictimizársela, pues no se reconoce el lugar de exclusión que llevó a la persona a incurrir en este tipo de prácticas. Se debe, por lo tanto, mostrar una actitud receptiva, comprensiva e informativa respecto a los riesgos y peligros del no acompañamiento médico y los efectos sobre el cuerpo de los modelantes estéticos. De igual modo, se puede explorar la posibilidad con la persona de retirar materiales peligrosos o de continuar con la TRH bajo acompañamiento médico [131]. Además, se debe ser especialmente cuidadoso/a de no administrar medicamentos inyectables, llevar a cabo procedimientos quirúrgicos u otros en zonas donde las personas se hayan intervenido con agentes como silicona u otros, ya que se pueden presentar afecciones graves a la salud [129].

En la encuesta realizada, el 90% de las personas tienen algún plan de atención en salud, la mayoría están afiliadas al régimen contributivo de salud [38,7%] mientras que un 18,1% pertenece al régimen subsidiado. De las personas que señalaron no contar con ninguna cobertura en salud, la mayoría [86,4%] expresó que se debe a que no tienen trabajo o no cuentan con los medios económicos para pagar un plan de atención en salud.

Finalmente, el 55,1% de las personas han usado el sistema general de salud para realizar su tránsito.

3.5.4.3
Discapacidad

Las personas trans* con discapacidad comprenden un grupo altamente heterogéneo y con necesidades muy variadas [135, 136]; un grupo de particular relevancia para este análisis es el de las personas con discapacidad psicosocial, es decir, aquellas cuyas barreras de inclusión se derivan de la interacción entre afectaciones particulares a la salud mental y la comunidad en la que viven.

Ser una persona trans* con discapacidad constituye un solapamiento de la medicalización de la identidad y la discapacidad, por cuanto ambas son, en ocasiones, reducidas a categorías diagnósticas. Lo anterior genera un estigma y una barrera para el reconocimiento de la identidad en personas con discapacidad, debido a los estereotipos que existen sobre la sexualidad de estas personas. Es por esto que las personas trans*, con discapacidad se encuentran con muchas dificultades al momento de acceder al SGSSS, en razón, especialmente, de la falta de conocimiento de los prestadores de los servicios acerca de sus necesidades particulares.

El/a profesional de la salud puede encontrarse con personas trans* con discapacidad que hayan sido discriminadas en el ámbito educativo, el trabajo, programas para la discapacidad, para la población con orientación sexual diversa, entre otros [137]. Incluso, estas personas pueden pertenecer además a otros grupos minoritarios, ocupando lugares de opresión múltiples y simultáneos, según el contexto. La falta de visibilidad en la literatura corresponde a la tendencia a que sean disminuidas sus voces, enfocándose en un abordaje médico que dificulta su capacidad de decidir [135, 137].

Actualmente, esa visión de la discapacidad como un “asunto médico” se ha problematizado y ha sido desafiada por el modelo social de la discapacidad; este nuevo paradigma teórico y legal, que acoge la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU¹², se entiende que la discapacidad no es una condición inherente a la persona y que no depende de un diagnóstico médico. Plantea, en cambio, que la discapacidad es una situación que se presenta cuando diferentes barreras [sociales, jurídicas, actitudinales y demás] interactúan con una persona de capacidades diversas; así, se parte del supuesto de que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en igual medida que el resto de las personas [138]. Este modelo se opone al modelo médico-rehabilitador, donde la discapacidad es vista como la consecuencia de una enfermedad. De igual modo, cuestiona al modelo de prescindencia, donde se considera que las personas con discapacidad son no aptas para contribuir a la sociedad y por lo tanto representan una carga. En este sentido, la discapacidad es consecuencia de que el entorno físico y social no esté pensado

¹² Este tratado hace parte del bloque de constitucionalidad colombiano en virtud del artículo 93 de la Constitución.

sobre la multiplicidad de capacidades humanas. La discapacidad es la consecuencia de una construcción social que ignoró la diversidad humana, una construcción que impuso una determinada forma de relacionarse con el mundo. Un cruce adicional se presenta pues, con el fin de que las personas trans* puedan acceder a los servicios médicos necesarios para llevar a cabo su tránsito, se les exige, en muchos casos, el diagnóstico de disforia de género, como requisito para seguir adelante con el proceso. Sin embargo, hay personas trans* que, además de tener el diagnóstico de disforia de género, tienen una discapacidad psicosocial.

La situación de discapacidad psicosocial en la que se encuentran algunas de las personas trans* les concede una especial protección legal y constitucional, que se traduce en figuras como el derecho a una vida independiente, a que se les garantice el derecho a la no discriminación, a la igualdad material, a un entorno accesible y, entre otros, a que se presten los ajustes razonables que requieren para acceder en igualdad de condiciones a los diferentes bienes y servicios de su interés. Los y las profesionales de la salud, así como las entidades públicas y privadas que prestan el servicio de salud, deben adoptar medidas de accesibilidad orientadas a la atención de las personas trans* con discapacidad. Esto implica Este tratado hace parte del bloque de constitucionalidad colombiano en virtud del artículo 93 de la Constitución. garantizar el acceso a una información adecuada, oportuna, clara y veraz sobre los procedimientos e intervenciones en salud. Las entidades deben realizar los apoyos sin que la persona que los necesita tenga que solicitarlos formalmente.

Dentro de las acciones que pueden llevar a cabo las y los profesionales de la salud y las entidades, para alcanzar la inclusión de las personas trans* con discapacidad, están los ajustes razonables y los apoyos. Los ajustes los requiere cada persona individualmente, estos son “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” [139]. Por su parte, un apoyo se entiende como “el acto de prestar ayuda o asistencia a una persona que la requiere para realizar las actividades cotidianas y participar en la sociedad” [140].

Estos comprenden:

“[U]na amplia gama de intervenciones de carácter oficial y oficioso, como la asistencia humana o animal y los intermediarios, las ayudas para la movilidad, los dispositivos técnicos y las tecnologías de apoyo. También incluye la asistencia personal; el apoyo para la adopción de decisiones; el apoyo para la comunicación, como los intérpretes de lengua de señas y los medios alternativos

y aumentativos de comunicación; el apoyo para la movilidad, como las tecnologías de apoyo o los animales de asistencia; los servicios para vivir con arreglo a un sistema de vida específico que garanticen la vivienda y la ayuda doméstica; y los servicios comunitarios” [140].

Las personas profesionales de la salud deben identificar estas situaciones de riesgo que enfrentan las personas trans* con discapacidad, y activar rutas e intervenciones para minimizarlas. Por ejemplo, debe asegurarse de darle todos los apoyos y ajustes necesarios para que pueda expresar su voluntad, que en ningún caso puede ser ignorada o pasada por alto. Este modelo reitera que el derecho a decidir está conectado con el núcleo esencial de derechos como al de la capacidad de ser titular y ejercer derechos; por eso, debe ser la persona trans*, con discapacidad, quien decida sobre los procedimientos y servicios de salud que quiere recibir [141]. Lo/as profesionales de la salud deben actualizar su formación al respecto, dándole no sólo un enfoque médico a la discapacidad o a la identidad de género, sino teniendo en cuenta el enfoque de derechos que tiene la discapacidad en Colombia y garantizando los derechos de esta población, lo cual es una obligación dentro del sistema jurídico del país. En vez de cambiar, curar o transformar a las personas con discapacidad e identidad de género diversa, lo/as médico/as deben transformar los prejuicios hacia estas y cualquier práctica social y médica que discrimine con base en las capacidades de la persona. Si llega una persona trans* con discapacidad, el/la profesional debe prestar atención individualizada, de acuerdo a las experiencias que estas personas puedan tener [142, 143].

3.5.5

Consideraciones de contextos sociales

Un número amplio de personas trans* viven en contextos de vulnerabilidad, marginalidad y violencias. Esto se asocia al no reconocimiento pleno y digno de su identidad, así como a la patologización y criminalización que se ha hecho de sus identidades en ámbitos sociales, económicos, culturales, políticos y de participación ciudadana.

Cabe aclarar que esto representa la reducción de sus cuerpos y vidas a contextos de alta vulnerabilidad, marginalidad y violencia, no obstante, es una realidad que puede determinar, en un número alto de casos, los factores que les disponen a espacios de exclusión social estructural. Sin embargo, muchas personas trans* viven y superan la patologización, criminalización y discriminación de sus identidades en círculos de pobreza extrema.

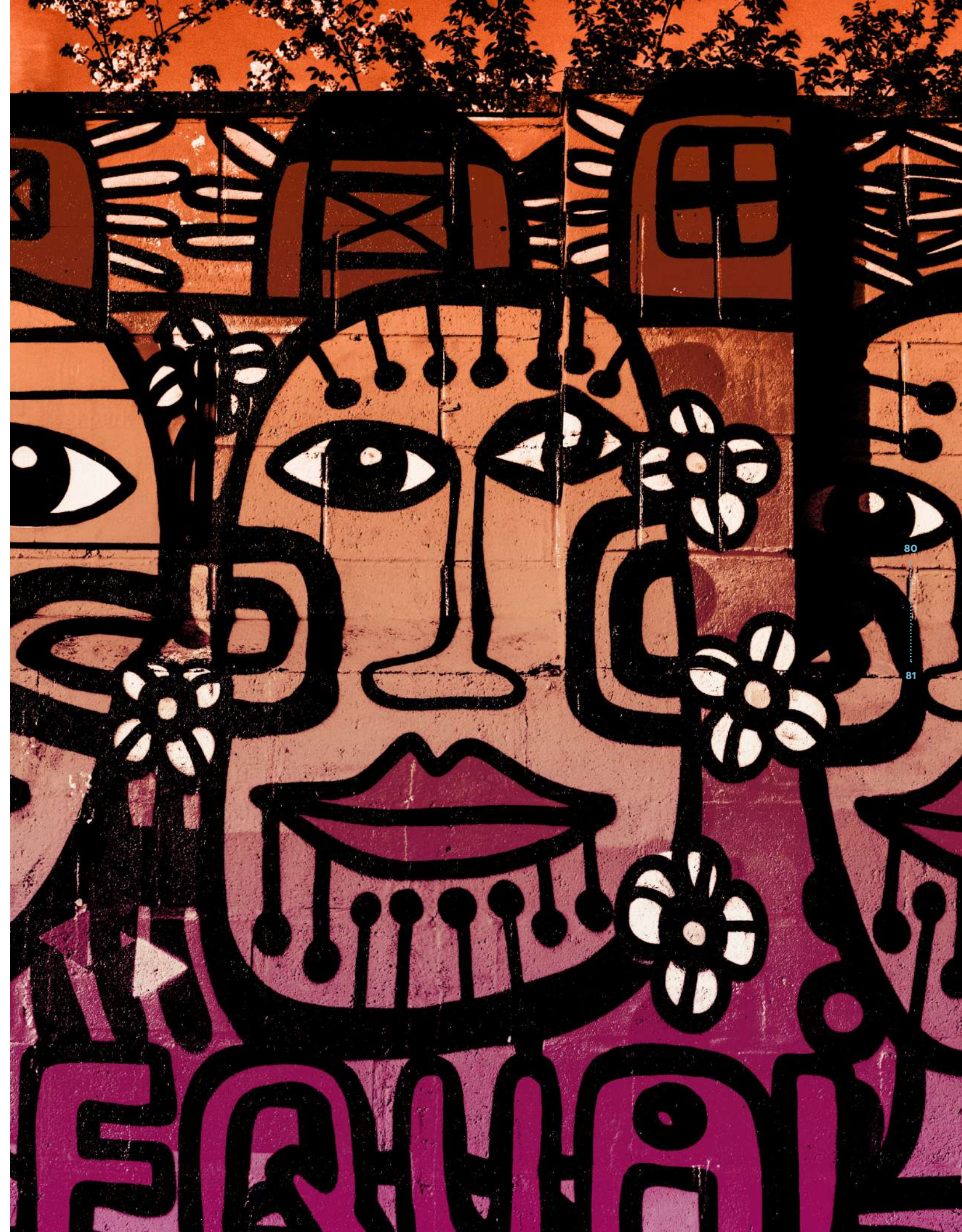
Un amplio porcentaje del sector poblacional trans* en Colombia se ha visto históricamente relegado a entornos altamente crimi-

nalizados, como el trabajo sexual, la habitabilidad en calle y el consumo de sustancias psicoactivas. Estos entornos se denominan como “círculos de pobreza extrema y exclusión estructural”, pues, en razón de la discriminación, las personas se ven relegadas a economías altamente criminalizadas. Dicha exclusión comienza por el no reconocimiento de la identidad trans* en la familia; este es un factor que inicia el círculo de pobreza y exclusión social pues, en muchas ocasiones, el primer lugar del cual son expulsadas las personas trans* es su núcleo familiar.

Otro factor de exclusión determinante es la falta de reconocimiento de sus identidades en espacios educativos y de formación. De acuerdo a la Cartilla de Cifras Estadísticas del Distrito Capital, el 83% las personas trans* que desertaron identifican haber sido discriminadas en razón de su construcción de identidad de género, lo que significa una amplia prevalencia de deserción escolar en el sector poblacional trans* por discriminación [144]. Esos mismos datos establecen que las personas trans* tienen educación media [39.35%] y básica secundaria [26.7%]. Así, el porcentaje de universitarios y universitarias es del 11.9%, con un porcentaje de posgrado de apenas de apenas el 1.94%. De manera informal se revela que sólo una de cada cien personas trans* en Colombia logra un título universitario [144]. Como consecuencia directa de lo anterior, las oportunidades laborales para las personas trans* que se encuentra en situación de pobreza extrema y exclusión estructural y, de forma general, para las personas trans* que no han logrado acceder a capitales culturales, educativos y/o económicos, son altamente criminalizadas u oficios informales. Se identifica que dentro del número de personas trans* que acceden a espacios laborales no criminalizados, la discriminación declarada es de un 92,4% en sus espacios laborales, según cifras del distrito [144], por lo que esta opción implica sujetarse a un ámbito excluyente y violento.

El círculo de pobreza y exclusión deja a las personas trans* en condiciones de vida precarias, indignas y sin bienestar integral. Este hecho está además estrechamente relacionado con su expectativa de vida que, como se mencionó, en Colombia y América Latina es de 28 a 35 años [[90]. La baja expectativa se manifiesta de forma expresa en la marginalidad de este sector poblacional. Esto quiere decir que, entre mayor sea la vulnerabilidad que enfrenta una persona trans*, más altos son los riesgos de atravesar las dinámicas interseccionales de la pobreza.

A continuación serán enunciadas algunas de las situaciones de violencia y pobreza que viven las personas trans* en Colombia, en relación al no reconocimiento pleno y digno de su identidad, a su patologización y a la criminalización de sus identidades.



3.5.5.1

Habitabilidad en calle

La habitabilidad en calle es una condición bajo la cual las personas trans* se enfrentan a distintos panoramas sociales de exclusión, asociados a la pobreza, como la falta de acceso a servicios médicos, educativos, culturales y sociales, así como también a enfermedades de salud mental y abuso de sustancias psicoactivas [145]. Si bien estas causas son similares a las que llevan a una persona cisgénero a habitar la calle, las consecuencias se agravan en las experiencias de vida trans*, al relacionarse con la expulsión sistemática de todos los espacios sociales. Esto lleva a que sean el sector poblacional LGBT con mayor riesgo de estar en condición de habitabilidad en calle [146].

Muchas veces dicha expulsión empieza en el hogar, pues no se acepta la construcción identitaria de género y su ejercicio pleno y digno [147, 148]. La discriminación familiar y la precariedad de los servicios públicos para la atención de personas que habitan la calle imposibilitan que se decida dejar de habitarla [149]. Constantemente, las personas suelen ser rechazadas por los sistemas de protección cuando estos son diferenciados por género [147]. De forma simultánea, son víctimas de violencia por prejuicio con mayor frecuencia que las personas trans* que no habitan la calle, lo cual aumenta la sensación de desesperanza y desconfianza ante las instituciones y sus servicios, así mismo se determina que la violencia por prejuicio en contra de personas trans* que habitan la calle, suelen quedar impunes [148].

Las personas trans* que habitan en calle suelen recurrir al intercambio de servicios sexuales en condiciones precarias, como elemento de supervivencia básica. Esto exacerba las condiciones de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual [146, 150, 151]. Debido a que no se goza de forma estructural a un acceso pleno y digno de derechos, las personas trans* que habitan en calle están expuestas a afectaciones mentales y físicas graves, así como a episodios de estrés postraumático. Debe tenerse en cuenta que existen complicaciones derivadas de la discordancia de los documentos legales y la identidad de género [145].

Para acercar los servicios de salud y demás sistemas de protección social a la población trans* que habita en calle, se sugiere la evaluación de las redes comunitarias y familiares de afecto, en ocasiones determinantes para las personas trans* y sus procesos de construcción identitaria; además, posibilitar el acceso a los recursos legales logrados en los casos que así lo requieran [149, 151].

Por otra parte, la educación para el personal de atención en casas de refugio y demás servicios estatales resulta esencial con el objetivo de propender que su atención integre prácticas de género afirmativas, para así contar con una atención sensible y asertiva

[149, 151]. Como profesional de la salud, es importante identificar y usar las redes de apoyo comunitarias y/o familiares de las personas que acompañen los tránsitos, requiriendo para ello la articulación con los distintos servicios disponibles [149, 151]; así, se pueden tener en cuenta las especificidades de cada caso para lograr una intervención más adecuada [150].

3.5.5.2

Privación de la libertad

La población trans* privada de la libertad suele estar sobre-representada en las cárceles; si bien no es una población mayoritaria, existe una relación directa entre la privación de la libertad y las múltiples exclusiones sociales a las que son sometidas, la exposición a acciones delictivas y la criminalización de sus identidades [153]. En general, a las personas privadas de la libertad no se les provee, de forma digna, servicios de atención, prevención y protección en salud. En relación a las personas trans* privadas de la libertad, gran parte de la literatura se ha enfocado en describir la situación de derechos humanos de las mujeres trans* privadas de la libertad, lo cual representa un reto a la hora de establecer acciones generales que vinculen a la población de hombres trans* [154, 155].

Los centros penitenciarios son espacios de alta discriminación para las personas trans*; en ellos se vulneran, entre otros, sus derechos a: a) no decomisar artículos que permiten la construcción de la identidad de género, como maquillaje y prendas de vestir; b) imponer cortes de pelo; c) dividir los espacios en la cárcel y d) requisar de manera degradante y violenta [154, 155].

También se ha evidenciado que los actores de vigilancia de-muestran una enorme desconfianza y criminalización excesiva de la población trans*, vigilando su comportamiento de manera constante, generando una percepción de sanción social sobre su construcción identitaria de género [153, 154, 156].

La salud de las personas trans* privadas de la libertad comprende riesgos asociados a: a) transformaciones e intervenciones corporales artesanales peligrosas con modulantes estéticos; b) incremento de factores de riesgo de contagio de ITS o VIH, debido a la ausencia de programas de intervención y prevención; c) precariedad de acceso a preservativos y lubricantes; d) hacinamiento; e) prostitución en condiciones de riesgo, la cual está altamente estigmatizada por el personal penitenciario; f) abuso sexual y tortura; g) consumo y abuso de sustancias psicoactivas; h) uso compartido de jeringas o artefactos para tatuarse, entre otros [153, 154, 155, 156, 157].

Las personas profesionales de la salud que trabajan en centros de reclusión, deben utilizar una aproximación de género afir-

Resulta más difícil para una persona trans* privada de la libertad acceder al sistema de salud o a información suficiente sobre su tránsito, lo cual aumenta la automedicación y los procedimientos artesanales.

Yo estando en prisión, nos aplicamos cualquier clase de hormonas, como nos ha pasado a muchísimas chicas dentro de las prisiones. Como no sabemos y no tenemos las oportunidades de dirigirnos a algún establecimiento de salud, el apoyo de nuestra misma gente es muy poca, entonces nos aplicamos lo que se nos venga a la cabeza y lo que más fácil encontremos, por una falta de atención médica verdaderamente digna para una chica trans* dentro de una prisión.

[persona trans*, Bogotá]

Además, las personas trans* privadas de la libertad son más vulnerables a sufrir algún tipo de violencia o discriminación.

Para nosotras, hacer en una prisión, lo más duro es nuestra identidad, la discriminación.

[persona trans*, Bogotá]

mativa, que determine la importancia del reconocimiento de las construcciones identitarias propias, incluyendo las intervenciones corporales. Esto con el fin de facilitar la continuidad de su tránsito por medio de un acompañamiento médico permanente [153,154,155,156,157]. Así mismo, propender por el acceso a vestimenta y cosméticos que afirmen y permitan el reconocimiento de la identidad es de suma importancia para desarrollar un proceso integral de intervención y acompañamiento de la variabilidad de género. Cabe resaltar que su prohibición o privación puede tener efectos adversos en la salud mental de las personas [episodios de ansiedad, depresión e ideación suicida] [158].

La visita íntima, con personas externas al plantel, entre patios o de otra cárcel, constituye un derecho y un factor de bienestar para las personas trans* privadas de la libertad. Para evitar riesgos en salud, se debe asegurar condiciones de higiene, acceso a medicamentos y pruebas de VIH confidenciales y no obligatorias en razón de su construcción identitaria de género [155,156].

Finalmente, se considera que las instituciones penitenciarias deben tomar acciones de protección que incluyan el cuidado de la salud de la persona, el acceso diferenciado a duchas y la capacitación de competencias culturales de sus funcionarios [158]. A su vez, se sugiere que estas medidas reconozcan las acciones de resiliencia que las personas trans* privadas de la libertad ya han construido en esos contextos, la manera como han afrontado sus necesidades y los liderazgos de transformación social que han impulsado [153].

3.55.3

Conflicto armado

Las dinámicas del conflicto armado han provocado violencias específicas sobre las personas trans*. En razón de la discriminación y de la exclusión, en cada uno de los territorios afectados las personas trans* sufren de violencias por parte del Estado, agentes armados ilegales, las comunidades y la propia familia. Estas violencias cotidianas se exacerban con el conflicto y, por lo tanto, se recrudecen las exclusiones y discriminaciones que sufren. Esto es más claro si se tiene en cuenta que lo que buscan los actores armados es imponer un orden moral y, con las violencias, mandar un mensaje aleccionador al resto de la comunidad [159].

Las dinámicas del conflicto han llevado, en el caso de las personas trans*, a: [a] despojo de tierras, batidas y detenciones arbitrarias [abuso sexual por parte de policías y en los lugares de detenimiento]; [b] desplazamiento del territorio y pérdida de redes de apoyo; [c] disciplinamiento en público de los cuerpos [como cortar el pelo a las mujeres trans* o desnudarles en público]; [d] coerción del espacio público; [e] control de los tránsitos de género [formas de vestir, lugares permitidos para habitar, nombres permitidos, etc.];

[f] amenazas directas y colectivas [mediante panfletos]; [g] colaboración forzada [o sentimiento de deuda] a los grupos armados; [h] asesinatos individuales y colectivos; e [i] degollamientos, empalamientos y demás actos que muestran sevicia y tortura [159]. Dentro de este repertorio, merecen especial atención las agresiones sexuales, pues es una violencia que se ejerce en razón de la expresión de género; por lo tanto, conlleva una crueldad lasciva y con impactos psicológicos y físicos a largo plazo para quienes la sufren. Estos actos se definen como accesos carnales violentos con una intención correctiva, pues tienen el propósito de “corregir” y castigar a las personas [es decir, hacer que se acoplen al binario hombre-mujer]. En ese orden de ideas, la violación constituye un acto de poder por el cual se impone un orden moral, una manera de ser y se controlan la corporalidad y la sexualidad, reduciendo la capacidad de apropiación del cuerpo. De forma sistemática, las violaciones buscan tener un impacto en toda la comunidad, al mandar un mensaje sobre las consecuencias que acarrea adoptar una identidad trans*. Puede suceder también que, de manera oportunista, los perpetradores, en repetidas ocasiones, abusen sexualmente de una persona trans* cada vez que quieran satisfacer sus deseos sexuales [159].

Un aspecto que debe tenerse en cuenta al momento de atender a una persona trans* víctima del conflicto es que, en razón de la continuidad de las violencias cotidianas en contra de su identidad, puede no identificar con claridad las afectaciones sufridas relacionadas con dichos actos. Por lo tanto, es fundamental indagar con delicadeza, sutil y, sobre todo, respetuosa, pues recordar y revivir dichas violencias pueden conllevar a su revictimización, a futuras afectaciones o a poner en riesgo la vida de la persona trans*. Incluso si se trata de una afectación física, deben contemplarse las consecuencias psicológicas de los hechos que se relacionan con el conflicto; así, debe siempre contemplarse un abordaje integral que tenga en cuenta las dimensiones psicológicas, psicosociales, físicas, etc., de las experiencias de las personas trans en el conflicto armado.

También es importante recordar que es posible que los documentos legales de la persona trans* no coincidan con su expresión de género. Por supuesto, esto no puede ser una barrera para acceder a la atención a la que tienen derecho las víctimas en Colombia, pero sí debe considerarse al momento de revisar los sistemas de información [Registro Único de Víctimas -RUV, el Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral - PAARI o el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas PAPSIVI] para evitar registros dobles. Asimismo, debe ofrecerse a la persona la posibilidad de inscribirse en estos sistemas, en caso de que no esté incluida y brindarle información clara y veraz acerca de la oferta estatal para las víctimas [en caso de que no se conozca, se le puede remitir al centro de víctimas más cercano].

En los casos en los que se constata la ocurrencia de una violencia sexual, deben considerarse los riesgos relacionados con esta denuncia. Incluso si los documentos legales no corresponden a la expresión de género de la persona, se le debe dar la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo; también deben considerarse las medidas necesarias para contrarrestar el riesgo de contagio de cualquier enfermedad de transmisión sexual o de VIH. Teniendo en cuenta la exclusión familiar que sufren muchas personas trans*, debe preguntarse por las redes de apoyo con las que cuenta la víctima para garantizar la continuidad de cualquier tratamiento y la estabilidad emocional.

3.5.5.4

Trabajo sexual

Según el informe “Cuerpos excluidos, Rostros de impunidad”, en el 2015 se registraron 33 asesinatos a personas trans* en el territorio nacional. De estos 33 casos, 22 fueron de mujeres trans*, asesinadas en espacios públicos y en zonas de trabajo sexual, siendo el 45% de estos asociados a móviles por prejuicio y discriminación [160]. El trabajo sexual constituye, para la población trans*, una de las pocas opciones de acceso a capitales económicos, siendo blanco de doble discriminación, en razón de confluir en dos experiencias de vida altamente estigmatizadas y sobre las que recaen todo tipo de violencias [161].

Para lograr una atención en salud contextualizada, se deben entonces reconocer las condiciones en las que se ejerce el trabajo sexual y las acciones de discriminación que recaen en sobre las personas trans* que lo ejercen. La exclusión sociopolítica, la persecución, la prostitución forzada, el desplazamiento forzado, los altos niveles de pobreza, el abuso policial, los arrestos arbitrarios, la tortura, los crímenes de odio, la exposición a acciones y economías criminalizadas, el consumo de sustancias, la “limpieza social”, entre otros, se configuran en factores que, a la vez que son condición de posibilidad del trabajo sexual, se convierten en una matriz de opresión [162, 163, 164]. Es usual que las personas trans* que ejercen el trabajo sexual sean marginadas a zonas específicas de las ciudades en donde se ven expuestas a hacer parte de economías altamente criminalizadas, dificultando aún más el acceso a los servicios de salud [162, 163]. Las personas trans* acuden a los servicios de salud, sólo en casos de extrema gravedad, lo cual aumenta el riesgo y pone en mayor peligro su bienestar [161]. Por tal razón, los/las profesionales de la salud deben liderar procesos de prevención y atención a esta población, evitando mayores complicaciones y problemas en su salud y bienestar [163].

Las condiciones en las que se ejerce el trabajo sexual acrecientan los niveles de vulnerabilidad física y emocional de las personas trans* que lo ejercen. Se distingue que las mujeres trans* son

más propensas a contraer infecciones de transmisión sexual, debido a las conductas de riesgo y a las condiciones precarias de trabajo que implican el no uso de preservativos, en ocasiones por coacción de otras personas y/o el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Además, el tratamiento de antirretrovirales para contrarrestar el virus del VIH es menor, así como la adherencia al tratamiento [163,164,165,166]. Los estereotipos asociados a las corporalidades de las mujeres trans* afectan el trabajo sexual. Impulsadas por moldear su cuerpo [busto y cadera prominente, por ejemplo] algunas personas trans* ponen en alto riesgo su salud al someterse a intervenciones corporales artesanales con modulantes estéticos que les permiten sobrevivir en contextos adversos [161] . Así mismo, las personas trans* que ejercen el trabajo sexual se enfrentan a largas jornadas de trabajo en difíciles condiciones climáticas por las bajas temperaturas, aumentando el riesgo de problemas respiratorios, también asociados al uso de sustancias psicoactivas. La desnutrición, la mala alimentación y el uso de zapatos de tacón alto, de forma continua y prolongada, causan problemas circulatorios, de postura, articulares y de columna [163,166] . Aunque la literatura ha invisibilizado a los hombres trans* trabajadores sexuales, algunos datos reportan una alta prevalencia de ITS y VIH. Es así como la prevalencia de VIH es mayor para personas trans* en ejercicio de la prostitución que para personas trans* que no la ejercen [166].

Para prestar un adecuado servicio en atención en salud, es importante reconocer el papel que representan las rupturas familiares y de redes de apoyo social para las personas trans*, no sin mencionar que, como modo de resiliencia, las personas trans* trabajadoras/res sexuales han construido lazos de cooperación y resistencia comunitaria frente a la marginación y la discriminación [162]. Finalmente, es importante tener en cuenta que hay que evitar la fiscalización del trabajo sexual. Resultan inapropiadas las consultas en las que se pidan explicaciones o se solicite mayor información de la requerida. De todos modos, si bien no es conveniente obligar a la persona de dejar el trabajo sexual, sí se la puede persuadir por medio de programas a partir de los cuales pueda formular otro proyecto de vida [si así lo desea].

3.5.5.5
Migrantes¹³

En razón de la violencia y la marginación de las familias y comunidades [violencia doméstica, persecuciones policiales y amenazas de muerte, por sólo citar unos ejemplos], las personas trans* tienden a migrar –la mayoría de las veces hacia grandes ciudades o dentro de una misma ciudad – para dejar de ser objeto de exclusión. Las zonas a donde llegan son denominadas generalmente como de “tolerancia”, pues es en donde habitan la mayoría de personas trans* bajo una discriminación menor. En muchas

ocasiones, se trata de lugares vinculados a economías altamente criminalizadas, pero que se perciben como con mayores recursos comunitarios, posibilidades de anonimato y presencia de pares, así como centros donde las transformaciones corporales [como cirugías y procedimientos médicos o artesanales que afirman su identidad] son de más fácil acceso [13]. Sin embargo, una vez llegan, son aisladas del resto de la ciudad por las mismas razones de discriminación que hicieron que, inicialmente, se desplazaran. Se destaca por tanto una dinámica de movilidad – llegada a la zona de tolerancia – y de inmovilidad posterior –confinamiento a un solo lugar de la ciudad [167]. Es necesario tener en cuenta que existen migrantes provenientes de otros países que padecen la misma exclusión.

A consecuencia, en las personas trans* se conjugan estresores relacionados al estatus de migrantes, a la identidad de género y a la transfobia en sus familias y comunidades [168]. Puede suceder que se haga frente a estas situaciones abusando de sustancias o que existan cuadros psicológicos graves ya que pudieron haber experimentado, durante sus trayectorias de migración, entre otras, a) abuso sexual, emocional, verbal, y físico; b) acoso y situaciones de huida; c) discriminaciones en casas de refugio y empleo; d) pobreza, chantaje y trata de personas; e) prostitución forzada, violaciones correctivas y matrimonios forzosos, entre otras. Entre las consecuencias para la salud mental, el profesional de la salud puede enfrentarse a: a) depresiones, b) estrés postraumático; o c) trastornos de ansiedad, disociativos y del pánico [12].

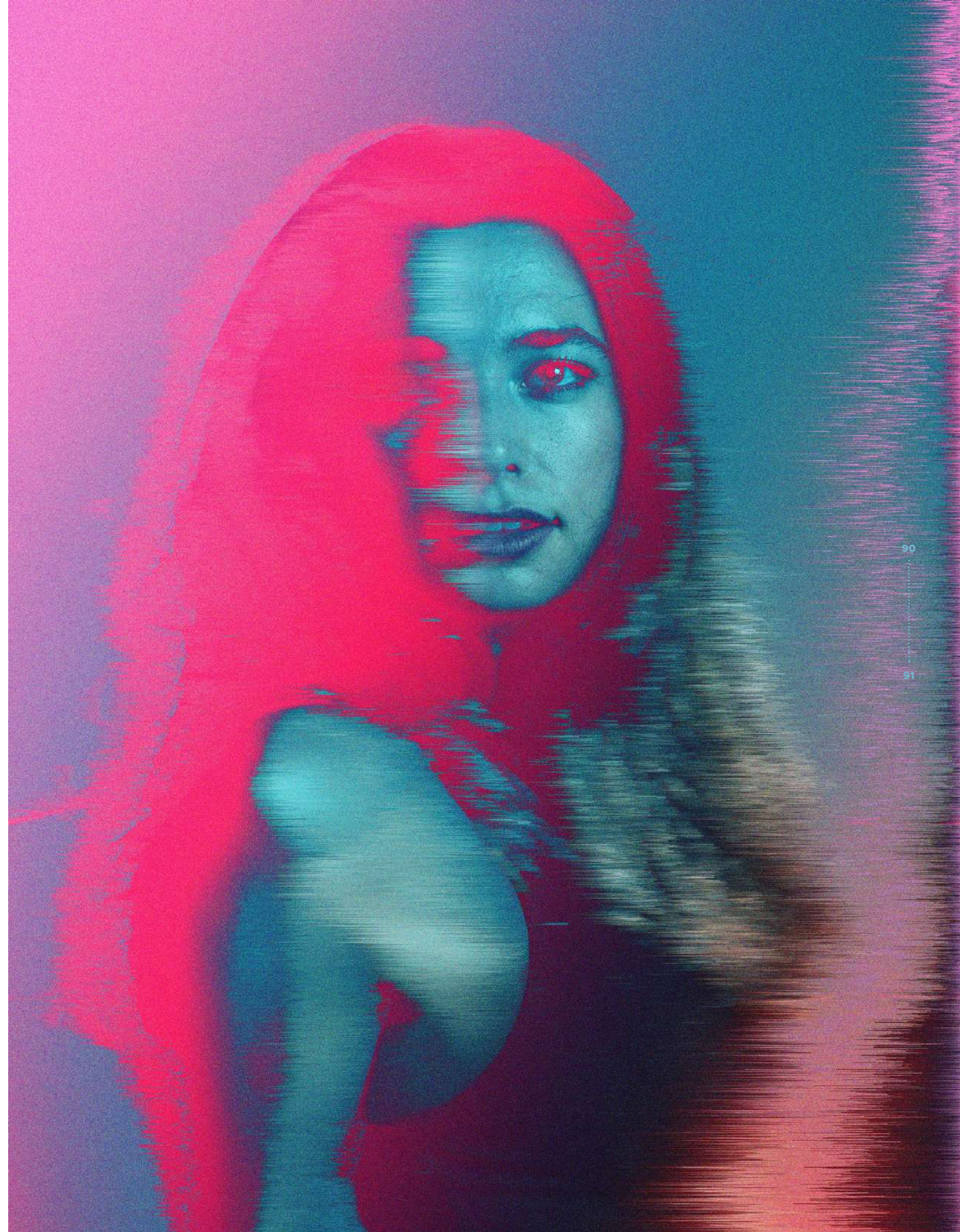
Resulta importante entonces nunca negar la atención en salud a una persona por el hecho de ser extranjera o por estar recién llegada a un lugar y no tener los papeles en regla [169]. De igual modo, la privacidad y confiabilidad son vitales para evitar revictimizaciones o situaciones que pongan en riesgo a la persona de revivir las razones por las cuales decidió huir. Además, los/as profesionales de la salud deben propender por rutas de atención integrales con equipos jurídicos, comunidades de apoyo y servicios locales, aun cuando los servicios que se presten sólo sean temporales. Esto último es fundamental, pues existe gran dificultad para conseguir un lugar donde quedarse en razón de la falta de documentación, de recursos económicos escasos o de exclusiones que le impiden a una persona trans* acceder a una vivienda. Siempre hay que tener en cuenta que existen organizaciones sociales o líderes visibles que pueden ayudar a la persona a superar las consecuencias de la migración [105].

13 En este aparte se hace referencia a las personas trans* que han migrado al interior del país y a aquellas que vienen de otros países o que han habitado durante algún tiempo fuera de Colombia.

Las consecuencias agravadas del trabajo sexual en la contrucción de identidades trans* se evidenciaron en la investigación de campo.

...en el puteo le enseñan a una que si se las mete en las tetas, las tetas crecen más rápido, pero lo que uno sabe es que las tetas están tan lastimadas por inflamadas y por eso se ven tan grandes. No es que estén creciendo es que están maltratadas. A mí se me llenaron los senos de quistes, las nalgas con una hormona veterinaria para caballos.

[mujer trans*, Bogotá]



RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS TRANS*

04



A continuación, se presentan recomendaciones importantes que los diferentes actores del SGSSS deben implementar con el fin de prestar un trato adecuado y digno a las personas trans*. Algunas de ellas cuentan con ejemplos que sirven de guía para permitir interacciones apropiadas y éticas con las personas consultantes.

4.1

Recomendaciones para el Gobierno Nacional

4.1.1

Recomendaciones para las entidades del orden nacional

Es inviable pensar en unas prácticas de atención dignas que no estén respaldadas por, y articuladas con, el Gobierno del orden nacional. Por lo tanto, para formular unos lineamientos que propendan por la humanización de la práctica clínica en la atención a personas trans* es fundamental que, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, se formulen estrategias para realizar una atención integral en salud a las personas trans*.

Para ello se proponen las siguientes recomendaciones :

4.1.1.1

Recomendación 1(170): Implementar una agenda de investigación diseñada para avanzar en el conocimiento y la comprensión de la salud de personas trans* en Colombia

La investigación científica en Colombia, en materia de salud de personas trans*, es casi inexistente. Por esta razón, es necesario que se implemente una agenda de investigación, a nivel nacional, diseñada para avanzar en la comprensión compleja y sistémica de la salud de las personas trans* en Colombia. Para llevarla a acabo, resulta necesario investigar desde tres perspectivas conceptuales que se describen a continuación:

4.1.1.1.1

Momento vital

Se requieren investigaciones longitudinales y seccionales de tipo transversal, descriptivo, explicativo e interventivo, que den cuenta de las diferencias, no solo del momento vital de las personas trans*, sino también de los efectos de las diferentes intervenciones corporales y construcciones identitarias a lo largo de su trayectoria vital. Es fundamental construir la evidencia científica que de cuenta de los efectos de las intervenciones que el Sistema de Salud está realizando en las vidas de las personas trans*, para poder realizar una correcta gestión integral del riesgo en salud.

4.1.1.1.2

Intersectorialidad

La identidad de género es uno de los muchos factores que intervienen en la vida y la salud de las personas trans*, pero también resulta necesario tener en cuenta las variables de diversidad étnica, racial, socioeconómica, geográfica, entre otras, que las definen también, con el fin de realizar una intervención en salud desde una perspectiva sistémica e interseccional. Es necesario que La Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) se vincule al proceso y coordine a los diferentes sectores e instituciones, para que trabajen coordinadamente por el desarrollo humano en acciones presentes y con proyección a futuro para garantizar el derecho a la salud de las personas trans* en Colombia.

4.1.1.1.3

Ecológica y compleja

La salud de todos los seres humanos se ve afectada por la comunidad, las circunstancias sociales, las relaciones interpersonales, etc. Así, la salud de las personas trans* debe considerar tanto el individuo como los diversos contextos, incluidas las relaciones interpersonales, en las que participa.

Desde estas tres perspectivas, es importante investigar cinco (5) focos centrales evidenciados en la literatura científica y confirmados en la investigación realizada para la construcción de los presentes lineamientos.

4.1.1.1.4

Áreas de investigación

4.1.1.1.4.1

Caracterizar la población

Se requiere identificar, reconocer y caracterizar la población, con el fin de comprender sus necesidades específicas, implementar planes de promoción de la salud e identificar sus riesgos en materia de salud.

4.1.1.1.4.2

Inequidades en el cuidado de la salud

Las personas trans* enfrentan barreras para una atención en salud equitativa y de calidad dentro del SGSSS. Comprender e investigar dichas inequidades es una estrategia central para poder mitigarlas y así brindar una atención de calidad y humana en salud, que responda a las necesidades propias.

4.1.1.1.4.3

Intervención en personas trans*

Se requiere investigación puntual acerca de los efectos de las diferentes intervenciones (en distintas áreas) sobre la salud de las personas trans* en Colombia. Es necesario evidenciar las prácticas clínicas que deben implementar los prestadores de salud para realizar intervenciones específicas.

4.1.1.1.4.4

Necesidades de salud específicas de personas trans*

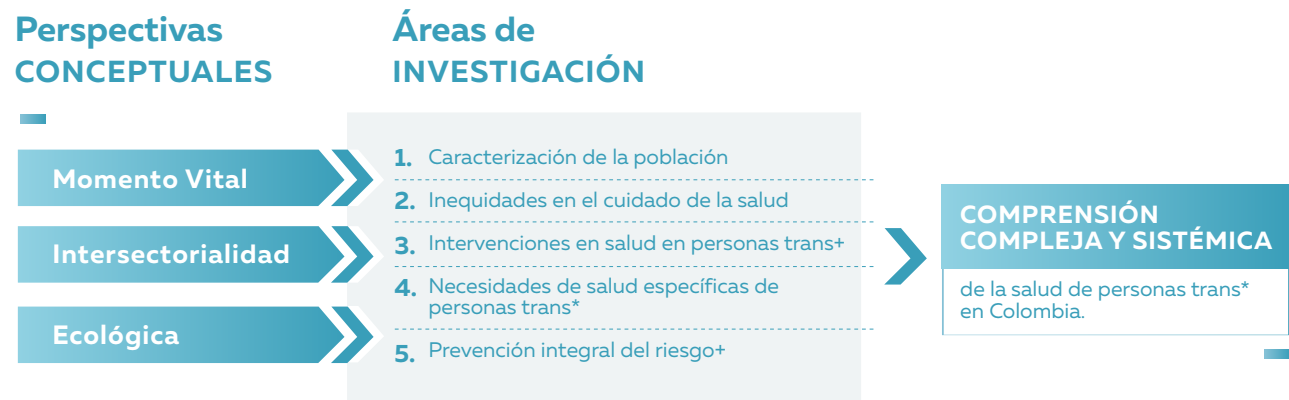
Es necesario determinar cuáles son las necesidades puntuales en materia de salud de las personas trans*, para poder intervenirlas de manera ética, eficiente y efectiva. No se debe intervenir en este ámbito como una extrapolación de la salud de las personas cisgénero pues, si bien comparten muchas realidades como seres humanos, existen algunas puntuales que solo impactan a las personas trans*.

4.1.1.1.4.5

Prevención integral del riesgo

Es necesario identificar, analizar e intervenir en la gestión integral del riesgo en salud de las personas trans*, ya que muchas de las intervenciones en salud que se están realizando hoy en día están generando eventos adversos (con daño físico y sin daño físico), que podrían ser evitables si se tuviera el análisis pertinente para poderlos mitigar.

GRÁFICA 2: Propuesta de agenda de investigación diseñada para avanzar en el conocimiento y la comprensión de la salud de personas trans* en Colombia.



4.1.1.2

Recomendación 2 (170,171,172,173,174,175): Recopilar datos sobre la identidad de género en Colombia

Al igual que los datos de raza, etnia, condición socioeconómica, entre otros, los datos sobre las minorías sexuales y de género deben incluirse en la batería de información demográfica que se recopila en las encuestas financiadas por el gobierno. Es necesario que se realice un esfuerzo intersectorial para que en las encuestas poblacionales no solamente se incluya el sexo asignado al nacer, sino que también se pregunte por el género (para el cual se sugiere crear la categoría T y adicionalmente abrir un espacio en blanco para diferentes manifestaciones), con el fin de realizar cruces intersectoriales a nivel investigativo, específicamente en personas trans*.

4.1.1.3

Recomendación 3 (170,171,172,173,174,175,176): Recopilar datos relativos a la identidad de género de la población colombiana durante la atención materia de salud

La recopilación de estos datos detallados, con una protección adecuada de la privacidad y la seguridad, tal y como se requiere para todos los datos recopilados en registros de salud, podría ayudar a identificar y a abordar las disparidades de la atención en salud a las personas trans*, aportando elementos para mitigar dicha disparidad. Actualmente, parte de la dificultad en la atención de lo/as prestadore/as de salud se debe a su desconocimiento sobre

cómo obtener información relativa a la identidad de género de los/as pacientes, sumada a la dificultad que perciben los/as pacientes para compartir esta información por miedo a ser discriminados/as por ello. Esta recopilación de la información implica cambiar la información que actualmente está contemplada dentro de las historias clínicas, ya que sería necesario agregar información relevante en cuanto a género y orientación sexual para toda la población. Así, es necesario hacer preguntas puntuales para dar una atención en salud con un enfoque diferencial. Para esta recopilación de información es importante que:

- El/la paciente tenga la oportunidad de autoidentificar su identidad de género.
- El/la paciente tenga la oportunidad de consignar su nombre preferido, además del nombre consignados en los documentos legales que la identifican formalmente desde su nacimiento.
- El/la paciente tenga la oportunidad de identificar a su familia.

4.1.1.4

Recomendación 4 (25,173,177): Incluir las necesidades de las personas trans* en materia de salud en el SGSSS

La adopción de prácticas de atención en salud específicas para personas trans* puede reducir los costos asociados a las complicaciones que surgen cuando se niegan los servicios o se retrasan debido a la discriminación, entre otras, reducción del suicidio, de las dificultades asociadas a la salud mental, del abuso de sustancias, de los costos a largo plazo de tratamientos antirretrovirales para personas trans*, de la automedicación, del número de intervenciones artesanales y del índice de desempleo y pobreza de las personas trans* (178).

La actual clasificación no contempla la existencia de cuerpos y personas trans* dentro del Sistema de Salud, ya que en la resolución (179) que trata este tema, no existe procedimiento alguno en salud específico para personas trans*. Sin embargo, el capítulo 11 (179) trata del sistema reproductor masculino y el 12 (179) del sistema reproductor femenino, lo que lleva a pensar que la clasificación actual de procedimientos en salud opera desde la lógica binaria, que excluye a mujeres con próstata, hombres con útero y ovarios, entre otras variaciones de cuerpos trans*. Este desconocimiento tiene implicaciones graves en las vidas de las personas trans*, pues no acceden a servicios de salud específicos, porque están destinados únicamente a mujeres u hombres. Por ejemplo, un hombre trans* que ya realizó la corrección de sexo y nombre en su documento de identificación, muchas veces es excluido de la atención por ginecología o de la realización de un procedimiento quirúrgico específico (histerectomía, por ejemplo), aduciendo que es un procedimiento específico del sistema reproductor femenino

y que su documento de identificación dice que es masculino. Por su parte, los procedimientos quirúrgicos específicos para personas trans*, que requieren un conocimiento especializado, no se realizan, por no existir el procedimiento adecuado en la clasificación. Cuando se prestan, se dan como adecuaciones de cirugías existentes para hombres o mujeres, estandarizando así los cuerpos de las personas trans* a los cuerpos y las realidades de personas cisgénero.

4.1.1.5

Recomendación 5 (25,171,180): Crear una guía de práctica clínica (GPC) para la atención de personas trans* en Colombia

Es necesario formular una guía de práctica clínica, con sus respectivos protocolos, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la incongruencia de género en Colombia. Algunas de las barreras actuales en la atención en salud de personas trans* en el país, tienen que ver con la inexistencia de parámetros claros y estandarizados, con fundamento en evidencia científica, para realizar diagnóstico, tratamiento y seguimiento a personas trans*. Actualmente son los profesionales de la salud los responsables de actualizarse y de actuar de acuerdo a su ética de la mejor manera posible, con los recursos con los que cuentan; sin embargo, esta responsabilidad no debe recaer únicamente en estas personas, pues el problema es estructural y, por tanto, debe ser resuelto con directrices generales y no remediales, como ha sido el caso hasta el momento.

22.5% El 22,5% de las personas encuestadas expresó haber sufrido una mala intervención médica.

72% El 72% de las personas encuestadas expresó tener que enseñarle al profesional de la salud sobre aspectos relacionados con la identidad de género para tener una atención adecuada.

4.1.2

Recomendaciones para las entidades del orden territorial

4.1.2.1

Recomendación 1 (171,172,175,180): Caracterizar a la población trans* que está siendo atendida por el SGSSS:

Actualmente la población trans*, atendida por el SGSSS, está siendo intervenida como si se tratara de personas cisgénero y sus corporalidades están siendo entendidas desde una lógica binaria y dicotómica. Pero los cuerpos y las vidas de personas trans* no necesariamente responden a estas lógicas. Una buena práctica de las entidades territoriales es tener en cuenta estas realidades y trabajar de forma sistemática y activa en la caracterización de la población trans* atendida por el SGSS, para poder atender de manera diferencial, integral y humana sus necesidades en salud. Por ejemplo, las entidades territoriales pueden implementar, en todas las historias clínicas, además del componente sexo, el componente género como una información obligatoria para todos los profesionales de la salud.

4.1.2.2

Recomendación 2 (24,181,182): Conformar grupos de riesgo

La experiencia de vida trans* impacta todas las dimensiones de la vida y es necesario abordarla de forma diferencial, sistémica y compleja. Identificar a las personas trans* como un grupo de riesgo permite realizar intervenciones que promuevan la apropiación social e individual del riesgo, que permitan crear intervenciones poblacionales, colectivas, familiares e individuales para mitigar los factores de riesgo de estas personas. Actualmente no se cuenta con protocolos de análisis de riesgos, protocolos de reportes de eventos adversos ni estudios sobre los efectos de los planes de tratamiento que se están implementando. Aquí se resalta la necesidad de que las entidades territoriales identifiquen, analicen e intervengan en los riesgos colectivos que pueden estar presentando las personas trans*, de acuerdo a su realidad específica, para poder comunicarlos y realizar un acompañamiento a las EAPB para que puedan realizar una gestión del riesgo individual de una manera diferencial.

4.1.2.3

Recomendación 3 (24,46,177): Habilitar servicios de salud especializados para personas trans*

Es recomendable, para bridar los procedimientos que tienen relación con el tránsito, que se habiliten servicios de salud especializados para personas trans*, con el fin de asegurar que los/as prestadores/as estén sensibilizados/as, capacitados/as y

entrenados/as para la atención clínica, compleja y sistémica de las necesidades y realidades de esta población. Habilitar servicios especializados es una estrategia a largo plazo para mitigar riesgos a los que pueden estar sometidos/as los/as pacientes por mala praxis. Sin embargo, es importante recalcar que el hecho de que existan servicios especializados no puede generar barreras adicionales en la prestación de un servicio adecuado en cualquier entidad del SGSSS.

65.6% El 65,6% de las personas encuestadas admitieron que algún prestador de salud les negó la atención.

4.2
Recomendaciones para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB

Dentro del SGSSS, muchas veces las EAPB son las primeras en tener contacto con las personas trans*. Por esta razón, es muy importante que cada una cuente con ciertas prácticas básicas, que le permitan articularse con la red de servicios de manera eficaz y eficiente, y así brindar una atención a personas trans* digna y humana. Para asegurar la humanización de la práctica clínica se requiere:

4.2.1
Recomendación 1 (170,171,173,175,176): Identificar a las personas trans* desde la vinculación.

Desde el proceso de vinculación de nuevo/as usuario/as, es fundamental preguntar, no solo por el sexo, sino también por el género de la persona, creando una tercera casilla T, dando así opción a que la persona responda que es una persona trans*, y un espacio para OTRO, si la persona tiene género fluido o no se identifica con las categorías existentes. La identificación de las personas trans* dentro del SGSSS es fundamental para minimizar los riesgos,

El 56% de las personas encuestadas advirtió que en la atención de salud no se le llama por su nombre identitario o no se usan los pronombres correspondientes a su identidad de género.

así como para formular acciones orientadas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de diversas afectaciones a la salud por las que una persona trans* puede consultar, sin centrarse exclusivamente en el acompañamiento para el tránsito de género. Si no es posible realizar este proceso desde la vinculación, es importante contar con mecanismos dentro del sistema para realizar esta identificación en cualquier punto del proceso de atención; por eso es importante que las EAPB tengan una comunicación estrecha con su red de servicios, con el fin de realizarla de manera oportuna y veraz. Esta adecuada identificación de las personas trans* es el primer paso para realizar una atención en salud adecuada, pues facilita que se habiliten los servicios necesarios, y genera un primer paso de confianza que las aleja de las intervenciones artesanales.

4.2.2
Recomendación 2 (24,181,182): Realizar una gestión individual del riesgo con enfoque diferencial

Es necesario articular el seguimiento del grupo de riesgo conformado por personas trans*, en conjunto con las entidades del orden territorial, para proponer intervenciones individuales que lo mitiguen. Esto resulta fundamental, ya que la realidad de las personas trans*, si bien es similar en muchos casos al resto de la población, al mismo tiempo es diferente en muchos aspectos particulares que son fundamentales para mitigar sus riesgos.

4.2.3
Recomendación 3 (24,181,182): Conformar grupos de riesgo

Es importante, en articulación con las entidades territoriales, conformar un grupo específico para evaluar los riesgos a los que están expuestas las personas trans* al ingresar al SGSSS, con el fin de crear protocolos y mecanismos de reporte de eventos adversos. Así, será posible crear una gestión integral del riesgo, abordado de manera colectiva y no solo individual. Esta buena práctica es importante para generar estrategias en el apoyo al autocuidado de los/as usuarios/as trans* adscritos/as al Sistema.

4.2.4

Recomendación 4 (24,46,177,180): Planear la atención con enfoque diferencial

No se debe forzar a las personas trans* a entrar en un sistema binario (hombre/mujer), reducido y limitante, sino que por el contrario se deben ampliar las comprensiones para poder brindar una atención útil y de calidad a personas trans*. Actualmente existen hombres con útero y ovarios, mujeres con pene, próstata y testículos, hombres con senos y con vagina (entre las múltiples corporalidades que desbordan el dimorfismo sexual). Así pues, es necesario crear rutas específicas para la atención a personas trans* que permitan la atención por parte de distintos profesionales de la salud y en las que el sexo en el documento de identificación no sea una barrera para la atención integral en salud. Por ejemplo, es necesario que los hombres cuya cédula dice M (masculino) y tienen vagina, útero y ovarios, puedan ser atendidos por los servicios ginecológicos sin que el sexo asignado en su cédula sea una barrera para esta atención.

4.2.5

Recomendación 5 (180): Desarrollar rutas integrales de atención para personas trans*

La inexistencia de rutas claras dentro de las EAPB es una barrera de acceso al SGSSS para personas trans*. No tener estas rutas establecidas de manera clara podría generar una baja adherencia terapéutica a los tratamientos propuestos por lo/as profesionales de la salud.

4.2.6

Recomendación 6: Realizar una correcta canalización de la población trans* vinculada

Es importante realizar una correcta canalización a los diferentes servicios de salud para realizar intervenciones individuales, familiares y colectivas adecuadas. Cuando no se da una correcta canalización de las personas trans* dentro del SGSSS, se corre el riesgo de que las personas deserten del proceso y realizan sus procesos hormonales y quirúrgicos de formas artesanales, generando serios riesgos para la salud y la vida y, a largo plazo, para el SGSSS.

4.2.7

Recomendación 7 (175,183): Realizar seguimiento y evaluación a los procesos de atención

Es necesario realizar una evaluación y un seguimiento del proceso de las personas trans* dentro de la red de prestación del servicio, con el fin de formular planes de mejoramiento en su atención.

4.3

Recomendaciones para la Red Integral de Prestación de Servicios (RED)

4.3.1

Recomendaciones prácticas gerenciales en los procesos de atención al cliente

Para que una buena práctica se pueda implementar con éxito en cualquier institución, es importante que la gerencia se involucre en la capacitación, implementación y evaluación de la misma, garantizando que estos lineamientos y procesos no queden a voluntad del personal, sino que rijan como una política de la institución.

4.3.1.1

Recomendación 1: Implementar políticas en la institución que tengan en cuenta los siguientes elementos

- Talento humano competente para la atención a personas trans* (25, 183): La competencia de los/as profesionales de la salud es muy importante para realizar las actividades de promoción, prevención, manejo clínico y terapéutico pues, como se ha mencionado anteriormente, las personas trans* no son adaptaciones de un cuerpo cisgénero ni funcionan bajo los mismos criterios. Así, es necesario que los/as profesionales de la salud tengan la competencia, es decir, la experiencia requerida y la educación adecuada para: a) evaluar de forma correcta la seguridad del/de la paciente; b) impactar en la humanización de la atención; y c) tener una adecuada gestión del riesgo para decidir sobre la correcta gestión de la tecnología que les permita realizar intervenciones ajustadas a las realidades, los cuerpos y las vidas de las personas trans*. Unas buenas prácticas en este sentido implican: a) asistir a congresos, charlas, seminarios y conferencias sobre la intervención clínica en personas trans*; b) si el/la profesional realiza intervenciones quirúrgicas, mientras aumenta su curva de aprendizaje debe realizar los procedimientos quirúrgicos de la mano de profesionales entrenados y expertos en dichas intervenciones con personas trans*.
- Cuestionar el binarismo de género: Las personas trans* viven realidades físicas, médicas, anatómicas y personales que son particulares y que no comparten con las personas cisgénero. Seguir teniendo solo dos posibilidades de cuerpos sexuados y de experiencias en torno al género es violento y descalifica

a las personas trans* (o a personas que no se ajusten a los prototipos sociales de ser hombre o mujer). Esto además perpetúa, desde el SGSSS, la práctica sistemática de no permitir diferentes expresiones humanas. Así, al formular un plan de tratamiento para alguien cuya demanda de ayuda está relacionada específicamente con su tránsito de género, debe ser la persona quien decida qué procesos (TRH, procedimientos quirúrgicos, etc.) son necesarios y desea tener para la construcción de su identidad.

4.3.1.2

Recomendación 2 (183,184) : Crear un programa de seguridad del/de la paciente que tenga en cuenta a las personas trans*

Es necesario incluir una política específica para personas trans* dentro de la política institucional de Seguridad del Paciente que la institución maneja para todo/as lo/as usuarios, para así identificar y gestionar las situaciones o acciones que puedan afectar la seguridad del/de la paciente trans*. Como se ha mencionado ya, es importante pues existen realidades médicas, sociales y familiares que las personas trans* no comparten con el resto de la población. Esta política debe socializarse y evaluar periódicamente con todos lo/as funcionario/as de la institución, pues no sólo el/la profesional de la salud será el/la encargado/a de identificar y gestionar las diferentes acciones de riesgo; desde el ingreso de la persona a la institución es posible prevenir dichas situaciones riesgosas para la salud de las personas trans*.

En el fortalecimiento de este programa de seguridad es importante contemplar dos aspectos:

4.3.1.2.1

Estandarizar un sistema de búsqueda de factores de riesgo, fallas y eventos adversos

Este aspecto es primordial en el programa de seguridad del/de la paciente, ya que muchas de las intervenciones que se realizan con personas trans* se llevan a cabo desde el desconocimiento de la complejidad de las manifestaciones y realidades que caracterizan la vivencia trans*. Así, se manejan explicaciones unicasuales que no dan cuenta de las realidades trans* desde su interseccionalidad; por ejemplo, si determinados hábitos alimenticios y/o de consumo de sustancias psicoactivas no se comprenden como un factor de riesgo en el caso de una persona trans* que se encuentra en TRH, y esto no se le informa al/a la paciente, la persona puede desarrollar un deterioro de la función hepática que podría haberse prevenido con la atención en salud que contemple factores de riesgo diferenciales para personas trans*.

4.3.1.2.2

Implementar un sistema de gestión y reporte de eventos adversos para personas trans*

Como parte de la creación del programa de seguridad del/de la paciente trans* es muy importante que se formule un sistema de reporte de eventos adversos para personas trans*, que permita tomar decisiones que eviten eventos adversos cuando pueden prevenirse, y que mitiguen las consecuencias de aquellos que no pueden preverse. Por ejemplo, cuando un/a médico/a decide cambiar la dosis de las hormonas recetadas a un/a paciente trans* porque el medicamento le está generando una reacción alérgica, es clave que este evento quede registrado y tenga una gestión adecuada dentro de la institución y dentro de la EAPB. De no darse una correcta articulación con las diferentes EAPB, la persona podría tener problemas con la dispensación del medicamento y esto interrumpiría su tratamiento hormonal, generando un posible deterioro en la función hepática ante la falta de regularidad de la TRH. Para el registro de estos eventos adversos se propone un formato propuesto por la WPATH¹⁴.

4.3.1.2.3

Identificar si la actual atención es consecuencia de un evento adverso

Resulta fundamental complejizar la atención a personas trans*, reconociendo todos los factores que influyen en su salud. Por ejemplo, una mujer trans* que consulta porque percibe cambios fuertes en su estado de ánimo, podría ser remitida a psicología, si en la prestación de la atención no se indagan posibles motivos relacionados con el tránsito de identidad de género. En este caso, sería pertinente una evaluación de si estos cambios de ánimo corresponden a un error en la medicación administrada para su TRH, ya que una dosis incorrecta en la formulación de las hormonas puede exacerbar estos síntomas. De ser así, esta consulta se daría por un posible efecto adverso resultado de una atención previa que presentó un error en la dosis de su medicación y la intervención debe ajustarse a lo evidenciado, y no remitir, sin mayor análisis, a psicología o psiquiatría.

4.3.1.2.4

Capacitar a todo/as sus funcionario/as en los aspectos relevantes de la seguridad de personas trans* en los diferentes procesos a su cargo

Este aspecto se plantea con el fin de evitar negligencias, omisiones o desconocimiento en el acceso, registro y atención de personas trans* que puedan dar lugar a un riesgo en la atención en salud. Por ejemplo, si una persona trans* llega a la IPS y el/la vigilante le niega el acceso aduciendo que en esa institución

14 Ver anexo: Reporte de evento adverso WPATH

80%

Más del 80% de las personas encuestadas manifestaron que el personal no está capacitado (83,9%) ni sensibilizado para la atención en salud de personas trans*. La mayoría de personas encuestadas (72,7%) afirmó no conocer a personal de salud entrenado para atención a personas trans*.

“no se tratan personas así”, esta persona está generando una barrera de acceso, sin que ésta pueda ser detectada por el personal administrativo, ya que la persona trans* simplemente no puede ingresar a la IPS.

4.3.1.3

Recomendación 3 (175): Conformación de un equipo que diseñe, implemente y realice seguimiento del procedimiento de atención a personas trans* de acuerdo al grado de complejidad de la institución

La implementación de este procedimiento de atención le permite al personal de servicio y de atención al cliente, así como a lo/as profesionales de la salud, cumplir con los parámetros necesarios para prevenir, identificar y gestionar posibles errores en los procesos de atención a personas trans*.

Además de los procedimientos establecidos para el resto de la población, es importante establecer procedimientos que eviten barreras o la negación de atención en salud de las personas trans* y que prevengan los errores que puedan llevar a manejos equivocados de sus casos.

4.3.1.4

Recomendación 4 (175): Crear una política clara que defina las normas de comportamiento frente a las personas trans* y que cuente con mecanismos para la evaluación de los incidentes de incumplimiento.

4.3.1.5

Recomendación 5 (175): Socializar con los/as pacientes trans* la vía adecuada para el reporte de incidentes frente al comportamiento inapropiado de cualquier personal de la institución.

Para el caso de los sistemas de información y la remisión de exámenes propios a las características biológicas de las personas, resulta imprescindible no solamente respetar la identidad de género, sino contar con variables acordes para el adecuado tratamiento.

“...es necesario hacer caracterización de la identidad de género para que esto marque la pauta en la atención primaria y en todos los temas de información. Se requieren variables de identidad de género para evitar conflictos de información, variables de nombre identitario.”
[persona trans, Bogotá]

4.3.1.6

Recomendación 6 (175): Construir mecanismos de evaluación y mejora en la atención a personas trans* dentro de la institución.

4.3.1.7

Recomendación 7 (170, 171, 172, 173, 176): En las historias clínicas (HC) habilitar un mecanismo de identificación de personas trans*

Este aspecto es uno de los más importantes para identificar correctamente a las personas trans* dentro de la institución, con el fin de reducir posibles efectos adversos en la prestación del servicio. Como se indica en el marco jurídico, actualmente las personas trans* pueden cambiar su nombre, sexo y cupo numérico (este trámite no procede para las cédulas de diez dígitos pues corresponden al Número Único de Identificación Personal -NUIP), generando posibles diferencias entre el sexo asignado en la cédula y sus corporalidades. Si en la HC no se cuenta con un mecanismo que le permita al/ a la prestador/a de salud identificar a una persona trans*, se pueden cometer errores en la atención, teniendo en cuenta el sexo asignado en el documento de identidad, desatendiendo aspectos fundamentales en salud como, por ejemplo, la lectura de los exámenes clínicos, que dependerán del proceso hormonal que la persona trans* esté adelantando y no de lo que dice el documento de identidad.

4.3.1.8

Recomendación 8 (171,175): Asegurar que los/as pacientes trans* tengan acceso seguro y equitativo a los baños de acuerdo con su identidad de género

Así como cualquier persona que ingresa a la IPS tiene el derecho de usar el baño de acuerdo a su identidad de género, las personas trans* no pueden ser la excepción. Es necesario crear una política clara que proteja a las personas trans* para garantizar un acceso seguro y equitativo a los baños de las entidades. Una forma de crear ambientes más seguros es adecuar uno de los baños existentes dentro de la institución como baño unisex o mixto, donde cualquier persona con cualquier asignación de género pueda ingresar, sin que necesariamente se identifique como trans*.

4.3.1.9

Recomendación 9 (171): Crear una política de asignación de habitaciones para pacientes trans* (si la institución presta este servicio)

Cuando la asignación de habitaciones se basa en el género, los/as pacientes trans* deben ser asignados/as a las habitaciones en función de su género autoidentificado, independientemente de si este género concuerda con su apariencia física, su historial quirúrgico, sus genitales, su sexo legal, su sexo asignado al nacer o su nombre y sexo tal como aparece en el documento de identidad. Que la apariencia física o los genitales de un/a paciente trans* difiera de otros/as pacientes en la misma habitación no es un obstáculo para asignar al/ a la paciente a una habitación de acuerdo con su identidad de género.

4.3.2

Recomendaciones prácticas en los procesos de atención al cliente

4.3.2.1

Recomendaciones prácticas de implementación de derechos y deberes de los/as pacientes:

Además de cumplir con los requerimientos establecidos para toda la población en materia de derechos y deberes, es importante que, específicamente para personas trans*, se tenga en cuenta lo siguiente:

4.3.2.1.1

Recomendación 1: Inclusión de personas trans* en comités de ética

Si dentro de la institución existen comités de ética normativos, asistenciales o investigativos y se va a discutir el caso de una persona trans*, se debe incluir en estos comités al menos a una

La mayoría de las personas encuestadas (56%) afirmó haber sufrido algún tipo de agresión por parte del personal en salud.

persona trans*, con el fin de lograr la representatividad de sus vivencias trans* en el comité y propender por la neutralidad y ausencia de estigmas o esterotipos en la toma de decisiones relacionadas con la prestación del servicio de salud.

4.3.2.1.2

Recomendación 2: Inclusión de personas trans* en juntas médicas

Si dentro de la institución se realizan juntas médicas y se va a discutir el caso de una persona trans*, se debe incluir en estas juntas médicas al menos a una persona trans* con competencia científica en áreas de la salud, con el fin de lograr la representatividad sus vivencias trans* en el comité y propender por la neutralidad y ausencia de estigmas o estereotipos en la toma de decisiones.

4.3.2.1.3

Recomendación 3 (171): Hacer explícito el respeto a la identidad y la expresión de género como un derecho

Así como se deja explícito que es necesario respetar y brindar una atención de calidad sin importar la raza, etnia, edad, religión, credo, sexo, discapacidad u orientación sexual, también es necesario incluir en la lista de derechos de lo/as pacientes, el respeto por su identidad y expresión de género.

4.3.2.1.4

Recomendación 4 (171): Tener derecho a negarse a ser examinado/as u observado/as por estudiantes o cualquier otra persona que no estén directamente involucrados en la atención

En razón de la vulnerabilidad y el desconocimiento sobre sus vivencias, es necesario garantizar la privacidad de las personas trans* en el transcurso de su atención en salud. El deber de confidencialidad es particularmente importante, y sus consultas merecen privacidad cuando discuten o consultan asuntos relacionados con su salud, así como cuando se es sujeto de examinación o se reciben tratamientos. En este sentido, se reconoce expresamente el derecho de un/a paciente trans*a negarse a permitir que estudiantes de medicina u otros miembros del personal de atención estén presentes o participen en la discusión, consulta o examen. Por supuesto, es importante que los alumnos tengan interacción con todos los grupos de pacientes, incluidas las personas trans*, por lo que el objetivo no es que estos pacientes ejerzan su derecho a restringir la observación por parte de los alumnos; más bien, el objetivo es hacer que el entorno sea cómodo para que el paciente no sienta la necesidad de ejercer ese derecho.

El primer problema que enfrentan las personas trans* al momento de acceder al SGSSS resulta en la interacción con el personal de seguridad, servicios generales y de administración. En efecto, debido a que desconocen la identidad de la persona (por ejemplo, utilizan el nombre que aparece en los documentos) o no la tratan con respeto, las personas trans* se sienten vulneradas.

Lo primero que uno hace cuando llega a una IPS o a un hospital o a una clínica es encontrarse con el portero y desde ahí comienzan las reacciones. Desde ahí, le abren a uno los ojos entonces uno ya sabe que entró a un sitio donde fijo va a ser violentado, donde la identidad va a ser irrespetada.

[persona trans*, Barranquilla]

Bajo ninguna circunstancia se debe permitir a las personas que no están directamente involucradas en el cuidado del paciente trans* observar o participar en el examen del paciente cuando el paciente se ha negado a permitirlo.

4.3.3
Recomendaciones prácticas de acceso a la red de servicio

Como se evidencia en el capítulo de la situación actual de las personas trans* que acceden a los servicios de salud en Colombia, la primera barrera de acceso que encuentran al acceder a los servicios es la interacción con el personal de atención al cliente (call center, personal de seguridad, personal de aseo, personal de servicio, personal de atención, etc.).

Algunas barreras de acceso frecuentes se dan en torno a estas situaciones: a) el nombre identitario no corresponde con el nombre del documento de identificación; b) la expresión de género (apariencia) no corresponde con lo “esperado” socialmente de acuerdo con la información del documento de identificación; c) la expresión de género no corresponde para el personal de atención al cliente con el género deseado; d) el guarda de seguridad prohíbe el ingreso de la persona trans* a la IPS.

Para implementar prácticas que propendan por la humanización de la atención a personas trans*, el personal de atención, además de implementar las buenas prácticas que insta para toda la población (por ejemplo, el principio de igualdad y no discriminación, el principio de proporcionalidad, la ausencia de abuso de poder, la cortesía y el buen trato, etc.), debe contemplar medidas con enfoque diferencial.

4.3.3.1
Recomendación 1: Realizar un análisis de las barreras de acceso para personas trans* dentro de la institución.

4.3.3.2
Recomendación 2: personal de seguridad y vigilancia y de aseo no puede impedir el acceso a ninguna de las instalaciones.

4.3.3.3
Recomendación 3 (171, 173, 174, 175,173): Preguntar en lugar de afirmar o suponer al interactuar con una persona trans*:

No siempre es posible conocer la identidad de género de una persona, basándose en su nombre, su apariencia, sus documentos legales o el sonido de su voz. Muchas veces al referirse al/a la consultante, se puede usar el nombre o los pronombres equivocados, causando posiblemente malestar, angustia, vergüenza y rabia. frente. Es por esta razón que el personal de servicio debe preguntar por la identidad con el fin de no generar barreras de acceso a los servicios de salud.

4.3.4
Recomendaciones prácticas de registro e ingreso

En las personas trans*, estos datos no son fácilmente predecibles ni explicables, pues los formularios siguen una dirección lineal esperada. Una persona trans* puede figurar en su documento de identidad con nombre masculino, sexo F y apariencia masculina, mientras otra puede figurar con nombre masculino, sexo M y apariencia andrógina y otra persona podría figurar con nombre masculino, sexo M y apariencia femenina. Así, se podrán encon-

trar un sin número de variaciones posibles entre el nombre del documento de identidad, el sexo asignado en la cédula, el nombre elegido y las características corporales.

Cabe anotar que, en la consolidación de la identidad de una persona, el nombre juega un papel fundamental, pues es un signo que distingue al individuo ante la sociedad. Por ello, la Corte Constitucional ha determinado que cada persona puede escoger el nombre que desee (185).

Para que haya plena correspondencia entre la documentación legal y la identidad de la persona se debe dar paso a la expedición de un nuevo registro civil. Para lograr este objetivo, ha resultado fundamental el Decreto 1227 de 2015. Esta norma permite a las personas modificar el componente sexo del registro civil mediante un procedimiento ante notario. No hay necesidad de iniciar ningún tipo de trámite judicial. El folio en el que consta el sexo de la persona deberá ser reemplazado por uno nuevo con la modificación solicitada. Una anotación marginal en el folio original no basta.

No obstante, el cambio del componente sexo en los documentos de identidad no puede convertirse en una barrera para acceder al sistema de salud o ejercer el derecho fundamental a la salud. No se le puede negar un servicio a una persona por no haber cambiado su nombre o componente sexo y tampoco se le puede negar por habérselo cambiado. Se deben subsanar los vacíos que quedan en el sistema después de que las personas cambian su sexo a M o F, pues en muchos casos el sistema no autoriza exámenes de próstata a las mujeres trans* cuando han cambiado el componente sexo a F o los hombres trans* no pueden solicitar citologías si cambian su componente sexo a M.

Por tanto, para asegurar las buenas prácticas de registro e ingreso se requiere:

4.3.4.1

Recomendación 1 (170,171,172,173,174,176): Estandarizar los datos de acceso específicos para personas trans*

Para contemplar unas buenas prácticas de estandarización en el registro es necesario preguntar: a) no solo por el sexo sino también por el género de la persona, creando un espacio para poder ser diligenciado con la información necesaria, dando así opción a que la persona responda que es una persona trans*, de género fluido o utilizando otra categoría; b) acerca de medicamentos y sustancias que la persona utiliza como parte de su tránsito de género o de su construcción identitaria; c) si la persona ha realizado intervenciones corporales artesanales (e indagar sobre la duración de los procedimientos, las sustancias utilizadas para tal fin y si la persona tiene algún síntoma en relación a este

Durante los grupos focales, se identificó que el personal de salud se niega a referirse a la persona por su nombre identitario mucho más si no ha realizado el cambio del componente sexo en sus documentos de identidad.

El acceso debería ser el mismo y el trato debería ser mucho más respetuoso. En qué sentido, cuando yo no tomo hormonas, o no he hecho el trámite legal me enfrente a unas vulnerabilidades más violentas que quien pasa desapercibido. Las vulnerabilidades hacen más difícil ese tránsito: por ejemplo, si yo llego a la EPS y no reconocen mi nombre identitario a pesar que ya se lo digo quizás mi reacción va a ser más violenta que la de una persona que puede pasar desapercibida y que tienen sus documentos en regla. Entonces, cuando ya tú sabes que vas a tener de una en la recepción el primer choque violento que te quieren llamar a seguridad, ya tú sabes que todo el trato para adelante será igual de pesado o peor. Por eso creo que el trato debe ser igual o aún más respetuoso.
[persona trans*, Barranquilla].

En algunos casos, se exige dicha modificación del registro para acceder a cierto tipo de procedimientos.

“A mí me hicieron una mastectomía, pero cuando le vayan a hacer una reconstrucción usted ya tiene que tener el cambio de cédula, porque eso es importante para la reconstrucción, pero cómo así que yo tengo que tener e cambio de cédula, para eso está violando un derecho.”
[persona trans*, Bogotá]

procedimiento); d) acerca de la última fecha de control de la TRH (si se encuentra en este proceso) y acerca de si ha realizado procedimientos quirúrgicos como parte del tránsito de género o de su construcción identitaria. Estos datos darán información importante al prestador primario para hacer una correcta definición de los riesgos para la salud de la persona.

4.3.4.2

Recomendación 2 (171, 173, 174, 175,173): Preguntar en lugar de afirmar o suponer al interactuar con una persona trans*:

Al momento de interactuar con una persona trans*, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- En el momento de asignar una cita, independientemente de la modalidad escogida (call center, servicios telefónicos o presenciales, etc.), si se percibe que la voz, la apariencia o el nombre de una persona no tienen una correlación entre sí, es posible -después de pedir los datos del documento de identidad- preguntar por su nombre identitario y dejar una observación de dicho nombre en la asignación de la cita. Además, si la persona tiene un nombre distinto al nombre registrado en su documento de identidad, es importante que se deje una anotación en el registro de la cita de dicho nombre.
- Es posible dirigirse a las personas trans* -tanto en persona como por teléfono- sin usar pronombres que indiquen un género.
- Si una persona trans* llega a la fecha y hora de su cita programada y no se tiene seguridad acerca del género con el cual hacer un trato adecuado, debe preguntarse a la persona trans*

qué pronombres prefiere que se utilicen en su caso. Así, en vez de suponer el género inmediatamente, o asignar el género de acuerdo al nombre en el documento de identidad o a la apariencia de la persona, se puede preguntarle a la persona acerca del pronombre con el que prefiere que se le haga referencia y el nombre deseado. Una vez que el/la consultante trans* dé su nombre identitario y/o pronombres preferidos, es fundamental utilizar esta información en todas las interacciones y que se la comparta con otro/as colaboradore/as de la institución tienen interacción con la persona durante el proceso de atención. Si llega una persona trans* que no ha realizado su cambio de identidad en sus documentos legales, la forma correcta de identificar a esta persona en la HC, documentos, manillas, etc., es primero escribir el nombre elegido y entre paréntesis el nombre que aparece en su documento de identificación. La persona siempre debe ser nombrada por su nombre elegido.

4.3.4.3

Recomendación 3: Definir mecanismos de identificación redundantes:

Estos mecanismos son fundamentales en términos de la seguridad del/de la paciente para evitar eventos adversos, ya que una incorrecta identificación del/a paciente puede generar una interacción medicamentosa ante la formulación de medicamentos, por el desconocimiento de las realidades de una persona cuyo nombre en el documento de identidad es femenino, el sexo asignado en el documento de identificación es M, pero además toma estrógenos y tiene próstata. Si el/la profesional de la salud no puede identificar que se trata de una mujer trans*, no podrá realizar preguntas importantes para saber qué medicamentos puede formular y cuáles no, de acuerdo a la medicación actual que hace parte de su proceso de tránsito.

4.3.4.4

Recomendación 4: Definir los riesgos de acuerdo a la condición de ingreso

Este aspecto es vital en términos de seguridad del/de la paciente para evitar eventos adversos evitables. Para esto resulta fundamental que en el ingreso se detecten los riesgos a los que puede estar expuesta una persona trans*, pues pueden presentarse por errores en la medicación, interacción medicamentosa, una mala administración de un medicamento, etc.

64.7% El 64,7 % de las personas encuestadas manifestaron que, al interactuar con ellas, el operador de la salud utilizó algún estereotipo de género.

4.3.5

Recomendaciones prácticas para talento humano

Pensar en buenas prácticas de atención del talento humano es tener en cuenta las diferentes características importantes para dar una atención que propenda por la humanización del servicio y que resuelva las necesidades de las personas trans* en diferentes niveles.

4.3.5.1

Recomendaciones prácticas de capacitación y competencia

La capacitación del talento humano y la competencia de los profesionales de la salud es muy importante para la buena atención en salud a personas trans*. Para tener buenas prácticas en materia de capacitación y competencia es necesario tener en cuenta lo siguiente:

4.3.5.1.1

Recomendación 1 (25,171,175): Capacitación del talento humano

Es necesario que los distintos agentes que interactúan con el/la consultante estén capacitados en las distintas realidades de las personas trans*. Esto quiere decir que no solamente los/as profesionales de la salud deben tener esta capacitación, sino que todo el personal de servicio debe estar sintonizado con las buenas prácticas de atención a personas trans*, ya que como usuarios del servicio las personas trans* interactúan por igual con todos los miembros de la organización. Una buena práctica es contar con capacitación especializada en atención a personas trans* y con jornadas de sensibilización, en las que el personal de servicio pueda confrontar sus creencias, sus prejuicios y sus ideas con información científica estructurada, con el fin de movilizar las ideas preestablecidas sobre quién es una persona trans*, permitiendo así brindar una atención desde la información científica actualizada y no desde el desconocimiento o desde las buenas intenciones únicamente.

Una correcta capacitación impacta directamente en la seguridad del/de la paciente, reduciendo así los márgenes de error y las prácticas desde criterios subjetivos, estigmas desconociendo la condición a abordar. Así, se da paso a intervenciones desde los conocimientos empíricos y científicos actuales y verificables.

4.3.5.1.2

Recomendación 2 (25,183): Competencia del talento humano

La competencia de los/as profesionales de la salud es muy importante para realizar las actividades de promoción, prevención,

Al interactuar con cualquier prestador/a de salud, persisten los prejuicios, pues, a las personas trans*, en muchas ocasiones, se les exigen exámenes o certificados innecesarios.

“me hicieron un estudio a ver si tenía enfermedades de alto riesgo, o alto costo y que si sí, no podía tener esa EPS. Yo no tenía historial, sí me inscribieron pero a mi amiga trans* no porque ella sí tenía un historial médico, pero de unos cólicos. En realidad estaban analizando si tenía VIH. Involucran su moral, su religión y sus creencias en ese tema que nada tiene que ver.”
[persona trans*, Cali]

manejo clínico y terapéutico, ya que como se ha mencionado anteriormente, las personas trans* no son adaptaciones de un cuerpo cisgénero ni funcionan bajo los mismos criterios. Así pues, es necesario que los/as profesionales de la salud tengan la competencia, la experiencia requerida y la educación adecuada para: a) evaluar de forma correcta la seguridad del/de la paciente, b) impactar en la humanización de la atención y c) tener una adecuada gestión del riesgo para decidir sobre la correcta gestión de la tecnología que les permita realizar intervenciones ajustadas a las realidades, los cuerpos y las vidas de las personas trans*. Unas buenas prácticas en este sentido implican: a) asistir a congresos, charlas, seminarios y conferencias sobre la intervención clínica en personas trans*; b) si el/la profesional realiza intervenciones quirúrgicas, mientras aumenta su curva de aprendizaje debe realizar los procedimientos quirúrgicos de la mano de profesionales entrenados y expertos en dichas intervenciones con personas trans*.

4.3.5.2

Recomendaciones prácticas de conocimiento de procesos

Una de las barreras más grandes con las que se encuentran las personas trans* cuando se acercan al SGSSS tiene que ver con

el desconocimiento de los procesos, al interior de la institución, para abordar diferentes condiciones de salud de las personas trans*, relacionadas o no con los tránsitos de género. Para tener buenas prácticas en materia de conocimiento de procesos es necesario las personas tengan:

4.3.5.2.1

Recomendación 1 (175): Conocimiento de los procesos administrativos específicos para personas trans*.

Es deseable que todo el personal de servicio tenga conocimiento de los procesos administrativos específicos para personas trans*. Por ejemplo, es necesario que se conozca acerca de los exámenes que se requieren para iniciar su proceso de tránsito o la manera adecuada de referirse a una persona trans*. Sin embargo, esta tarea a veces es imposible por la alta rotación de personal de la institución; esto refuerza la necesidad de procesos administrativos claros al interior de la institución para poder realizar un correcto acompañamiento y una adecuada remisión de personas trans* a los servicios que requieren.

4.3.5.2.2

Recomendación 2 (25,187): Conocimiento de los procesos asistenciales específicos para personas trans*.

Tener conocimiento del proceso asistencial para personas trans* es de suma importancia, así se optimizan los recursos del sistema y se evitan referencias y contrareferencias innecesarias y desgastantes tanto para la persona trans* como para el SGSSS. Por el contrario, el desconocimiento del proceso asistencial puede dar como resultado la remisión a especialistas sin que sean requeridos, así como elevar las probabilidades de un evento adverso por inadecuada evaluación del caso y del proceso a seguir. Cuando los/as profesionales de la salud no conocen el proceso asistencial, someten al/a la paciente a un sin número de citas y acciones sin un rumbo, generando estrés, angustia, desesperanza y desgaste. Estas situaciones podrían ser consideradas como un evento adverso no físico y absolutamente evitable y tienen la consecuencia indeseada de alejar a las personas trans* del SGSSS.

4.3.5.3

Recomendaciones prácticas de evaluación del personal

Para asegurar unas buenas prácticas de atención a personas trans*, deben establecerse procesos de evaluación constante de todo el personal que hace parte de la institución. Una buena práctica es realizar estos procesos, no solo a nivel conceptual, sino

Las personas asistentes a los grupos focales mencionan como uno de los principales obstáculos el hecho de que se necesita de muchos trámites para acceder a las hormonas.

...madrugaba y no, que nunca había cita. Primero se vencía la autorización y me tocaba sacar la cita con el endocrino. Y por eso desistí, no volver a molestar más con eso.

[persona trans*, Cali]

Estas demoras, en comparación con la facilidad con la que se consiguen las hormonas fuera del entorno médico, hacen que las personas no acudan al sistema y sufran consecuencias graves para su salud.

también realizando juegos de roles, clientes encubiertos, etc. El fin de estas evaluaciones es fortalecer la confianza de las personas al interactuar con personas trans* y conseguir consensos organizacionales sobre las buenas prácticas de atención. Esto también familiariza al personal de servicio con las diferentes realidades y vivencias de las personas trans*; aunque éstas son imposibles de abarcar de manera exhaustiva, es muy importante sembrar el concepto de diversidad de cuerpos, realidades y necesidades como eje transversal a todos los procesos de evaluación y como parte del proceso de toma de consciencia social sobre estas realidades.

4.3.5.4

Recomendaciones prácticas de evaluación de cliente

Una buena práctica de evaluación del/la cliente consiste en: a) evaluar a todos/as los/as pacientes trans* que son atendidos/as en la institución, sin importar el motivo de su consulta. Para esto, deben establecerse criterios claros de evaluación y consulta, que den cuenta del avance y mejoramiento continuo de la institución, así como de las barreras aún existentes en el acceso a la misma; b) crear, una vez al año, un grupo focal al que se invite a todos/as los/as pacientes trans* que han sido atendidos/as, en ese

lapso de tiempo, para así recibir retroalimentación directa sobre diferentes áreas referentes a su acceso al SGSSS. Es importante establecer un canal de comunicación directo entre la institución y las personas trans*, ya que este es un factor protector que ayuda en la adherencia terapéutica a cualquier tratamiento, sin llegar a invadir su privacidad o violar su confidencialidad

4.3.5.5

Recomendaciones prácticas de política de confidencialidad (171, 175)

Es importante tener claro que las prácticas que violan la privacidad y confidencialidad de la información de lo/as consultantes trans*, vulnera derechos fundamentales y constituyen una agresión directa a la persona. Unas buenas prácticas que garanticen estos derechos incluyen:

4.3.5.5.1

Recomendación 1 (171): No exponer la realidad de la persona en la sala de espera

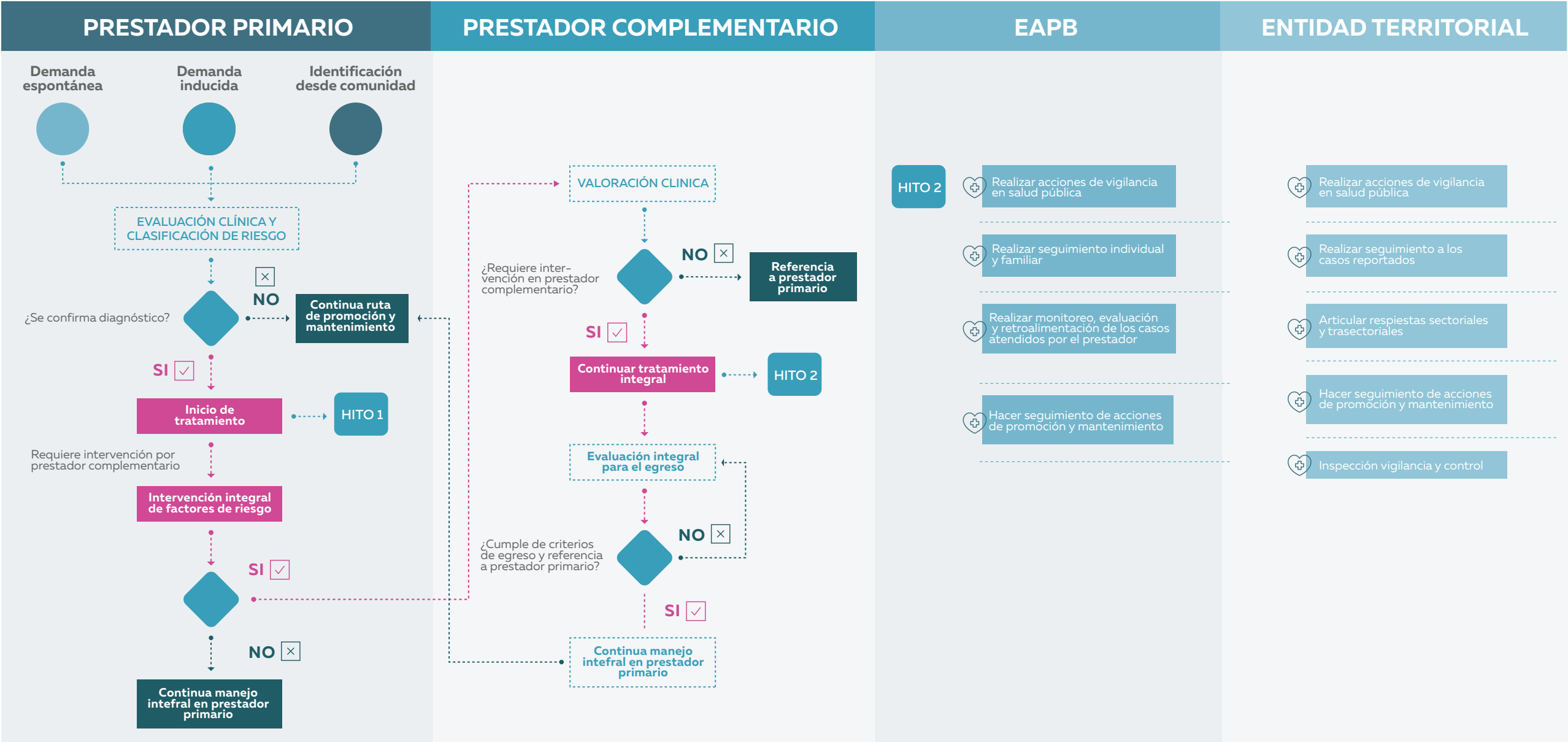
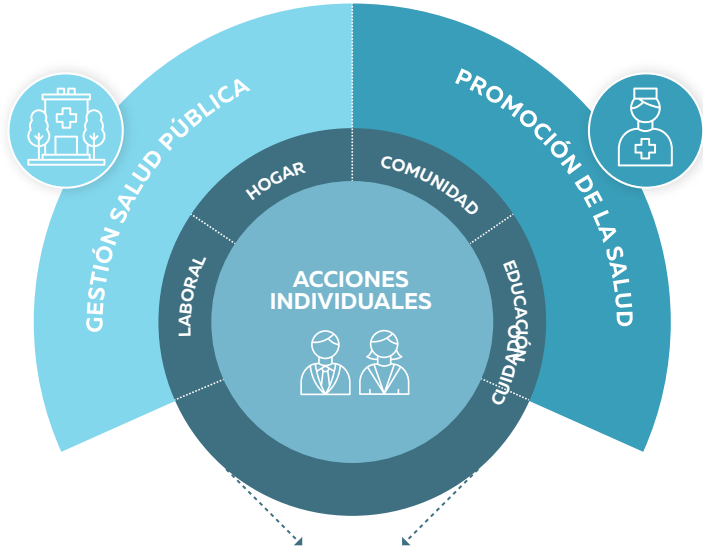
Al llamar a las personas trans* para pedir un dato, para que pase a un consultorio, para que presente un documento, debe utilizarse el nombre y pronombres con los que la persona desea que se la identifique. En caso de que no se haya indagado acerca de este, es preciso abstenerse de llamar a la persona en voz alta cuando se puede anticipar que la persona tiene una expresión o identidad de género que no corresponde a los documentos legales presentados, y así poder consultarle, en un ámbito seguro de privacidad, su nombre y pronombres de preferencia.

4.3.5.5.2

Recomendación 2 (171,174,175): Al hablar de un/a paciente trans* con otro/a funcionario/a, debe primar el respeto profesional

Hablar de una persona trans* fuera de los espacios profesionales y sin consentimiento de la persona es una falla ética grave en el ejercicio de las profesiones relacionadas con el derecho a la salud. Por lo tanto, es necesario asegurarse de mantener de forma correcta la custodia de la historia clínica de los/as pacientes trans* y de comunicar sus circunstancias relevantes para la prestación del servicio a otras personas sólo dentro del marco de esta asesoría. Con el fin de mantener la privacidad, la confidencialidad de la información y el respeto hacia las distintas identidades de género, es conveniente hacer referencia, en la medida de lo posible, al número de la historia clínica, en vez del nombre de la persona en el contexto de discusiones profesionales.

Hablar de una persona trans* fuera de los espacios profesionales y sin consentimiento de la persona es una falla ética grave en el ejercicio de las profesiones relacionadas con el derecho a la salud. Por lo tanto, es necesario asegurarse de mantener de forma correcta la custodia de la historia clínica de los/as pacientes trans* y de comunicar sus circunstancias relevantes para la prestación del servicio a otras personas sólo dentro del marco de esta asesoría.



4.4

Recomendaciones para la práctica clínica

La atención integral en salud contempla cuatro estrategias fundamentales: 1) Un enfoque de salud familiar y comunitaria; 2) el cuidado y autocuidado; 3) la gestión integral del riesgo en salud; y 4) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Para generar buenas prácticas de atención integral en salud para personas trans*, es necesario que estas cuatro estrategias se lleven a cabo, de manera paralela y complementaria, en los diferentes niveles que contempla la atención.

De acuerdo a la ruta integral de atención en salud para la población en Colombia propuesta por la ley estatutaria de salud (188), la ruta que debe seguir cualquier persona dentro del territorio colombiano para una atención en salud es (189):

Teniendo en cuenta la representación gráfica anterior, las personas trans* ingresan al SGSSS por tres razones fundamentales:

Por una demanda espontánea (relacionada con su tránsito de género)

Las necesidades presentadas a los servicios de salud que tienen relación con el tránsito de género son diferentes para todas las personas trans* que consultan, pues no todas quieren modificar su cuerpo mediante un proceso de TRH (TRH) o mediante procedimientos quirúrgicos. Algunas personas trans* pueden estar satisfechas modificando su expresión de género de manera ocasional, mientras otras pueden sentirse a gusto viviendo a tiempo parcial su género deseado; algunas necesitan procedimientos quirúrgicos, pero no desean una TRH y muchas otras desean una TRH pero no procedimientos quirúrgicos. Es importante mencionar que el proceso de tránsito de género no necesariamente implica tener un punto de partida y un fin. Sería un error grave suponer que todas las personas trans* transitan hacia estereotipos de género preestablecidos socialmente, ya que la identidad es móvil, amplia y compleja y por tanto la identidad de género no se escapa de estas características; no es una transformación, es un tránsito

Estos son algunos de los motivos por los cuales podría consultar una persona trans*:

1. Quiere empezar su proceso de TRH.
2. Se esté automedicando un esquema de TRH.

3. Su consulta esté relacionada con los efectos secundarios/adversos de la TRH.
4. Esté en un esquema de TRH formulado por otro profesional y requiera chequeo.
5. Solicite revisar su esquema de TRH formulado después de una cirugía de reasignación genital u otra relacionada con el proceso de tránsito.
6. Haya realizado algún procedimiento quirúrgico como parte de su proceso de tránsito y requiera alguna revisión al respecto.
7. Desea algún procedimiento quirúrgico como parte de su tránsito de género, pero que no desee empezar TRH.
8. Haya realizado alguna intervención corporal de forma artesanal como parte de su tránsito de género.
9. Presente diferentes combinaciones de las circunstancias mencionadas anteriormente.

Por una demanda espontánea (NO relacionada con su tránsito de género)

Las personas trans*, además de acceder al SGSSS para realizar su tránsito de género, consultan también por diferentes sintomatologías, como lo hace la población en general, sin que necesariamente esa consulta o sintomatología tenga relación alguna con su tránsito de género.

1. Estos son algunos de los motivos por los cuales podría consultarle una persona trans*: presente una sintomatología que no tenga relación con su tránsito de género. (Por ejemplo, si se cayó en la calle y se fracturó un brazo, le dio apendicitis, tiene molestia dental).
2. Presente una sintomatología que podría ser un efecto adverso del proceso hormonal, pero no atribuye la sintomatología a su TRH.

Asista por una demanda inducida.

Esta demanda inducida se puede dar con el fin de incentivar y orientar a la población general hacia la utilización de servicios específicos de detección y atención temprana de enfermedades de interés. Así pues, una persona trans* puede ser convocada por su EPS para que asista a alguno de estos servicios. Por ejemplo, un hombre trans* puede ser convocado por su EPS para que sea parte de un programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino.

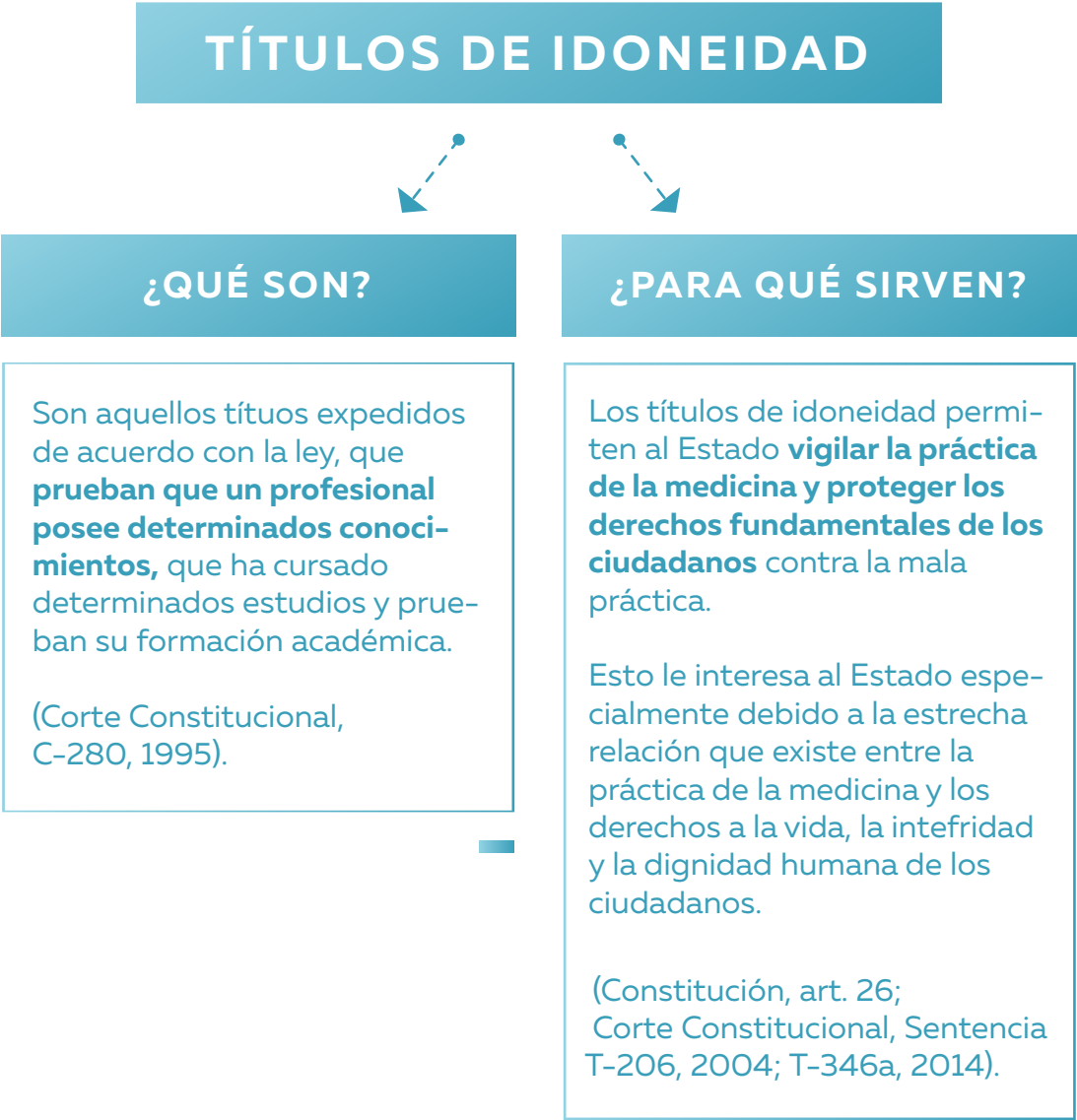
Sea identificada y remitida por la comunidad

Los servicios sociales y comunitarios pueden realizar la remisión de una persona trans* que requiera atención en salud por diferentes razones, que pueden o no estar relacionadas con su tránsito de género. Por ejemplo, los servicios sociales de un hospital pueden realizar una remisión de una mujer trans* por posibles alteraciones nutricionales, de su crecimiento y desarrollo.

Ahora, en el caso de las personas trans* el tránsito de género y los procedimientos que se adelantan como parte de éste, constituyen variables fundamentales a tener en cuenta. Muchas de las demandas que recibe el prestador primario pueden no estar directamente relacionadas con el tránsito de género. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta los diferentes procesos físicos, sociales, familiares e individuales que se vivencian en este proceso. De esta manera es posible manejar un enfoque diferencial en la atención a personas trans*, con el fin de realizar una:

1. Correcta evaluación clínica para generar un diagnóstico acertado.
2. Adecuada gestión individual del riesgo.
3. Efectiva labor de promoción de la salud.
4. Correcta formulación de planes de prevención.
5. Correcta intervención individual, teniendo en cuenta un análisis situacional puntual de la persona que consulta, con el fin de proponer un plan de tratamiento fundamentado en la evidencia científica más relevante hasta el momento.

Teniendo claras las diferentes razones de ingreso por las que podría consultar una persona trans* al prestador primario, se pasará a revisar las siguientes recomendaciones para la humanización de la práctica clínica de atención a personas trans*.





4.4.1

Recomendaciones prácticas para el prestador primario

Desde el ingreso a la consulta, es necesario evaluar las necesidades de las personas trans* para dar una respuesta adecuada y posibles soluciones a su demanda de atención en salud. No se debe olvidar que los servicios indispensables para recuperar la salud y proteger la dignidad humana están mediados siempre por la orden del/la médico/a tratante (190) . El concepto que emite, por lo tanto, tiene gran relevancia, pues no sólo permite el acceso a los servicios, sino que determina cuáles le serán prestados al paciente. El papel que tiene la persona profesional tratante conlleva la necesidad de prestar atención a dos aspectos fundamentales: a) la preparación de los profesionales en salud; y b) la acreditación científica de los tratamientos prescritos.

Esto quiere decir, por ejemplo, que no cualquier médico está en condiciones de practicar una mastectomía a una persona trans* que busca masculinizar su pecho. Aun cuando el médico tratante esté familiarizado con la realización de este procedimiento en mujeres cisgénero que lo requieren por distintos motivos, el resultado que busca una persona trans* es específico. Así, una persona trans* que requiera este procedimiento como parte de su tránsito necesitará que, al final, su pecho luzca realmente masculino y que el resultado coincida con la construcción de su identidad de género. Por este motivo, sería ideal que el médico encargado de practicar este procedimiento cuente con la formación puntual para realizar una mastectomía con propósitos estéticos en hombres trans, sin que esto se convierta en la razón para negar a la persona trans* la realización del procedimiento, o se crea que no tiene fines identitarios.

Por otro lado, la persona tratante es también quien determina qué tratamiento es el idóneo para atender el restablecimiento de la salud del/la paciente. Desde el punto de vista científico, las alternativas incluyen tratamientos cuyos beneficios no están probados científicamente. Por este motivo, no son ampliamente aceptados por la comunidad científica. En principio, la práctica de estos tratamientos experimentales no es financiada por el SSSGS (188).

Legalmente, este asunto es tratado de la siguiente manera; la prohibición de financiar los tratamientos experimentales cuenta únicamente con una excepción. En algunos eventos, se ha reconocido que los pacientes cuentan con el derecho a que el tratamiento “sea intentado” o “right to try” (191). Sin embargo, el paciente cuenta con este derecho únicamente en las siguientes dos situaciones:

- Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo persistente (persistent vegetative state PVS).

La mayoría de personas (75%) respondieron en la encuesta que los prestadores de salud no tienen claridad en los requisitos para su atención y tratamiento.

- Cuando el paciente se encuentre en estado mínimo de consciencia (minimally conscious state MCS).

En los demás casos, el SSSGS no financia la práctica de procedimientos que no estén acreditados científicamente.

Así, es posible afirmar que en Colombia existe una doble exigencia para los médicos tratantes dado su papel relevante en la garantía de los derechos a la vida, la integridad y la dignidad humana. Por una parte, es fundamental que los profesionales médicos se encuentren idóneamente calificados en su especialidad. Por la otra, es crucial que los tratamientos que decidan implementar se encuentren avalados científicamente, con el fin de evitar poner en peligro el derecho fundamental a la salud de sus pacientes.

4.4.1.1
Recomendaciones prácticas de evaluación clínica y clasificación del riesgo

La evaluación clínica y la clasificación del riesgo es uno de los procesos más importantes, no solo por la función clínica que desempeña el prestador, si no porque una correcta evaluación clínica facilita una mayor adherencia terapéutica al tratamiento dentro del Sistema de Salud.

Para tener buenas prácticas en materia de evaluación es necesario que el prestador primario:

4.4.1.1.1
Recomendación 1 (25,174,175): Capacitación adecuada

Los equipos de salud deben estar capacitados y formados para dar una atención sistémica y compleja a las necesidades, los cuerpos y las realidades de las personas trans*. Resulta fundamental cuestionar la idea de que los cuerpos de las personas trans* son adaptaciones necesarias que se hacen de un cuerpo cisgénero para aliviar el malestar. Por lo tanto, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento deben estar fundamentados en la evidencia científica más relevante hasta el momento sobre las vivencias de las personas trans*.

De las personas que han usado el SGSS para realizar su tránsito de género, el 27% abandonan el Sistema de Salud y continúan su proceso autohormonándose o pidiéndole ayuda a un par.

4.4.1.1.2
Recomendación 2 (25,174,175): Generar una alianza terapéutica con el/la paciente trans*.

Generar esta alianza terapéutica es fundamental por tres razones principales:

- Es urgente comprender a las personas trans* como sujetos que toman decisiones sobre sus cuerpos, sus vidas y sus necesidades, no como objetos subordinados de estudio o investigación científica. Ver a los/as consultantes como sujetos de derechos implica reconocer su autonomía, su libertad, sus posibilidades, sus recursos y la corresponsabilidad que tienen en los procesos de autocuidado (192).
- Es una forma de protección mutua para los dos actores del proceso. Por un lado, se protege al/a la paciente, ya que no se lleva a cabo intervención alguna sin su consentimiento y el conocimiento de los alcances de la misma. Por otro lado, se protege al/a la profesional de la salud, ya que los procedimientos propuestos y las intervenciones realizadas son convenidas con el/la paciente y los/as dos están de acuerdo con el proceso a seguir.
- Se reducen los efectos de la no adherencia terapéutica pues, al existir una vía de comunicación horizontal, el/la paciente y el/la profesional tienen la confianza para hablar, preguntar y proponer el desarrollo del tratamiento sin barreras relacionales que lo impidan. Así mismo, si el/la paciente no se involucra en el proceso de toma de decisiones, es poco probable que se cumplan las condiciones necesarias para mejorar la situación que está atravesando (193).

Para tener buenas prácticas en cuanto a la alianza terapéutica es necesario (174, 194):

1. Brindar una información efectiva: los/as profesionales de la salud deben brindar instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel cognitivo, social y cultural de la persona trans* que estén atendiendo. El éxito para lograr una adecuada adherencia radica en una buena educación, con la realización de ajustes o acudir a apoyos cuando sea necesario.

Es evidente un profundo desconocimiento y temor sobre las repercusiones de los tratamientos de salud relacionados con el tránsito. En especial, en aquellas personas que aún no han ingerido algún tipo de hormona, pero que piensan hacerlo:

“por ejemplo que mi genital crezca por la hormona, como un asunto normal por la hormona, o si eventualmente podría representar ese crecimiento, como un crecimiento de alguna masa o alguna célula.”
[hombre trans, Barranquilla]

Así, las personas destacan la necesidad de contar con acompañamiento, no solo de profesionales de la salud, sino también de personas que, basadas en su experiencia, pueden orientar el proceso.

“por eso digo que a las chinas hay que hacerles acompañamiento porque una es muy insegura y cuando ve a la tetona entonces una también quiere y cuando ve a la culona, pero uno no tiene ni idea.”
[mujer trans*, Bogotá]

2. Generar sinergia: tanto los/as profesionales de la salud como las personas trans* deben generar sinergia para discutir todas las situaciones puntuales relacionadas con el tratamiento.
3. Educación del/de la paciente: una vez el/la profesional de la salud esté capacitado/a en el acompañamiento a personas trans*, es muy importante que invierta parte de su energía, tiempo y recursos en la educación del/de la paciente en cuanto a los esquemas de medicación, riesgos, beneficios, efectos secundarios de los tratamientos, diferencias entre medicamentos, interacciones medicamentosas, etc.

4.4.1.1.3

Recomendación 3 (174, 183):
Realizar una evaluación clínica integral

En la evaluación inicial, es frecuente que el motivo de consulta de las personas trans* pase a un segundo plano y toda la atención se centre en el tránsito de género. Por tanto, es muy importante realizar esta evaluación clínica de manera integral, basándose no solo aspectos relacionados con el tránsito de género, sino también en aspectos relacionados con la nutrición, el desarrollo físico, cognitivo, emocional, la salud sexual y reproductiva y otras condiciones de salud generales. Recuerde que las personas trans* también tienen necesidades de atención primaria en salud y no solo consultan por temas relacionados con su identidad de género.

4.4.1.1.4

Recomendación 4 (174,175,183): Evaluar la situación de salud con conocimiento de las realidades de las personas trans*

Una buena práctica de evaluación es incluir las preguntas necesarias para hacer análisis integral de la salud de la persona, que tenga en cuenta las realidades de las personas trans*. Por ejemplo, continuar preguntándole a las mujeres trans* por la última fecha de la menstruación, o no preguntarle a los hombres trans* por la fecha de la última citología, refleja desconocimiento sobre los cuerpos, las realidades y las vidas de las personas. En la fase de evaluación es importante preguntar:

- Acerca de medicamentos y sustancias que la persona utiliza como parte de su tránsito de género o de su construcción identitaria.
- Si la persona ha realizado intervenciones corporales artesanales, indagar sobre la duración de los procedimientos, las sustancias utilizadas para tal fin y si tiene algún síntoma en relación a este procedimiento.

68.2% El 68,2% afirmó que la atención en salud se ve atrasada debido a los prejuicios del personal en salud.

58.3% El 58,3% de las personas encuestadas expresó haber pospuesto la atención en el servicio de salud.

- Acerca de la última fecha de control de la TRH (si se encuentra en este proceso) y si ha realizado procedimientos quirúrgicos como parte del tránsito de género o de su construcción identitaria. Estos datos darán información importante para hacer una correcta evaluación de las necesidades de la persona que consulta realmente integral y efectiva

4.4.1.1.5

Recomendación 5 (171,174,175):
Evitar hacer preguntas innecesarias

Algunas personas sienten curiosidad sobre lo que significa ser una persona trans* y, posiblemente querrán hacer preguntas al respecto. Sin embargo, al igual que el resto de los y las consultantes cisgénero, es legítimo que las personas trans* quieran mantener privadas sus vidas médicas. Así, antes de hacerle una pregunta personal a una persona trans*, debe reflexionarse, primero, acerca de la necesidad y pertinencia de dicha pregunta en el marco de la consulta médica. Todas las preguntas que se formulen tiene que girar en torno al conocimiento idóneo que se debe obtener para proveer el mayor estándar de calidad del servicio, bajo un marco de respeto, privacidad y confidencialidad. En ningún caso pueden formularse preguntas que busquen sólo saciar la curiosidad de la persona que presta el servicio, vulnrando de paso los derechos de las personas trans*.

4.4.1.1.6

Recomendación 6 (25):
Identificar los riesgos

Este aspecto es fundamental en términos de la seguridad del/de la paciente. Para tal fin es necesario que, en la evaluación inicial, se detecten los riesgos a los que puede estar expuesta una persona trans*. Estos pueden ir desde la interacción medicamentosa hasta una mala administración de un medicamento. Por ejemplo, si acude a la institución una mujer trans* que en el pasado ha

El 73,6% de las personas encuestadas advirtió que se les había exigido obligatoriamente asistir a psiquiatría. A su vez, en los grupos focales, se identifica como tendencia que cualquier especialista, antes de tratar a una persona trans* por algún tipo de necesidad en salud, incluso no relacionada con su construcción identitaria, exige una consulta de psicólogo o psiquiatra.

“...inmediatamente te dicen que eso es psicológico que tienes que ir donde el psicólogo que eso no es así y esperar mucho tiempo para ver si te mandan las hormonas. Te miran si tienes disforia de género. Si tienes disforia de género te remiten, si no tienes disforia de género te quedas ahí. Tienen que esperar hasta que él quiera [el psiquiatra] para que te puedan dar el diagnóstico.”

[persona trans*, Barranquilla]

Esto genera una situación de vulnerabilidad e inferioridad, en la cual tiene el control de lo que pasa en el proceso de construcción identitaria, es decir, sobre el cuerpo de la persona, no es ella sino es el/la médico/a.

“...he tenido problemas con el sistema de salud porque lo tratan a uno como un loco y nos van a tratar como el género que no nos identifica. Hay un amplio margen de discrecionalidad y uno queda a la merced de la carga ideológica del funcionario que le toque a uno. La gente tiene que poder servirle a uno sin ser discriminatorio impidiendo o maltratándolo a uno por la identidad de género.”

[persona trans*, Cali]

realizado procedimientos artesanales con silicón líquido para aumentar sus glúteos, pero usted no pregunta al respecto y en el plan de tratamiento propone una inyección intramuscular en el glúteo, sin tener en cuenta el procedimiento artesanal realizado previamente, éste puede generar en la persona un evento adverso que se puede prevenir desde la evaluación inicial.

4.4.1.1.7
Recomendación 7: Escuchar las necesidades del/de la paciente

Es importante tomarse un tiempo para entender y evaluar las necesidades del/de la paciente pues, a veces, llegan con cuadros complejos y multicausales que no se resuelven atendiendo cada síntoma por separado. Cuando una persona trans* consulta, las preguntas pueden limitarse a asuntos relacionados con el tránsito de género, y omitir así información fundamental sobre otros asuntos vitales que pueden afectar la atención. Por el contrario, se presentan casos en los que en la consulta no se indaga acerca del tránsito y, así, se deja de lado información valiosa para realizar una correcta identificación de los riesgos asociados a éste. También es importante evitar, en todo momento, disuadir a la persona de comenzar algún proceso relacionado con su tránsito de género, por medio de mensajes exagerados o agresivos, basados en prejuicios o estigmas y no en información científica pertinente para quien consulta

Al 68,8% de las personas se les solicitó un diagnóstico para acceder a algún tratamiento hormonal.

4.4.1.1.8
Recomendación 8 (171): Respetar los deseos del/ de la paciente por encima de las sugerencias de la familia o sus acudientes

Si los miembros de la familia de la persona trans*, o sus acudientes, no reconocen el género que el/la paciente identifica como propio y, por esto, exigen que se le hable con nombres o pronombres distintos a los deseados, o realizan cualquier otro acto que violente su identidad e invite a la entidad a hacerlo, debe primar la opinión y los deseos del/ de la paciente por encima de las sugerencias de la familia o sus acudientes. De lo contrario, se violan sus derechos a la identidad, la autodeterminación, a decidir y el libre desarrollo de la personalidad, entre otros.

4.4.1.2
Recomendaciones para la práctica clínica cuando la demanda está relacionada con el tránsito de género

4.4.1.2.1
Recomendación 1 (25,183): Realizar una valoración integral sin patologizar a la persona trans*

Tanto si la persona llega por primera vez al SGSSS para empezar su tránsito de género, como si ya está en un esquema de hormonación (ordenado por un médico particular, un amigo/a o automedicado), es necesario que no se patologice al/a la paciente. El SGSSS reconoce las realidades de las personas trans como una variabilidad en el género y no como una patología ni orgánica ni mental; así, una evaluación clínica que se limite a derivar a la persona trans* a psiquiatría, sin que exista una alteración de su estado mental y con el único fundamento de su inconformidad de género, se considera una patologización de la identidad trans*. Esto tiene consecuencias graves, como la psiquiatrización forzada, considerada internacionalmente como un acto de tortura (195).

Si el/la paciente llega porque quiere empezar su tránsito de género, es importante que se realice una valoración integral de la persona a partir de los siguientes aspectos:

1. Su desarrollo físico, cognitivo y socioemocional.
2. Su estado nutricional.
3. El ejercicio de su salud sexual y reproductiva.
4. Su salud mental (diagnóstico diferencial).

En el **28,7%** de los casos encuestados no se le brindó información a la persona sobre los efectos adversos o secundarios del consumo de hormonas. Además, al **65%** de las personas encuestadas, los/as profesionales de salud les habían cuestionado su expresión de género, basándose en sus propios estereotipos de género.

- 5. Sus relaciones familiares y sociales.
- 6. Las condiciones de vulnerabilidad a las que puede enfrentarse.

Será deber, tanto del/ de la profesional en salud y del/ de la paciente, tomar el tiempo necesario para realizar una correcta valoración de las diferentes áreas de la salud de una persona trans* de una manera adecuada, cuidadosa, detallada y respetuosa. El/la profesional de la salud no podrá forzar, en ningún momento, a la persona a transitar, si no se siente preparada para hacerlo, así como tampoco podrá detener (sin argumentos clínicos que lo soporten) el tránsito de género. Es necesaria una coordinación entre los dos saberes (profesional y experiencial) para que el proceso se pueda dar de una manera humana, responsable, informada y planeada.

4.4.1.2.2
Recomendación 2 (25): No imponer barreras legales o actitudinales innecesarias

Derivar a la persona trans* a un sin número de profesionales de la salud, sin que exista alteración alguna que represente un factor de riesgo o necesidad por parte del/de la paciente, es una barrera en la atención en salud; el/la prestador debe centrar su evaluación clínica en la valoración integral de la persona trans*, así que: Si el/la paciente llega porque quiere empezar un tránsito de género, es necesario derivarla a la ruta (RIAS) correspondiente, solo si evidencia alteración en algún área de la valoración clínica integral. Esto debe ir acompañado con la explicación clínica a la persona trans* de la importancia de dicha remisión. De no existir una alteración que presente un factor de riesgo para que la persona empiece su tratamiento hormonal, no es necesaria derivación alguna para empezar el tratamiento hormonal. Sin embargo, será necesario que, de acuerdo al criterio clínico, se le proponga al/a la paciente el plan de tratamiento a seguir y los requerimientos para realizar dicha valoración de manera integral. Si la persona presenta alguna alteración en cualquiera de estas áreas, será necesario crear, junto con la persona trans*, un esquema de fortalecimiento o estabilización de las alteraciones para reducir los factores de riesgo y poder empezar el proceso hormonal.

El **22,5%** de las personas encuestadas se encuentran automedicadas para TRH, mientras que el **73%** lo ha hecho con acompañamiento del SGSSS.

4.4.1.2.3
Recomendación 3 (25): No intervenir desde los parámetros personales

La práctica clínica debe fundamentarse en la evidencia científica más relevante hasta el momento de la atención. Por lo tanto, cualquier evaluación o formulación que se realice, debe estar enmarcada y sustentada científicamente. Los estereotipos de género, las creencias religiosas y las ideas morales no son un criterio clínico válido para realizar una evaluación o proponer un plan de tratamiento a una persona trans* y mucho menos para sustentar la prestación o no de un servicio. Formular un medicamento o no, derivar a un profesional especializado o emitir un concepto clínico, basándose en premisas como las anteriores, no es una práctica alineada con lineamientos de la humanización de la práctica clínica, ni con los estándares éticos del ejercicio clínico.

4.4.1.2.4
Recomendación 4 (171): No interrumpir el TRH, a no ser que exista un criterio clínico para hacerlo

Si a la consulta acude una persona que ya está en TRH (recetada por otro profesional, otra EPS o automedicada), no debe detenerse el tratamiento que ya viene realizando la persona, salvo que haya alguna indicación clínica para hacerlo. No es una buena práctica interrumpir el tratamiento a la espera de una valoración de un especialista; por el contrario, es importante continuar con el tratamiento, en la medida de lo clínica y éticamente posible, evaluando el esquema que se está utilizando para realizar las modificaciones que se consideren pertinentes.

4.4.1.2.5
Recomendación 5: Detección temprana

En la fase evaluativa, se deben identificar los riesgos relacionados con el tránsito de género (ver tabla 6) y planificar su control, con el fin de lograr un proceso que mejore la calidad de vida de la persona trans*, minimizando las secuelas físicas o psíquicas para

ella, su pareja, familia y entorno. El objetivo de este proceso es detectar de forma temprana las diferentes complicaciones que se pueden presentar a propósito del tránsito de género y orientar el tratamiento adecuado de las mismas.

4.4.1.2.6

Recomendación 6 (25): Evaluar los exámenes, las sustancias y los procedimientos que la persona ha utilizado para su proceso de feminización/masculinización

Sin importar el área de la salud a la que acuda la persona trans*, se deben evaluar los esquemas de medicación, los procedimientos que las personas podrían haber realizado (tanto dentro del SGSSS como de forma artesanal) y los exámenes que es importante realizar para un correcto seguimiento de los niveles hormonales. Este conocimiento es fundamental ya que permite, realizar:

- Una correcta evaluación clínica para generar un diagnóstico acertado.
- Una adecuada gestión individual del riesgo.
- Una efectiva labor de promoción de la salud.
- Una correcta formulación de los planes de prevención.
- Una correcta intervención individual, teniendo en cuenta un análisis situacional puntual de la persona que consulta, con el fin de proponerle un plan de tratamiento fundamentado en la evidencia científica más relevante hasta el momento.

Para hacer una evaluación clínica que contemple los medicamentos o las intervenciones que una persona trans* podría estar utilizando, es muy importante que se tenga conocimiento sobre:

1. Los exámenes de laboratorio mínimos que se deben formular a personas que está en terapia de remplazo hormonal (TRH).

2. Los cambios observados en los valores de laboratorio de las personas trans* en razón de la TRH.
3. Los esquemas de la TRH en personas adultas, niños, niñas y adolescentes.
4. Los efectos en el tiempo de la TRH en personas adultas y en adolescentes.
5. Los riesgos asociados a la TRH feminizante y masculinizante.
6. Los procedimientos quirúrgicos.

A continuación, se realizará una descripción de cada uno de los puntos a tener en cuenta.

4.4.1.2.6.1

Exámenes de laboratorio (116,127,197,198,199,200,201,202,203,204,205,206,207,208,209)

Después de revisar la evidencia científica más relevante, que incluye las distintas guías de tratamiento para personas transgénero en diferentes países, se puede concluir que las pruebas de laboratorio básicas iniciales que se deben aplicar son:

4.4.1.2.6.1.1 Para personas que desean masculinizarse (Hombres trans* o FTM)

- Bioquímica completa.
- Perfil lipídico. (Colesterol, LDL, HDL y triglicéridos)
- Hemograma completo.
- Perfil metabólico (Electrolitos, glucosa, nitrógeno de urea, creatinina y HbA1c)
- Glucosa pre y post
- Ácido úrico
- Pruebas de función hepática (Bilirrubina: total y directa, AST, LDH y fosfatasa alcalina)
- Hormonas basales (FSH, LH, Testosterona: libre y total, SHBG -globulina transportadora de hormonas sexuales-, DHEA-S - dihidroepiandrosterona sulfato-, prolactina, TSH, T3 y T4) / (Dentro de los seis días siguientes al sangrado menstrual E2 y 17OHP-progesterona)

Al 38,8% de las personas encuestadas no se les ha realizado exámenes de laboratorio para su seguimiento.

El 67,4% de las personas encuestadas toman algún tipo de hormona.

- Hormona parati- roidea, factor reumatoide, proteína C reactiva (PCR), antiestreptolisina, anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) (209)
- PIE en orina si el paciente tiene algún riesgo de embarazo
- Pruebas de serología (Prueba de VIH, hepatitis - A, B y C- y sífilis).
- 250H Vitamina D.
- Los demás exámenes de laboratorio que considere pertinentes de acuerdo a la historia clínica del/la paciente y al examen físico realizado.

4.4.1.2.6.1.2 Para personas que desean feminizarse (Mujeres trans* o MTF)

- Bioquímica completa
- Perfil lipídico (Colesterol, LDL, HDL y triglicéridos)
- Hemograma completo
- Perfil metabólico (Electrolitos, glucosa, nitrógeno de urea, creatinina y HbA1c)
- Glucosa pre y post
- Ácido úrico
- Pruebas de función hepática (Bilirrubina: total y directa, AST, ALT y fosfatasa alcalina)
- Hormonas basales (FSH, LH, Testosterona: libre y total, SHBG -globulina transportadora de hormonas sexuales-, DHEA-S - dihidroepiandrosterona sulfato-, 17OH-progesterona, prolactina, TSH, T3 y T4)
- PSA (antígeno prostático) total y PSA (antígeno prostático) libre
- Hormona parati- roidea, factor reumatoide, proteína C reactiva (PCR), antiestreptolisina, anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) (209)
- Pruebas de serología (Prueba de VIH, hepatitis - A, B y C- y sífilis)
- Si la paciente está tomando espironolactona, enviar exámenes de perfil renal, electrolitos, potasio y sodio.

- 250H Vitamina D.
- Los demás exámenes de laboratorio que considere pertinentes de acuerdo a la historia clínica de la paciente y al examen físico realizado.

El manejo correcto de los márgenes de referencia reduce el riesgo de errores diagnósticos relacionados con los exámenes de laboratorio. En muchas mediciones, los pacientes trans* no puntúan dentro de los límites establecidos de los rangos masculinos o femeninos en personas sanas cisgénero, presentando variaciones propias, de acuerdo al tránsito que están atravesando (196,209,210,211,212,213,214,215,216,217).

TABLA 1*: Cambios observados en los valores de laboratorio de las personas trans* en terapia de reemplazo hormonal [TRH]:

	Mujeres trans* o personas que desean la feminización	Hombres trans* o personas que desean la masculinización
Hemograma		
Aumenta		Hematocrito [1,3,4,6] Hemoglobina [3,4,6] Recuento de glóbulos rojos [4]
Disminuye	Hematocrito [1,2] Hemoglobina [2]	
Exámenes básico		
Aumenta	HDL [4,7,9] LDL [8] Colesterol [8] Triglicéridos [2,8]	ALT [1,3] AST [1,3] Creatinina [1,4] Colesterol [1,3,8,9] Triglicéridos [1,3,8,9]
Disminuye	ALT [1] AST [1] Creatinina [1,4] HDL [1,8] LDL [1,2,9] Colesterol [1,9] Triglicéridos [1,9] Ácido Úrico [9]	HDL [1,3,6,7,8,9]
No cambia	Colesterol [2,4,7] Triglicéridos [4,6,7]	LDL [4,7] HDL [4] Colesterol [4,6,7] Triglicéridos [4,5]
Exámenes Hormonales		
Aumenta	Estrógeno [1] Prolactina [1] SHBG [1,9] DHEA-S [9]	Testosterona [1,3,5] FSH [5] DHEA-S [5] LH [9]
Disminuye	Testosterona [1] FSH [1] LH [1] DHEA-S [1]	Estrógenos [1,3] SHBG [1,3,5] FSH [1,3] LH [1,3] Prolactina [1,3] DHEA-S [3,9]
** Tabla adaptada de Goldstein, Corneil & Greene [2017].		
Wierckx et al. [1]. Roberts et al. [2], Mueller et al. [3], Fernandez y Tannock [4], Caanen et al. [5], Pelusi et al. [6], Deutsh et al. [7], Colizzi et al. [8]. Becerra-Fernandez, et al [9].		

Tabla 1*: Cambios observados en los valores de laboratorio de las personas trans* en TRH (TRH)

Los estudios sobre la interpretación de los resultados de laboratorio en personas trans* indican dos escenarios posibles:

1. Para personas trans* que no hayan intervenido su cuerpo mediante cirugías ni tratamientos hormonales, se debe usar el sexo asignado al nacer como referencia de interpretación.
2. Para personas que estén en TRH y/o hayan pasado por procedimientos de orquiectomía (cirugía en la que se retiran los testículos) u ooforectomía (cirugía en la que se retiran los ovarios) y se encuentran bajo un tratamiento hormonal, usar el sexo opuesto al asignado al nacer.

NOTA: Hay evidencia científica que indica que, así una persona se encuentre en TRH o se haya realizado procedimientos quirúrgicos, algunos laboratorios deben ser leídos de acuerdo al sexo asignado al nacer . Por lo tanto, el/la profesional en salud debe ser consciente de que los resultados de los exámenes de laboratorio deben interpretarse a la luz de la historia individual del/ de la paciente, minimizando así el margen de error en la atención (206) .

4.4.1.2.6.2

TRH en personas adulta

A continuación, se realizará una descripción de las distintas sustancias que se prescriben en los procesos de feminización/ masculinización en las personas trans* que así lo soliciten.

4.4.1.2.6.2.1 Para personas que desean masculinizarse (Hombres trans*)

Los tratamientos farmacológicos estándar para la masculinización corporal consisten en la administración de testosterona y la administración de algunos suplementos para prevenir la osteoporosis prematura.

4.4.1.2.6.2.1.1 Sustancias, posología y concentración que pueden estar consumiendo actualmente personas trans* en su proceso de masculinización (24,37,116,177,183,197,199,201,202,203,204,205,207,216,217,218,219,220,221)

TABLA 2**: Sustancias, posología y concentración que pueden estar consumiendo actualmente personas trans* en su proceso de masculinización.

Grupo	Principio activo	Vía de administración	Posología	Concentración
Testosterona ¹	Testosterona enantato ²	Intramuscular	Entre 15 y 20 días	250 mg/ Ampolla [1mL]
	Disminuye	Intramuscular	Entre 2 y 3 meses	1000mg/ Ampolla [4mL]
	Testosterona Gel al 1%	Transdérmica	1 sobre diario	50 a 100mg
Calcio ³	Citrato de calcio	Oral	1 tableta diaria	1500 mg
Vitamina D ⁴	Vitamina D	Oral	1 tableta diaria	800IU
Minoxidil	Minoxidil	Transdérmica	1cc 2 veces al día	5%
** Tabla de construcción propia				
1.	Diferentes autores recomiendan la testosterona en diferentes presentaciones para las personas que deseen masculinizarse [24,37,116,179,183,185,187,188,189,190,191,193,202,203,204,205,206,207,208]			
2.	Con el enantato de testosterona los niveles máximos se consiguen en los días 2 y 5 de la inyección y se presenta un repentino declive hacia el final de la segunda o tercera semana luego de la aplicación [207,209,210].Es por esta razón que si se va a formular este principio activo será necesario hacer revisiones de los niveles de testosterona en diferentes días al final de esta súbita caída para verificar en cada persona cuando se da esta caída.			
3.	Para prevenir la osteoporosis prematura, diversos autores recomiendan realizar una suplencia diaria con Calcio y vitamina D [116,193,202,203,207,208]			
4.	Esta sustancia la recomiendan algunos autores para contrarrestar el efecto androgénico en los folículos pilosos de la cabeza y para potenciar el crecimiento de los folículos pilosos de la cara [182,207,211,212,213,214]			

4.4.1.2.6.2.1.2 Efectos en el tiempo de TRH en la masculinización (24,37,116,177,183,197,199,201,203,204,205,207,216,217,218,219,220,221)

La testosterona, como la principal hormona masculinizante, tiene efectos directos en la androgenización del cuerpo, alterando las características sexuales secundarias de la persona que la consume. A continuación, se realizará un recuento de los cambios más significativos y el tiempo esperado de ocurrencia.

TABLA 3**: Efectos*** en el tiempo del tratamiento de masculinización

Efecto	Inicio esperado	Máximo efecto	Reversibilidad
Aumento de grasa en la piel/acné	1 a 6 meses	1 a 2 años	Reversible
Crecimiento de vello facial y corporal ¹	6 a 12 meses	4 a 5 años	Irreversible
Alopeci androgénica ¹	6 a 12 meses	Variable	Irreversible
Aumento de masa muscular/fuerza	6 a 12 meses	2 a 5 años	Reversible
Redistribución de grasa corporal	1 a 6 meses	2 a 5 años	Reversible
Ausencia de la menstruación	1 a 6 meses	2	Reversible
Aumento del tamaño del clitoris	3 a 6 meses	1 a 2 años	Irreversible
Atrofia vaginal	3 a 6 meses	1 a 2 años	Reversible
Engrosamiento de la voz ¹	3 a 12 meses	1 a 2 años	Irreversible
Infertilidad	Variable	Variable	Irreversible
** Tabla adaptada de Edocrine Society [190-191].			
*** Diferentes autores confirman estos efectos [24,37,116,179,183,185,187,189,190,191,193,202,203,204,205,206,207,208].			
1. Dependen de factores hereditarios y de la edad			
2. La menorragia requiere diagnóstico y tratamiento por ginecología			

4.4.1.2.6.2.2 Para personas que desean feminizarse (Mujeres trans*)

Los tratamientos farmacológicos estándar para la feminización corporal, consisten en la administración de estrógenos, anti-andrógenos y la administración de algunos suplementos⁶ para prevenir la osteoporosis prematura.

La razón principal por la cual se empieza a consumir hormonas, ya sea de manera independiente o por medio de asesoría médica, es para conseguir los cambios corporales deseados. Se evidenció que existe cierto grado de asociación entre los cambios que se producen y el aumento de la confianza y la autoestima.

“Me gusta la seguridad. A mí se me han reducido los pechos, me gusta el crecimiento de esto, creo que eso era realmente la razón por la cual empecé esto era porque yo quería bello en mi rostro. Me gusta como mi cuerpo agarra fuerza y hasta el crecimiento de los genitales, del genital, ósea me gusta ese crecimiento. Siempre decía que no era necesario, pero con el tiempo voy entendiendo qué chévere es.”
[hombre trans*, Medellín]

4.4.1.2.6.2.2.1 Sustancias, posología y concentración que pueden estar consumiendo actualmente personas trans* en su proceso de feminización

TABLA 4**: Sustancias, posología y concentración , que puedan estar consumi-
endo actualmente personas trans* en su proceso de feminización.

Grupo	Principio activo	Vía de administración	Posología	Concentración
Estrógenos	Estradiol ¹	Oral	Diario	2 a 4 mg
		Transdérmica Parche	Cada 3 o 4 días	50 o 100 mcg
		Transdérmica Gel	2 veces al día	0,75 a 1,5 mg
		Intramuscular	Cada Semana	2- 10 mg
Cada 2 semanas	5-30 mg			
Estrógenos conjugados ²				
Anti-androgenos	Espironolactona	Oral	Diario	100 a 300 mg
	Acetato de cipro-terona	Oral	Diario	25-50 mg
	Análogos de GnRH	Subcutanea	Mensual	3,75 mg
Cada 3 meses			11,25 mg	
Calcio ³	Citrato de calcio	Oral	Diario	1500 mg
Vitamina D ³	Vitamina D	Oral	Diario	800IU
** Tabla de construcción propia				
1.	Diferentes autores recomiendan el estradiol en diferentes presentaciones para las personas que deseen feminizarse [24,37,116,179,183,185,187,188,189,190,191,193,202,203,204,205,206,208,214]			
2.	En comparación con los estrógenos conjugados, el estradiol tiene un mejor perfil de seguridad en términos de riesgo tromboembólico y cardiovascular. Se han utilizado en el pasado estrógenos conjugados como Premarin®; sin embargo, estudios al respecto no lo recomiendan, por su imposibilidad de medición y por el riesgo tromboembólico y cardiovascular que conlleva [182,193,203,215]			
3.	Para prevenir la osteoporosis prematura, diversos autores recomiendan realizar una suplementación diaria con Calcio y vitamina D [116,193,202,203,207,208]			

4.4.1.2.6.2.2.2 Efectos en el tiempo de la TRH en la feminización (24,37, 116,177,183,197,199,201,203,204,205,207,216,217, 218,219, 220,227)

Los estrógenos, como la principal hormona feminizante, junto con los antiandrógenos, tienen efectos directos en la feminización del cuerpo, alterando las características sexuales secundarias de la persona que los consume. A continuación, se presenta un recuento de los cambios más significativos y el tiempo esperado de ocurrencia.

TABLA 5**: Efectos*** en el tiempo del tratamiento de feminización.

Efecto	Inicio esperado	Máximo efecto	Reversibilidad
Redistribución de grasa corporal	3 a 6 meses	2 a 3 años	Reversible
Suavización de la piel	3 a 6 meses	Desconocido	Reversible
Disminución de la oleosidad de la piel	3 a 6 meses	Desconocido	Variable
Disminución de la libido	1 a 3 meses	1 a 2 años	Reversible
Disminución de erecciones espontáneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses	Variable
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3 a 6 meses	2 a 3 años	Irreversible
Disminución del volumen testicular	3 a 6 meses	2 a 3 años	Variable
Disminución de producción de esperma	Variable	Variable	Variable
Pérdida y crecimiento desacelerado de vello facial y corporal ¹	6 a 12 meses	+ de 3 años	Reversible
Alopecia androgénica [No hay rebrote]	Pérdida se detiene a los 6-12 meses	2	Reversible
Infertilidad	Variable	Variable	Irreversible
** Tabla adaptada de Edocrine Society [190-191].			
*** Dependen de factores hereditarios y de la edad. Diferentes autores confirman estos efectos [24,37,116,179,183,185,187,188,189,190,191,193,202,203,204,205,206,208,214]			
1.	La eliminación completa del vello facial y corporal requiere tratamiento láser		
2.	La pérdida de pelo puede ocurrir si se suspenden los estrógenos.		

4.4.1.2.7

Riesgos asociados a la TRH feminizante y masculinizante (24,37,116,177,183,197,199,201, 203,204,205,207,216,217,218,219,220,221,227)

A continuación, se presentan algunas de las condiciones médicas que se pueden exacerbar por la TRH.

TABLA 6**: Riesgos*** asociados a la TRH feminizante y masculinizante

Nivel de Riesgo	Hormonas Feminizantes	Hormonas Masculinizantes
Riesgo alto	Enfermedad tromboembólica venosa¹	Policitemia o eritocitosis [si el hematocrito esta >50%] Cáncer de mama Cáncer de útero y ovarios
Riesgo moderado	Macroprolactinoma Disfunción hepática [transaminasas >3x más alta que el límite superior] Cáncer de mama Enfermedad cardiovascular Enfermedad cerebrovascular Migrañas o dolores de cabeza severos Hipertrigliceridemia Hipertensión Cáncer de seno Cáncer de próstata	Disfunción hepática [transaminasas >3x más alta que el límite superior] Hiperlipidemia
Posible riesgo	Diabetes tipo 2 Osteoporosis	Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos² Enfermedad cardiovascular Hipertensión Diabetes tipo 2 Osteoporosis
** Tabla adaptada de Endocrine Society [190-191], la wpath [24] y la IPPF [206]		
*** Estos riesgos no se deben al tratamiento hormonal per se. Los riesgos se presentan de la misma manera que en personas cisgénero de acuerdo al perfil de riesgo para hombres y mujeres. Diferentes autores confirman estos riesgos [24,37,116,179,183,185,187,188,189,190,191,193,202,203,204,205,206,207,208,214]		
1.	El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos	
2.	Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones suprafisiológicas de testosterona en sangre	

4.4.1.2.8

Procedimientos quirúrgicos (24,37,116,177,183,197,199,201,203,204,205,207,210,216,217,218,219,220,221,227)

A continuación, se describirán los distintos procedimientos quirúrgicos que se realizan comúnmente en los procesos de feminización/masculinización en las personas trans* que así lo soliciten.

Es de suma importancia que el clínico tenga esta información para que pueda preguntar por los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados (o no) y poder realizar una correcta evaluación clínica. También es fundamental que se indague por procedimientos artesanales realizados al margen del sistema de salud.

TABLA 7**: Descripción de los procedimientos*** quirúrgicos más comunes en los procesos de feminización y masculinización

Proceso	Procedimiento	Descripción
Feminización	Vaginoplastia	Crear una vagina y una vulva que sean totalmente funcionales desde una perspectiva sexual y estética.
	Penectomía	Extirpación del pene que generalmente se realiza con la vaginoplastia
	Orquidectomía	Extirpación de los testículos para eliminar la producción de andrógenos
	Aumento mamario	Aumento del tamaño mamario por medio de la colocación de implantes
	Reducción tiroideocondroplástica	Reducción del cartílago tiroideo
	Feminización de voz	A través de diferentes técnicas se logra la feminización de la voz
	Feminización facial	Diferentes procedimientos que remodelan rasgos para que la cara se vea con proporciones femeninas
Masculización	Feminización corporal	Remodelación del cuerpo para dar una apariencia femenina
	Mastectomía con reconstrucción del pectoral masculino	Extirpación del útero y ovarios para eliminar la mayoría de la producción de estrógenos
	Histerectomía y Salpingo-ooforectomía	Disfunción hepática [transaminasas >3x más alta que el límite superior] Hiperlipidemia
Masculización	Metoidioplastia	Creación de genitales masculinos utilizando el clítoris aumentado. Puede o no tener neo uretra funcional.
	Faloplastia	Creación de un falo que se aproxima al tamaño del pene de un hombre cisgénero utilizando tejido de otras partes del cuerpo
	Uretroplastia	Es la creación del canal uretral a través del neo falo para facilitar la micción de pie. Generalmente se realiza o con la faloplastia o con la metoidioplastia
	Escrotoplastia	Es la creación de un escroto utilizando generalmente la piel de los labios mayores e implantes testiculares
	Masculinización corporal	Remodelación del cuerpo para dar una apariencia masculina
** Tabla adaptada de Goldstein et al [2017].		
*** Los autores que confirman estos procedimientos son [24,37,116,179,183,185,187,188,189,190,191,193,196,202,203,204,205,206,207,208,214]		
1.	El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos	
2.	Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones suprafisiológicas de testosterona en sangre	

4.4.1.3

Recomendaciones prácticas de confirmación del diagnóstico

Una vez realizado el proceso de evaluación de forma rigurosa e integral, debe emitirse o confirmarse el diagnóstico del/de la paciente. Para tener buenas prácticas en este aspecto es necesario lo siguiente:

4.4.1.3.1

Recomendación 1 :Observar más allá de los síntomas

Es clave que, luego de la valoración integral del/de la paciente, se pueda integrar la condición trans* como una variable importante dentro de su diagnóstico. A veces, el motivo de consulta puede ser un evento adverso del tránsito de género y, al no considerarlo en su complejidad, se puede dejar de lado información fundamental. Otras veces el tránsito no tiene ninguna relación con el motivo de consulta y, en este caso, será importante tenerlo en cuenta para saber qué medicamento es más oportuno recetar (si la persona está en TRH) o qué procedimiento es más adecuado realizar de acuerdo a la historia personal sin que se presenten interacciones medicamentosas.

Así, una buena práctica a la hora de confirmar el diagnóstico cuando la persona trans* no viene por asuntos relacionados con su tránsito de género, es sopesar aspectos relacionados con el tránsito con los síntomas por los que consulta. De esta manera, se complejizan los cuadros con los que llega el/la paciente, y no se diagnostica solo a partir de un síntoma puntual. Es importante realizar estas correlaciones entre síntomas aislados y los tránsitos de género, ya que es necesario que las personas puedan decidir de forma informada sobre sus cuerpos y sobre los pasos a seguir en su proceso de tránsito.

4.4.1.3.2

Recomendación 2 (25,183): Explicar el diagnóstico al/a la consultante

Explicar, de manera clara y sencilla, el diagnóstico a la persona es clave para fortalecer la alianza terapéutica construida durante el proceso de evaluación. Si se mantiene una comunicación fluida y sin tecnicismos con el/la paciente, se puede ganar un/a aliado/a para implementar el tratamiento de manera exitosa y eficiente. Adicionalmente, es clave que las personas trans* sepan los efectos, positivos y negativos, que puede o no estar teniendo el tránsito de género en sus cuerpos para que puedan tomar decisiones informadas.

El proceso de diagnóstico resulta problemático por varias razones, de las cuales sobresalen tres. Primero, el diagnóstico de disforia de género parte de una visión binaria sobre el género y sobre lo que se asocia con un hombre o una mujer cisgénero. Segundo, esto lleva a una evaluación de si la persona se identifica con la mayoría de ideas socialmente “aceptadas” sobre lo que significa ser un hombre o una mujer. Finalmente, esto constituye una barrera en el acceso a servicios de salud de personas trans* que no pueden o quieren ser encasilladas en esas categorías, por ejemplo, alguien que no desee realizarse una cirugía de reasignación.

Un médico psiquiatra todo el tiempo me está increpando con preguntas como: ¿Usted qué es lo que le hace hombre?, ¿Pero usted plancha?, pero ¿a usted le gustan los carros? Y todas sus preguntas van enfocadas hacia estereotipos de género.

[persona trans, Bogotá]

Al 38,8% de las personas encuestadas no se les ha realizado exámenes de laboratorio para su seguimiento.

4.4.1.4

Recomendaciones prácticas de confirmación del diagnóstico cuando la demanda está relacionada con el tránsito de género

Luego de la valoración integral del/de la paciente, es importante:

4.4.1.4.1

Recomendación 1 (183): Informar al paciente acerca del diagnóstico de incongruencia de género.

Es imperioso explicar a el/la consultante qué implica su diagnóstico, informándole que está relacionado con una condición de su salud sexual. Es importante que le aclare que no es un trastorno mental ni una patología orgánica y que, por consiguiente, no está relacionado con una enfermedad, sino que presenta una condición que algunas veces demanda el SGSSS para garantizar la atención y el acompañamiento. Esto contribuye a la despatologización de la identidad trans.

4.4.1.4.2

Recomendación 2 (36,39): Emitir el diagnóstico de incongruencia de género (HA60)

Una vez el/la prestador/a haya realizado la correcta valoración integral, debe codificar, de acuerdo al CIE vigente, la variación en el género. Mientras esté vigente el CIE 10, el diagnóstico asignado será F64; cuando entre en vigor el CIE 11, debe emitirse el diagnóstico de incongruencia de género (AH60). No obstante, no debe esperarse a la expedición de esta última edición, pues debe asumirse la apuesta conceptual del CIE 11 frente a las variaciones de género que son comprendidas como una condición y no como una patología, como parte de la humanización en el trato en salud a las personas trans*.

El/la prestador/a primario/a puede emitir el diagnóstico de incongruencia de género, sin necesidad de remitir a la persona a psiquiatría o psicología, ya que al no ser una patología psiquiátrica no se requiere de dichos profesionales para su diagnóstico correspondiente.

Además de lo anterior, como alternativa al diagnóstico psicológico y como opción recomendada, se encuentra el consentimiento informado del que se ha hablado a lo largo de este documento, mediante el cual la persona trans* toma la decisión, informada, de someterse o no a procedimientos relacionados con su tránsito de género.

En las consultas relacionadas con la construcción de identidad, se observa que no solo existen prejuicios en la prestación del servicio, sino que hay un desconocimiento generalizado sobre las vivencias trans*. Esto hace que, en algunas ocasiones, se experimente sobre los cuerpos de las personas trans, sin fundamento ético o científico que sustente dichas prácticas.

“el médico no conoce la realidad trans hasta que no se le presente un trans en el consultorio. Y, entonces, lo agarran a uno de conejillo de indias, a probar con uno como a ver si este te sirve o no te sirve y de hecho a veces hacen preguntas que nos hacen sentir a nosotros incómodos como si usamos paquete o no o cómo nos vendamos el pecho.”
[persona trans, Barranquilla]

4.4.1.5

Recomendaciones prácticas al inicio del tratamiento

El inicio del tratamiento es un momento clave del proceso, pues es donde se plantean las propuestas terapéuticas para el manejo de los diferentes motivos de consulta. Los lineamientos para la humanización de la práctica clínica con personas trans* son los siguientes:

4.4.1.5.1

Recomendación 1: Enfocarse en el campo de experticia

Es importante tener claro el rol que se juega dentro de la ruta integral de atención en salud. Así, el tiempo de la atención debe invertirse de la manera más efectiva y eficiente posible para lograr una atención integral. Es sumamente importante que el/la profesional solamente se enfoque en su campo de experticia. Esto implica que es necesario abstenerse de dar opiniones personales sobre el tránsito de género.

4.4.1.5.2

Recomendación 2 (25): Reconocer que existen diferentes construcciones corporales e identitarias

Es necesario comprender que existen diferentes construcciones de cuerpos, identidades y formas de habitar el mundo. El/la profesional de la salud debe reconocerlas, respetarlas y acompañarlas. Dadas las complejidades de los procesos de tránsito, conocer de uno o dos procesos no configura experticia en el tema. Por lo tanto, se requiere abrir un espacio de confianza para poder hablar de los malestares y deseos de la persona con el fin de llevar a cabo una evaluación cuidadosa y consciente de las realidades individuales. Así, fundar la evaluación clínica en uno o dos casos de personas trans* que se conozcan de primera mano o referidos por otro profesional no es una práctica adecuada para la atención de personas trans*.

4.4.1.5.3

Recomendación 3 (183): Vincular al/a la paciente

El cuidado es una de las cuatro estrategias fundamentales para la atención integral en salud en Colombia. Por tanto, es muy importante que se vincule al/a la paciente en el plan de tratamiento que se proponga para manejar el motivo de consulta, comprendiendo al/a la paciente no como un ser aislado y descontextualizado, sino situando sus vivencias en un contexto familiar, social, cultural, político y económico determinado. Al vincular al/a la paciente y a su red de apoyo a los planes de tratamiento se aumentan las posibilidades de adherencia terapéutica2.

4.4.1.5.4

Recomendación 4 (25): Poner los avances científicos a disposición del/de la paciente

Para proponer el mejor tratamiento posible, de acuerdo a la evidencia científica disponible hasta el momento, es importante recordar que los cuerpos de las personas trans* no requieren modificaciones paliativas para alcanzar un “ideal” cisgénero, sino que presentan realidades diversas que deben ser comprendidas, intervenidas y tratadas con la particularidad, especificidad y experticia que les dignifique. Debido a este entramado de variables, factores y procesos resulta necesario contar con todos los avances científicos que estén disponibles en Colombia a la hora de formular los diferentes esquemas de tratamiento.

Al requerir asistencia médica por los efectos secundarios derivados de las intervenciones corporales artesanales, las personas, en muchas ocasiones, no encuentran personal médico receptivo o dispuesto a atenderlas.

“El personal médico de salud y el personal en general de salud tiende a juzgar eso. No pero es que quién la manda. Usted solita se metió en eso. Y esto es un ciclo, las personas trans no pueden acceder al sistema de salud entonces acuden a intervenciones artesanales pero no pueden entrar al sistema de salud.”

[mujer trans, Cali]

4.4.1.6

Recomendaciones prácticas de inicio del tratamiento cuando la demanda está relacionada con el tránsito de género

Para tener buenas prácticas en materia de la formulación del tratamiento para una persona que consulta específicamente por su tránsito de género es necesario:

4.4.1.6.1

Recomendación 1 (183): Coordinarse con el paciente

Coordinarse con el/la consultante implica entender sus necesidades, su contexto y su momento vital. Implica poder reconocer a la persona que consulta y no propiciar intervenciones desde la presión o desde la obligatoriedad. Ningún profesional de la salud podrá persuadir a una persona trans* para que se hormone o deje de hacerlo, o para que realice un procedimiento quirúrgico o no lo haga. Estas decisiones son responsabilidad de la persona y no del/de la profesional de la salud. Este tipo de prácticas van contra la humanización de la práctica clínica con las personas trans*. Para coordinarse con el/la consultante es importante que: a) se le pregunte a la persona trans* qué necesita en su proceso de tránsito; b) reconocer los miedos de las personas trans* como parte de

su condición humana y no como una amenaza para el tránsito de género; c) brindar soluciones y posibilidades más que un camino único; d) reconocer que la construcción de la identidad es un proceso que requiere tiempo y en el cual están vinculados muchos actores y no solamente el/la consultante.

4.4.1.6.2

Recomendación 2 (25,187): No solicitar el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de identidad de género para empezar la (TRH)

Recomendación 2 (25,187): No solicitar el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de identidad de género para empezar la (TRH)
Una práctica clínica adecuada en este sentido es reconocer el CIE 11 y actuar de acuerdo a éste, entendiendo que la incongruencia de género no es una patología psiquiátrica ni una patología orgánica, sino una condición que requiere el SGSSS para ser manejada. Esto incluso en momento en los cuales aún se encuentre vigente el CIE 10.

4.4.1.4.3

Recomendación 3 (25,183): Informar al/la consultante sobre las diferentes formas de manejo por las que puede optar y acordar con el/la consultante el mejor tratamiento o las variaciones en el mismo.

Es importante informar a la/el consultante acerca de los diferentes tipos de intervenciones por los que puede optar. Si es necesario, se puede entregar material escrito, en lenguaje sencillo, que facilite el proceso de toma de decisión sobre su tránsito de género. También es clave ayudar a resolver las dudas que tenga sobre las hormonas, los procedimientos quirúrgicos, procesos alternativos y demás, con el fin de que la persona trans* no busque esta información en fuentes desactualizadas o informales.

Es necesario que, para plantear un tratamiento a el/la consultante, se tenga en cuenta las necesidades, las creencias, los deseos y las posibilidades con las que la persona cuenta. Así mismo, es necesario que se acuerde con el/la consultante los diferentes requerimientos para implementar el tratamiento que se le está proponiendo.

4.4.1.4.4

Recomendación 4 (25,183): Informar a el/la consultante detalladamente sobre el tratamiento propuesto.

Es fundamental brindar toda la información que se considere relevante para que el/la consultante pueda tomar una decisión de manera informada. Es importante que se le informe sobre

En las consultas relacionadas con la construcción de identidad, se observa que no solo existen prejuicios en la prestación del servicio, sino que hay un desconocimiento generalizado sobre las vivencias trans*. Esto hace que, en algunas ocasiones, se experimente sobre los cuerpos de las personas trans, sin fundamento ético o científico que sustente dichas prácticas.

“El médico no conoce la realidad trans hasta que no se le presente un trans en el consultorio. Y, entonces, lo agarran a uno de conejillo de indias, a probar con uno como a ver si este te sirve o no te sirve y de hecho a veces hacen preguntas que nos hacen sentir a nosotros incómodos como si usamos paquete o no o cómo nos vendamos el pecho.”

[persona trans, Barranquilla]

los efectos deseables y adversos del procedimiento que se le está proponiendo, los riesgos asociados a dicho procedimiento, y los tiempos esperados para que el tratamiento tenga efecto. Si se va a ordenar algún medicamento, hay que informar sobre las sustancias disponibles y sus diferencias, así como la función de dichas sustancias dentro del tratamiento propuesto.

4.4.1.4.5

Recomendación 5: Informarle a el/la consultante detalladamente sobre los procedimientos quirúrgicos.

Si parte del tratamiento propuesto incluye procedimientos quirúrgicos, es importante que se le informe a el/la consultante sobre su experiencia llevando a cabo estos procedimientos con personas trans*. Es recomendable mostrar fotos o videos de procedimientos quirúrgicos (similares al que se realizaría) que el/la tratante haya realizado a personas trans*. Es necesario informar sobre el número de procedimientos quirúrgicos que se han llevado a cabo y

sobre el porcentaje de error que se maneja en procedimientos quirúrgicos similares con personas trans*. Además, hay que informar que la obligación es de medio y no de resultado y, por tanto, no se puede garantizar un resultado específico.

Si va a realizar un procedimiento quirúrgico, es fundamental tener en cuenta los derechos sexuales y reproductivos del/de la paciente. En este sentido, se debe informar sobre aspectos relacionados con la procreación, la sensibilidad, el funcionamiento sexual, la morfología y fisiología final, entre otros aspectos relativos a estos derechos. Es necesario que se contemple que una información errada o insuficiente en este aspecto puede violar los derechos sexuales y reproductivos del/la consultante, e inducir a tomar una decisión desinformada, violando también los presupuestos del consentimiento libre al que tienen derecho las personas trans*.

4.4.1.4.6

Recomendación 6 (25,31,183,186,187,229,231): Estudiar, explicar y firmar con el/la consultante el consentimiento informado

Para que una persona pueda acceder a TRH es necesario que firme el consentimiento informado del tratamiento propuesto. Su firma se dará una vez el/la consultante tenga pleno conocimiento de los efectos del tratamiento en diferentes dimensiones. La firma del consentimiento informado no es un trámite más, sino el mecanismo mediante el cual se garantiza el derecho a la autonomía y se hace corresponsable al/la consultante, de tener pleno conocimiento del tratamiento que está a punto de recibir, y del rol que en este juega la persona profesional en salud.

4.4.1.7

Recomendaciones prácticas de intervención integral de factores de riesgo

Dentro del SGSSS, muchas veces las EAPB son las primeras en tener contacto con las personas trans*. Por esta razón, es muy importante que cada una cuente con ciertas prácticas fundamentales que le permitan articularse con la red de servicios de manera eficaz y eficiente para:

4.4.1.7.1

Recomendación 1: Plantear un plan de protección específico

Una vez se identifique los riesgos puntuales de acuerdo a la gestión integral del riesgo que se realice a nivel general para esta población, es necesario que se le plantee al/la consultante

una propuesta de protección específica, teniendo en cuenta sus circunstancias particulares. Debe informársele al/a la paciente sobre la importancia del autocuidado y la responsabilidad que tiene sobre su propia salud, para así manejar adecuadamente los riesgos que implican el proceso de tránsito. Es importante que este plan contemple:

4.4.1.7.1.1

La promoción de la adopción de prácticas de cuidado para la salud

- Cuáles son las prácticas de cuidado con la hormonación y los efectos que pueden tener las modificaciones en las posologías o las concentraciones de los medicamentos utilizados en la TRH;
- La lista de interacciones medicamentosas que podrían interferir con las sustancias que consume actualmente por tránsito de género.
- Los beneficios del ejercicio físico en los tránsitos de género
- Las formas como se puede proteger el hígado a través de la alimentación.

4.4.1.7.1.1

La educación en derechos sexuales y reproductivos. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva incluye como mínimo los siguientes aspectos:

1. Educación en derechos sexuales y reproductivos
2. Salud sexual de calidad.
3. Métodos anticonceptivos.
4. Interrupción voluntaria del embarazo en aquellos casos que lo permite la jurisprudencia.
5. Atención de gestación, parto y lactancia.
6. Prevención y tratamiento de enfermedades de los aparatos reproductores.

4.4.1.7.2

Recomendación 2: La promoción de la alimentación saludable

Además de los criterios importantes para el resto de la población, la alimentación saludable es clave para las personas trans* que

están en TRH, pues el hígado es uno de los órganos más afectados por el tránsito y puede cuidarse adecuadamente a nivel nutricional. Así, es fundamental promover la alimentación saludable, y crear mecanismos de protección de los diferentes órganos del cuerpo por medio de ésta. Es importante que las personas trans*, que están en TRH, conozcan qué alimentos y que prácticas recargan el hígado u otros órganos, con el fin de que puedan decidir qué estilo de vida quieren llevar a propósito del tránsito de género, con pleno conocimiento de los riesgos de hacerlo.

4.4.1.7.3

Recomendación 3: La promoción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales

El tránsito de género no se puede realizar en solitario ni de manera aislada, ya que impacta muchas esferas de la vida; por eso es importante proveer estrategias de afrontamiento ante las vicisitudes que se puedan presentar en este proceso. Este acompañamiento es fundamental pues, como ya se ha mencionado, la identidad no está fijada ni anclada en el cuerpo, sino que es algo que se construye en la medida que las personas interactúan con su entorno. De esta manera, es importante acompañar a las personas trans* en la construcción integral de su identidad, de acuerdo a sus capacidades y recursos.

4.4.1.7.4

Recomendación 4 (25,183): Realizar consultas de apoyo familiar y de pareja

El tránsito de género no es un proceso exclusivamente individual, pues impacta todas las relaciones que establece la persona trans* con el mundo. Por esto es importante brindar un acompañamiento a la familia y a la pareja de la persona trans* que acude a consulta. El objetivo es evaluar el grado de apoyo y comprensión de la situación y, de ser necesario, derivar a los profesionales competentes para que puedan realizar un adecuado acompañamiento del proceso a nivel familiar. Contemplar a la familia y a la pareja dentro de los tránsitos de género es un factor protector para la persona que transita y es una manera de realizar un manejo integral de los riesgos asociados a los tránsitos de género.

4.4.1.7.4

Recomendación 5 (25,183): Canalizar a redes sociales, comunitarias y grupos de apoyo

Existen diferentes organizaciones sociales y comunitarias que brindan atención, apoyo y soporte a personas trans*. Como parte del manejo integral de los factores de riesgo es una buena práctica

En muchas ocasiones, por la discriminación que sufren, las personas trans no tienen contacto con sus familiares. Por esto es fundamental tener en cuenta las redes de afecto y las organizaciones de base comunitaria que acompañan y guían los procesos de tránsito.

...muchas de las personas trans han sido alejados de sus familias, por cualquier motivo. Entonces las redes comunitarias son esas que vienen a convertirse en familia. Son esas personas que te dan apoyo, que te guían, que te ayudan a transitar. Están ahí. Por eso es importante fortalecer las redes comunitarias. Porque a la larga, como personas trans, hay muchos temas que, aunque queramos, no los vamos a tocar con nuestras familias. Tengamos la relación que tengamos. Porque ellos no van a vivir, no sienten como nosotros. En cambio, una persona trans sí tiene las mismas vivencias.

[persona trans, Cali]

Estas organizaciones, de base comunitaria, pueden ayudar a que el contacto con el Sistema de Salud sea más cercano y tenga más incidencia, pues acompañando los procesos y aconsejando pueden garantizar que la interacción paciente-Sistema sea más armónica.

“...si sabemos poner una queja, nos van a tener que responder formalmente; desconocemos qué implican las quejas para las EPS. Por ejemplo, en certificados de calidad, entre más quejas más difícil alcanzar las acreditaciones. La organización social tiene un papel muy importante en empoderar en cómo se redacta una queja, coger el nombre, tratar de explicar, es decir, llevar unas pautas.”

[persona trans, Bogotá]

tener conocimiento de estas organizaciones a nivel local, regional y nacional, para realizar la remisión de las personas a dichas redes sociales, como parte del soporte social, cuando sea necesario. También es importante tener información sobre los diferentes grupos de apoyo para personas trans*, con el fin de canalizar a las personas a estos grupos cuando sea oportuno.

4.4.1.8

Recomendaciones prácticas de referencia (179,187)

Es importante utilizar la referencia cuando se evidencie alguna alteración de la salud de persona, o por solicitud de quien consulta, si es pertinente desde el punto de vista profesional.

4.4.1.8.1

Cuando consultan por aspectos no relacionados con el tránsito de género

Cuando una persona trans* consulte por aspectos que no están relacionados con su tránsito, debe realizarse la referencia necesaria para atender el motivo de consulta. Este proceso debe socializarse con y explicarse al/a la paciente; en ningún caso puede ser un proceso impositivo, sin argumentación científica que lo sustente. Las personas necesitan saber cuál va a ser la función del/de la profesional al quien lo/a van a remitir y en qué va a poder contribuir a su situación actual de salud. Para muchas personas trans*, el proceso de referencia genera ansiedad y desgaste pues, por falta de articulación en los sistemas de información, se ven en la

Existen diferentes organizaciones sociales y comunitarias que brindan atención, apoyo y soporte a personas trans*. Como parte del manejo integral de los factores de riesgo es una buena práctica tener conocimiento de estas organizaciones a nivel local, regional y nacional, para realizar la remisión de las personas a dichas redes sociales, como parte del soporte social, cuando sea necesario. También es importante tener información sobre los diferentes grupos de apoyo para personas trans*, con el fin de canalizar a las personas a estos grupos cuando sea oportuno.

necesidad de explicar nuevamente su historia de vida y su identidad de género a un/a nuevo/a profesional de la salud con cada remisión. Para evitar esta situación, una buena práctica es, para cualquier remisión, interna o externa, adjuntar un resumen de la historia clínica para que el/la profesional que recibe la remisión tenga un panorama inicial de la situación y pueda realizar su propia valoración con esta base; es fundamental no olvidar en este punto la mención al nombre y pronombres identitarios.

4.4.1.8.2

Cuando consultan por aspectos que están relacionados con el tránsito de género

Las especialidades a las que más se remite una persona trans* cuando decide realizar su tránsito de género o estando en tránsito para consultar por este motivo son:

4.4.1.8.2.1 ■

Psicología/psiquiatría (24,25,67, 183,229,230,232,233,234,235):

Es importante tener claros los criterios de remisión a estas especialidades; primero si es necesaria una evaluación por psicología y, luego, si dicho/a profesional lo considera, realizar la remisión a psiquiatría. Ninguna persona trans* podrá ser remitida a psiquiatría solo por ser trans*, ya que la incongruencia de género es considerada una condición relacionada con la salud sexual y no un trastorno mental. Este punto es clave para contribuir, como se ha mencionado anteriormente, en la despatologización de las identidades diversas.

41.9% El 41,9% de las personas encuestadas afirmó haber sufrido algún tipo de agresión por parte de profesionales al acceder a un servicio de psiquiatría o psicología.

Para las personas participantes en los grupos focales, los y las profesionales en psicología y psiquiatría deben cumplir un rol de acompañamiento y orientación durante el proceso de tránsito, no de diagnosticar, encasillar o etiquetar. Algunas personas recibido este tipo de acompañamiento.

“En mi experiencia yo duré casi dos años con la psicóloga. Pero porque (...) te orienta. Entonces qué te dice. Cuando llegué con ella no entendía que era lo que me pasaba. Pero en el acompañamiento que tuve con ella, yo me di cuenta lo que verdaderamente sentía con respecto a mí. Y ahí fue cuando yo empecé a investigar junto con ella. A aclarar esas dudas que yo tenía al respecto (...) Entonces para mí sí es importante, sobre todo para una persona que esté apenas descubriendo. Ya cuando uno está más claro, se vuelve es como un seguimiento que mira cómo vas, que debería seguir.”

[persona trans, Cali]

El acompañamiento psicológico para las personas trans* es deseable y es de gran importancia en el proceso de tránsito, pero en ningún caso puede ser condicionante ni requisito obligatorio para realizar el tránsito de género. Para que el proceso psicológico tenga un impacto positivo en el bienestar de la persona trans*, es necesario que esté de acuerdo con la derivación a psicología. El acompañamiento psicológico no solo puede ser útil para la persona que consulta, sino también puede ser útil para la pareja y la familia del/de la paciente; sin embargo, la asesoría de pareja o familiar tampoco debe ser un proceso obligatorio.

Además de las prácticas recomendadas para el prestador primario, las buenas prácticas para los/as profesionales de la salud mental que atiendan a personas trans* tienen que ver principalmente con la definición del rol específico que cumplen dentro del proceso de tránsito. La función de los/as prestadores/as de servicios de salud mental no es diagnosticar la identidad de las personas trans*, ni tampoco verificar o descubrir si la persona es “realmente trans*”. Por el contrario, su función principal es acompañar un proceso de “reivindicación de una corporalidad que interactúa en un mundo y que a cada paso inicia un diálogo dinámico con ese universo circundante”(232,233). Adicional a esto resulta fundamental realizar una exploración de los efectos deseados que la persona espera que ocurran en su cuerpo, las expectativas a futuro, el conocimiento de la persona de los efectos reversibles y no reversibles, etc.

Además, una buena práctica es tener presente el concepto de estrés de minorías, ya que muchas personas trans* pueden presentar alteraciones en su salud mental producto del estrés que les produce el estigma social y la discriminación al ser miembros de una (ver apartado de salud mental en marco conceptual)

4.4.1.8.2.2

Endocrinología

Lo/as endocrinólogo/as cumplen una función muy importante en la vida de las personas trans*, al ser quienes, generalmente, tienen una relación más directa con ellas. Así, además de las consideraciones importantes para los/as prestadores/as primarios, es importante que los/as endocrinólogos/as tengan en cuenta que su deber y responsabilidad de realizar evaluaciones más complejas, con el fin de lograr detecciones tempranas de diferentes patologías. Para tal fin, es clave que puedan indagar sobre el estilo de vida de la persona, su contexto social, sus tensiones personales, familiares y sociales, dentro del marco de la confidencialidad y el respeto, y no solamente tratar el cuerpo o monitorear los niveles hormonales; de esta forma se reconoce a las personas trans* como seres bio-psico-sociales que requieren intervenciones complejas y sistémicas.

Para la TRH unas buenas prácticas son:

Se entiende y se destaca la importancia del acompañamiento por parte de profesionales de salud y de otro tipo de valoraciones.

El tema es que si el diagnóstico se vuelve la garantía del derecho es allí donde está el problema y donde yo no quisiera soltar la patología. Si no fuera necesario que te dijeran: usted tiene esta enfermedad entonces tiene derecho a las hormonas, cirugías para los senos, para otras cirugías, entonces es hasta qué punto el diagnóstico se vuelve necesario y cómo se da. Si es que ahí está el problema: a las personas Trans las valora un psiquiatra y un psicólogo, pero no las valora un trabajador social y yo pienso que es más importante y más de peso, o sea debería tener tanto peso la evaluación de un trabajador social. Porque es que en muchas ocasiones se quedan con el trasfondo de la disforia de género, pero no conocen por ejemplo cuáles son las realidades en la casa.

[persona trans, Cali]

Los grupos focales señalaron, respecto al diagnóstico, la falta de conocimiento o sensibilidad de lo/as profesionales al momento de atender a una persona trans. Dicho desconocimiento puede resultar en una barrera de acceso a los servicios de salud o en una discriminación a la persona por su identidad de género.

“Duré ocho meses hablando con un psiquiatra, y el psiquiatra le daba vueltas y le daba vueltas al asunto y no me tomaba en serio. Y yo, incluso, lo que me parecía terrible era que yo le decía: – Oiga, yo vine a hablar de esto. – No venga, primero hablemos de su familia. Segunda cita: – Oiga, yo vine a hablar de mí tema trans, yo quiero empezar mi proceso yo llevo ocho años dejando de hacer esto y vivo muy mal por eso. Por favor tómeme en serio. Y fueron ocho meses así, hasta que yo me di cuenta que evidentemente él no quería hacer las cosas y que no me quería dar el diagnóstico para poder acceder a las hormonas).
[persona trans, Bogotá]

4.4.1.8.2.2.1 Recomendación 1 (25,187): No solicitar el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de identidad de género para empezar la (TRH).

4.4.1.8.2.2.2 Recomendación 2 (62, 205): Realizar un seguimiento periódico de acuerdo a la TRH administrada

4.4.1.8.2.2.2.1 Para personas que están en TRH y desean masculinizarse (62, 205)

1. Evaluar al/a la paciente cada 2 o 3 meses en el primer año y luego una o dos veces al año para monitorear los signos apropiados de virilización y para detectar el desarrollo de reacciones adversas.
2. Medir la testosterona en suero cada 3 meses, hasta que los niveles estén en el rango fisiológico normal:
 - a. Para las inyecciones de enantato de testosterona, el nivel de testosterona debe medirse en la mitad del periodo entre las inyecciones. El nivel objetivo es de 400-700 ng / dL. Adicional a esta medición, es necesario medir los niveles de pico y mínimo para asegurar que los niveles permanecen en el rango normal de los hombres cisgénero.
 - b. Para el undecanoato de testosterona, el nivel de testosterona se debe medir justo antes de la siguiente inyección. Si el nivel es 400 ng / dL, debe ajustarse el intervalo de dosificación.
 - c. Para la testosterona transdérmica, el nivel de testosterona se debe medir en cualquier momento después de una semana de la aplicación diaria (al menos 2 h después de la aplicación).

Nota: Durante los primeros 3 a 9 meses de tratamiento con testosterona, los niveles totales de testosterona pueden ser altos, aunque los niveles de testosterona libre sean normales. Esto se debe a los altos niveles de la globulina transportadora de las hormonas sexuales en algunas personas.

3. Medir los niveles de estradiol durante los primeros 6 meses de tratamiento con testosterona o hasta que no haya sangrado uterino durante 6 meses.
4. Medir el recuento sanguíneo completo y las pruebas de función hepática cada 3 meses durante el primer año y, luego, 1-2 veces al año.
5. Monitorear el peso, la presión arterial, los lípidos, la glicemia en ayunas (si tiene antecedentes familiares de diabetes) y la hemoglobina A1c (si tiene diabetes) en visitas regulares.

- 6. Las pruebas de densidad ósea se deben realizar en aquellos/as pacientes que suspenden el tratamiento con testosterona, no son compatibles con la terapia hormonal o presentan factores de riesgos para la pérdida ósea (antecedentes familiares, fracturas previas, uso de corticoides, etc). En individuos de bajo riesgo, la detección de la osteoporosis se debe realizar a los 60 años de edad.
- 7. Si el tejido cervical está presente, el Papanicolaou de rutina es recomendado por las organizaciones profesionales.
- 8. Realizar exámenes de mama anuales sub y periareolares si se realiza una mastectomía. Si la mastectomía no se realiza, ordenar mamografías como lo recomiendan las organizaciones profesionales.

4.4.1.8.2.2.2.2 Para personas que están en TRH y desean feminizarse (62, 205)

- 1. Evaluar al/a la paciente cada 2 o 3 meses en el primer año y, luego, 1 o 2 veces al año para monitorear los signos apropiados de feminización y para detectar el desarrollo de reacciones adversas.
- 2. Medir la testosterona total y el estradiol en suero cada 3 meses.
 - a. Los niveles de testosterona total deben ser menores que 55 ng / dL.
 - b. El estradiol no debe exceder el pico para jóvenes cisgénero sanas que es 200 pg / ml.

Nota: Las dosis de estrógeno deben ajustarse de acuerdo con los niveles de estradiol.

- 3. Para individuos que toman espironolactona, los electrolitos (especialmente potasio) deben ser monitoreados cada 2 o 3 meses inicialmente durante el primer año (o después de los cambios de dosis) y después deben ser monitoreados anualmente.
- 4. Se recomienda realizar exámenes de detección de cáncer de rutina para hombres cisgénero en los pechos, el colon y la próstata.
- 5. Las pruebas de densidad ósea se deben realizar en aquellos/as pacientes que suspenden el tratamiento con estrógenos, no son compatibles con la terapia hormonal o presentan factores de riesgos para la pérdida ósea (antecedentes familiares, fracturas previas, uso de corticoides, etc). En individuos de bajo riesgo, la detección de la osteoporosis se debe realizar a los 60 años de edad.

Dependiendo del tipo de cobertura en salud con la que se cuenta y de la disponibilidad de la persona que presta el servicio, se empieza una TRH, bajo la supervisión médica.

“...el endocrino me dijo no listo, vamos a empezar el tratamiento. Te vas a hacer estos exámenes y me los vas a traer después que te los hagas y ahí vemos si vamos a dar luz verde para iniciar. Me los hice, todo salió bien. Empecé las hormonas el 6 de abril del año pasado.”
[persona trans*, Barranquilla]

Sobre la asesoría médica, se menciona que los chequeos no son constantes y mucho menos las dosis.

Al 38,8% de las personas encuestadas no se les ha realizado exámenes de laboratorio para su seguimiento.

4.4.1.8.2.2.3 Recomendación 3: Revisar los avances científicos periódicamente

Es importante revisar periódicamente las revistas y demás literatura científica, para estudiar y comprender los más recientes avances en materia de salud para personas trans*, pues los estudios internacionales presentan avances significativos cada año. No sólo no es ético sino que puede ser perjudicial para quien consulta, la intervención con protocolos obsoletos o desactualizados.

4.4.1.8.2.3 Cirugía plástica/otorrinolaringología/ urología/ginecología.

Lo/as cirujano/as plástico/as, lo/as urólogo/as, lo/as otorrino/as, lo/as ginecologo/as son actores que intervienen, generalmente, en fases avanzadas de los procesos de tránsito. Muchas veces, su función principal es quirúrgica, reconstruyendo órganos y devolviéndoles su funcionalidad. Además de las consideraciones de buenas prácticas que deben seguir para intervenir a cualquier persona cisgénero, para el tratamiento de personas trans* unas buenas prácticas son:

4.4.1.8.2.3.1 Recomendación 1: Cuestionar los paradigmas propios

Cuestionar los paradigmas propios es muy importante antes de realizar un procedimiento quirúrgico a cualquier persona trans* mantener la idea de que las personas trans* están en el cuerpo equivocado, o que los procedimientos quirúrgicos son la única forma de “aliviar” su malestar es una falacia que desconoce las dimensiones interaccionales del género y que ancla en el cuerpo el malestar, como si éste fuera el único escenario para la construcción identitaria.

4.4.1.8.2.3.2 Recomendación 2: Reconocer la existencia de cuerpos trans*

Es muy importante que se reconozca la existencia de cuerpos trans* y que no se intente “normalizar” estos cuerpos con los parámetros cisgénero existencias. Las experiencias de vida trans* son diversas y tienen muchos matices. Por lo tanto, no todas las persona quieren llegar al mismo fin; para muchas, sus propios tránsitos, más que llegar a un destino final concreto, se significan como un viaje que disfrutan y valoran enormemente. Ofrecer los diferentes procesos quirúrgicos como si fueran absolutamente necesarios no es una buena práctica, ya que el efecto que esto podría tener en las personas trans* es elevar el malestar en zonas, regiones y realidades del cuerpo en las que antes no estaba presente.

4.4.1.8.2.3.3 Recomendación 3 (183): Solicitar los requisitos que exigiría para cualquier persona cisgénero

Solicitar más requisitos de los que solicitaría para una cirugía similar a una persona cisgénero es una barrera de acceso que usualmente se le impone una persona trans*. Una buena práctica es reconocer si los requisitos adicionales que se están solicitando se desprenden del estigma social o de prejuicios sexuales, y no de fundamentos científicos o legales.

4.4.1.8.2.3.4 Recomendación 4 (183): Informar al/a la consultante

El/la consultante necesita tener conocimiento sobre muchas variables antes de someterse a un proceso quirúrgico. Es una buena práctica que se le informe acerca de la experiencia en atención a personas trans*; por ejemplo, compartir el número de cirugías que ha realizado en personas trans* y su porcentaje de error en este tipo de procedimientos. Además, debe informársele los efectos del procedimiento en: a) el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; b) la relación con su cuerpo; c) posibles efectos no deseados; d) variaciones esperadas en el resultado estético final; e) variaciones esperadas en el resultado funcional del procedimiento. Además, es necesario acompañar al/la consultante a tomar una decisión informada y sin presiones (para mayor información al respecto, referirse a las recomendaciones prácticas para el prestador primario, especialmente el aparte sobre la idoneidad de la prestación del servicio de salud).

4.5 Consecuencias normativas de la violacion de derechos a personas trans*

4.5.1 Recomendación 1: Tener en cuenta las siguientes barreras de acceso y las consecuencias normativas de llegar a cometerlas.

A continuación, se presenta una tabla en donde se ponen en evidencia las principales barreras que encuentran las personas trans* en su acceso al SGSSS, cuando acuden por un asunto relacionado o no con su tránsito de género. Dichas barreras se identificaron durante el trabajo de campo llevado a cabo¹⁵. Resulta importante mencionar que cada una de estas encuentra una consecuencia normativa que se traduce en el hecho de que una barrera implica la violación de uno o varios derechos.

15 Ver introducción para conocer a mayor profundidad los detalles metodológicos.

Algunas intervenciones corporales que son llevadas a cabo por personal médico denotan una intervención mal hecha y, por consiguiente, con efectos secundarios graves.

“...entonces por efectos no esperados de una cirugía, a mi ex compañero casi se le cae un pezón en la recuperación, se le alcanzó a caer medio pezón.” [hombre trans, Bogotá]

Por otro lado, aunque la intervención haya quedado bien, salta a la vista que las personas no fueron informadas acerca de los efectos secundarios de una transformación corporal como, por ejemplo, una orquidectomía o de una vaginoplastia.

“...no tenía ni idea de que por ejemplo me tenía ahora que hormonizar de por vida, yo estaba convencida de que ya, fuera médicos, ya paró. O sea, a mí nadie me dijo “oye, después de... mira lo que viene” y te vas a pasar todo esto. Eso a mí digamos que me pareció un robo grandísimo, porque tampoco nadie me dijo que iba a subir de peso que tienes que controlar.” [hombre trans, Bogotá]

TABLA 10*: Principales barreras de acceso con las que se encuentran las peonas trans* y las respectivas consecuencias normativas.

Práctica	Ejemplos	Derechos vulnerados	Norma que protege este derecho	Consecuencias de la violación de este derecho
Discriminar a la persona a causa de su identidad de género.	-Decirle al paciente que su decisión de realizar un tránsito es errónea, con base en la religión, estigmas, prejuicios u otras creencias personales. -Negar la atención a un usuario/paciente por el hecho de ser trans*.	-Libre desarrollo de la personalidad. -Igualdad. -Dignidad.	-Constitución [artículos 1, 13 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 6, literal c]. -Ley de ética médica [Artículo 1, numeral 1 acerca del fin de la medicina de cuidar la salud sin distinción; artículo 2; 11 acerca del deber de apoyo a cargo del médico]. -Ley antidiscriminación [Artículo 3]. -Código Penal	-Se estaría incurriendo en el delito de actos de discriminación, que tiene una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos. -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina.
Desconocer la identidad de género de la persona trans*	-Nombrar al usuario/paciente en masculino cuando tiene una identidad femenina o viceversa. -Desconocer la decisión de la persona de ser llamada por determinado nombre y utilizando cierto pronombre/ negarse a corregir su nombre en sus datos de afiliación.	-Libre desarrollo de la personalidad. -Igualdad. -Dignidad.	-Constitución [artículos 1, 13 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 6, literal c acerca de la accesibilidad como elemento esencial de la salud]. -Ley antidiscriminación [Artículo 3]. -Código Penal [artículo 134a].	-Se estaría incurriendo en el delito de actos de discriminación, que tiene una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos.
Negarse a examinar a la persona trans* o examinarla de manera superficial por su identidad de género.	-Negarse a entrar en contacto físico con la persona trans* en los momentos en que esto es necesario para examinar su estado de salud.	-Salud. -Igualdad.	Constitución [artículo 13]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [artículo 1, numeral 1 acerca del fin de la medicina de cuidar la salud sin distinción; artículo 2 y 10 acerca del deber del médico de dedicar tiempo suficiente al examen del paciente]. -Ley antidiscriminación [Artículo 3]. -Código Penal [artículo 134a].	-Se estaría incurriendo en el delito de actos de discriminación, que tiene una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos. -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de
** Tabla de construcción propia				
1. Consejo de Derechos Humanos, “Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos degradantes, Juan E. Méndez”, A/HRC/22/53, párrafo 89[b].				

Práctica	Ejemplos	Derechos vulnerados	Norma que protege este derecho	Consecuencias de la violación de este derecho
Revelar la identidad de género del usuario/paciente sin su consentimiento o por fuera del marco profesional.	-Informar a lo/as demás pacientes en la sala de espera, al personal administrativo o a otro/as profesionales de la salud presentes que se está atendiendo a un paciente trans* [travesti, transgénero, transexual, etc.].	-Intimidad. -Igualdad.	-Constitución [artículo 13 y 15]. -Ley estatutaria de salud [artículo 10, literal k acerca de la intimidad como derecho y deber de personas relacionadas con la prestación de servicios de salud]. -Ley de ética médica [artículos 2 y 37 acerca del secreto profesional]. -Ley antidiscriminación [Artículos 3 y 4]. -Código Penal [artículos 134a, 134b y/o 418].	-Si quien revela la identidad ejerce funciones públicas, como la prestación de servicio de salud, podría incurrir en el delito de revelación de secreto que tiene como sanción una multa y la pérdida del empleo. -Se podría incurrir en los delitos de discriminación u hostigamiento por motivos de sexo, que tienen una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos
Revelar a terceros que se piensa practicar un examen de VIH a determinado paciente o develar los resultados de estos exámenes.	-Decir en voz alta cuando otras personas puedan escuchar, en la sala de espera, que ya están los resultados de la prueba de VIH de determinado/a paciente.	-Intimidad. -Igualdad.	-Constitución [artículos 1 y 15]. -Ley estatutaria de salud [artículo 10, literal k acerca de la intimidad como derecho y deber de personas relacionadas con la prestación de servicios de salud]. -Ley de ética médica [artículos 2 y 37 acerca del secreto profesional]. -Código Disciplinario Único [artículo 23, 34, numeral 1; artículo 35, numeral 1, acerca del incumplimiento de deberes por parte de funcionarios que ejercen funciones públicas como la prestación de servicios de salud]. -Ley antidiscriminación [artículo 4]. -Código Penal [Artículos 134b y 418].	-Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Se podría incurrir en el delito de hostigamiento por motivos de sexo, que tiene una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos -Si quien revela la identidad ejerce funciones públicas, como la prestación de servicio de salud, podría incurrir en el delito de revelación de secreto que tiene como sanción una multa y la pérdida del empleo. -El incumplimiento de los deberes de quien ejerce funciones públicas, puede acarrear como sanción desde una amonestación escrita hasta la destitución o inhabilidad general.
Asumir que persona trans* vive con VIH/ SIDA por el solo hecho de su identidad.	- Tratar al/la paciente con desconfianza al asumir que vive con VIH/SIDA por ser trans*. - Ordenar exámenes de VIH a la persona sin que exista un criterio clínico que lo respalde.	-Intimidad. -Igualdad.	-Constitución [artículos 1 y 13]. -Ley de ética médica [artículo 1, numeral 1 acerca del fin de la medicina de cuidar la salud sin distinciones]. -Ley antidiscriminación [artículo 3]. -Código Penal [artículo 134a]. -Código Disciplinario Único [artículo 23, 34, numeral 1; artículo 35, numeral 1, acerca del incumplimiento de deberes por parte de funcionarios que ejercen funciones públicas como la prestación de servicios de salud].	-Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Se podría llegar a incurrir en el delito de actos de discriminación, que tiene una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos. -El incumplimiento de los deberes de quien ejerce funciones públicas, como prestar servicios de salud, puede acarrear como sanción desde una amonestación escrita hasta la destitución o inhabilidad general.

Práctica	Ejemplos	Derechos vulnerados	Norma que protege este derecho	Consecuencias de la violación de este derecho
Limitar el acceso a los servicios de salud de una persona trans* por su identidad de género legalmente reconocida.	-Impedir que un hombre trans agende cita con un ginecólogo por el hecho de identificarse como hombre. -Expulsar a un/a usuario/a de la EPS por estar afiliado como persona de sexo femenino y haber realizado tránsito al género masculino [o viceversa].	-Salud. -Igualdad.	-Constitución [artículo 13]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [artículo 13 acerca del deber del médico de acudir a métodos a su alcance para restablecer la salud]. -Se podría incurrir en el delito de omisión de socorro. Código Penal [artículo 131].	-Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Si la vida del paciente se encontrara en grave riesgo y se negara el servicio, se estaría incurriendo en el delito de omisión de socorro, cuya pena es de 2 a 4 años de prisión.
Impedir o retrasar la afiliación al Sisbén o a las EPS.	-Pedirle a la persona más requisitos de los exigidos por la ley para afiliarla al Sisbén o EPS. -Exigir que la persona asista en repetidas a la entidad oca-siones para su afiliación, sin llevarla a cabo ni existir justa causa para este requisito adicional.	-Salud	-Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Código Disciplinario Único [artículo 23, 34, numeral 1; artículo 35, numeral 1, acerca del incumplimiento de deberes por parte de funcionarios que ejercen funciones públicas como la prestación de servicios de salud].	-El incumplimiento de los deberes de quien ejerce funciones públicas, como prestar servicios de salud, puede acarrear como sanción desde una amonestación escrita hasta la destitución o inhabilidad general.
Impedir que la persona trans* sea atendida por profesional médico especializado cuando así se requiera.	-Negarle a un/a paciente trans* consultar al endocrinólogo para que sea este profesional especializado quien evalúe el progreso de su tratamiento de reemplazo hormonal.	-Salud	-Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [artículo 20 acerca de la garantía que tienen los pacientes de elegir a su especialista de confianza]. -Código Disciplinario Único [artículo 23, 34, numeral 1; artículo 35, numeral 1, acerca del incumplimiento de deberes por parte de funcionarios que ejercen funciones públicas como la prestación de servicios de salud].	-Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -El incumplimiento de los deberes de quien ejerce funciones públicas, puede acarrear como sanción desde una amonestación escrita hasta la destitución o inhabilidad general.
Negar a una persona trans* un tratamiento o procedimiento necesario para la construcción de su identidad, sin justificación.	-Negar la práctica del procedimiento de mamoplastia a una mujer trans argumentando que es un procedimiento estético. -Negarse a realizar las cirugías o procedimientos porque el médico no está de acuerdo o va en contra de su "ética".	-Salud. -Seguridad social.	-Constitución [artículo 48]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2; artículo 6, literal c]. -Código Disciplinario Único [artículo 23, 34, numeral 1; artículo 35, numeral 1, acerca del incumplimiento de deberes por parte de funcionarios que ejercen funciones públicas como la prestación de servicios de salud] [caso a]. -Ley de ética médica [Artículo 3] [caso b].	-El incumplimiento de los deberes de quien ejerce funciones públicas, como prestar servicios de salud, puede acarrear como sanción desde una amonestación escrita hasta la destitución o inhabilidad general. -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina.
** Tabla de construcción propia				
1. Consejo de Derechos Humanos, "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos degradantes, Juan E. Méndez", A/HRC/22/53, párrafo 89[b].				

Práctica	Ejemplos	Derechos vulnerados	Norma que protege este derecho	Consecuencias de la violación de este derecho
Practicar un tratamiento a una persona trans* sin tener los conocimientos médicos/títulos de idoneidad necesarios.	-Practicar una mastectomía a un hombre trans o una reasignación genital a una mujer trans, sin tener la formación académica acerca de las particularidades que ésta tiene, al realizarse para la construcción de la identidad de género. -Utilizar el método de prueba y error para determinar el tratamiento apropiado para la persona.	-Libre desarrollo de la personalidad. -Salud. -Integridad personal. -Dignidad.	-Constitución [artículos 1, 11, 16 y 26]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2; artículo 6, literal d].	-Se podría ver comprometida la responsabilidad médica del profesional.
Practicar un procedimiento experimental a una persona trans* sin necesidad o sin su consentimiento informado.	-Practicar un tratamiento experimental sin que el /la paciente se encuentre en circunstancias excepcionales graves que lo ameriten. -No comunicarle al/la pacien-te que el tratamiento que se le propone es experimental u ocultar sus riesgos.	-Integridad personal. -Salud. -Autonomía. -Información. -Consentimiento informado.	-Constitución [artículos 1 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [Artículo 5, numeral 1; artículo 12].	-Acarrea la responsabilidad del profesional de salud, de tipo civil o penal. -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina.
Acosar sexualmente a la persona trans*.	-Tocar de manera indebida a una mujer trans al estarla examinando. -Hacer comentarios inapropiados, basados en prejuicios, sobre la sexualidad trans.	-Dignidad. -Salud.	-Constitución [artículo 1]. -Ley estatutaria [artículo 1, numeral 9; artículo 2] -Ley de ética médica [artículo 1, numeral 9, acerca de la conducta pública y privada de elevada moral que debe mantener el médico]. -Código Penal [artículo 206].	-Quién cometa estos actos estaría incurriendo en el delito de acto sexual violento, que tiene una sanción de 3 a 6 años de prisión. -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina.
Que las mismas personas relacionadas con la prestación del servicio de salud, desconozcan los conductos para hacerlo o la estructura del sistema.	-Que en una EPS no cuenten con la información para guiar al usuario por el sistema, o le entreguen información errónea o desactualizada sobre los pasos a seguir para acceder a la atención.	-Salud. -Información.	-Ley estatutaria de salud [artículo 2].	-El incumplimiento de los deberes de quien ejerce funciones públicas, como prestar el servicio de salud, puede acarrear como sanción desde una amonestación escrita hasta la destitución o inhabilidad general.
Que la entidad que presta el servicio de salud no cuente con los procedimientos idóneos y el personal capacitado para atender las necesidades de las personas trans*.	-Que lo/as médico/as no tengan en cuenta los medicamentos y el proceso de tránsito de la persona al momento de prescribir otros medicamentos para una situación de salud distinta. -No hay respuesta o alternativa para continuar los tránsitos para las personas que tienen problemas de salud cuyos tratamientos no son compatibles con las hormonas	-Salud -Integridad personal	-Constitución [artículo 1]. -Ley estatutaria de salud -Ley de ética médica [artículo 1, numeral 9, acerca de la conducta pública y privada de elevada moral que debe mantener el médico]. -Código Penal [artículo 206]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2].	-Esto puede derivar en una mala práctica médica y en la responsabilidad penal y civil del profesional de la salud.

Práctica	Ejemplos	Derechos vulnerados	Norma que protege este derecho	Consecuencias de la violación de este derecho
Burlas, tratos irrespetuosos y degradantes hacia las personas trans*	-Miradas con morbo, susurros entre el personal administrativo y de los centros de salud sobre la persona trans*. - Preguntas no pertinentes y que parten de la ignorancia, como el preguntar a las mujeres trans por sus periodos menstruales. -Tratos bruscos al tomar muestras de exámenes o prestar asistencia médica. Casos como el de hombres trans a los que les hacen la citología y usan el espéculo para tomar el examen y además lo hacen de forma brusca y violenta.	- Dignidad - Intimidad	-Constitución [artículo 1 y 15] -Ley estatutaria de salud [artículo 10, literal k acerca de la intimidad como derecho y deber de personas relacionadas con la prestación de servicios de salud]. -Ley antidiscriminación [Artículos 3 y 4]. -Código Penal [artículos 134a, 134b y/o 418]	Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Se podría incurrir en el delito de hostigamiento por motivos de sexo, que tiene una pena de 12 a 36 meses de prisión y multa de 10 a 15 salarios mínimos
Negación del servicio en casos de interseccionalidad entre identidades trans* y discapacidad psicosocial	-Lo/as profesionales de salud impiden que las personas continúen con sus procesos de tránsito cuando tienen una discapacidad psicosocial o alguna afectación de su salud mental. -Se cree que las personas trans* están "confundidas" como consecuencia de su discapacidad psicosocial. -No se reconoce que la discriminación en razón de su identidad puede desencadenar afectaciones para su salud mental o agravarlas.	- Salud - Dignidad - Libre desarrollo de la personalidad - Autonomía	-Constitución [artículos 1 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [Artículo 3]. -Ley antidiscriminación [Artículos 3 y 4].	-Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Esto puede derivar en una mala práctica médica y en la responsabilidad penal y civil del profesional de la salud.
Estigmatización de las identidades trans* a través del prejuicio que existe sobre las situaciones de salud mental y la discapacidad psicosocial.	-Los profesionales de salud parten de un doble prejuicio: de que las identidades trans *son un "problema mental", que la identidad es un resultado de una discapacidad psicosocial y que la discapacidad psicosocial es una enfermedad que debe ser curada.	- Salud - Libre desarrollo de la personalidad - Autonomía	-Constitución [artículos 1 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [Artículo 3].	as sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Esto puede derivar en una mala práctica médica y en la responsabilidad penal y civil del profesional de la salud.
Que sea el/la médico/a quien determine la identidad de la persona a través de un diagnóstico.	-La identidad de la persona trans* debe ser "avalada" por un/a especialista en psiquiatría. -Se pide como requisito para acceder a transformaciones corporales un diagnóstico de "disforia de género".	- Dignidad - Libre desarrollo de la personalidad - Autonomía	-Constitución [artículos 1 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [Artículo 3].	-Psiquiatrización forzada es considerada una forma de tortura ¹ -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Esto puede derivar en una mala práctica médica y en la responsabilidad penal y civil del profesional de la salud.
** Tabla de construcción propia				
1. Consejo de Derechos Humanos, "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos degradantes, Juan E. Méndez", A/HRC/22/53, párrafo 89[b].				

Práctica	Ejemplos	Derechos vulnerados	Norma que protege este derecho	Consecuencias de la violación de este derecho
Psiquiatrización como respuesta inmediata a cualquier consulta médica que tenga la persona trans*.	- Las personas trans* llegan con problemas de salud como dolores de cabeza y son remitidos de forma inmediata psiquiatría, en vez de atender la situación de salud por la cual la persona acudió al Sistema.	- Salud - Dignidad - Libre desarrollo de la personalidad - Autonomía	-Constitución [artículos 1 y 16]. -Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [Artículo 3]. -Ley antidiscriminación [Artículos 3 y 4].	-Psiquiatrización forzada es considerada una forma de tortura ¹ -Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Esto puede derivar en una mala práctica médica y en la responsabilidad penal y civil del profesional de la salud.
Negación del servicio de salud por no tener el cambio del componente sexo en sus documentos	-Se piden los documentos con el cambio del componente sexo para atender una consulta de medicina general. -Se pide el cambio de los documentos para iniciar un proceso de transformaciones corporales.	- Salud - Autonomía	-Ley estatutaria de salud [artículo 2]. -Ley de ética médica [Artículo 3].	-Las sanciones por incumplir los deberes de ética médica van desde la amonestación, hasta la suspensión del ejercicio de la medicina. -Esto puede derivar en una mala práctica médica y en la responsabilidad penal y civil del profesional de la salud.
** Tabla de construcción propia				
1. Consejo de Derechos Humanos, "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos degradantes, Juan E. Méndez", A/HRC/22/53, párrafo 89[b].				

4.6 Recomendaciones en materia de derechos para lo/as usuario/as del SGSSS

4.6.1 Recomendaciones para la exhibición de derechos

En este aparte solo se mencionarán aspectos puntuales que los y las consultantes deben tener en cuenta a la hora de hacer uso de los servicios de salud. Es recuento sucinto, pues dentro de las recomendaciones a todo el SGSSS se encuentran consagrados los derechos con los que se cuentan, y los correspondientes deberes y posibilidades de exigencia para un trato digno y acorde con las construcciones identitarias. El principal objetivo de este aparte es el de señalar mecanismos y rutas para hacer exigibles los derechos, en los momentos en los que se ven vulnerados los derechos de las personas trans* en el SGSSS.

4.6.1.1

Recomendación 1: Tener en cuenta que, con base en la ley 1751 de 2015, la salud se convierte en un derecho fundamental y se definen mecanismos de exclusión para la no cobertura de ciertos tratamientos

Con la entrada en vigencia de la ley 1751 de 2015, se garantiza el derecho fundamental a la salud y se establecen mecanismos para protegerlo. Es decir que se garantiza el acceso a los servicios de toda la población, a través de políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades dentro del sistema de salud. Con base en esta ley, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló un mecanismo técnico para determinar cuáles servicios, medicamentos o tecnologías se van a excluir y no serán financiados con recursos públicos (mecanismo que reemplaza al POS) .

Los criterios para llevar a cabo esta exclusión son :

- a. Que los procedimientos tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.
- b. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.
- c. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.
- d. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.
- e. Que se encuentren en fase de experimentación.
- f. Que tenga que ser prestado en el exterior.

Cualquier procedimiento que cumpla alguno de estos criterios será excluido de la financiación con recursos públicos. Para determinar esto se debe:

- Hacer una evaluación y consultar con expertos de alto nivel, de asociaciones de profesionales, para la especialidad que corresponda.
- Consultar con el paciente que se verá afectado con la decisión de exclusión. Esto con el fin de que no tengan como consecuencia la interrupción de un servicio que ya estaba cubierto.
- Revisar que las decisiones no violen el principio de integralidad e interculturalidad del SGSSS .

Es importante recordar que el derecho fundamental a la salud debe leerse bajo el principio de integralidad y, en esa medida, los medicamentos o procedimientos que requiera una persona y que deban ser pagados con recursos públicos deben responder a dicho principio. Esto quiere decir que no se le puede negar un servicio o medicamento a una persona que lo requiera, así se considere excluido, pues estos deben ser suministrados de manera completa y si existe “duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”.

4.6.1.2
Recomendación 2: exigir estar vinculado/a durante todo el plan de tratamiento (relacionado o no con el proceso de tránsito)

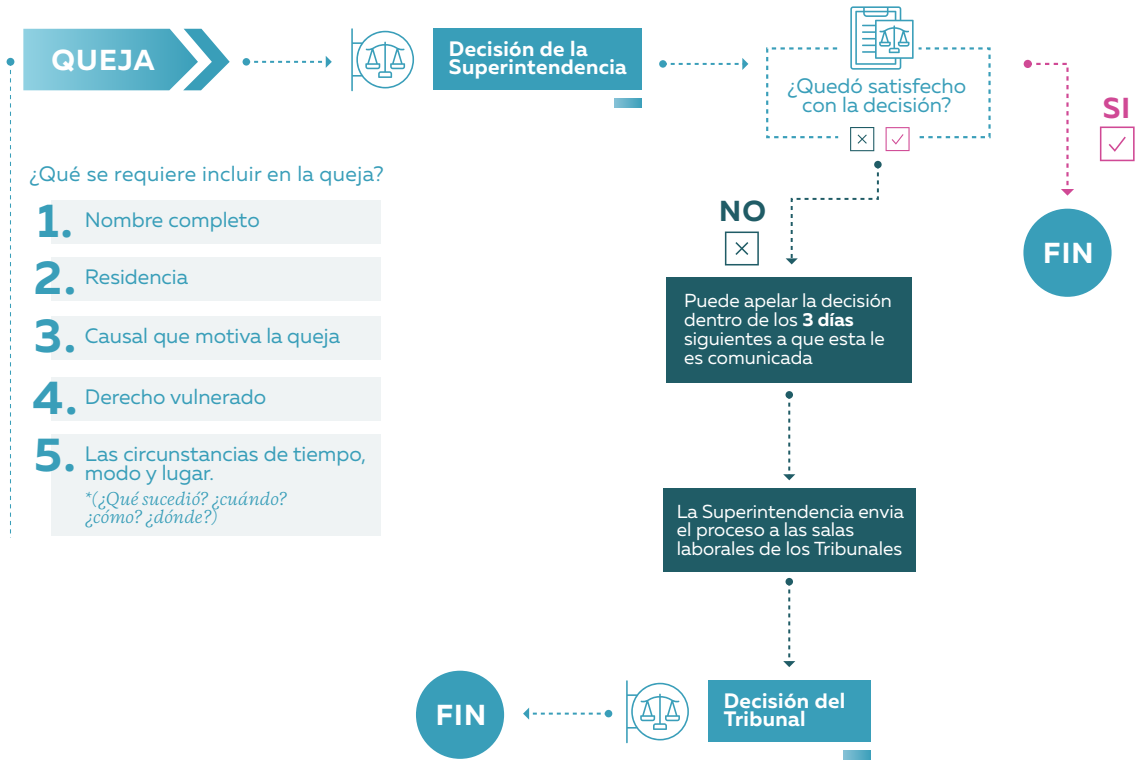
Teniendo en cuenta que el cuidado es una de las cuatro estrategias fundamentales para la atención integral de la salud en Colombia, es fundamental que el/la consultante esté enterado/a y haga parte activa de las decisiones que corresponden al plan de tratamiento propuesto para manejar el motivo de la consulta (relacionado o no con el proceso de tránsito). Es de considerar que, si se vincula a el o la consultante y a su red de apoyo a los planes de tratamiento, se aumentan las posibilidades de adherencia terapéutica.

4.6.1.3
Tener en cuenta consecuencias normativas de la violación de derechos a personas trans* por parte de los prestadores de salud. (ver tabla #8)

4.6.1.4
Recomendación 4: Tener en cuenta los mecanismos y rutas de restitución de derechos existentes

En esta recomendación se hacen explícitos mecanismos que existen para hacer exigibles los derechos que se vulneran cuando se imponen barreras de acceso.

ruta de quejas/solicitudes ante la Superintendencia de Salud (Ley 1122 de 2007)



```
graph TD
    Inicio([Inicio]) --> Q1{¿Se acepta la denuncia?}
    Q1 -- SI [✓] --> A1[Presidente del Tribunal designa miembro para que estudie el caso.]
    Q1 -- NO [X] --> FIN1((FIN))
    A1 --> A2[Presentación de conclusiones del estudio.]
    A2 --> A3[El Tribunal inicia el estudio de las conclusiones.]
    A3 --> Q2{¿Existe mérito para formular cargos?}
    Q2 -- NO [X] --> FIN1
    Q2 -- SI [✓] --> A4[Se comunica la formulación de cargos al profesional inculcado.]
    A4 --> A5[Se cita a audiencia de descargos entre los 10 y 20 días hábiles después de la comunicación.]
    A5 --> A6[Audiencia de descargos]
    A6 --> A7[El Tribunal toma una decisión en los siguientes 15 días hábiles]
    A7 -- SI [✓] --> FIN1
    A7 -- NO [X] --> Q3{¿El tribunal puede tomar ya una decisión?}
    Q3 -- SI [✓] --> FIN1
    Q3 -- NO [X] --> A8[Se solicita ampliación del término para decidir por máximo 15 días hábiles adicionales]
    A8 --> A9[El Tribunal toma una decisión y, si es necesario, ordena una sanción.]
    A9 --> FIN2((FIN))
```

TUTELA: DECRETO 2491 DE 1991

```
graph TD
    Start([TUTELA]) --> Step1[Se presenta la solicitud ante cualquier juez]
    Step1 --> Q1{¿Es necesario corregir la solicitud?}
    Q1 -- SI [✓] --> Step2[La persona tiene un plazo de 3 días para corregirla]
    Q1 -- NO [X] --> Q2{¿El juez necesita pruebas?}
    Step2 --> Q3{¿La corrige dentro del plazo?}
    Q3 -- SI [✓] --> Q2
    Q3 -- NO [X] --> Step3[Juez rechaza la solicitud]
    Q2 -- SI [✓] --> Step4[Juez pide la información adicional y pruebas, las cuales deben aportarse en el plazo de 3 días]
    Q2 -- NO [X] --> Step5[Juez tiene un plazo de 10 días para resolver, después de presentada la solicitud]
    Step4 --> Step5
    Step5 --> Step6[El juez dicta el fallo]
    Step6 --> Step7[Después de ser notificado el fallo puede impugnarse dentro de los 3 días siguientes a dicha notificación]
    Step7 -- SI [✓] --> Step8[Juez remite el expediente al superior para que decida la impugnación]
    Step7 -- NO [X] --> Step9[¿El fallo es impugnado?]
    Step8 --> Step10[Juez remite dentro de los dos días siguientes de presentada la impugnación]
    Step10 --> Step11[¿El fallo tiene fundamentos?]
    Step11 -- SI [✓] --> Step12[El juez dicta el fallo]
    Step11 -- NO [X] --> Step13[El juez dicta el fallo]
    Step9 -- SI [✓] --> Step8
    Step9 -- NO [X] --> Step14[Juez envía fallo a la corte Constitucional para ser revisado]
    Step12 --> Step14
    Step13 --> Step14
    Step14 --> Step15[La Corte Constitucional selecciona a su criterio la tutela a revisar]
    Step15 --> Step16[Juez notifica sentencia de la Corte a las partes y adopta decisiones para ejecutar]
    Step16 --> End((FIN))
```

TUTELA

Se presenta la solicitud ante cualquier juez

¿Es necesario corregir la solicitud?

SI [✓]

La persona tiene un plazo de 3 días para corregirla

¿La corrige dentro del plazo?

SI [✓]

¿El juez necesita pruebas?

SI [✓]

Juez pide la información adicional y pruebas, las cuales deben aportarse en el plazo de 3 días

NO [X]

Juez tiene un plazo de 10 días para resolver, después de presentada la solicitud

El juez rechaza la solicitud

El juez dicta el fallo

Después de ser notificado el fallo puede impugnarse dentro de los 3 días siguientes a dicha notificación

SI [✓]

Juez remite el expediente al superior para que decida la impugnación

Juez remite dentro de los dos días siguientes de presentada la impugnación

¿El fallo tiene fundamentos?

SI [✓]

El juez dicta el fallo

NO [X]

¿El fallo es impugnado?

SI [✓]

NO [X]

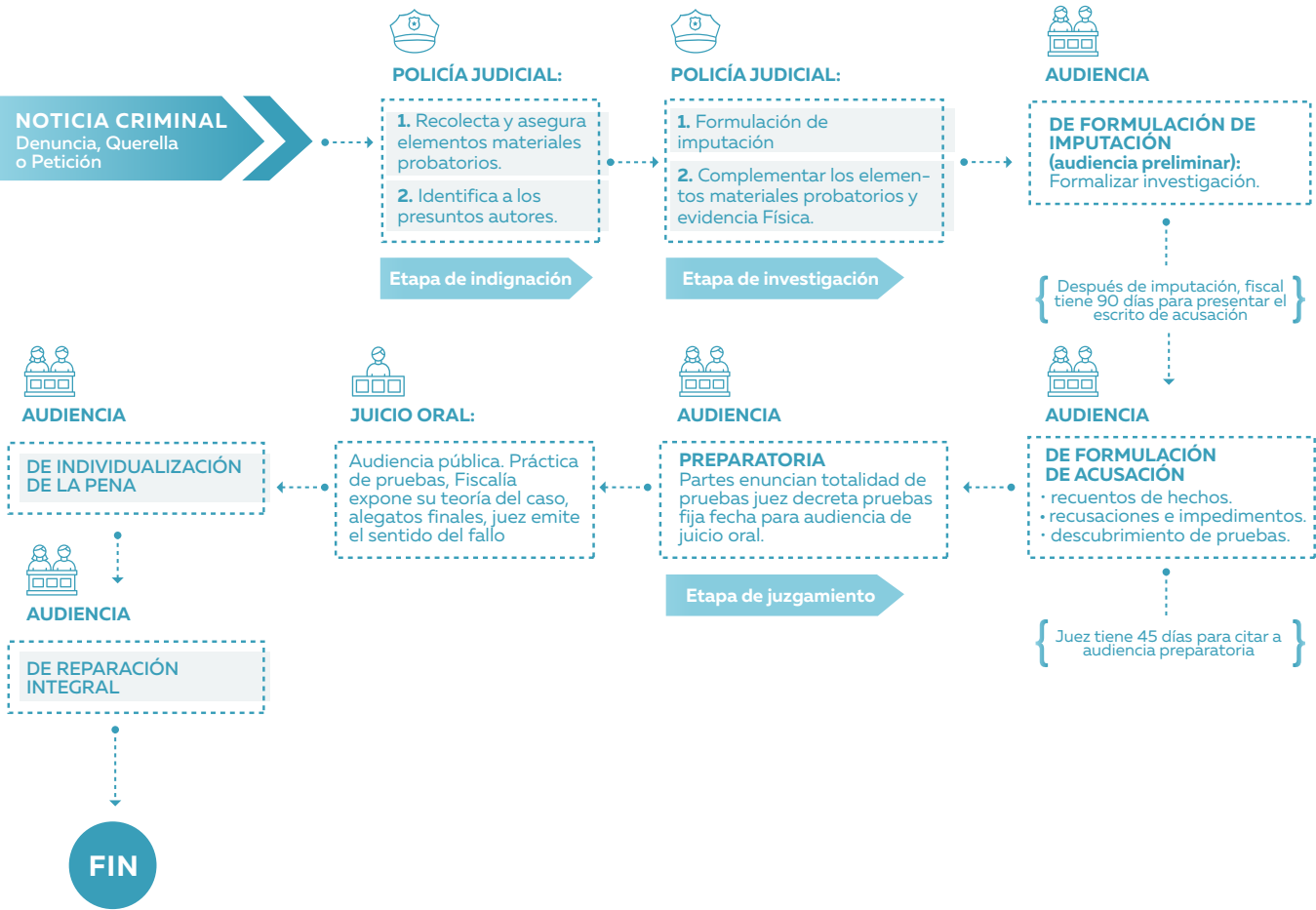
Juez envía fallo a la corte Constitucional para ser revisado

La Corte Constitucional selecciona a su criterio la tutela a revisar

Juez notifica sentencia de la Corte a las partes y adopta decisiones para ejecutar

FIN

PROCESO PENAL ORDINARIO
(Ley 906 de 2004)



LEY 1826 DEL 2017: PROCESO
PENAL ABREVIADO

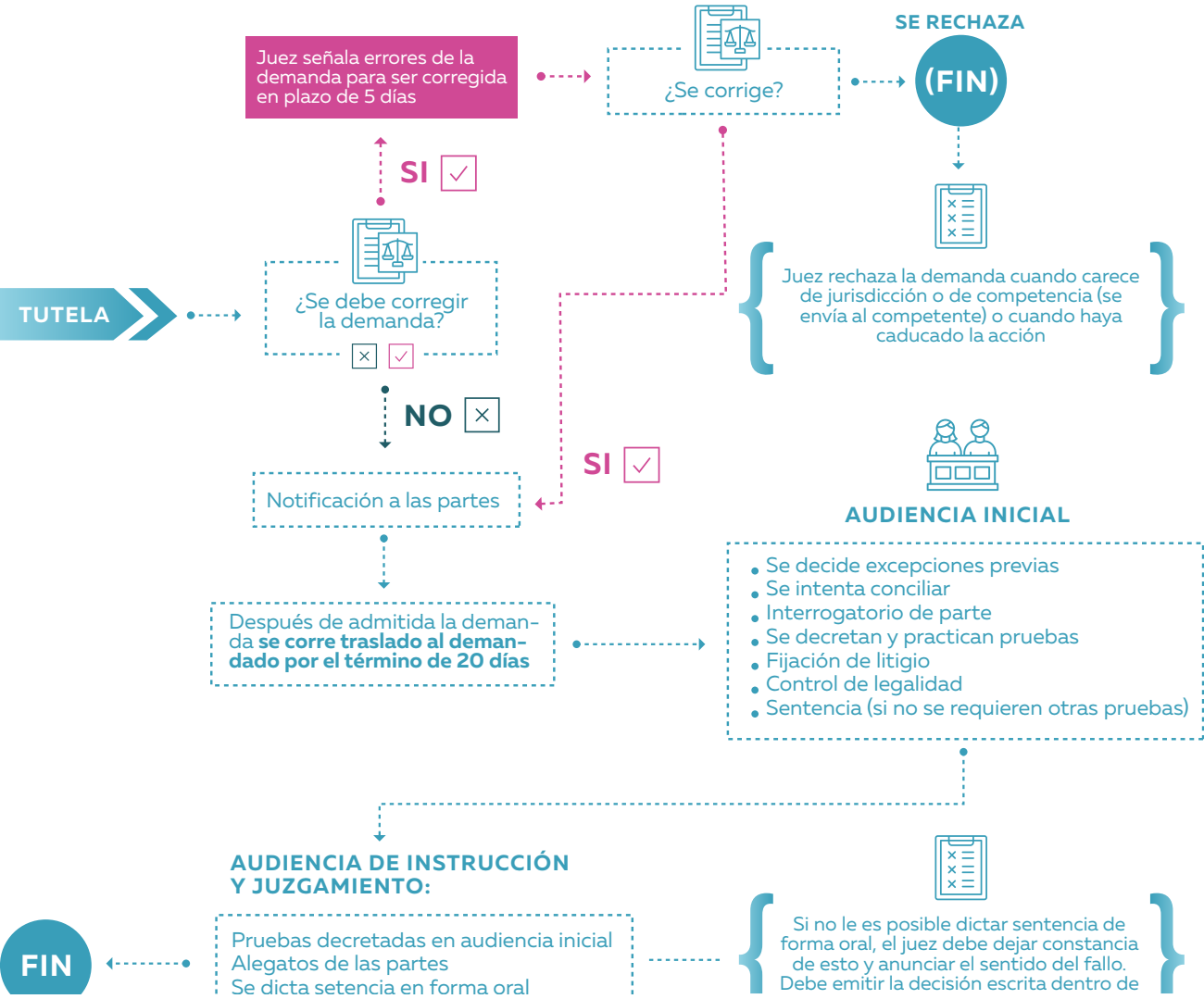
Cambio con respecto al
PROCESO ORDINARIO

- 1 La imputación se hace en el despacho del fiscal mediante el traslado del escrito de acusación.
- 2 Audiencia de formulación de imputación y audiencia preparatoria se convierten en una sola = Audiencia concentrada.
- 3 Se elimina el incidente de reparación integral: la reparación de los daños que se den como consecuencia del delito, se deben incluir dentro del escrito de acusación, se exponen en la audiencia concentrada, se prueban en la audiencia de juicio oral y se resuelven en la sentencia.
- 4 Desaparece la audiencia de lectura de fallo: el juez profiere la sentencia por escrito y la notificación personalmente o por edicto a las partes. Se corre un término para que interpongan y sustenten el recurso de apelación.

Una mala praxis o la negación de la prestación de un servicio pueden generar consecuencias penales para el/la profesional de la salud. Un/a médico/A puede llegar a responder por los delitos de homicidio o lesiones personales, por conductas dolosas o culposas.

- a. Conducta culposa: cuando el resultado es producto de la infracción al deber objetivo de cuidado y el agente debió haberlo previsto por ser previsible, o habiéndolo previsto, confió en que podía evitarlo.
- b. Conducta dolosa: cuando el agente conoce los hechos que constituyen la infracción penal y quiere su realización. También es dolosa la conducta cuando la realización de la infracción penal ha sido prevista como probable y su no producción se deja al azar (225).

PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL- PROCESO VERBAL (Ley 1564 de 2012)



Esto quiere decir que, por negligencia en su actuar, por haber faltado a la lex artis, por negarse a prestar un servicio o por haber actuado con la intención de causarle un daño al/ a la paciente, hay responsabilidad y podrá ser condenado por homicidio o lesiones personales, entre otros delitos. En estos casos podría pagar penas de entre 13 a 25 años de prisión en el caso del homicidio, y entre 1 a 10 años de prisión en el caso de las lesiones personales, teniendo además que pagar una multa económica. En todo caso, para que se configure la responsabilidad médica, es elemento esencial

- a. La existencia de un daño o perjuicio en el paciente
- b. El nexo o relación directa entre la conducta del médico y el daño

La responsabilidad civil consiste en “que aquel que ha cometido con culpa un daño a otro está obligado a indemnizar los perjuicios que se deriven de ello” (226). Por ello, por una mala praxis o por la negación en la prestación de un servicio, un profesional de la salud puede entrar a responder civilmente. Por ejemplo, si a un paciente trans* que ingresa al consultorio se le niega la atención o la realización de algún procedimiento, dicha conducta que además traerá consecuencias al/a la profesional por ser discriminatoria, podrá ser sujeto a una demanda de reparación directa por haberse negado a atenderlo, en caso de que la negativa le haya generado perjuicios al paciente.

Las obligaciones pueden ser de medio o de resultado. Las médicas se enmarcan dentro de las obligaciones de medio, pues la persona profesional, como en el caso del Derecho, se compromete a realizar su gestión lo mejor posible, mas no puede comprometerse a obtener un resultado concreto. En palabras de las obligaciones de medio son “de diligencia y cuidado, y consisten en que el deudor en la obligación, en este caso la persona que presta el servicio de salud, responde por llevar a cabo el tratamiento conforme a su lex artis, pero no se obliga por el resultado de este; en otras palabras no se compromete a curar al paciente [227].

Ahora bien, la responsabilidad civil puede ser contractual o extracontractual. La diferencia radica en si la relación jurídica entre quien presta el servicio y quien lo recibe era preexistente al daño o no. Casi siempre, los tratamientos médicos devienen de un contrato previo entre el/la paciente y el/la médico/a o la EPS o la IPS para la prestación de servicios. El consentimiento informado que deben firmar los pacientes antes de que les sea realizado cualquier procedimiento, cumple con la función de salvaguardar al profesional de cualquier tipo de responsabilidad por los efectos que puedan causar ciertos procedimientos o toma de medicamentos, pero la también la de informar a la persona que los va a recibir sobre los riesgos, adversos o no, de dichos procedimientos o medicamentos. Frente al tema de reparación directa por mala praxis, es especialmente importante conocer si la relación médico-paciente es contractual o extracontractual, si se aplican normas de responsabilidad objetiva o subjetiva y si se trata de una entidad hospitalaria de carácter público o privado. En todo caso, como consecuencia de una mala praxis, falta en el cumplimiento de la lex artis, o de la negación en la prestación de un servicio, se están violando los derechos fundamentales del paciente afectado a la vida, la salud y a la dignidad Humana, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

05

1. García, A. Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. Feminismos y experiencias de transexuales y travestis. Revista Colombiana de Antropología, 2009, vol. 45, no 1, p. 119-146.
2. Constitución Política de Colombia, Artículos 16 y 18.
3. Comisión Internacional de Juristas (CIJ). Principios de Yogyakarta: “Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género”. 2007. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. 2016 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mo-delopais-2016.pdf>.
5. Artículo 15. Decreto 2340 de 2015, por el cual se modifica el Decreto - Ley 2893 de 2011.
6. Hernández, A. Por un modelo humano y concertado para implementar la ley 1616 de salud mental. II Encuentro hacia la atención integral de la salud mental de colombianos y colombianas. Bogotá: Universidad Santo Tomás, 2013.
7. UNICEF. Estado mundial de la infancia. 2007. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf. Recuperado el 21 de julio de 2017.
8. Rodríguez, J., Asenjo, N., Lucio, M., Pérez, G., Frenzi, M., Fernández, M., Izquierdo, C. & Becerra, A. Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. En: Rev Int Androl, vol. 7, no 2, 2009. Pp. 112-20. Ver también: Grumbach, M., Hughes, I. & Conte, F. “Disorders of sex differentiation”. En Larsen, P., Kronenberg, H., Melmed, S., & Polonsky, K. (Eds.), Williams textbook of endocrinology. Philadelphia: Saunders, 2003. Pp. 842-1002.
9. Ember, Carol R. & Ember, Melvin (ed.). Encyclopedia of Sex and Gender: Men and Women in the World’s Cultures Topics and Cultures. AK-Volume 1; Cultures LZ. Springer Science & Business Media, 2003.
10. Mauro, C., & Gabriel, B. Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. Debate Feminista, vol. 31. 2013. Ver también: Sandrine, P. M., & Luis L., E. En los límites del género. Apuntes para una discusión acerca del sexo y el género ante los desafíos de la diversidad sexual. En: Debate Feminista, vol. 22. 2013; y Fausto-Sterling, A. Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona, España: Melusina, 2006.
11. Corte Constitucional. Sentencia T-063 de 2015. M.P. Maria Victoria Calle Correa.
12. Bockting, W., & Keatley, J., Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans* y sus comunida-

des en Latinoamérica y el caribe. Organización Panamericana para la Salud (OPS), 2012. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf

13. Herrero, I & Diaz, C. La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi. Apartado 3.3 Poniendo nombre a las personas y el fenómeno. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco, 2009. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1719_3.pdf

14. Herrera, C., & Torres, S., Modelo de intervención psicoterapéutica con parejas del mismo sexo. LIBERARTE: Bogotá. 2015. P. 24.

15. Hawkesworth, M. Confounding gender. Debate Feminista, 1999. Pp. 3-48.

16. Planelles, A. La identidad de género: Dos reflexiones desde una perspectiva trans. En: Mientras Tanto, V. 107, 2008. Pp. 121-131

17. Scott, J. “El género: Una categoría útil para el análisis histórico”. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. 2006.

18. Weeks, 1992, Citado por Verástegui, Daniel. Implicaciones Psicosociales de la Despatologización de la Disforia de Género para la Inclusión o Exclusión Social de las Personas trans* en el Contexto Colombiano. Tesis de Maestría. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia, 2013. p. 379.

19. Burke, P. & Cast, A. Stability and Change in the Gender Identities of Newly Married Couples. En: Social Psychology Quarterly, 60(4), 1997. Pp. 277-290.

20. Scott, J. El eco de la fantasía: La historia y la construcción de la identidad. En: Ayer, (62), 2006 Pp. 111-138.

21. Corte Constitucional. Sentencia T-099 de 2015. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

22. Grossman, Arnold H., et al. Parent’s reactions to transgender youth’s gender nonconforming expression and identity. En: Journal of Gay & Lesbian Social Services, vol. 18, no 1, 2005. Pp. 3-16.

23. Riley, E., A., et al. Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. En: Journal of sex & marital therapy, vol. 39, no 3, 2013. p. 241-263.

24. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 2012. Atlanta, USA. Disponible en: <http://www.wpath.org/documents/StandardsOfCareV7-2011WPATH.pdf>. p. 1.

25. Eckstrand, K. Ng, H., Potter, J. Affirmative and responsible health care for people with nonconforming gender identities and expressions. En: AMA Journal of Ethics, vol. 18, no 11, 2016. P. 1107.

26. Serret, E., La conformación reflexiva de las identidades trans. En: Sociológica, año 24, número 69, enero-abril de 2009, pp. 79-100. Ver también: Stryker, S., Currah, P. & Moore, L. Introduction: trans-, trans, or transgender? Women’s studies quarterly. 2008 Pp. 11-22.

27. Keuroghlian, A., S.; Ard, K., L.; Makadon, H., J. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. En: Sexual Health, vol. 14, no 1, 2017. Pp. 119-122.

28. Chase, B., & Ressler, P. Sexual identity and gender variance: Meeting the educational challenges. English Journal, 2009, vol. 98, no 4, p. 15.

29. Center of Excellence for Transgender Health. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. San Francisco: University of California, 2016.

30. Corte Constitucional. Sentencia T-804 de 2014. Jorge Iván Palacio Palacio.

31. Trans*forma La Salut. Plataforma por un nuevo modelo de salud trans: Reivindicación de un nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans*. Cataluña: España, 2016. Disponible en: <https://transformalasalut.wordpress.com/>.

32. Eisenclas, S. Gender roles and expectations: Any changes online? SAGE Open, vol. 3, no 4. P.11.

33. Eva, A. Identidad sexual / rol de género. Debate Feminista, vol. 172, 2013.

34. American Psychological Association. Answers to questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. Washington, DC, 2008. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/lgbt/brochure-personas-trans.pdf>

35. Conferencia Sanitaria Internacional. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

36. O.M.S. CIE-11. Undecima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Ginebra, 2018 Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

37. Kreukels, B., Steensma, T y Vries, A. (Ed.). Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Springer: Amsterdam. 2014.

38. Fernández, R., M., & García-Vega, E. Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 32, no 113, 2012. Pp. 103-119. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000100008>.

39. O.M.S. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, 1992.

40.

Bayer, R., Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1987.

41.

Drescher, J. The removal of homosexuality from the DSM: Its impact on today's marriage equality debate. En: Journal of Gay and Lesbian Mental Health, vol. 16, no 2, 2012 p. 124-135.

42.

Hammarberg, T. Human Rights and Gender Identity: Informe temático del Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Estrasburgo: Consejo de Europa, 2009.

43.

Parlamento Europeo. "Resolución del Parlamento Europeo, de 28 de septiembre de 2011, sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas".2011. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+-DOC+XML+V0//ES>.

44.

Bockting, W., Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. En: International Journal of Transgenderism, vol. 11, no 1, 2009. Pp. 53-62.

45.

Harper, A. Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet, M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L., y Hammer., L. Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling Competencies for Counseling with Lesbian, Gay, Bisexual, Queer, Questioning, Intersex, and Ally Individuals. En: Journal of LGBT Issues in Counseling. vol. 7, no 1. 2013. Disponible en: <https://www.counseling.org/docs/ethics/algbtic-2012-07>. Pp. 2-43.

46.

American Psychological Association & Task Force on Gender Identity and Gender Variance. Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance. 2009.

47.

Bornstein, K., Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us. New York, London: Routledge Publications, 1994.

48.

Tauchert, A. Beyond the Binary: Fuzzy Gender and the Radical Centre. Paper presented at The Third International Conference on Gender and Sexuality: Transgender Agenda for the New Millenium. Exeter College, Oxford University, September. 1998. Pp. 17-20.

49.

Pfäfflin, F. Atypical Gender Development: Why I Did Not Sign the GIRES-Review. En: International Journal of Transgenderism, vol. 9, no 1, 2006. Pp. 49-52. Ver también: Erickson-Schorth, L. Update on the Biology of Transgender Identity. En: Journal of Gay & Lesbian Mental Healthvol. 17, no 2. 2013, Pp. 150-174.

50.

Red por la Despatologización de las Identidades Trans* del Estado español.

Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans* en el marco del sistema nacional de salud, 2012. Disponible en: <http://stp2012.info/STP-propuesta-sanidad.pdf>.

51.

Bornstein, K., (1994) Op. Cit. Ver también: Monro, S. Beyond Male and Female: Poststructuralism and the Spectrum of Gender. En: International Journal of Transgenderism, vol. 8, no. 1, 2005.

52.

Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. 2017. P. 6.

53.

Mizok, L., Harrison, K., & Russinova, Z. Lesbian, Gay, and Transgender Individuals with Mental Illness: Narratives of the Acceptance Process. En: Journal of Gay & Lesbian Mental Health, no 3. 2014. P. 320. Ver también:

54.

Kidd, S. A., Veltman, A., Gately, C., Chan, K. J., & Cohen, J. N. Lesbian, Gay, and Transgender Persons with Severe Mental Illness: Negotiating Wellness in the Context of Multiple Sources of Stigma. American Journal Of Psychiatric Rehabilitation. vol. 14, no 1, 2011, p. 13-39.

55.

Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos. Salud Mental y Derechos Humanos. A/HRC/34/32. 2017. P. 12.

56.

Priebe, S., Burns, T., & Craig, T., The future of academic psychiatry may be social. En: British Journal of Psychiatry, vol. 202, núm. 2003.

57.

Corte Constitucional. Sentencia T-552 de 2013. M.P. Maria Victoria Calle Correa.

58.

Corte Constitucional, Sentencia T-303 de 2016. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

59.

Corte Constitucional, Sentencia T-622 de 2014. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

60.

Witten, T., M., & Eyler, A., 18 Care of Aging Transgender and Gender Non-Conforming Patients. En: Principles of transgender medicine and surgery, 2016., p. 344.

61.

Porter, K. E., Brennan-ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., y Witten, T. M. Providing Competent and Affirming Services for Transgender and Gender Nonconforming Older Adults. Clinical Gerontologist, vol. 5, p. 366. 2016. Disponible en: [doi:10.1080/07317115.2016.1203383](https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383).

62.

Hembree, W., C. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. En: The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, vol. 102, no 11, 2017. Pp. 3869-3903.

63.

NHS England. HS standard contract for gender identity development service for children and adolescents. Gender Identity Development Service (GIDS) for Children and Adolescents. 2016.

64.

Anneleu, L.C. et al. Gender dysphoria in children and adolescents. En: Ettner, et al (ed.). Principles of transgender medicine and surgery. Routledge, 2016.

65.

Di Ceglie, D., Care for gender-dysphoric children. En: Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Springer. 2014. Pp. 151-169.

66.

Shumer, D., Nokoff, N. & Spack, N. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. En: Advances in Pediatrics, vol. 63, no 1, 2016. Pp. 79-102.

67.

Delemarre-Van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. En: European Journal of Endocrinology, vol. 155. 2006.p. 131-S137.

68.

Hill, D., Menvielle, E., Sica, K. & Johnson, A. An Affirmative Intervention for Families With Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender. En: Journal of Sex & Marital Therapy, vol. 36, 2010. Pp. 6-23.

69.

Gray, Sa., Carter, A., S. & Levitt, H. A critical review of assumptions about gender variant children in psychological research. En: Journal of Gay & Lesbian Mental Health, vol. 16, no 1, 2012 Pp. 4-30.

70.

Kohlbergh, L., A cognitive-developmental analysis of children\'s sex-role concepts and attitudes.

71.

Menvielle, E. A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. Journal of Homosexuality, 2012, vol. 59, no 3, p. 357-368.

72.

Vries, A., Klink, D. & Cohen, P. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. En: Pediatr Clin N Am, vol. 63. 2016. Pp. 1121-1135.

73.

Gregor, C., Davidson, S., & Hingley-Jones, H. The experience of gender dysphoria for pre-pubescent children and their families: a review of the literature. En: Child & Family Social Work, vol. 21, no 3, 2016, Pp. 339-346.

74.

American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. En: American Psychologist, vol. 70, no 9, 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>. p. 832-864.

75.

Reed, B., et al. Medical care for gender variant young people: Dealing with the practical problems. Sexologies, 2008, vol. 17, no 4, p. 258-264.

76.

Olson, K., R., Key, A. C., Eaton, N. R. Gender cognition in transgender children. Psychological Science, vol. 26, no 4, 2015. Pp. 467-474.

77.

Steensma T., D., Gender identity development in adolescence.. Horm Behav. 64(2) 2013. p. 288-297.

78.

Steensma T., D., Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry. 16(4), 2011. Pp.499-516.

79.

Wallien, M., & Cohen-Kettenis P. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. En: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 47, no 12, 2008. p. 1413-1423.

80.

American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. En: American Psychologist, vol. 70, no 9, p. 832- 864. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>. p. 832-864.

81.

Di Ceglie, D., Clinical management of gender dysphoria in adolescents. En: Management of Gender Dysphoria. Springer Milan, 2015. p. 61-72.

82.

Rosenthal, S. Transgender youth endocrine management. En: Principles of transgender medicine and surgery. Routledge, 2016.

83.

Giordano, S., Medical treatment for children with gender dysphoria: Conceptual and ethical issues. En: Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Springer. 2014. Pp. 205-230.

84.

Edwards-Leeper, Laura; Spack, Norman P. Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service”(GeMS) in a major pediatric center. Journal of homosexuality, 2012, vol. 59, no 3, p. 321-336.

85.

Delemarre-Van de Waal, Henriette A. Early medical intervention in adolescents with gender dysphoria. En Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Springer US, 2014. p. 193-203.

86.

Price, S. Supporting Transgender Children: New Legal, Social, and Medical Approaches. Journal of Homosexuality, vol. 59, no 3, 2012 Pp. 422-433.

87.

Mahfouda, S. Puberty suppression in transgender children and adolescents. En: The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2017.

88.

De Vries, Annelou LC, et al. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. The Journal of Sexual Medicine, 2011, vol. 8, no 8, p. 2276-2283.

89.

Mujika, L., & Mujika, I. Los Bloqueadores Hormonales en Púberes y Adolescentes. Aldarte, 2014. Pp. 1-23.

90. Colombia Diversa. Cuerpos Excluidos, Rostros de Impunidad: Informe de Violencia hacia Personas LGBTI en Colombia, 2015.

91. Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Eloy-Ellis, C. P., & Muraco, A. Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. En: The Gerontologist, vol 54 #3, 2014. Disponible en: doi:10.1093/geront/gnt021

92. Resiner, S., L., Radix, A., & Deutsch, M. B. “Counting” transgender and gender-nonconforming adults in health research recommendations from the Gender Identity in US Surveillance Group. En: TSQ: Transgender Studies Quarterly, vol. 2, no 1, 2015. Pp. 34-57.

93. Richmond, K., A.; Burnes, T., & Carroll, K., Lost in trans-lation: Interpreting systems of trauma for transgender clients. En: Traumatology, vol. 18, no 1, 2012, Pp. 45-57.

94. Shi, S., & Klotz, U. Age-related changes in pharmacokinetics. En: Current drug metabolism, vol. 12, no 7, 2011. Pp. 601-610.

95. Fredriksen-Goldsen, K. I., et al (2014) Op. Cit. Pp. 488-500.

96. Choi, S.K. & Meyer, I.H. LGBT Aging: A Review of Research Findings, Needs, and Policy Implications. Los Angeles: The Williams Institute, 2016.

97. Orel, N. A., Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: the use of qualitative and quantitative methodology. En: Journal of Homosexuality, vol. 1-3 2014. Disponible en: doi:10.1080/00918369.2013.835236.

98. Erosheva, E. A., Kim, H.-J., Emlet, C., & Fredriksen-Goldsen, K. I. Social Networks of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. Research on Aging, vol. 38, no 1. 2016. Disponible en: http://doi.org/10.1177/0164027515581859

99. Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. En: Fertil Steril. 2015.

100. Amato, L., Fertility options for transgender persons. En: Center for Excellence for Transgender Health, Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care. 2016. Disponible en: http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-fertility, Pp. 100 - 102.

101. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion No. 685: Care for transgender adolescents. Vol. 129, no 1. 2017. Disponible en: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health. p. 234.

102. Hembree, W., C., Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van de Waal H., A., Gooren L., J., Meyer W., J., & Spack N., P. Endocrine treatment of transsexual persons: in Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009.

103. Bourns, A., Guidelines and Protocols for Hormone Therapy and Primary Health Care for Trans Clients. Sherbourne Health Centre, 2015.

104. Light A., D., Obedin-Maliver J., Sevelius J., M., & Kerns J., L. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. Obstet Gynecol. 2014. p.1120-7.

105. Sherbourne Health Center. Guidelines and Protocols for Comprehensive Primary Health Care for Trans* Clients. Toronto: Sherbourne Health Centre, 2009.

106. T'sjoen, G., Van Caenegem, E., & Wierckx, K., Transgenderism and reproduction. En: Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2013. p.575-9

107. Corte Constitucional, Sentencia T-274 de 2015. M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

108. Corte Constitucional. Sentencia T-732 de 2009. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

109. Péchin, J., Aczel, I., Mallo, E., & García, D. Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de la Salud. Argentina, 2015.

110. Organización Mundial de la Salud. Documento CD46/20. El Acceso a la Atención para las Personas que Viven con el VIH o Aquejadas de SIDA. Sesión 57 del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2005. Disponible en http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46index-s.htm.

111. Organización Mundial de la Salud. Resolución CD50. R8. “La salud y los derechos humanos” 2010.

112. OACDH. UNOSIDA Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos. 2006. Disponible en http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

113. World Health Organization. Policy brief: Transgender people and HIV. Suiza, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179517/1/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf

114. Poteat, T. Transgender health and HIV. En: Center for Excellence for Transgender Health, Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care. San Francisco: B. Deutsch. 2016 p. 82 - 86.

115. Laverde, J. Estudio de consumo de fosamprenavir en el tratamiento de VIH-1 en los años 2011 y 2013 en Colombia (Tesis de Pregrado). Universidad de ciencias aplicadas y ambientales UDCA. Colombia, 2016.

116. Dahl, M., Feldamn, J., Goldberg, J. & Jaber, A. Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines, 2006. Disponible en: <http://www.vch.ca/transhealth>

117. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. South Africa, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en>

118. Centurión, M. “Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal”. En: Salud, VIH-Sida y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia en personas trans. Argentina, 2008. Disponible en: http://www.paho.org/arg/images/KMCARG/salud_vih_sida_libro.pdf?ua=1

119. Williamson, C.,. Providing care to transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones, and HIV management. En: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2010. p. 221-229.

120. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 2012. p. 39.

121. Corte Constitucional. Sentencia T-613 de 2008. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

122. Corte Constitucional. Sentencia T-053 de 2004. M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

123. Corte Constitucional. Sentencia T-190 de 2007. M.P. Álvaro Tafur Galvis.

124. Hage, J. J., Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: report of two cases. Gynecologic oncology. 2000. p.413-415.

125. Shao, T., Grossbard, M., & Klein, P. Breast cancer in female-to-male transsexuals: two cases with a review of physiology and management. Clinical breast cancer. 2011. p. 417-419.

126. Silverberg, M. J., Cohort study of cancer risk among insured transgender people. En: Annals of epidemiology. 2017. p. 499-501.

127. Deutsch, M., Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. Center of excellence for Transgender Health, University of California. San Francisco: Estados Unidos. 2016.

128. Wesp, L. Prostate and testicular cancer considerations in transgender women. En: Center for Excellence for Transgender Health, Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care. San Francisco. 2016.

129. Peralta, K., & Espitia, N., Uso de modelantes estéticos como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. Tabula Rasa. N.19 Bogotá: Colombia, 2013, Pp. 281-300.

130. Zevin, B., Deutsch, M. Free Silicone and other filler use. En: Center for Excellence for Transgender Health, Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care. San Francisco: B. Deutsch, 2016 Pp. 95 - 97.

131. Bernal, M. Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT. Bogotá, Colombia. Colombia Diversa, 2010.

132. Mello, D., Gonçalves, K., Fraga, F., Perin, L., & Helene JR, A., Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial: série de casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol. 40, no 1, 2013. Pp. 37-43 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000100007>.

133. Peters, W., & Fornarsier, V. Complications from injectable materials used for breast augmentation. The Canadian Journal of Plastic Surgery, vol. 17, no 3. 2009 p. 89-96.

134. Ellis, L. Z., Cohen, J. L., y High, W. Granulomatous Reaction to Silicone Injection. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, vol. 5, no 7. 2012. p. 44-47.

135. Kattari, S. K. “Getting it”: Identity and sexual communication for sexual and gender minorities with physical disabilities. Disponible en: Sexuality and Culture, vol. 19, no 4, 2015. Disponible en: 10.1007/s12119-015-9298-x Pp. 882-899.

136. Ballan, M. S., Romanelli, M., & IV, J. H. The social model: a lens for counseling transgender individuals with disabilities. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, vol 3, 2011 p. 260.

137. Duke, T. S. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth with Disabilities: A Meta-Synthesis. Journal Of LGBT Youth, vol. 8, no 1. 2011. p. 1-52.

138. Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cermi, 2008.

139. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización de las Naciones Unidas. Observación general Nº 2. 2014. Artículo 9, párr. 26.

140. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/31/62/Add.2, 2016.

141. Congreso de la República. Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la “Convención de los derechos de las personas con discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Diario oficial 47427 de Julio 3.

142. McCann, E., Lee, R., & Brown, M. The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: A review of the literature. En: Research in Developmental Disabilities, vol. 57, p. 39-53. 2016. Disponible en: doi:10.1016/j.ridd.2016.06.013.

143.

Clare, E., Stolen Bodies, Reclaimed Bodies: Disability and Queerness. Public Culture, vol. 3. 2001.

144.

Distrito Capital. Cartilla de Cifras Estadísticas del Distrito. 2010. No. 25.

145.

Flentje, A., Leon, A., Carrico, A., Zheng, D., & Dilley, J. Mental and Physical Health among Homeless Sexual and Gender Minorities in a Major Urban US City. Journal Of Urban Health, 2016, vol. 93, no. 6, p. 997.

146.

Kattari, S. K & Begun, Stephanie. On the Margins of Marginalized: Transgender Homelessness and Survival Sex. En: Affilia, vol. 32. 2016.

147.

Spicer, S., Schwartz, A., & Barber, M. E. Special Issue on Homelessness and the Transgender Homeless Population. En: Journal Of Gay & Lesbian Mental Health, vol. 14, no 4, 2010. Disponible en: doi:10.1080/19359705.2010.5004 Pp. 267-270.

148.

Mottet, L., & Ohle, J., Transitioning our shelters. National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and National coalition for the homeless, 2006.

149.

Spicer, S. Healthcare needs of the transgender homeless population. En: Journal Of Gay And Lesbian Mental Health, vol. 14, no. 4, p. 320-339. 2010. Disponible en: doi:10.1080/19359705.2010.505844. p. 320-339

150.

Ferguson, K., & Maccio, E. Promising Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer/Questioning Runaway and Homeless Youth. En: Journal Of Social Service Research, vol. 41, no 5, 2015 p. 659-683.

151.

Mokonogho, J., Mittal, S., & Quitangon, G. Treating the transgender homeless population: Experiences during residency training. En: Journal Of Gay And Lesbian Mental Health, vol.14, no 4, 2010. Disponible en: 10.1080/19359705.2010.504422. p. 346-354.

152.

Schmitz, R., & Tyler, K. The Complexity of Family Reactions to Identity among Homeless and College Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Young Adults. En: Archives Of Sexual Behavior, 2017. Disponible en: doi:10.1007/s10508-017-1014-5, Pp. 1-13.

153.

Urra, D., G., TRANSgresión entre rejas: Factores de vulnerabilidad en el sistema penitenciario de Barcelona. Athenea Digital, vol. 17, no 2, 2017. Disponible en: doi:10.5565/rev/athenea.1803 Pp. 175-200.

154.

Sumner, J., & Sexton, L. Same Difference: The ‘Dilemma of Difference’ and the Incarceration of Transgender Prisoners. En: Law & Social Inquiry, Vol. 41, No. 3, 2016. Disponible en: doi:10.1111/lsi.12193 Pp. 616-642.

155.

Red Comunitaria Trans*. Cuerpos en prisión, mentes en acción: Cartilla para la Defensa de los derechos de las Mujeres Trans* y Hombres Gais Privados de la Libertad. Bogotá, D.C, 2015. Disponible en: https://issuu.com/cuerpos-enprisionmentesenaccion/docs/cuerpos...e560e2f503a4fd.

156.

Colombia Diversa. Del amor y otras condenas: Personas LGBT en las cárceles de Colombia. Bogotá, D.C., 2015.

157.

Jemar, G., Edith, S. M., & Mercedes, D. M. Mental health care practice in transgender persons deprived of liberty. En: European Psychiatry, Vol. 41, 2017. Disponible en: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.890

158.

Sevelius, J., & Jenness, V. Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. En: International Journal Of Prisoner Health, vol. 13, no 1, p. 32-40. 2017. Disponible en: doi:10.1108/IJPH-08-2016-0046.

159.

Centro Nacional de Memoria Histórica. Aniquilar la diferencia. Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano. Bogotá, Colombia. 2015. Ver también: Colombia Diversa. Vivir bajo Sospecha, estudio de caso: personas LGBT víctimas del conflicto armado en Vistahermosa y San Onofre. 2017.

160.

Colombia Diversa. Cuerpos Excluidos, Rostros de Impunidad: Informe de Violencia hacia Personas LGBTI en Colombia, 2015.

161.

Chazarreta, I. E. Prostitución y salud: experiencias invisibilizadas de mujeres y personas Trans* en Argentina. Revista Reflexiones, vol. 1, 2016, p. 157.

162.

Ritterbusch, A. E. Mobilities at Gunpoint: The Geographies of (Im)mobility of Transgender Sex Workers in Colombia. En: Annals Of The American Association Of Geographers vol. 106, no 2, 2016. Disponible en: doi:10.1080/00045608.2015.1113112, Pp. 422-433

163.

Poteat, T., Wirtz, A., Radix, A., Barquez, A., Siva, A., Deutsch, B., & Operario, D. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. En: The Lancet, vol. 385 (9964). 2015. Disponible en: doi:10.1016/S0140-6736(14)60833-3. Pp. 274 - 286

164.

Cohan, D., Lutnick, A., Davidson, P., Cloniger, C., Herlyn, A., Breyer, J., & Klausner, J. Sex worker health: San Francisco style. En: Sexually Transmitted Infections, vol. 82, no 5, 2006 Pp. 418-422

165.

Budhwani, H., Turan, B., Hasbun, J., Rosario S., Tillotson, L., McGlaughlin, E., & Waters, J. Association between violence exposure and condom non-use among transgender sex workers in the Dominican Republic: the mediating role of trust. International Journal of STD And AIDS, vol. 28, no 6, 2017. p. 608-612.

166.

Hll, S., Daniel, J., Benzie, A., Ayres, J., King, G., & Smith, A. Sexual health of transgender sex workers attending an inner-city genitourinary medicine clinic. International Journal Of STD And AIDS, 2011, vol. 22, no. 11, p. 686-687. doi:10.1258/ijsa.2009.009491

167.

Ritterbusch, A. E. (2016) Op. Cit. Pp. 422-433. Ver también: Tabak, S. LGBTI Migrants in Immigration Detention: A Global Perspective. En: Harvard Journal of Law & Gender, 2014.

168

Keuroghlian, A., Mcdowell, M., & Stern, T. Providing Care for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Immigrants at Health Centers and Clinic, 2017, p. 1 - 16.

169

Portman, S., & Weyl, D. LGBT refugee resettlement in the US: emerging best practices. En: Forced Migration Review, vol. 1, no 42. 2013, Pp. 44-47.

170

Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press, 2001. Pp, 6-10.

171

Human Rights Campaign Foundation & Lambda Legal. Equal Access to Quality Health Care for Transgender Patients: Transgender Affirming Hospital Policies. Estado Unidos. 2016. P, 13

172

Deutsch, M., & Buchholz, D., Electronic Health Records and Transgender Patients—Practical Recommendations for the Collection of Gender Identity Data, J. Gen. 2015. P. 3

173

Deutsch, M., B., Green, J., Keatley, J., Mayer, G., Hastings, J., & Hall, A., M., Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. 2013. Disponible en: doi:10.1136/amiajnl-2012-001472

174

Transgender Law Center. 10 Tips for Working with Transgender Patients 2016.

175

National LGBT Health Education Center. Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People: Best Practices for Front-line Health Care Staff. Boston: Fenway Institute. 2016.

176

Institute of Medicine. Collecting sexual orientation and gender identity data in electronic health records: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.

177

Trombetta, C., Liguori, G y Bertolotto, M. (Ed.). Managment of gender dysphoria; A multidisciplinary Approach. Milan. Italia: Springer. 2015.

178

State of California, Department of Insurance, Economic Impact Assessment Gender Non-discrimination in Health Insurance, REG-2011-00023 (Apr. 13, 2012).

179

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1132 de 2017 “Por el cual se modifica la resolución 4678 de 2015”. 2017.

180

Institute of Medicine. Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: The National Academies Press, 2002. Pp, 15-17.

181

Feldman, J. “Preventive care of the transgendered patient: An evidence-based approach”. En: Ettner, R., Monstrey, S. & Eyler, A. E. Principles of transgender medicine and surgery. New York: Haworth Press. 2007. P 351-367.

182

Asscheman, H., Giltay, E., J., Megens, J., de Rond, W., Van Trotsenburg, M., & Gooren, L. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. En: Eur. J. Endocrinol. En: Eur. J. Endocrinol. 164(4). 2011. P. 637-641

183

Royal College of Psychiatrists London. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. London: Royal College of Psychiatrists London. 2013.

184

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 2010. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

185

Corte Constitucional, Sentencia T-594 de 1993. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa

186

Deutsh, M. Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: a survey of the practices of selected clinics. International Journal of Transgenderism, 2012, vol. 13, no 3, p. 140-146.

187

Dietz, E. & Halem, J. M. B. A. How Should Physicians Refer When Referral Options are Limited for Transgender Patients?. MA journal of ethics, 2016, vol. 18, no 11, p. 1070.

188

Congreso de la República. Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015.

189

Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pd>.

190

Corte Constitucional. Sentencia T-345 de 2013. M.P. Maria Victoria Calle Correa.

191

Corte Constitucional. Sentencia T-057 de 2015. M.P. Martha Victoria Sánchez Méndez.

192

Asociación Médica Mundial. Manual de ética médica. WORLD, 2005, vol. 2, p. 1

193

Martín, A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana de Salud Pública, 30. 2004.

194

Silva, G., Galeano, E., & Correa, J, Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana 2005, 30 (Octubre-Diciembre)

195

Asamblea General. Consejo de derechos humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. 1 de febrero de 2013.

196. Deutsch, M., Bjakri, V., y Kubicek, K. Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstet Gynecol*, 2015, vol. 125, p. 605-10.

197. Centro de Información de medicamentos de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Tratamiento farmacológico para personas trans* adultas, 2016. Disponible en: <http://www.cime.fcq.unc.edu.ar>; International Planned Parenthood Federation. Statement on hormone therapy for transgender people

198. Weinand, J. & Safer, J. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision: A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. En: *Journal of clinical & translational endocrinology*, vol. 2, 2015. P.55-60. Reino Unido.

199. Fenway Health. The medical care of transgender persons, 2015. Disponible en: <http://fenwayhealth.org/care/medical/transgender-health/>

200. Roberts, T., French, D., Ji, W., Wu A., Tangpricha, V. & Fantz, C. Interpreting Laboratory Results in Transgender Patients on Hormone Therapy. En: *The American Journal of Medicine*, vol. 127, 2014 P.159-162

201. Moreno-Pérez, O. & Esteva de Antonio, I., Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr*, 2012. P 367-382.

202. Callen-Lorde Community Health Center. Protocols for the Provision of Cross-Gender Hormone Therapy, Disponible en: <http://callen-lorde.org/trans-health/>

203. División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social de Chile. Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. Santiago de Chile.2010

204. Endocrine Society. Endocrine Treatment of Transexual Persons: An endocrine Society Clinical Practice Guideline. Estados Unidos, 2009

205. Hembree, Wylie C., et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2017, vol. 102, no 11, p. 3869-3903.

206. Feldman, J. & Goldberg, J. Transgender Primary Medical Care: Suggested Guidelines for Clinicians in British Columbia. Vancouver, BC: Transcend Transgender Support & Canadian Rainbow Health Coalition.

207. Greenaway, K. Guidelines and Protocols for Comprehensive Primary Health Care for Trans; Clients: Part 1: Protocol for Treatment With Hormone Therapy. Toronto, ON: Sherbourne Health Centre, 2009

208. Manieri, C., Godano, A., Lanfranco, F., Di Bisceglie, C., Ghigo, E., Maggi, M., Lenzi, A. & Jannini, E. Hormone treatment in gender dysphoria. En: *Sexologies*, vol. 17. 2008. P. 265-270

209. Becerra-Fernández, A., et al. Valoración del tratamiento hormonal cruzado en transexuales: experiencia de una unidad de trastornos de identidad de género. *Revista Internacional de Andrología*, 2009, vol. 7, no 3, p. 150-155.

210. Goldstein, Z., Corneil, T. & Greene, D. When Gender Identity Doesn't Equal Sex Recorded at Birth: The Role of the Laboratory in Providing Effective Healthcare to the Transgender Community. *American Association for Clinical Chemistry*, vol. 63, no 8, 2017. p. 1342-1352

211. Fernández, J. y Tannock, L. Metabolic effects of hormone therapy in transgender patients. En: *Endocr Pract*, vol. 22. 2015. 383-388

212. Cannen, M., Soleman, R., Kuijper, E., Kreukels, B., de Roo, C., Tilleman, K. et al. Antimullerian hormone levels decrease in female-to-male transsexuals using testosterone as cross-sex therapy. *Fertil Steril*; vol. 103, 2015

213. Roberts, T., French, D., Ji, W., Wu A., Tangpricha, V. & Fantz, C. Interpreting Laboratory Results in Transgender Patients on Hormone Therapy. En: *The American Journal of Medicine*, vol. 127, 2014, Pp.159-162

214. Wierckx, K., Van Caeneghem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A., Toye, K. et al. Cross-sex hormone therapy in trans* persons is safe and effective at short-time followup: results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. En: *J Sex Med*vol. 11, 2014 p. 1999 -2011

215. Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzochi, A., Ponti, F. et al. Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. En: *J Sex Med*, vol. 11, 2014. p. 3002-11

216. Mueller, A., Haerbele, L., Zollver, H., Claassen, T., Kronawitter, D., Oppelt, P. et al. Effects of intramuscular testosterone undecanoate on body composition and bone mineral density in female-to-male transsexuals. En: *J Sex Med*, vol. 7, no 9. 2010 p. 3190-3198

217. Dahl, Marshall, et al. Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, vol. 9, no 3-4, 2006. p. 111-134.

218. Unger, Cécile A. Hormone therapy for transgender patients. *Translational andrology and urology*, 2016, vol. 5, no 6, p. 877.

219. Gooren, L. Hormone Treatment of Adult Transgender People. En. Ettner, et al (ed.). *Principles of transgender medicine and surgery*. Routledge, 2016.

220. IPPF International Planned Parenthood Federation. IMAP Statement on hormone therapy for transgender people. Octubre, Reino Unido: Portfolio Publishing. 2015.

221. JAMIE BUTH, M. D. Medical Therapy and Health Maintenance for Trans-

gender Men: A Guide For Health Care Providers. Lyon-Martin Women's Health Services. 2005.

222. Khera, Mohit. Testosterone Therapies. Urologic Clinics of North America, 2016, vol. 43, no 2, p. 185-193.

223. Bhasin, Shalender. Effects of testosterone administration on fat distribution, insulin sensitivity, and atherosclerosis progression. Clinical infectious diseases, 2003, vol. 37, no Supplement_2, p. S142-S149.

224. Gorton,R. Erickson-Schroth, L. Hormonal and Surgical Treatment Options for Transgender Men (Female-to-Male). Psychiatric Clinics, 2017, vol. 40, no 1, p. 79-97.

225. Ginsberg, B. A. Dermatologic care of the transgender patient. 2017.

226. Hermosura, T. Kabigting, D. Dermatologic care of the transgender patient. Dermatology Online Journal, 2016, vol. 22, no 10.

227. Levy, A. Crown, A. Reid, R. Endocrine intervention for transsexuals. Clinical Endocrinology, 2003, vol. 59, no 4, p. 409-418.

228. Mamoojee, Y.Seal, L. Quinton, R. Transgender hormone therapy: understanding international variation in practice. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2017, vol. 5, no 4, p. 243-246.

229. Cavanaugh, T. Hopwood, R. Lambert, C. Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. AMA journal of ethics, 2016, vol. 18, no 11, p. 1147-1155.

230. Reed M, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disordersrelated to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry. 2016; 15(3).

231. Romero K, Reingold R. Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. Reproductive Health Matters. 2013;21(41): p. 186-195.

232. LIBERARTE. Importancia de la psicoterapia en los tránsitos de género. En: Primer Congreso Nacional Trans*: Un enfoque médico y social. ACOME. Bucaramanga Colombia. 2016

233. LIBERARTE. ¿Son los profesionales de la salud mental los nuevos policías del género?: de la patologización a la politización de las identidades trans. En: VI Encuentro bioética y salud mental . Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia. 2018.

234. Lindemann J. Understanding Transgender and Medically Assisted Gender Transition: Feminism as a Critical Resource. AMA Journal of Ethics. 2016; 18(11): p. 1132-1138.

235. Levin S. Ethical Concerns About Emerging Treatment Paradigms for Gender Dysphoria. Journal of Sex & Marital Therapy. 2017; 16(1).

236. Código Penal colombiano, Ley 599 de 2000

237. Corte Constitucional. Sentencia T-118A de 2013. M. P. Mauricio González Cuervo.

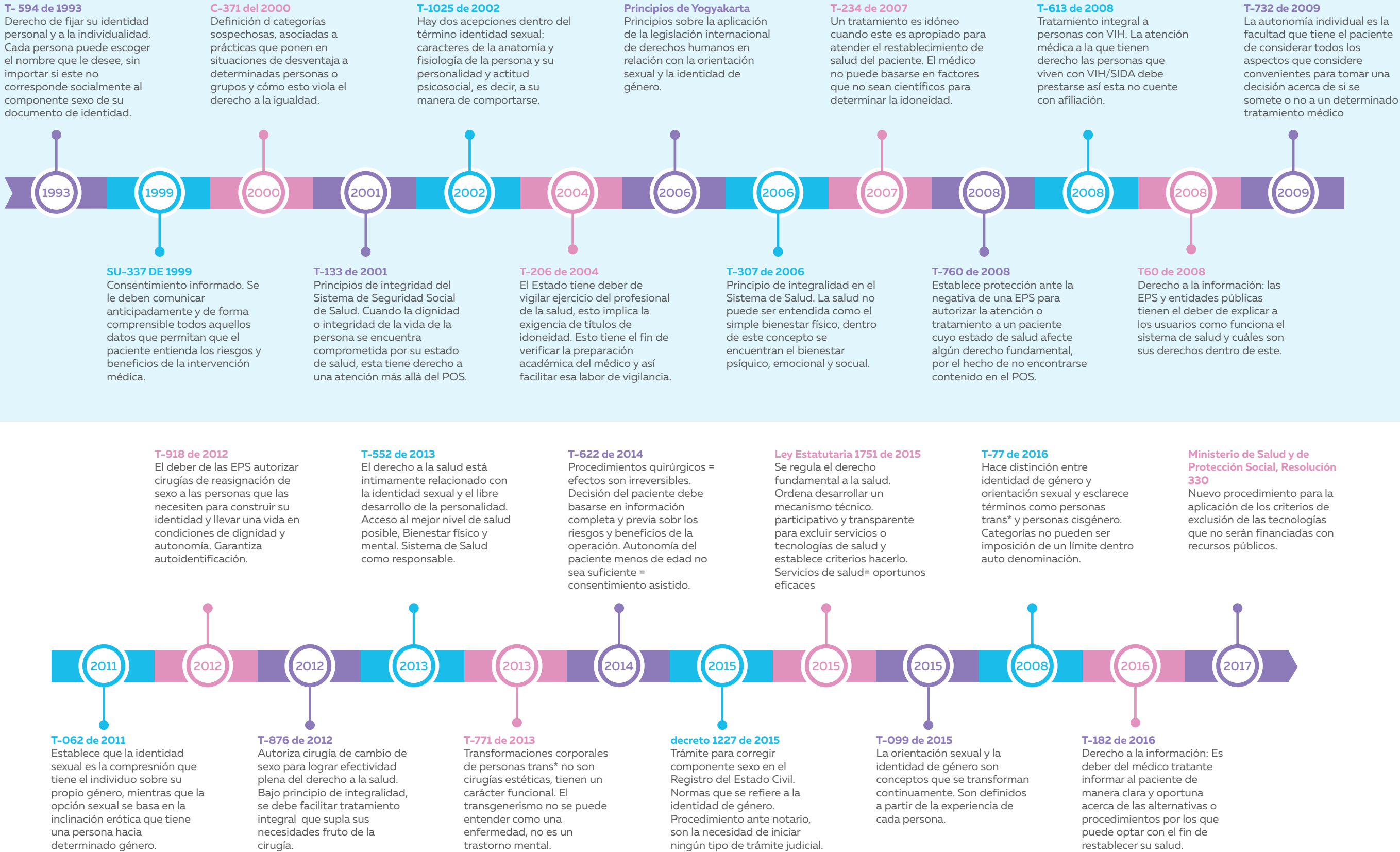
238. Garzón, Nelcy. Evolución jurisprudencial sobre responsabilidad médica administrativa obstetricia: en torno a la carga de la prueba. Universidad Militar Nueva Granada. 2015

Anexos

- 1 Infografia datos encuesta
- 2 Linea de tiempo de derechos de personas LGBT

**ANE-
XOS**

Línea de tiempo: salud y derecho de personas trans*





216

217