



Serie de documentos sobre  
Diversidad Sexual en Bogotá



**ESTUDIO**  
*sobre*  
**la**  
**IDENTIFICACION**  
*de*  
**BARRERAS**  
*de*  
**acceso**  
*a la*  
**SALUD**  
*de*  
**HOMBRES TRANSGÉNERO**  
*en el*  
**MARCO**  
*de la*  
**POLÍTICA PÚBLICA**  
★ **LGBTI** ★



EN  
BOGOTÁ  
SE PUEDE  
**SER**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ**  
**MEJOR**  
PARA TODOS

Secretaría Distrital de Planeación

**ESTUDIO SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO  
A LA SALUD DE HOMBRES TRANSGÉNERO EN EL MARCO DE LA  
POLÍTICA PÚBLICA LGBTI**

Bogotá, 2018

Contenido	
<u>Objetivos</u> .....	9
<u>Objetivo General</u> .....	9
<u>Objetivos Específicos</u> .....	9
<u>Marco Normativo</u> .....	10
<u>Marco Conceptual</u> .....	18
<u>Revisión Bibliográfica</u> .....	25
<u>Reconocimiento de identidad de género e inicio del tránsito</u> .....	25
<u>Cambios emocionales durante el proceso de tránsito y atención psicosocial</u> .....	26
<u>Percepción del diagnóstico de disforia de género y atención inicial</u> .....	30
<u>Proceso de hormonización. Acceso y efectos</u> .....	31
<u>Cirugías corporales para reafirmar caracteres masculinos</u> .....	32
<u>Sistema General de Seguridad Social, servicios de salud y equipos de     profesionales de la salud</u> .....	33
<u>Guía de Trabajo. (Metodología)</u> .....	34
<u>Revisión documental</u> .....	34
<u>Grupos focales</u> .....	35
<u>Entrevistas semiestructuradas</u> .....	40
<u>Entrevistas a profesionales de la salud</u> .....	43
<u>Consideraciones éticas</u> .....	52
<u>Análisis de los Datos y Resultados</u> .....	52
<u>Reconocimiento de identidad de género e inicio del tránsito</u> .....	53
<u>Cambios emocionales durante el proceso de tránsito y atención psicosocial</u> .....	55
<u>Percepción del diagnóstico de disforia de género y atención inicial</u> .....	59
<u>Proceso de hormonización. Acceso y efectos</u> .....	64
<u>Cirugías corporales para reafirmar caracteres masculinos</u> .....	73
<u>Sistema General de Seguridad Social, Servicios de salud y equipos de     profesionales de la salud</u> .....	78
<u>Conclusiones</u> .....	89

<a href="#"><u>Garantías necesarias por parte del Estado para la mejora de la calidad de vida de los hombres transgénero</u></a> .....	91
<a href="#"><u>Bibliografía</u></a> .....	93
<a href="#"><u>Anexo No 1. Guía de buenas prácticas médicas de atención a hombres transgénero para Bogotá</u></a> .....	99
<a href="#"><u>Anexo No 2. Recomendaciones de Política Pública para la Atención Médica a Hombres Transgénero en Bogotá</u></a> .....	141
Lista de tablas	
<a href="#"><u>Tabla 1. Estructura de la información de los Grupos Focales</u></a> .....	37
<a href="#"><u>Tabla 2. Estructura de información de Entrevistas a hombres transgénero</u></a> .....	42
<a href="#"><u>Tabla 3. Estructura de entrevistas a profesionales de la salud</u></a> .....	45
<a href="#"><u>Tabla 4. Caracterización de las personas entrevistadas</u></a> .....	47
<a href="#"><u>Tabla 5. Referencias a afectaciones por el uso de hormonas</u></a> .....	72
<a href="#"><u>Tabla 6. Hormonas con testosterona en el Plan de Beneficios</u></a> .....	72
Lista de gráficas	
<a href="#"><u>1 Gráfica 1. Edad de los participantes</u></a> .....	38
<a href="#"><u>2 Gráfica 2. Nivel educativo de los participantes</u></a> .....	38
<a href="#"><u>3 Gráfica 3. Ocupación de los participantes</u></a> .....	39
<a href="#"><u>4 Gráfica 4. Afiliación al SGSSS</u></a> .....	39
<a href="#"><u>5 Grafica 5. Edad de los hombres transgénero atendidos en el Hospital de San José</u></a> .....	48

## Presentación

La Dirección de Diversidad Sexual, como coordinadora de la Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales (PPGDLGBTI), y coincidiendo con la *Red Distrital de Hombres Trans*<sup>1</sup> en la necesidad de contar con información sobre las barreras de acceso a salud y el proceso de hormonización de los hombres transgénero, realiza esta investigación como un parte de un trabajo conjunto y articulado que permite desde un acercamiento comprensivo, generar recomendaciones para las distintas instancias responsables de implementar acciones pertinentes para atender los requerimientos en salud de los hombres transgénero, así como asegurar su acceso a los servicios de salud en aras de la realización de tal derecho.

De esta manera y como anexo uno se presenta la Guía de buenas prácticas en la que se facilitan lineamientos para la atención en salud a hombres transgénero, en lo que se refiere a su proceso de transformación corporal y construcción identitaria y como anexo dos las Recomendaciones de Política Pública, con las consideraciones particulares que se han de tener para la atención efectiva y con calidad a hombres transgénero.

Como siempre, en lo que refiere a estos temas, se considera que esta es sólo una aproximación y que los elementos a abordar son más complejos y dinámicos, por lo que se mantiene como eje central la intención de tener respuestas prácticas a las necesidades que la Red Distrital de Hombres Trans ha puesto de manifiesto como parte de su agenda de incidencia política y en cumplimiento de los objetivos propios de la PPGDLGBTI, antes que generar teorizaciones y análisis conceptuales que nos alejen de la posibilidad de lograr transformaciones.

---

<sup>1</sup> La Red de Hombres Trans está conformada por distintas organizaciones y activistas independientes. Tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y el disfrute pleno de derechos de hombres trans en la ciudad; a través de la reivindicación de sus derechos, la asesoría y acompañamiento en rutas de acceso a derechos, la articulación institucional y su consolidación como red de afecto.

## **Barreras de Acceso a la Salud de Hombres Transgénero en el Marco de la Política Pública LGBTI**

### **Alcance del Estudio y Definición del Problema**

Esta investigación de carácter exploratorio permite hacer un acercamiento a las barreras que enfrentan los hombres transgénero para acceder a servicios de salud de calidad, que reconozcan sus necesidades particulares respecto al proceso de tránsito de género y les reconozca a ellos en su individualidad e historicidad.

Para este fin se parte de la definición que sobre salud ofrece la Organización Mundial de la Salud (1948), como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, este concepto refiere que el gozar de buena salud no es solamente no tener enfermedad, incapacidad o disfunción, es también disfrutar de un bienestar razonable en todas las facetas la vida, considerando la calidad de los vínculos y las relaciones, del entorno en él se habita, y de las posibilidades de realización y bienestar.

En concordancia con lo anterior, “el derecho a la salud va más allá de garantizar prevención y curación de enfermedades: debe asegurar estándares de vida que garanticen el bienestar en todas sus dimensiones” como lo indican la Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud (2008).

En este sentido, la comprensión que de salud se hace, y la forma en que esta definición alimenta el derecho, pone en evidencia la existencia de distintas prácticas que afectan la realización de este derecho, particularmente en sectores que, siendo más vulnerables, se ven también más afectados al respecto. Así, es este el primer elemento para delimitar esta investigación, entendiendo que la salud es un derecho, y desde allí, reconocer la importancia de la atención en salud para los hombres transgénero, dados los procesos específicos que requieren acompañamiento de diversas profesiones y especialidades para asegurar tránsitos que en este marco les permitan una realización plena.

El segundo elemento, está referido a la patologización de las identidades transgénero y los impactos en la vida privada y pública de quien decide asumir identidades fuera de la matriz sexo/ género desde una lógica hegemónica y hetero sexista, convirtiéndose en justificación para la opresión, el escarnio social y el maltrato, limitando directamente las posibilidades de salud y bienestar.

En esta misma línea, esta como referente, los reportes en los que los hombres transgénero denuncian los servicios de salud como espacios de agresión, maltrato y vulneración. Así como la información suministrada desde la PPGDLGBTI, a través de la medición de línea base (2014), se encuentra que de las personas de los sectores LGBT perciben en (69,4%) que sus derechos son vulnerados, siendo las más afectadas las mujeres transgeneristas (92,90%), seguidas por los hombres transgeneristas (88,8%). Lo que se pone de manifiesto particularmente, en el ejercicio del derecho a la salud y las posibilidades de servicios de calidad, y con oportunidad.

Así, un (10,8%) de las personas de los sectores LGBT consideraron que su derecho a la salud fue vulnerado en los últimos 3 años, siendo principalmente afectados los hombres transgeneristas. Quienes indican que no han recibido atención medica por razones relacionadas con su identidad de género, pasando del (15,7%) en la medición del 2010 al (26,36%) en el 2014, incremento que incluye haber recibido actitudes de agresión, discriminación o maltrato en el sistema de salud, aspectos directamente asociados con un incremento en el uso de estrategias de autogestión (automedicación) para la configuración corporal, como el uso de hormonas sin el acompañamiento de profesionales de la salud (64.3%).

De la misma manera, vale la pena resaltar que un (13.8%) de los hombres transgénero sustentó la utilización de dichas estrategias de automedicación en la falta de conocimientos o información representativa sobre el tema, constituyéndose así, la desinformación como uno de los principales obstáculos para la no asistencia a los servicios de salud (Secretaria Distrital de Planeación, 2015).

Mientras en el país la ausencia de protocolos de atención, de servicios de salud pensados en responder a necesidades específicas, la limitada voluntad o capacidad para ofrecerle servicios adecuados, la demora sustancial en el otorgamiento de servicios, y las distintas formas de discriminación, se suman a

la lista de aspectos que afectan la salud de los hombres transgénero; a nivel internacional se observan adelantos en la creación y adopción de leyes de género, en la elaboración de guías, manuales de práctica clínica, protocolos de atención y unificación de rutas en salud, creadas como mandato y en general condiciones para realización de procesos de tránsito de género en condiciones de salud y derechos.

Tales guías y protocolos de atención<sup>2</sup> por una parte evidencian formas en que se ampara y hace obligatoria la garantía y el goce efectivo de los derechos fundamentales de las personas transgénero en el sistema de salud y la correcta articulación interinstitucional para llevar de manera satisfactoria los procesos de tránsito de género; por otra, motivan muchos interrogantes, pero principalmente preocupaciones, siendo que Colombia si bien ha mostrado avances importantes para la garantía de los derechos, con el respaldo de la Corte Constitucional a través de las distintas sentencias, estos no se materializan en el sistema de salud, en las instituciones ni en sus servicios.

Es así, por ejemplo, que, aunque se reconocen adelantos en cuanto a la incorporación de tecnologías de hormonización y tratamiento quirúrgico, para la construcción de la identidad; se observa que el acceso a estos pasa por la voluntariedad médica, e institucional, e incluso por temas económicos, que segmentan la atención según el tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este sentido, se van percibiendo algunas situaciones que por su constancia en el transcurrir de las vidas de las personas, se hacen constitutivas y se convierten en verdaderas barreras para acceder a los servicios de salud, que, en el caso de las personas transgénero, representa de manera concomitante, el derecho a la vida, a la identidad a la libertad, entre otros (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

Es al interior de este panorama que se hace comprensible la necesidad de realizar una investigación exploratoria a propósito de las experiencias de personas que viven procesos de tránsito de género en la ciudad de Bogotá; para así, poder avanzar hacia la identificación de barreras de acceso y el

---

<sup>2</sup> Realizados en países como Argentina (Presidencia de la Nación, 2015), Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2010), Gobierno de Canarias (Gobierno de Canarias, 2009) y Sanidad Publica de Castilla y León (Sanidad Publica de Castilla y León, 2014).

establecimiento de estrategias para intervenir los servicios de salud como escenarios de violencias. Entonces, explorar acerca de la calidad de los procesos realizados, el tipo de atención médica recibida y, particularmente, los obstáculos en lo relativo al acceso a una atención médica eficiente y oportuna. Todo esto con el ánimo de generar un panorama más amplio, que desde las voces de los actores contribuya a construir acciones pertinentes para el sistema de salud distrital, reduciendo los riesgos a la salud y optimizando la calidad de vida de los hombres transgénero o en proceso de serlo.

Esta investigación pretende brindar herramientas precisas que permitan generar propuestas y recomendaciones de política pública, garantizando los derechos sexuales y reproductivos de los hombres transgénero y alinear esfuerzos que la PPGDGBTI realiza en cumplimiento de su plan de acción, con los intereses y acciones que la Red Distrital de Hombres Trans que desde marco de incidencia política viene implementando.

Es así, que se toma como punto de partida la pregunta por ¿Cuál es la percepción sobre la atención del sistema de salud durante el proceso de hormonización e intervención corporal en hombres transgénero residentes en la ciudad de Bogotá?; susceptible de ser ampliada por la siguiente: ¿Cuál es la percepción de los procesos de transformación física en hombres transgénero por parte del personal de salud que los práctica y realiza acompañamiento en los mismos?, y finalmente ¿Cuáles son los datos con los que cuenta la red pública y privada sobre procesos de tránsito en hombres transgénero?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Identificar las barreras de acceso a la salud de hombres transgénero en el marco de la Política pública para la garantía plena de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Bogotá.

### **Objetivos Específicos**

Identificar y analizar los efectos físicos y emocionales que producen los métodos hormonales en hombres transgénero en sus procesos de tránsito identitario.

- Identificar y caracterizar las intervenciones médicas, protocolos y, en general, la respuesta institucional frente a los métodos de hormonización para hombres transgénero que se siguen en las instituciones médicas de la red pública y privada en Bogotá.
- Proponer recomendaciones de política pública para incorporar en el sistema de salud de Bogotá buenas prácticas médicas de atención a hombres transgénero.

## Marco Normativo

Las normas y jurisprudencia desarrollada en Colombia surgen desde unos referentes internacionales, dados por las Naciones Unidas con el reconocimiento de los Derechos Humanos<sup>3</sup> como “derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición”, a partir de lo anterior se garantiza la igualdad de los mismos para todas las personas, sin elementos discriminatorios, ya que se consideran interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Colombia como país miembro de las Naciones Unidas, ha ratificado diferentes instrumentos en los que se reconoce la obligación del Estado de garantizar los derechos de todas las personas sin ningún tipo de discriminación, como el “Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos” (firmado en 1976); el “Protocolo de San Salvador” (ratificado en 1999), que hace énfasis en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual se retoma particularmente el artículo 10, “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. La “Carta Andina para Protección y Promoción de los Derechos Humanos”, (adoptada en 2002), busca mejorar la administración de justicia, fortalecer el Estado de Derecho, la Democracia, el desarrollo y los Derechos Humanos.

En 2006 se firma los Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, busca generar orientaciones para la interpretación y aplicación de las normas del Derecho internacional de los

---

<sup>3</sup> En <https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>

derechos humanos para las personas lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales. Y en 2011 se acoge la Resolución sobre “Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género”, que contiene una serie de principios legales para garantizar la aplicación de las leyes internacionales de Derechos Humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género, establece los estándares básicos para que las Naciones Unidas y los Estados avancen en la protección de los Derechos Humanos, y hace un llamado a los Estados para restablecer, proteger y garantizar los derechos de las personas *gays*, lesbianas, bisexuales y transgénero. Así, reconoce el derecho a la igualdad y a la no discriminación; al reconocimiento de la personalidad jurídica; a la vida; a la seguridad personal, a la privacidad, a no ser detenido arbitrariamente, a un juicio justo; a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles inhumanos o degradantes; a la protección contra todas las formas de explotación; a la libertad de expresión, de reunión, de pensamiento, de movimiento; a procurar asilo, a formar una familia, a participar en la vida pública, en la vida cultural; a recursos y resarcimientos efectivos. Y de manera particular por los fines de la investigación, se retoma de esta el reconocimiento, al derecho al trabajo, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda digna, a la educación, a la salud y a la protección contra abusos médicos.

A nivel nacional, la Corte Constitucional se ha convertido en un importante referente en temas de Derechos Humanos, brinda herramientas jurídicas para la garantía de estos, desde donde, en cumplimiento de los acuerdos internacionales firmados por Colombia, y las normas del país, ha promulgado distintas sentencias como respuesta a la vulneración de los derechos de las personas de los sectores LGBT.

Es importante indicar como la Corte Constitucional en sus sentencias ha reconocido, que:

“Las personas transgeneristas, (...) hacen parte de un grupo sometido a un *“patrón de valoración cultural que tiende a menospreciarlo”*, sujeto de mayores exclusiones sociales de las que sufren los demás pertenecientes a la población LGBTI, y por lo mismo, merecen una mayor protección por parte del Estado. Precisamente, estas personas expresan su identidad de género de una forma que supone una mayor manifestación hacia la sociedad, generalmente a

través de transformaciones físicas, lo que ha generado que se encuentren mayormente expuestos a prejuicios sociales y actos discriminatorios.

Bajo esa premisa, considera este Tribunal que los jueces de tutela deben ser especialmente cuidadosos en el análisis de esta clase de asuntos y propender por proteger, en mayor medida, al menos fuerte en la relación o a quienes se encuentran en una situación de debilidad manifiesta. Ahora bien, como se ha expuesto en otras decisiones, lo anterior es una tendencia que no puede llevar a la premisa de que toda medida restrictiva, resulte *per se* irremediamente segregativa o sospechosa. Por el contrario, lo que quiere significar esta Corporación, es que debe recordarse cuantas veces sea necesario a los particulares, a las autoridades y a la comunidad en general, que no son admisibles, por ningún motivo, aquellos tratos discriminatorios en contra de cualquier persona por su orientación sexual o identidad de género diversa”<sup>4</sup>

Así, las Sentencias T- 141/15, T 804/14 y 565/13, hacen referencia al derecho a la educación, prohibiendo a las instituciones de educación superior a realizar actos discriminatorios por razones de raza, orientación sexual e identidad de género, ordenan al Ministerio de Educación a ajustar y a adoptar la política pública de Educación Superior Inclusiva, reconocen los derechos a la educación de las personas transgénero, así como, la protección de la orientación sexual y la identidad de género en los manuales de convivencia escolares.

Sobre los derechos civiles, y haciendo especial énfasis en el valor del derecho a la identidad y por tanto al nombre, la Corte Constitucional estableció la relación entre el nombre como atributo de la personalidad jurídica y el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad dispuesto en el artículo 16 de la Constitución Política. En el mismo sentido, afirmó que:

La facultad que tiene toda persona de fijar su identidad a través del nombre que prefiriera es un reconocimiento de la autonomía de la persona para definir su proyecto de vida como manifestación de la dignidad.

Es viable jurídicamente que un varón se identifique con un nombre usualmente femenino, o viceversa: que una mujer se identifique con un nombre usualmente masculino, o que cualquiera de los dos se identifique con nombres neutros o con nombres de cosas. Todo lo anterior, con el propósito de que la persona fije, en

---

<sup>4</sup> Tomado de Sentencia T804/14. En <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-804-14.htm>

aras del derecho al libre desarrollo de la personalidad, su identidad, de conformidad con su modo de ser, de su pensamiento y de su convicción ante la vida.

De tal manera, que a través de la Sentencia T 594/93 da lugar al cambio de nombre, en la Sentencia T 086/14 reconoce el Derecho al cambio de nombre por segunda vez por razones de identidad de género y en la Sentencia T 063/15, admite la corrección del sexo en el Registro Civil y demás documentos de identidad de las personas transgénero.

Específicamente, sobre temas relacionados a la salud de las personas transgénero, se resaltan la Sentencia T 918/12 en la que, además de instar a las entidades prestadoras de salud a garantizar la reasignación sexual para personas transgénero, como parte de sus derechos, considera que:

La salud no se limita al hecho de no estar enfermo, sino que comprende todos los elementos psíquicos, mentales y sociales que influyen en la calidad de vida de una persona. Por consiguiente, todas las personas deben estar en condiciones de intentar al restablecimiento de su salud bajo criterios de calidad, eficacia y oportunidad.

No es inusual que las autoridades de salud limiten el acceso al servicio a las personas trans con base en su apariencia diversa, su identidad legal o el conocimiento de que hacen parte de dicha minoría. Precisamente, diversos estudios han encontrado que estas personas, ante la dificultad de recibir las prestaciones de salud que requieren y la desesperación por lograr su bienestar, deciden no recibir atención médica a sus problemas o buscar alternativas al Sistema de Seguridad Social formal. Esta última opción genera consecuencias perversas puesto que lleva a que los pacientes consuman altos niveles de hormonas sin supervisión o se practiquen cirugías en clínicas informales. Se considera que las autoridades no le han dado importancia a la protección del derecho a la salud de las personas trans, que requieren prestaciones específicas. Esta circunstancia ha llevado a que su salud física y mental pasen desapercibidas por las entidades encargadas de velar por su cuidado, en detrimento del bienestar general de dicha comunidad.

Conforme a la Sentencia T-552/13, se reafirma la importancia de los diagnósticos médicos a pacientes que han decidido realizar cirugías de reasignación de sexo, y en tal sentido, resalta el Derecho a la información oportuna, objetiva y sin

ningún tipo de discriminación. Así mismo, insta a las Entidades a conformar un grupo interdisciplinario (psicología, endocrinología, ginecología, medicina interna y urología), para que estudie la pertinencia de suministrar *hormonas*; evalúe y apoye a la persona en el procedimiento que corresponda; le informe sobre los servicios que componen el procedimiento de reasignación de sexo y determine los servicios que le serán autorizados para garantizar sus derechos fundamentales a la salud, a la identidad sexual y de género, y al libre desarrollo de la personalidad, sin poner en riesgo su vida, salud e integridad.

En relación con la atención médica es la Sentencia T-771/13, la Corte Constitucional estableció la estrecha relación entre la dignidad y la atención integral en salud para la persona (...) que transita del género asignado socialmente a otro género. En ocasiones, el papel de género asignado por la sociedad no coincide con la perspectiva de la persona, de modo que a veces un sujeto de sexo masculino se identifica psicológicamente con lo femenino. En este caso, a lo largo de su ciclo vital, estas personas rechazan el rol masculino asignado por la sociedad, asumen su identidad femenina y transitan hacia un rol social femenino.

Igualmente, en la Sentencia T-099/15 exhorta al Congreso de la República para que promulgue una Ley de Identidad de Género que proteja los derechos fundamentales de las mujeres y hombres transgénero. Mientras el Congreso de la República acata el pedido de la Corte Constitucional, es necesario y urgente que el Estado colombiano incluya en el Plan Obligatorio de salud (POS) todos los procedimientos, medicamentos y atenciones necesarias para garantizar los servicios médicos generales y especializados, para las personas transgénero.

Si bien, los anteriores son ejemplos importantes de los avances que a través de la Corte Constitucional se han logrado en términos de garantía de derechos para las personas transgénero, no se puede perder de vista, que en su mayoría han sido reivindicados mediante mecanismos constitucionales como el derecho de petición y la acción de tutela. De manera reiterada, los hombres transgénero deben hacer uso de estos recursos, para la protección de su derecho fundamental a la salud, por ejemplo para pedir el número de semanas cotizadas a una **EPS**, copias de la historia clínica, que se lleve a cabo un procedimiento o examen diagnóstico o prueba de laboratorio, pedir medicamentos, solicitar que expliquen la razón por la cual niegan servicios, certificar el diagnóstico de disforia

de género, solicitar explicación de la progresión de una enfermedad, cambiar el médico tratante, iniciar una investigación en contra de alguna persona de la EPS, IPS, ESE, ESS, ARS, hospital, centro asistencial o personal de salud, solicitar un nuevo diagnóstico, etc.

Sentencia T.622/14 elaboración de los protocolos de atención, los que a la fecha no han sido expedidos, aunque se encuentre en mercado en diferentes sentencias, la negación por parte de las EPS e IPS continua.

En resumen, respecto al derecho a la salud de las personas transgénero, la Corte Constitucional ha establecido fallos notorios como: *T-099/15*, *T-622/14*, *T-552/13*, *T-771/13* y *T-876/12*, en los cuales ha señalado, por lo menos, las siguientes obligaciones por parte de los prestadores de salud y las EPS:

1. El derecho a la salud de todas las personas comporta un carácter integral que incluye todos aquellos aspectos que inciden en la configuración de la calidad de vida del ser humano, así como las dimensiones física, mental y social de su bienestar;
2. La falta de correspondencia entre la identidad sexual o de género de una persona trans y su fisionomía puede llegar a vulnerar su dignidad en la medida en que esa circunstancia obstruya su proyecto de vida y su desarrollo vital;
3. Las barreras de acceso a la atención médica apropiada para las personas trans vulneran sus derechos a gozar el nivel más alto de salud, al libre desarrollo de la personalidad y a la autodeterminación sexual cuando las autorizaciones para procedimientos prescritos por su médico les son negados bajo el argumento de que su vida o integridad física no están en riesgo;
4. Las entidades promotoras de salud, como consecuencia de lo anterior, tienen la obligación legal de brindar los procedimientos mencionados cuando hayan sido ordenados por el médico tratante a menos que controvertan el fundamento de la autorización “de forma científica y técnica”;
5. La relación entre el derecho a la salud y la identidad sexual de las personas trans demanda la garantía de acceso a un servicio de salud apropiado con el fin de asegurar su derecho a reafirmar su identidad sexual o de género; y, por último,
6. La garantía de acceso a atención médica apropiada para las personas trans implica reconocer no solo las particularidades de los asuntos de salud relativos a las transiciones emocionales, mentales y físicas al momento de

reafirmarse sino también la situación de marginación y discriminación que enfrentan, la cual constituye una barrera de acceso al Sistema de Seguridad Social.

Desde el ejecutivo, respecto a la salud como derecho, la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tuvo como fin el aseguramiento obligatorio en salud de toda la población según su capacidad de pago, el acceso equitativo a paquetes de servicios de salud establecidos en primer momento desde el Plan Obligatorio de Salud (POS), actualizado por el plan de beneficios estableció en la Resolución 5592 de 2016, y el fomento de la salud mediante la promoción y prevención realizada desde la salud pública.

A partir de tal establecimiento en el aseguramiento de la población se crearon los regímenes de afiliación en salud contributivo al cual pertenecen las personas trabajadoras que realizan pago por capitación, el régimen subsidiado al cual pertenecen las personas sin capacidad de pago y las personas vinculadas o no afiliadas al SGSSS, asumidas por aportes fiscales de la nación mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Ley 100, 1993)

En pro de lo anterior, en el año 2015 se realiza la actualización del Plan de Beneficios en Salud, mediante la Resolución 5592 de 2016, la cual establece como garantes de este a las personas afiliadas al sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) conforme al Decreto 806 de 1998 y el Decreto 1164 de 2014. Tal Resolución vista desde los procesos de tránsito de género ha incluido diferentes medicamentos, suministros, y cirugías, es así, que incluye la testosterona en todas sus presentaciones para procesos de hormonización, prácticas quirúrgicas que incluyen procedimientos de reasignación sexual no clasificados bajo otro concepto, ooforectomía bilateral, salpingectomía bilateral, histerectomía total abdominal y radical, implantes escrotales y mastectomía total y los laboratorios control para la garantía de procesos de tránsito y la prevención de efectos adversos. (MSPS, 2015).

A nivel nacional, también es de considerar como un avance importante en temas de derechos la Ley Antidiscriminación 1482 de 2011, la cual tiene por objeto garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de

racismo o discriminación; considerando como tales “el que arbitrariamente impida, obstruya o restrinja el pleno ejercicio de los derechos de las personas por razón de su raza, nacionalidad, sexo y orientación sexual, incurrirá en prisión de doce a treinta y seis meses y multa de diez a quince salarios mínimos legales, mensuales vigentes.” Es importante anotar que esta Ley cobija actos de discriminación que son dirigidos a personas con orientaciones sexuales diversas.

Lo anterior, por supuesto es posible gracias a los avances que en 1991 se dieron con la Constitución Política en la que se acogen como principios básicos los “Derechos Fundamentales”. Es de anotar que el derecho a la identidad se ha convertido en el eje que posibilita la construcción de las personas de acuerdo con su identidad y su visión del mundo.

Finalmente en este nivel y de manera reciente, debe reconocerse el Decreto 410 de 2018 “Por el cual se adiciona el Título 4 a la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre sectores sociales LGBTI y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, Capítulo 1 sobre prevención de la discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género, mediante la promoción de la acción afirmativa #AquíEntranTodos”. A nivel distrital de manera notoria, se expidió en diciembre de 2007 el Decreto 608, el cual establece los lineamientos de Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas en Bogotá D.C., y que fue reforzado por el Acuerdo 371 de 2009 en el que se establecen los lineamientos para la política pública y se planteó el marco de exigibilidad de derechos por parte de las personas de los sectores LGBT. Con ello se pretendió designar instituciones garantes para la intervención de la política, en cabeza de la Secretaría Distrital de Planeación (SDP, 2008).

A partir del proceso estratégico 1 enmarcado en el Fortalecimiento institucional en los niveles distritales y locales, en el Componente 2 que incluye la garantía del acceso, uso y disfrute de los sistemas institucionales de servicios públicos sociales, se incluye la Secretaria Distrital de Salud como entidad garante para la prestación de servicios y programas de atención, prevención y promoción del Sistema Distrital de Salud permiten a las personas

de los sectores LGBT, personas intersexuales, sus familias y cuidadores y cuidadoras para el disfrute del derecho a una salud plena, reconociendo y teniendo en cuenta las necesidades y especificidades de cada persona (SDP, 2008).

En este mismo marco, el Decreto 16 de 2013 en su artículo 19 designa las funciones para la Dirección de Diversidad Sexual, como ente encargado de “orientar y coordinar con otras entidades distritales el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas orientadas al tema de diversidad sexual y la garantía de derechos por orientación o identidad de género en el Distrito Capital”.

Como se ha señalado, a pesar de la normatividad existente para garantizar los derechos de las personas transgénero y en especial el derecho a la salud, las entidades prestadoras de los servicios médicos, en muchos casos se han negado a garantizar los tratamientos requeridos, por esta razón el importante papel de la Corte Constitucional y de los distintos Decretos y Leyes que propenden por la garantía de los derechos de las personas que reconoce como más vulnerables.

## Marco Conceptual

Tras realizar una aproximación a los conceptos centrales que articulan la Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las personas de los sectores LGBTI, se puede afirmar que el sexo tiende a ser comprendido como una categoría analítica que sintetiza el conjunto de características biológicas constitutivas de los seres humanos, sean estas genéticas, hormonales, anatómicas o fisiológicas, a partir de las cuales, las personas son clasificadas social y culturalmente como mujeres u hombres al nacer. Por otra parte, el *género* llega a ser entendido como la interpretación psicológica y social de la construcción del sexo que organiza y define los roles, los saberes, los discursos, las prácticas sociales y las relaciones de poder; constituyéndose así, como una convención y como un mecanismo de control, por medio de los cuales, se pretende asignar un lugar jerárquico a las personas en función de cómo es percibido su sexo. En este sentido, la especificación de la *identidad de género* se sustenta en la posibilidad de reconstruir culturalmente el sexo biológico a

través de procesos como la heterodesignación o el autonombramiento, es decir, de impactar desde fuera, como desde adentro, la constitución propia del yo. Por lo anterior, y entendiendo los intereses propios de la investigación aquí presentada, se considerará a las personas transgénero como aquellas que se ubican o transitan entre lo masculino y lo femenino, integrando así, a las personas transformistas, travestis, transexuales, entre otras (Secretaría Distrital de Planeación, 2017).

Es importante reconocer la presencia de la transexualidad a lo largo de la historia humana, donde el género ha sido estampado en la constitución de las figuras corporales, así como, la aceptación por parte de ciertas culturas que efectúan intercambios en los roles de género, creando así, una aceptación al interior de las fronteras de su comunidad (Citeli, 2005). Estos intercambios a los que aquí se hace referencia pueden llegar a ser operativos para cada persona, según sea que su identidad tienda a definirse como masculina o, por extensión, como femenina. Sin embargo, vale la pena resaltar que, para la sociedad general no ha sido fácil el reconocimiento de las identidades que se establecen como diversas, ya que, se considera que éstas se ubican por fuera de la norma moral y relacionándoles de una manera directa con la perversión y el pecado, considerándoles como no aceptadas, ni adecuadas (Lamas, 2012), lo cual, termina por promover y consolidar la violencia sustentada en prejuicios de género (Gómez, 2006).

Esta incompreensión de la construcción diversa de los seres humanos ha llegado a ser reproducida incluso al interior de entornos académicos o entes de información representativa como lo evidencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, o DSM V por sus siglas en inglés, el cual, incluye en sus definiciones un tratamiento patológico de lo diverso que sintetiza bajo el término de disforia de género; noción que llega a ser comprendida a la manera de un trastorno asociado a la identidad de género, producido por el malestar con el sexo asignado al nacer y la identificación como femenina o masculino.

Estos intentos por conceptualizar tanto a las personas de los sectores sociales LGBTI, como a diferentes dimensiones de sus experiencias vitales, ha acompañado el último siglo de desarrollos de disciplinas como la psicología, la medicina, la antropología o la sociología, entre otros. En este sentido, se puede citar, como uno de los primeros esfuerzos de definición, al trabajo realizado por el sexólogo David O. Caudwell, quien para el año de 1950 establecía que el término transexual hacía referencia a una persona, la cual, físicamente era de un sexo, pero psicológicamente se sentían del sexo contrario.

Por su parte, para el año 1952, el doctor Harry Benjamín decide retomar el término luego de realizar la operación de cambio de sexo de Christine Jorgensen (Lamas, 2012), tras lo cual, lo describe como la asociación entre la normalidad biológica y la convicción de pertenecer a otro sexo, aunque especifica el autor en esta situación, se sabe que anatómicamente se es con el sexo designado al nacer, más en su interior se siente identificado por un sexo contrario, por lo cual emprende un proceso de transformación con el fin de que su cuerpo corresponda con su identidad.

Ahora bien, las personas que emprenden el proceso de tránsito de género enfrentan dos tensiones, la primera asociada a los prejuicios sociales y morales y la segunda dada por el tipo de tránsito que va a enfrentar; dado que cada proceso se da de manera particular, lo cual supone un reto para la ciencia médica y para los esfuerzos de política pública. Como hemos venido señalando a lo largo de este estudio, uno de los temas para incluir en los Protocolos de Atención es la respuesta institucional frente a posibles actos de discriminación o estigmatizaciones de funcionarios y funcionarias de las entidades, sin importar el rol, profesión o nivel de la atención (administrativa, sanitaria, apoyo, etc) frente a las acciones disciplinarias, administrativas que están establecidas frente a este tipo de comportamientos. Las razones por las cuales se discrimina a los hombres transgénero pueden ser morales, culturales, sociales, religiosas, o de conciencia, cualquiera que sea la razón para discriminar a un hombre transgénero no debe ser tolerado en las instituciones.

Existe plena evidencia de que no todos los procesos de tránsito son lineales, ni homogéneos, ya que, por ejemplo, no todas las personas que se autodenominan

como transexuales han tenido, o desean tener, una intervención quirúrgica o, por el contrario, la han tenido, pero esto no necesariamente les conduce a experimentar una disposición hacia la hormonización.

De la misma manera, vale la pena resaltar los tipos de tránsito de género que pueden ser dados, ya que no todas las personas desean el mismo objetivo. Existen los que utilizan hormonas y desean la asignación genital; así como personas que se autodefinen como transgénero, las cuales, deciden emprender procesos de hormonización y transformación corporal quirúrgica, sin tener como objetivo la asignación sexual y aquellos que realizan amoldamiento del rol y adaptaciones físicas hacia lo masculino sin que ello le implique un proceso de hormonización o quirúrgico; lo que indica que la identidad desde lo transgénero no es estable o única, y que entre tanto tiende a no ajustarse a los parámetros de binariedad establecidos, ya que la experiencia en el tránsito se sitúa a través del discurso de cada cual (Ortiz, 2014).

En la presente investigación se utilizará esta última definición para referirse a los hombres que han realizado procesos de tránsito; no obstante, se reconoce que, tal terminología refuerza el ordenamiento binario y, por ende, se respeta el autonombamiento y la auto identificación de género, siendo legítima, por parte de los mismos hombres (Ortiz, 2014). También, se tendrá en cuenta la clasificación médica como una de las principales barreras para el acceso a los servicios de salud, la cual, debido a su estructura interna y funcional, puede incurrir en la generación de situaciones de discriminación, estigmatización y rechazo por parte del sistema a las personas que realizan tales procesos de transformación.

Los cuerpos moldeados del grupo transgénero son considerados como identidades que marcan la diferencia según sus características genitales, permitiendo únicamente dos opciones –hombre y mujer- que, desde la perspectiva tradicional se sitúan como excluyentes. En este sentido, para ser transgénero “el cuerpo debe ser considerado primero como algo propio, permitiendo el moldeamiento de este y el adorno con adopción de elementos que

reverencian rebeldía y liberación, ya que haber pertenecido al sexo designado al nacer no se considera como algo deseable” (García, 2009).

Los primeros pasos dados en dirección a la formulación de críticas entabladas ante la impresión de naturalidad, como un principio ordenador y generador de los sexos y los géneros, fue desarrollado por Simone De Beauvoir, durante el año de 1949, en el cual afirmó que la mujer “no se hace mujer, sino que llega a serlo”. Esta impronta marca el principio de una distinción que puede ser extendida a la sociedad en general, a la vez que, abre el camino hacia la opción y la autodefinición, sea femenina o masculina, dándose por separado o de forma simultánea, permitiendo así, la despatologización del género y la posibilidad del cuerpo, el sexo y el género, para adquirir su propia identidad (García, 2009).

Según Butler (2007) “la coincidencia que se ha intentado implantar entre el sexo, el género y el deseo, no se corresponde con un orden natural, sino que, por el contrario, ha sido decretada históricamente a través de estereotipos modélicos establecidos socialmente; es así que, se cataloga el género como una serie de actos que estilizan el cuerpo y que otorgan, de esta manera, la identidad; así mismo, realiza una crítica a la heterosexualidad obligatoria, que ha sido impuesta por la cultura occidental, dando cabida a la performatividad del género, donde se constituye la identidad que se supone que es la deseable” .

De acuerdo con los desarrollos realizados por el teórico social Michel Foucault, “la familia ha tendido a constituirse como una institución social al interior de la cual se establecen y distribuyen las definiciones hegemónicas de la sexualidad, tanto de los hombres como de las mujeres; al interior de dichas definiciones, destaca la importancia otorgada a la función eminentemente reproductiva de la esfera sexual, lo cual, deja en un segundo plano a la no diferencia sexual, en la cual, todos los individuos somos soberanos e iguales ante la ley, así como, propietarios de nuestros propios cuerpos que reivindicamos, para cada cual, el derecho al placer y a la libre sexualidad” (citado por Pelayo, 2005). Tal teoría, según Butler, cuestiona los esencialismos de lo masculino y lo femenino, lo heterosexual y lo homosexual, articulando así, la sexualidad, la identidad, el género, la clase social y la etnicidad, los cuales, son susceptibles, por este

camino, de ser vinculados con la teoría feminista, con el movimiento de mujeres y otros en defensa de los derechos de las mujeres (García, 2009).

La tensión aquí introducida entre la definición y la autodefinición se hace más comprensible si se tienen en cuenta las elaboraciones desarrolladas por la socióloga Berenice Bento (2011), quien afirma que, los cuerpos no son enteramente libres de lo social, puesto que, incluso en las configuraciones más autónomas o aisladas, se pueden rastrear huellas de lo social, así como, de la construcción fragmentada y obligatoria a la cual estamos predestinados desde niños por el sexo biológico designado, es así como se entiende que, nazcamos marcados por una cultura, es decir, estereotipados por una sociedad que determina la sexuación de los cuerpos.

Lo social en el sexo se reproduce de distintas maneras, en primer lugar, siguiendo a Michel Foucault, se encuentra la familia, la cual, es encargada de realizar una especie de definición inaugural de la sexualidad de los sujetos, claramente marcada por una suerte de heterosexualidad obligatoria; sin embargo, también influye la iglesia, la escuela, el Estado, la medicina y, en pleno siglo veintiuno, las redes sociales, los cuales, se configuran como elementos susceptibles de crear polarizaciones en lo relativo a lo que es aceptado, en detrimento de lo que se patologiza. Es por esta razón que resulta importante preguntarse por la experiencia vital de los hombres transgénero, así como en las vivencias y sentires que devienen de los procesos de transformación que estos emprenden y su relación con el sistema de salud, indagando, de esta manera, en sus realidades, a la vez que, en aquellas esferas normativas y prejuiciosas a las cuales se han tenido que someter para obtener la corporeidad deseada; lo anterior, no siendo una afirmación, pero partiendo del hecho de que la salud es manejada por “saberes expertos” masculinos, con privilegio de poder. (Bertulo, L, Butler, M, 2008).

Como afirma Berenice Bento, lo transgénero se ha volcado en la transformación corporal creada por una búsqueda del género deseado que se alivia con cada cambio realizado, estando cada vez más cerca de la identidad a la que se aspira, como una producción híper real, donde el feminismo también es proclamado no

solo por la construcción física, sino por la lucha política como mujeres por la identidad (Bento, 2011).

Con el fin de obtener la apariencia física deseada, según la identidad construida, se considera la cirugía, la cual, es realizada con el fin de beneficiar la integración del cuerpo e identidad de género, refiere principios éticos de autonomía y justicia, ya que hace elogio a los Derechos Humanos. La persona transgénero ejerce sus derechos y por razones autónomas toma la decisión acerca de su propio cuerpo (Aran, 2008).

Es importante garantizar el pleno goce de los derechos de manera equitativa en todos los grupos de la población y más aún en la población transgénero, puesto que hacen parte de una minoría marginada y excluida de la sociedad; debe poseer y brindársele apoyo, asesoría y atender cuidadosamente el momento de la transformación previniendo riesgos en salud y promoviendo la calidad de vida de estas.

## Revisión Bibliográfica

Esta revisión se relaciona con otros estudios que permiten consolidar un conjunto de referencias puntuales en lo relativo a temáticas representativas como lo son la hormonización y la atención en el sistema de salud; así como en lo relacionado a las estrategias para el acompañamiento de estos. Más aún, resulta relevante señalar que, tras una revisión preliminar de las publicaciones de interés, resalta que las investigaciones realizadas sobre las temáticas en cuestión provienen de otros países, sin que por ello no se cuente con información actualizada del país.

### Reconocimiento de identidad de género e inicio del tránsito

Para empezar a abordar lo relacionado al auto reconocimiento de la identidad de género por parte de los hombres transgénero, se retoma lo expresado por García (2010), que al aproximarse a lo “trans”, como un término para designar a las personas y experiencias que de alguna manera cuestionan la continuidad impuesta entre el ‘sexo biológico’ y el ‘género cultural’ y la estricta segmentación de lo masculino y lo femenino”, resalta que esta no es una categoría homogénea, y por el contrario incluye múltiples formas de nominación y auto reconocimiento.

En este mismo sentido Losada (2016), plantea que “la afirmación de la identidad transmasculina no “inicia”, “culmina” o “debe realizarse” a partir del consumo hormonal de testosterona, pues la identidad transgénero implica aspectos sociales, culturales y políticos que la trascienden”, y retoma los postulados de la Organización Social Hombres en Desorden, en donde se “considera que nombrarse como Hombre trans no es sinónimo de hormonas, barbas, músculos, mastectomías o faloplastias, por el contrario implica una autodenominación en el género, una afirmación socio-cultural del ser mismo, una forma de nombrarse”.

Así mismo, Verastegui (2013), a través de su investigación reconoce los procesos de tránsito de género no son homogéneos en la población que los emprende, ya que, factores inherentes a los deseos, la realidad social próxima, las percepciones, el autonombamiento, la lucha misma y los intereses implicados, varían de persona a persona.

Los planteamientos dados, coinciden con Halberstam, quien en su libro *Female Masculinities* (2008) indica que lo transgénero, “se detiene justo antes de entrar en cuestiones de operaciones y cirugías”, y que son especialmente los hombres transgénero, quienes han retado la fijación sobre las intervenciones quirúrgicas, pues, aunque algunos tienen mastectomía, rara vez tienen faloplastía. En este sentido, se considera que no solo retan el valor de la cirugía sino el significado mismo que sobre los genitales se ha construido, logrando desligar estos como referentes del sexo y del género.

Lo expuesto anteriormente, todo en el mismo sentido, invita a una serie de reflexiones sobre lo que se cree son conceptos ya terminados, y que integrados a lo cultural y social se vuelven fijos, casi incuestionables.

#### Cambios emocionales durante el proceso de tránsito y atención psicosocial

Vásquez (2018) en su investigación “Apoyo social percibido en personas trans”, establece la situación de discriminación, rechazo social y violencia como factores que afectan la salud mental de las personas transexuales, indicando, que esta asociación evidencia el cambio en la comprensión sobre la transexualidad, esto dado, que, anteriormente los correlatos de salud mental se enfocaban en la incongruencia que manifestaba la persona con el sexo biológico.

Sin embargo, Halberstam (2008), recuerda que son tres décadas cuestionado la afirmación de que la anatomía es destino, de que el género es natural y de que hombre y mujer son las dos únicas opciones, y, aun así, seguimos “funcionando en un mundo que asume que las personas que no son hombres son mujeres y que las personas que no son mujeres son hombres (o que incluso asume que quienes no son hombres no son personas)”.

Asociado a este planteamiento y al efecto que esta estructura tiene en las personas, concluye Ruiz (2017), que las personas transgénero presentan alta propensión de sufrir ansiedad, depresión y suicidio, asociado a la constante discriminación y estigmatización que experimentan a lo largo de su vida, justificadas o promovidas por la lógica binaria y determinista. Por su parte Vásquez (2018) retoma el estudio de McConell (2015), quien indica que en

general las personas del colectivo LGBT tienen mayor probabilidad de sufrir algún problema de salud mental, siendo las personas trans quienes muestran una mayor psicopatología, tienen una menor calidad de vida y bienestar con la vida, que el resto de población, e identifica la importancia del apoyo social para reducir el impacto de estas situaciones.

En este sentido, otros autores también citados por la Ruíz (2017), coinciden en afirmar que, la presencia de depresión en individuos transgénero se relaciona con aspectos como: la pérdida de amigos y familiares (González & Leal, 2011), dificultad para acceder a procedimientos médicos (Arístegui, 2014), disputas en el ambiente familiar, asedio en la escuela, segregación y violencia física y psicológica (Rubio, 2009), y por supuesto, años de prejuicios, discriminación y ausencia de apoyo del núcleo familiar (Olson et al., 2015).

Así, Losada (2016) al indicar que “los tránsitos no se viven ni expresan de manera individual, pues dicha experiencia está permeada por las distintas intersecciones discursivas de acuerdo al contexto en el que se sitúa, de ahí, que la vivencia misma de la transmasculinidad sea un asunto que tiene impacto en las relaciones sociales que sostiene”, concreta la información anterior, y contribuye a analizar el contexto, las relaciones sociales y especialmente la familia, como factores que dependiendo del lugar en el que se ubiquen respecto al tránsito, pueden ser factores protectores o de riesgo para la salud mental de los hombres transgénero.

Lo anterior se detalla en estudios como el realizado por Meier Sharp, Michonski, Babcock y Fitzgerald (2013 citado por Vásquez 2018), en el que entrevistando a 593 hombres trans, concluye que hay una relación significativa entre tener pareja y altas tasas de apoyo, a su vez, tener un mayor apoyo correlaciona negativamente con la depresión. Al respecto, también es pertinente indicar que los hombres transgénero perciben más apoyo de su familia que las mujeres transgénero como lo indica Claes et al. (2015, citado por Vásquez, 2018), aunque, Halberstam (2008) evidencia que si bien a veces, desde el punto de vista social, ser y comportarse como hombre resulta menos visible, desde el

punto de vista teórico y político, el rechazo se da desde el patriarcado, que niega los esfuerzos de algunos hombres trans por construir una identidad masculina.

Para Verastegui (2013) resulta evidente cómo el “apoyo familiar es un factor determinante para facilitar las construcciones identitarias y cómo este funciona como impulsador de las transformaciones corporales”: así como para Bockting, Miner, Swinburne, Hamilton & Coleman (2003, citados por Ruíz, 2017), el apoyo de la familia en niños y adolescentes transgénero disminuye los estados depresivos, aporta mayor confianza y seguridad en el proceso de desarrollo de identidad y bienestar emocional. Sin embargo, Losada (2016), resalta que, “aun cuando existan políticas y desarrollos que busquen apoyar los procesos de tránsito de hombres trans, las familias se ven aisladas de dichos escenarios y sin herramientas para tramitar la experiencia compartida del tránsito”.

Respecto a estas consideraciones sobre lo emocional y psicológico en el tránsito de género, vale la pena señalar las investigaciones que Vásquez (2018) referencia, en las que se presentan datos de interés respecto a las situaciones de salud mental de las personas transgénero, entre ellas se retoma:

- Budge, Agelson y Howard (2013) indican en su estudio que un (39%) de las 328 personas transexuales encuestadas tenían sintomatología depresiva, de las cuales el (51.4 %) eran mujeres trans y un (48.3%) hombres trans. Esta información toma más fuerza al corroborarla con los estudios de Meier, Pardo, Labuski y Babcock (2013), quienes plantean que debido a la situación particular de la transexualidad en la sociedad se encuentra que la depresión es muy común en este grupo de personas si se compara con la población general y de Nuttbrok et al. (2014); Tebbe y Moraldi, (2016) quienes coinciden en que la sintomatología depresiva en personas trans puede ser tres veces mayor que en la población no trans.
- Meier et. Al (2013), analiza como las personas de los sectores LGBT tienen mayores rangos de ansiedad respecto a la experiencia con que su orientación u identidad está mal respecto a lo que se considera normativo.
- Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, y Delsignore (2005), presentan unas tasas de ansiedad para personas trans, entre un (26%) y un (38%). Mientras que el estudio de Budge et al. (2013) se encuentra que un (40.4%) de mujeres trans

y un (47.5%) de los hombres trans tenían sintomatología ansiosa. Sin embargo, Trujillo et al., (2016) señala que otros autores encuentran tasas inferiores para ambos sexos (12%).

Por su parte, Arcelus et al. (2016) indican en su estudio que las autolesiones no suicidas se encontraron en un (46.3%) en la historia de vida de las personas trans. Claes et al., (2014) revela que no existe disparidad del dato por género, mientras que Davey, Arcelus, Meyer y Bouman, (2016) encuentran mayor prevalencia en autolesiones en hombres trans que en mujeres trans. Estos análisis indican una relación significativa entre la autolesión no suicida con menor autoestima, menor satisfacción corporal y menor apoyo social (Davey et al., 2016).

Finalmente, tampoco puede dejarse de lado el proceso mismo del tránsito, para lo que se retoma a Bento (2002), quien luego de sus investigaciones para comprender los procesos que determinan la formación de las identidades de género en personas transgénero, encuentra que el momento de mayor sufrimiento no se corresponde con la realización de la cirugía de reasignación sexual, sino al proceso vivido antes de ella. Son estos momentos traumáticos, que afectan la percepción de sí mismo, que la autora reconoce como un escenario en el que el cuerpo y el género están en disputa, esto dado a que no se puede “situar al género escogido en plena correspondencia con una adopción completa del mismo, puesto que, los roles, la reproducción social y otras características del sujeto, pueden aún asociarse con el género femenino”.

En este mismo sentido, García (2010), analiza que, para las personas transgénero, la mayoría de las veces el proceso de transformación puede resultar muy dolorosa, desencadenando, entre muchas otras cosas, el alejamiento familiar por miedo al rechazo, distintas modalidades de violencia movilizadas desde sus entornos de participación o influencia, que puede devenir en una exclusión social ampliada. Es enfática en advertir que los procesos de transformación se constituyen en una experiencia de vida difícil para quien los realiza, dificultad que no cesa, ante el deseo de dar continuidad a dicho tránsito.

## Percepción del diagnóstico de disforia de género y atención inicial

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales –DSM-IV– de la Asociación Americana de Psiquiatría –APA–, la transexualidad es considerada como un Trastorno de la identidad sexual” caracterizado por “una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar permanente por el propio sexo” (2000, p. 505) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades –CIE-10– de la Organización Mundial de la Salud –OMS– se encuentra bajo el término “Transexualismo” y está incluido en el apartado de “Trastornos de la identidad sexual” (1992).

Desde esta definición, es que se analiza la importancia del diagnóstico y su impacto en la vida de los hombres transgénero, sea que este se asuma o no, pues tendrá como referente social para su construcción esta perspectiva médica que continuamente le estará hablando para que se ajuste a sus indicadores. Así como lo identifica López (2018) se ha de indicar “deseo de vivir en el otro género desde la infancia, el sentir rechazo hacia las características sexuales secundarias del propio cuerpo, hacia los genitales e incluso rechazo a tener relaciones sexuales”, para ser un ser transexual aceptable y legítimo.

Verastegui (2013), indica que la “despatologización de lo transgénero ha sido el centro del activismo, ya que esta opera como una categoría impuesta por la academia y el Estado, los cuales, la utilizan para designar a las personas como enfermas mentales en un rango inferior en la vida social”. En este sentido, tal como lo identifica en su investigación, dicho diagnóstico es la principal barrera que se impone ante el desarrollo personal, puesto que, puede conducir a tratamientos inadecuados y propiciar acompañamientos prejuiciosos por parte de profesionales de la salud, que les consideran individuos desviados e incorrectos, y en cuya atención priorizaran la curación de la enfermedad para que encajen “nuevamente en una sociedad binaria y heteronormativa, a la cual, la medicina está acostumbrada”.

De igual manera, Losada (2016) con su propuesta busca cuestionar estos discursos, que “reproducen la idea de que los tránsitos de género deben ser

catalogados como una enfermedad mental que se puede “curar”, reduciendo el “universo de significación de las corporalidades transgénero” y generando acciones que violan los derechos humanos.

Finalmente, como señala Coll-Planas (2010, citado por Lasso, R. A, 2014) “frente al tema de la patologización no existen posiciones unificadas, tanto a nivel de lxs profesionales de la salud como a nivel de las personas trans de todo el globo”.

### Proceso de hormonización. Acceso y efectos

La imagen de un cuerpo biológico sexuado y la no identificación con el asignado se convierte en la razón principal para cambiar la adaptación de la imagen corporal (Bento, 2002); el no sentirse identificado con la corporeidad se constituye en la razón principal para iniciar un tránsito, la finalidad por tanto se da desde la satisfacción propia hasta la lectura que se puede realizar de sí, en la esfera pública.

La hormonización, es realizada por los hombres transgénero a través de la adquisición de testosterona sintética en forma de gel, implantes o inyecciones, siendo la más usada el Testoviron® de 250mg, el cual, puede ser adquirido sin fórmula médica y cuya administración tiende a realizarse de una manera mensual, potenciando así, el desarrollo rápido de características masculinas como: la aparición del bello corporal, el crecimiento del clítoris, que es uno de los cambios más importantes, así como, el incremento de la libido, lo cual, se asocia a sentirse deseable, cómodo con el propio cuerpo y a desear el contacto sexual. Generalmente estos cambios no son tan notorios para la persona, como lo son para las personas de su entorno, lo cual, hace que estas características corpóreas adquieran mayor relevancia a la hora de hacer una asignación sexual (Ortiz, 2015).

Ya que, como se explicó anteriormente, el ingreso para el tratamiento del paciente depende exclusivamente del criterio del médico que brinda la atención inicial, la ausencia de una remisión oportuna puede conducir a situaciones en las que la persona decide emprender los procesos de hormonización de una manera

autónoma, esto es, sin acompañamiento médico, lo cual, hace que el objetivo de la imagen deseada se ubique por encima de los riesgos asociados a dichas prácticas (Lozano, 2017). Esta decisión suele verse acompañada por el recurso a distintas técnicas artesanales adoptando entre otras, prácticas naturales y de otras culturas con el propósito de obtener las características físicas anheladas. Entre estas prácticas, entre las más comunes se encuentra, la administración de proteínas y anabólicos para el aumento de la masa muscular con el ejercicio de fuerza, fajarse los senos con vendajes o camisillas compresoras y el uso de objetos o rellenos que simulen la posesión de un pene (Ortiz, 2015), acercándose a la imagen configurada y evitando la victimización experimentada en los servicios de salud.

### Cirugías corporales para reafirmar caracteres masculinos

Otro aspecto relevante para el análisis de la problemática hace referencia a la percepción que se tiene sobre las cirugías, las cuales, pueden ser deseadas para unos, en tanto que, pueden no serlo para otros, sea porque los costos de estas no les permiten el acceso o porque, genuinamente, no se ha desarrollado una disposición positiva ante las mismas.

Ahora bien, sin importar cuál sea el caso, cabe destacar que la mastectomía es la intervención más frecuente, dado que, al remover el tejido mamario, cambia la estructura de los pectorales, que sumado al hecho que evita seguir usando fajas para ocultar los senos, así como remover el tejido sobrante resultado de la disminución de las mamas por efecto de las hormonas.

Respecto a la faloplastia y la metaidoplastia; sin embargo, la información y la experticia en el país sobre estas prácticas aún son escasas, aunque son procedimientos que se encuentran dentro del Plan de Beneficios. Vale la pena resaltar que, tales cirugías son realizadas únicamente a personas que demuestran tener disforia de género, es decir, que han recorrido un camino en su proceso de hormonización dentro del sistema de salud. Por lo que, Bento (2002), propone que, las "operaciones realizadas sobre el género deben tender a constituirse como una herramienta a través de la cual los términos de

masculino y femenino, no solo se construyan, sino que, a su vez, se reconstruyan, se fragmenten y se desnaturalicen.”

### Sistema General de Seguridad Social, servicios de salud y equipos de profesionales de la salud

El sistema de salud en sí mismo presenta deficiencias, como lo reconocen en su estudio Bones, Rubin, col (2009), quienes lo describen entre otras cosas, como limitado y demorado, para poner en evidencia, principalmente la falta al principio de universalidad. El Estado tiene que garantizar la atención a la salud de todos los ciudadanos y en todos los grados de complejidad, pero la falta de acceso a servicios muestra que la atención a la salud no es universalmente disponible.

Adicionalmente, a las barreras estructurales que se pueden reconocer como parte del sistema, es posible identificar algunas asociadas a la ruta de acceso a el aseguramiento o incluso a los servicios mismos, tal como se indica en el estudio la SDP (2008), “observándose que lo que refiere a la encuesta Sisbén y el régimen subsidiado en general, genera confusión y se convierte en una dificultad para el acceso a los servicios, e incluso para la auto exclusión de los mismos”, siendo las personas trans las más afectadas por este desconocimiento.

Aspectos a los que Bento (2002), agrega un acercamiento más personal, para hacer referencia a lo concerniente a la mirada, el escrutinio y el juicio social que se elevan sobre las personas en tránsito, el cual, tiene como objetivo poner en primer plano, tanto para el individuo que observa, como para quien es observado, una especie de evaluación sobre si este último es hombre o es mujer. Este ejercicio de clasificación de los otros a partir de la observación policial, según la autora, es un acto de recurso frecuente al interior de las sociedades que reproducen cánones binarios. Al estar instaurados en la sociedad implican también a los equipos de la salud, quienes terminan poniendo de manifiesto una serie de comportamientos homofóbicos. (Bento, 2002).

## Guía de Trabajo. (Metodología)

Con el fin de lograr un acercamiento a las situaciones que se configuran como barreras de acceso a la salud en hombres transgénero, esta investigación se enmarca como un estudio exploratorio de tipo cualitativo. Acorde a este planteamiento, se reconoce la importancia de recuperar las voces de algunos de los actores involucrados en este proceso, por lo que se emplearon distintas técnicas e instrumentos que no son comprendidos como unas herramientas inconexas, sino que, en su conjunto proporcionan elementos relevantes para la comprensión de esta realidad y el reconocimiento de las situaciones de interés investigativo.

Es así, que según las características de los actores y al tipo de información que se consideró podían aportar, se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas como fuentes de información primaria. Los primeros con la participación principalmente de los hombres de la Red Distrital de Hombres Trans<sup>5</sup> y las segundas, con médicos y medicas de IPS representativas y algunos hombres transgénero con experiencias y condiciones distintas dentro de su proceso de tránsito. De igual manera, para lograr información secundaria, se realizó una revisión documental con el fin de identificar los estudios en el tema. Con esta información en conjunto se efectuaron los análisis correspondientes, según las categorías previas establecidas.

A continuación, se presenta la información relacionada con cada uno de los métodos empleados y las características de los participantes.

### Revisión documental

Acatando los lineamientos existentes sobre la revisión documental, fue posible realizar un barrido sobre los estudios, publicaciones e investigaciones que abordan el tema de interés, esto como un ejercicio que permite un primer

---

<sup>5</sup> Es un colectivo de hombres transgénero líderes que direccionan, apoyan y realizan acompañamiento a otros hombres que inician tránsitos de género o necesitan otro tipo de apoyo interinstitucional.

acercamiento a la realidad de los hombres transgénero, particularmente el ejercicio del derecho a la salud.

Así, se entienden estos documentos como fuentes (secundarias) de información, para vincularlas a dialogar con la información lograda a través de otras fuentes e instrumentos. Ahora bien, vale la pena señalar que, dicha aproximación no solo se realiza con el ánimo de presentar datos ya contruidos, sino de posibilitar una apropiación de estos, tendiente a realzar elementos significativos en ellos, referidos a la temática central de la presente investigación; logrando, de esta manera, recolectar datos pertinentes y sustentar análisis específicos y fiables.

De igual manera, y bajo estos mismos lineamientos y propósitos mencionados, se indagó sobre la oferta institucional para la atención en salud a hombres transgénero, a la vez que, se pretendió recopilar información relativa a las características sociodemográficas de los hombres transgénero atendidos, las características de los equipos de salud y los problemas relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de la atención que ellos deben enfrentar.

### Grupos focales

Los grupos focales como herramienta metodológica, promueve la discusión colectiva sobre un conjunto de temas propuestos, de tal manera, que es una técnica adecuada para comprender cómo los actores sociales perciben, interpretan y actúan frente a la situación de interés. (Beltramino, 2004). En ese sentido, se genera un escenario de comunicación y diálogo en el que se genera el intercambio de experiencias para enriquecer la realidad sobre la que se indaga. (Hamui y Varela, 2013).

Atendiendo a las condiciones propias de la técnica, quienes participan en cada grupo comparten características respecto a la experiencia de dicha realidad, es decir, a pesar de las particularidades de cada asistente, comparten la experiencia de ser hombre transgénero en Bogotá.

Para este propósito se emplearon preguntas orientadoras o motivadoras, que permitieron indagar sobre la percepción frente a la evaluación médica para el

inicio del tratamiento hormonal, acceso a intervenciones hormonales, controles realizados, disponibilidad de los medicamentos, percepción frente a la efectividad del tratamiento hormonal, efectos colaterales y tratamiento ofertado para la resolución de los mismos desde el sistema de salud; de igual manera se indago sobre efectos emocionales antes y durante el proceso de tránsito de género, redes de apoyo familiar, social e institucional y no obstante se preguntó de manera explícita las principales necesidades percibidas frente a la atención en los servicios de salud y barreras de acceso percibidas durante la atención.

### Implementación de grupos focales.

Se realizaron cinco grupos focales, con un promedio de asistencia de 6 personas, para una participación total de 31 hombres transgénero. Con el fin de garantizar la privacidad de los participantes se emplean seudónimos, que se usan en el proceso de transcripción textual y reporte de la investigación y en cumplimiento de las consideraciones éticas acogidas, cada uno de los participantes diligencio el consentimiento informado que autoriza la grabación de la discusión, así como el uso de esta información como contribución a la investigación.

En su mayoría los hombres participantes pertenecen a la Red Distrital de Hombres Trans, cuya disposición para compartir y debatir experiencias acerca del proceso de tránsito, permitió ahondar en las realidades y problemáticas desprendidas del mismo y su relación directa con la prestación de servicios de salud para la resolución de sus necesidades.

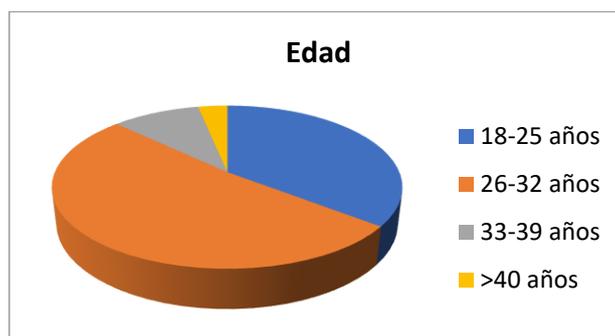
En la tabla que se presenta a continuación, se describen los ejes temáticos sobre los que se indagó y los elementos de discusión asociados, que surgieron en el desarrollo de los grupos focales.

Ejes temáticos	Información relacionada
<i>Percepción frente a la evaluación médica inicial para el tratamiento hormonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutas de acceso al proceso de tránsito de género en el sistema de salud</li> <li>• Experiencia vivida durante la atención en el servicio de salud</li> <li>• Atención recibida por parte del médico general</li> <li>• Trato recibido en los servicios de salud</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencias vividas por prejuicio de género durante la atención en los servicios de salud</li> </ul>
<i>Percepción frente a la prescripción y control de la terapia de masculinización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automedicación</li> <li>• Fuentes y tipo de información obtenida para la realización de procesos de tránsito de género</li> <li>• Acceso al tratamiento hormonal</li> <li>• Percepción del diagnóstico de “disforia de género”</li> <li>• Tipo de asesorías recibidas en el servicio de salud</li> <li>• Realización de laboratorios y controles médicos</li> <li>• Cambios corporales obtenidos con la hormonización</li> <li>• Prácticas artesanales para la modificación corporal</li> </ul>
<i>Percepción frente a la disponibilidad, acceso y calidad de la intervención hormonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción sobre la asesoría para la intervención hormonal</li> <li>• Tipo de hormonas utilizadas para el tratamiento y dosis utilizadas</li> <li>• Disponibilidad de medicamentos</li> <li>• Precisiones sobre la histerectomía, se indaga sobre la necesidad de su realización para la continuidad del tratamiento hormonal</li> <li>• Deseo de la cirugía genital como requisito para el acceso a la terapia hormonal</li> </ul>
<i>Percepción frente a la efectividad de la intervención hormonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad del tratamiento hormonal</li> <li>• Cambios generados con la terapia hormonal</li> <li>• Suspensión de tratamiento hormonal y consecuencias</li> <li>• Efectos adversos presentados con la hormonización</li> <li>• Relación con el clítoris (micropene) y asesoría recibida</li> </ul>
<i>Percepción frente a los efectos colaterales y manejo de estos desde el sistema de salud - redes de apoyo médico y social-</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones realizadas para solventar efectos adversos por hormonización</li> <li>• Acciones realizadas por parte del sistema de salud</li> <li>• Efectos adversos por la realización de histerectomía</li> <li>• Asesoría obtenida en el servicio de salud para prevención de efectos adversos</li> <li>• Ayuda psicosocial otorgada desde el sistema de salud en los procesos de tránsito de género</li> </ul>
<i>Tipos de fármacos y disponibilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos y hormonas utilizadas para el proceso de tránsito</li> <li>• Lugares de adquisición y costos de las hormonas</li> <li>• Inhibidores de estrógeno</li> </ul>

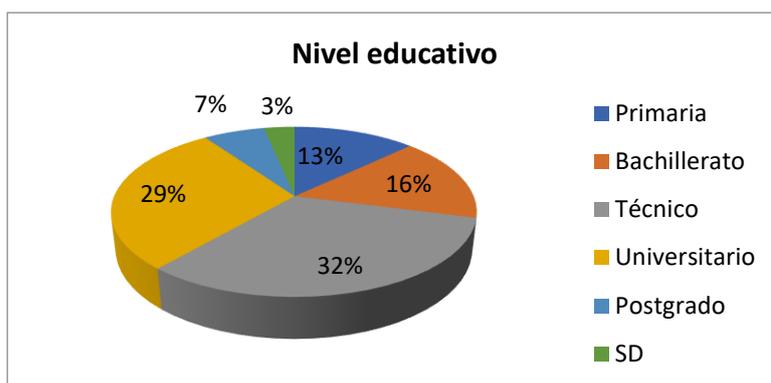
Tabla 1. Estructura de la información de los Grupos Focales  
Características sociodemográficas de los participantes en los grupos focales

**Edad.** Los participantes de los grupos focales se encuentran en un rango de edad entre los 18 y 43 años, con un mayor porcentaje (52%) entre los 26 a 32 años, seguido por el grupo entre los 18 a 25 años con un (35%). Siendo el grupo más pequeño el de hombres mayores de 40 años.



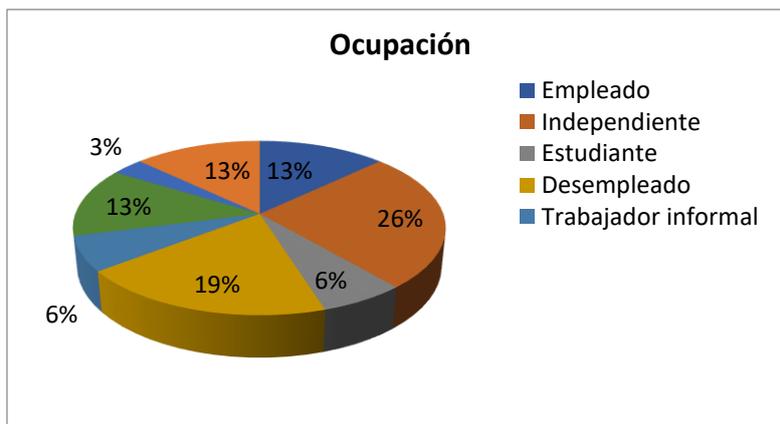
1 Gráfica 1. Edad de los participantes

**Nivel educativo.** El (32%) de los participantes refirieron tener estudio técnico, seguido de un (29%) con grado universitario. Es importante resaltar que solo el (7%) de los participantes tenían básica primaria como nivel de estudio.



2 Gráfica 2. Nivel educativo de los participantes

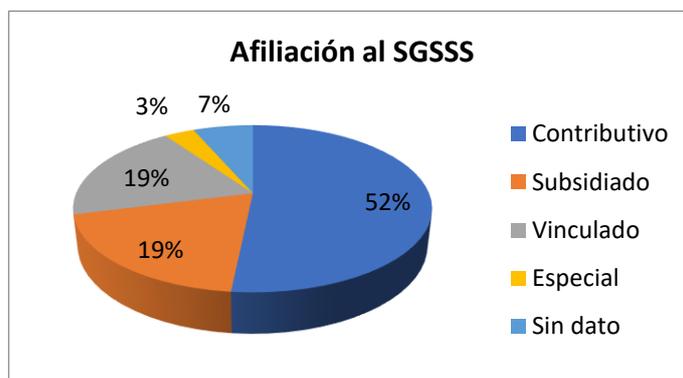
**Ocupación.** En su mayoría los hombres entrevistados refirieron tener alguna fuente de ingreso económica, se nombraron algunas profesiones y cargos en la ocupación, no obstante, se resalta que el 19% de los participantes se encuentran en desempleo, lo cual interviene en el acceso a servicios de salud y por tanto a la terapia hormonal, un mismo porcentaje refieren laborar de manera independiente.



3 Gráfica Ocupación de los participantes

**Lugar de origen.** Solo 5 de los 31 participantes provienen de ciudades distintas a Bogotá.

**Afiliación al sistema de seguridad social.** El (52%) de los participantes, refirieron pertenecer al régimen contributivo, lo cual les permite el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos de manera más ágil. Mientras que el (19%) de los participantes se encuentran en el régimen vinculado en salud, por su condición de desempleo o estudio. Un (7%) de los asistentes no indicaron el tipo de afiliación al SGSSS.



4 Gráfica 4. Afiliación al SGSSS

### Entrevistas semiestructuradas

La entrevista semiestructurada intenta, mediante preguntas que estimulan el dialogo, conocer el posicionamiento de la persona entrevistada sobre determinados temas, pero no por ello, significa que limita el fluir de la conversación y la posibilidad de que el entrevistado pueda profundizar, o desviarse en la conversación. (Montañez, 2011). Por lo cual, se puede deducir que, es una técnica de investigación capaz de motivar al interlocutor, en la medida en que permite la construcción de espacios abocados a ampliar las claridades, a la vez que, se reducen los formalismos; teniendo así, una mayor probabilidad de entablar relaciones de afinidad con el entrevistado, lo cual, le permite expresa sus puntos de vista de una forma más abierta (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013).

### Implementación de las entrevistas

Para la realización del estudio se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a profundidad, teniendo en cuenta las particularidades específicas de los sujetos de interés, así:

- Hombre transgénero con histerectomía y con cinco años de hormonización.
- Hombre transgénero sin histerectomía y con cinco años de hormonización, entre los 18 a los 25 años.
- Hombre transgénero sin histerectomía y con cinco años de hormonización, entre los 25 a los 43 años.
- Profesionales de la salud de distintas especialidades, con experiencia laboral o académica, en intervenciones de tránsito de género.
- Profesionales que representan instituciones con programas de atención a personas transgénero.

La recolección de estas experiencias estuvo mediada por el diligenciamiento del consentimiento informado por cada uno de los entrevistados, a quienes se les

explicó la finalidad de la entrevista y la voluntariedad de su participación. Con el fin de favorecer la garantía del derecho a la privacidad de los involucrados, en los procesos de transcripción, registro y análisis de la información se emplearon códigos o secuencias tipológicas que se correspondieran con la numeración de la entrevista. En esta fase se empleó el software para el análisis de datos cualitativos, *Atlas ti*.

Las preguntas de la entrevista estuvieron estructuradas en torno a ejes de interés (procesos de tránsito, barreras en el servicio, trato en el servicio), que siendo lo suficientemente amplios permiten dar lugar a que surjan muchos temas asociados, de tal manera de lograr distintas visiones sobre aspectos similares.

### Características generales de los entrevistados.

Según la información aportada se puede señalar que 3 de los hombres transgénero eran procedentes de la ciudad de Bogotá, todos se encuentran dentro del régimen contributivo y, por lo tanto, afiliados a una EPS de manera específica. Respecto a su nivel educativo se encuentran en el nivel de especialización (2), universitario (1), tecnología (1).

### Características de las entrevistas.

Las entrevistas realizadas a los hombres transgénero se desarrollaron sobre los ejes descritos, de manera que la información que surgió con relación a estos se organiza en los tópicos temáticos que se presentan a continuación:

Ejes	Hombre Transgénero con histerectomía y cinco años de hormonización	Hombre Transgénero sin histerectomía y cinco años de hormonización (18 a 25 años y de 25 a 43 años)
Sobre el proceso de tránsito de	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de identificación como hombre, descripción de la experiencia.</li> <li>Inicio de los cambios físicos e implicaciones</li> <li>Atención inicial en el servicio de salud, utilización del nombre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de identificación como hombre, descripción de la experiencia.</li> <li>Inicio de los cambios físicos e implicaciones.</li> <li>Atención inicial en el servicio de salud, utilización del nombre identitario y percepción de la atención.</li> </ul>

Ejes	Hombre Transgénero con histerectomía y cinco años de hormonización	Hombre Transgénero sin histerectomía y cinco años de hormonización (18 a 25 años y de 25 a 43 años)
	<p>identitario y percepción de la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción del diagnóstico de “disforia de género”</li> <li>• Terapias artesanales realizadas</li> <li>• Tiempo de hormonización, tipo de medicamentos, dosis utilizadas, acceso, disponibilidad y otros fármacos utilizados, efectos adversos de la terapia hormonal.</li> <li>• Asesorías recibidas por parte del servicio de salud.</li> <li>• Laboratorios previos a la hormonización y de control.</li> <li>• Enfermedades de base y uso de SPA como obstáculo para la hormonización.</li> <li>• Suspensión y reinicio de terapia hormonal.</li> <li>• Especialidades encargadas de la atención durante el proceso.</li> <li>• Cirugías realizadas para la construcción identitaria y efectos.</li> <li>• Percepción sobre la histerectomía, asesoría y obligatoriedad para su realización.</li> <li>• Cambios corporales evidenciados con la realización de la histerectomía.</li> <li>• Cambios emocionales durante el tránsito.</li> <li>• Realización de citología.</li> <li>• Depresiones e intentos de suicidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción del diagnóstico de “disforia de género”.</li> <li>• Terapias artesanales realizadas.</li> <li>• Tiempo de hormonización, tipo de medicamentos, dosis utilizadas, acceso, disponibilidad y otros fármacos utilizados.</li> <li>• Efectos adversos de la terapia hormonal.</li> <li>• Asesorías recibidas por parte del servicio de salud.</li> <li>• Laboratorios previos a la hormonización y de control.</li> <li>• Enfermedades de base y uso de SPA como obstáculo para la hormonización.</li> <li>• Suspensión y reinicio de terapia hormonal.</li> <li>• Especialidades encargadas de la atención durante el proceso.</li> <li>• Cirugías realizadas para la construcción identitaria y efectos.</li> <li>• Percepción sobre la histerectomía, asesoría y obligatoriedad para su realización.</li> <li>• Cambios emocionales durante el tránsito.</li> <li>• Realización de citología.</li> <li>• Depresiones e intentos de suicidio.</li> </ul>
de Barreras acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias durante la atención en los servicios de salud.</li> <li>• Percepción de la atención médica.</li> <li>• Necesidades para la mejora de la atención a personas transgénero.</li> <li>• Atención diferencial en los servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias durante la atención en los servicios de salud.</li> <li>• Percepción de la atención médica.</li> <li>• Necesidades para la mejora de la atención a personas transgénero.</li> <li>• Atención diferencial en los servicios de salud.</li> </ul>
Trato en el servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantías necesarias por parte del Estado para la mejora de la calidad de vida de los hombres transgénero.</li> <li>• Trato del personal de salud durante la atención de hombres transgénero en los servicios de salud.</li> <li>• Rutas de atención en los servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantías necesarias por parte del Estado para la mejora de la calidad de vida de los hombres transgénero.</li> <li>• Trato del personal de salud durante la atención de hombres transgénero en los servicios de salud.</li> <li>• Rutas de atención en los servicios de salud.</li> </ul>

Tabla 2. Estructura de información de Entrevistas a hombres transgénero

### Entrevistas a profesionales de la salud

La búsqueda de las personas participantes se realizó en las instituciones médicas referidas en el marco de la consultoría, entre las cuales se encontraban el Hospital San Blas, la Subred de Servicios Integrados de Salud Centro Oriente, Compensar, Sanitas y Famisanar. A partir de ello se realizó visita a tales instituciones previo envío de la carta de presentación a la Secretaria de Salud de Bogotá y a las gerencias de las cuatro subredes de servicios de salud. Al realizar los contactos indicados, se recibió la información que en la red pública no se cuenta actualmente con profesionales que acompañen estos procesos de tránsito en ninguna de las especialidades requeridas, por lo que se debió acudir al Hospital de San José y al Hospital Universitario San Ignacio.

Durante la entrevista se desprendieron concepciones propia acerca de los procesos de tránsito y las posiciones frente a lo que la política en salud plantea, por lo que se realizan otras indagaciones desprendidas de tales planteamientos, que apuntan al conocimiento de barreras de acceso y oportunidad en la atención en servicios de salud.

La entrevista contemplo el relato histórico de la creación del servicio del Hospital Universitario San José y del “Servicio de Salud Amigable”, así como la experiencia personal de la persona delegada por parte de la institución. Para ello se diseñó una guía que permitió la solicitud de información cuantitativa asociada a las atenciones realizadas a hombres transgénero desde el año 2010 hasta el 2017, especificando características sociodemográficas, entre las cuales se encontraba la escolaridad, tipo de afiliación, EPS, edad de las personas atendidas, etnia, procedencia, ocupación y se especificaba si se encontraba con algún tipo de discapacidad. Acerca de las intervenciones médicas realizadas se indago sobre el tipo de tratamientos de hormonización y cirugías realizados en la institución, tipo de hormonas formuladas, remisiones a otras especialidades por causa del proceso de tránsito de género y a consecuencia de complicaciones y efectos adversos por hormonización o eventos quirúrgicos.

Por último, se indago sobre los riesgos documentados frente a las intervenciones hormonales, redes de apoyo y asistenciales con las que cuenta la institución y protocolos, rutas y guías de práctica clínica utilizadas para la atención de los procesos de tránsito de género, indagando sobre la creación de estas en la institución o por la adopción de protocolos de atención de otros lugares del mundo.

A las dos personas entrevistadas de las instituciones de orden público y privado, se les solicitó consentimiento informado verbal y escrito, el cual fue diligenciado por cada uno de los participantes, a quienes se les explicó la finalidad de la entrevista y los alcances de la consultoría, dejando claro la voluntariedad en la participación, la libertad para responder o no algunas preguntas y la grabación de la entrevista para posterior transcripción y análisis de la información. Se destaca que la información cuantitativa se obtuvo por medio electrónico y de manera impresa.

La tabla a continuación presenta la estructura general de las entrevistas a profesionales de la salud, considerando los ejes temáticos y los aspectos asociados.

Médicos tratantes con experiencia en intervenciones hormonales a hombres transgénero	
re el proceso de tránsito de género	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de experiencia en procesos de tránsito</li> <li>• Percepción del diagnóstico de “disforia de género”</li> <li>• Aprendizajes recibidos sobre género en la academia</li> <li>• Familias de fármacos, posología e inhibidores prescritos, disponibilidad y calidad</li> <li>• Enfermedades de base y uso de SPA para la hormonización, alternativas de tratamientos</li> <li>• Laboratorios y ayudas diagnosticas antes y de control de la terapia hormonal</li> <li>• Efectos adversos y manejo</li> <li>• Percepción sobre la histerectomía y la cirugía genital como requisito para el tratamiento</li> <li>• Procedimientos recomendados para la masculinización</li> <li>• Especialidades que intervienen</li> <li>• Manejo de la depresión e intentos de suicidio</li> </ul>

Barreras de acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias durante la atención en los servicios de salud</li> <li>• Percepción de la atención médica</li> <li>• Necesidades para la mejora de la atención a personas transgénero</li> <li>• Atención diferencial en los servicios de salud</li> </ul>
Trato en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantías necesarias por parte del Estado para la mejora de la calidad de vida de los hombres transgénero</li> <li>• Trato del personal de salud durante la atención de Hombres transgénero en los servicios de salud</li> <li>• Rutas de atención en los servicios de salud</li> </ul>

Tabla 3. Estructura de entrevistas a profesionales de la salud

### Características generales de los entrevistados.

En el Hospital de San José se entrevista al ginecólogo con especialización también en endocrinología encargado del programa en la institución, otro endocrinólogo, una psiquiatra y el urólogo del programa. En el Hospital San Ignacio, en la unidad de salud mental con la psiquiatra encargada, quien accede a la entrevista junto con el urólogo encargado del programa en la institución.

### Implementación entrevistas a instituciones de salud

Este componente tuvo como objetivo el conocer mediante la experiencia de las instituciones, las principales barreras de acceso y los servicios de salud ofertados; identificar y analizar las estadísticas brindadas por los servicios sobre los procesos de hormonización e intervenciones quirúrgicas realizados a hombres transgénero; así como el análisis de barreras de acceso desprendidas de las intervenciones médicas y la respuesta de instituciones públicas y privadas, frente a los métodos de hormonización y cirugías para la construcción identitaria de hombres transgénero.

Para obtener la información por parte de las instituciones de salud, se enviaron oficios desde la Secretaria Distrital de Planeación, los cuales daban a conocer los alcances del estudio y se contactaron las personas referentes de las políticas LGBT de las 4 subredes de servicios del distrito, quienes manifestaron la ausencia de información consolidada, y la imposibilidad de realizar entrevistas de manera personal.

Por lo anterior se decidió enviar nuevamente oficios por parte de la Secretaria Distrital de Planeación a todas las gerencias de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Hospital Universitario San Ignacio y Hospital de San José, obteniendo respuesta escrita de la Sub Red Norte y del Hospital San Ignacio, la primera argumentando que la información solicitada no reposaba en la institución sino que se encontraba en Secretaria de Salud de Bogotá, la segunda desistiendo de la participación en el estudio. Por parte de la subred Centro Oriente y de la subred Sur Occidente se obtiene respuesta verbal sobre la inexistencia de datos y la precariedad en el requerimiento para la consolidación de los mismos; por parte de la Subred Sur no se obtiene respuesta alguna y por parte de Secretaria de Salud se obtiene información verbal de la referente de la política LGBT, quien refiere inexistencia de la información a causa de la ausencia de variables de género en las historias clínicas y ratifica la no existencia de un sistema de información unificado, que permita la obtención de la información.

Este panorama, desalentador para la investigación, hace parte de los análisis a realizar, desde el entendido que refleja los intereses administrativos sobre el tema, la inversión de recursos para el mantenimiento de equipos de profesionales idóneos, y la implementación de un sistema de información efectivo.

Finalmente, la entrevista a profundidad se realizó a los profesionales de dos instituciones prestadoras de servicios de salud. El Hospital de San José, institución que se mostró siempre dispuesta para participar, no solo permitiendo la realización de entrevistas a profesionales especialistas del programa de género sino también designando desde la gerencia a una de sus profesionales para la consolidación de la información institucional requerida. Y, por medio de la Red Distrital de Hombres transgénero, se obtiene información sobre la posibilidad de obtener información por parte del Doctor Alexander Barrero, quien fue el profesional médico encargado de la atención a hombres transgénero en el

servicio de salud amigable, perteneciente al Hospital Centro Oriente, existente en la vigencia anterior en la “Bogotá Mejor para Todos”.

#### Características generales de los entrevistados y de las Instituciones.

Las personas entrevistadas de manera voluntaria y mediante consentimiento informado verbal y escrito brindaron información institucional cuantitativa y cualitativa a partir de la propia experiencia.

Nombre de la institución	Hospital Universitario San José	Hospital Centro Oriente – Servicio de Salud Amigable
Régimen a los cuales brinda atención	Contributivo, Subsidiado, Particulares	Subsidiado, No afiliados y Particulares
Nombre de la persona entrevistada	Juana Yolanda Acosta Fajardo	Alexander Barrero Villalobos
Cargo	Jefe del servicio de Psiquiatra	Médico especializado
Procedencia	Bogotá	Bogotá

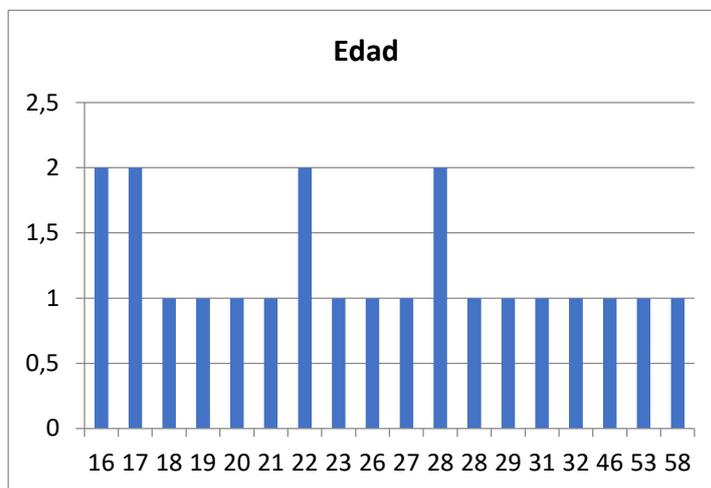
Tabla 4. Caracterización de las personas entrevistadas

**Hospital de San José.** La jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital de San José refirió que el equipo de género de la institución inicio en promedio en el año 2014 como iniciativa institucional ante el aumento de la demanda para la atención de personas transgénero, por tanto a partir de la creación del grupo de “disforia de género” se hicieron convenios para atención con EPS. Este grupo se ha convertido en un referente a nivel nacional para la consultoría en casos legislativos, científicos y otros. También refiere que inicialmente las atenciones no seguían la ruta de atención actual, puesto que se realizaba comité de ética para el acceso al tratamiento hormonal e indica que desde el año 2011 se han atendido aproximadamente 22 hombres transgénero (esta información se filtró desde la atención con psiquiatría ya que desde allí se inicia toda la ruta de atención), con un incremento proporcional a lo largo de los años, partiendo de 2 atenciones en el 2011 a 5 en el 2017.

El éxito de este programa no solo tiene que ver con la calidad de sus profesionales y la disposición institucional para la atención integral, sino que evidencia la ausencia de otros programas a nivel nacional que garanticen la salud de las personas transgénero.

*Caracterización de hombres transgénero que reciben terapias de hormonización en este programa.*

**Edad.** Según los reportes del programa se han realizado atención a hombres transgénero entre los 16 y los 58 años.



5 Grafica 5. Edad de los hombres transgénero atendidos en el HSJ

**Afiliación a SGSSS.** De las personas que asistieron para inicio del tratamiento hormonal 14 pertenecían al régimen contributivo, 1 al subsidiado y 7 realizaron su tratamiento de manera particular.

**Nivel educativo.** De las 22 personas asistentes al servicio 13 son universitarios, de 3 técnicos y 3 bachilleres, ello permite corroborar la capacidad económica de las personas que acuden a la institución para realizar procesos de tránsito de género, de manera particular o por pago al régimen contributivo en salud.

**Ocupación.** La mayoría de las personas atendidas son profesionales o tienen trabajos como independientes, 9 son estudiantes (3 bachillerato y el restante de universidad), uno de los pacientes atendidos es pensionado, lo cual garantiza el acceso al contributivo o de manera particular para la realización de procesos de tránsito de género.

**Ciudad de origen.** El (52%) de los hombres transgénero que acudieron a este programa eran procedentes de la ciudad de Bogotá, seguido de otros lugares del departamento de Cundinamarca. Existen casos de consultantes procedentes de

otros departamentos (Meta, Neiva, Boyaca) representando el 38% de la población atendida, lo cual indicaría la ausencia de programas específicos y de rutas de atención garantizadas por parte de las EPS para el desplazamiento a la ciudad.

**Tratamiento.** El (55%) de las personas fueron tratadas con enantato de testosterona, conocido con el nombre comercial de Testoviron o Proviron depot, cuya ampolla contiene 250mg de Testosterona inyectable; seguido de un (32%) tratados con undecanoato de testosterona mayormente conocido como Nebido, cuya ampolla contiene 1000 mg de tal medicamento y por último el decanoato de testosterona, formulado al 9% de los consultantes.

**Ruta de atención.** Según la ruta de atención establecida por parte del equipo de género del Hospital de San José, luego de la valoración por psiquiatría, se procede a direccionar el paciente a endocrinología para el tratamiento hormonal o a la especialidad que se considere pertinente según las necesidades del paciente ((36%) remitidos a endocrinología, (32%) a ginecología, (14%) a urología para cirugía de reasignación sexual, (2%) a cirugía plástica y (2%) para seguimiento por psiquiatría). Se resalta que todos los pacientes que iniciaron la ruta de atención fueron valorados por el servicio de psiquiatría de manera inicial y según la necesidad continuaron tratamiento con la misma o con otras especialidades.

**“Servicio de Salud Amigable”- Hospital Centro Oriente.** El “Servicio de Salud Amigable” del antiguo Hospital Centro Oriente, hoy fusionado junto con el Hospital San Cristóbal y el Hospital Rafael Uribe a Sub Red Centro Oriente, implemento un modelo a nivel distrital enfocado en la atención y asesoría a personas de los sectores LGBT desde el primer nivel de atención.

El servicio fue creado como respuesta al plan de acción de la política pública LGBT, al Proceso Estratégico 1, “Fortalecimiento institucional en los niveles distritales y locales”, del Componente 2 “Garantía del acceso, uso y disfrute de los sistemas institucionales de servicios públicos sociales” en la Línea de acción 3 “Los servicios y programas de atención, prevención y promoción del Sistema

Distrital de Salud permiten a las personas de los sectores LGBT, personas intersexuales, sus familias y cuidadores y cuidadoras disfrutar del derecho a una salud plena, reconociendo y teniendo en cuenta sus necesidades y especificidades”, lo anterior teniendo como base fundamental el reconocimiento de derechos, la garantía de los mismos y la restitución de una vida sin violencias por prejuicios de género ni discriminación por razones de la identidad o la orientación (SDP, 2008).

El Dr. Alexander Barrero, quien fue el médico del “Servicio de Salud Amigable”, refiere que el servicio fue creado para reconocer las necesidades en salud generadas en las personas de los sectores LGBT, promover hábitos de vida saludables, prácticas de autocuidado; participación, articulación y movilización con redes sociales, organizaciones y grupos LGBT.

#### *Caracterización de hombres transgénero que consultaron el “Servicio Amigable”*

Según el informe epidemiológico del 15 de julio del año 2016, el cual indica que hubo 979 atenciones a personas de los sectores LGBT, 52 personas eran hombres transgénero, representados por el 9% del total de la población atendida. Es importante resaltar que el informe epidemiológico del servicio amigable se condensa desde el inicio del servicio, hasta la fecha 15 de julio de 2016, por tanto no es comparable con los datos estadísticos de las atenciones por año realizadas en el Hospital de San José.

**Edad.** Del total de las personas atendidas en este servicio el (58%) se encuentran en un rango etario entre los 26 a 59 años de edad, seguida de un (35%) entre 19 a 25 años; un (4%) catalogados como adolescentes y un (2%) adultas mayores.

**Afiliación al SGSSS.** De las 979 personas de los sectores LGBT atendidas durante la vigencia del programa, el (48%) pertenecían al régimen subsidiado, el (21%) al régimen contributivo y el (31%) no se encontraban afiliados al sistema de salud. Siendo este un programa dirigido a población vulnerable y sin capacidad de pago.

**Nivel educativo.** Del total de las personas atendidas, el (63%) habían cursado bachillerato, (13%) primaria y el (12%) educación superior (estimando técnicos y universitarios). Es importante resaltar que un (12%) no finalizaron la primaria o el bachillerato, lo cual es un aspecto que dificulta encontrar oportunidades laborales, una mejor remuneración, una mejor calidad de vida y por tanto una afiliación al sistema de salud

**Consumo de SPA.** En el mismo informe epidemiológico citado con anterioridad, se estima que el (33%) de todas las personas atendidas presentaban consumo de sustancias psicoactivas, así mismo la ideación o conducta suicida se dio en edades que predominaban entre los 18 a 25 años, siendo (4%) personas transgénero que consultaron por tal motivo. Por la forma del reporte no es posible discriminar la información de los hombres transgénero.

**Tratamiento.** Con respecto al tratamiento hormonal, se obtuvo que de los 52 hombres transgénero atendidos en el servicio, el (67%) utilizó testosterona, el (33%) no se encontraba en proceso de hormonización, lo cual alude como personas que ingresan al servicio para la solicitud de asesoría para el inicio del proceso de tránsito de género.

**Ruta de atención.** Las remisiones a otras especialidades para el proceso de tránsito de los hombres transgénero fueron generadas de manera general según la afiliación en salud. En su mayoría eran direccionados al Hospital San Blas, entidad en la cual funcionaba el programa “Transitemos Juntos”, que contaba con un grupo de profesionales designados para la atención de personas transgénero; otro grupo fue direccionado al Hospital de San José.

**Efectos adversos.** Por las características de reporte no se cuenta con esta información.

Dentro del informe se considera un gran número de personas víctimas de violencias por prejuicio de género, con desplazamiento del núcleo familiar y con ausencia de inclusión laboral.

## Consideraciones éticas

La obtención de la información a través de la aplicación de diferentes técnicas de recolección de datos sobre personas de interés para la temática aquí estudiada se acompañó por la necesidad de establecer procesos de validación de su consentimiento a participar del proceso que estaba en curso. El diligenciamiento de dicho consentimiento propendió por ser realizado de manera tanto verbal, como escrita, a la vez que, de manera individual, incluso en los procesos que, como los grupos focales, convocaban a más de una persona. Una vez clarificada la voluntariedad de la participación y el destino restringido de los datos recolectados, se solicitó permiso para generar grabaciones, tanto de los grupos focales como de las entrevistas, con el objetivo de dejar una evidencia sonora, susceptible de ser transcrita para su posterior análisis.

Como complemento a las consideraciones éticas aquí introducidas, se cita el artículo 11 de la Resolución Ni 008430 de 1993, a partir del cual se hace posible establecer que una investigación se considera sin riesgo, cuando se despliega como un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos o cuando no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los cuales, se pueden considerar: la revisión de historias clínicas, las entrevistas, los cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

## Análisis de los Datos y Resultados

Acogiendo la definición que de triangulación realiza Denzin (1978, citado por Pérez, 2000), en la que se entiende como la combinación de metodologías en el estudio del mismo fenómeno, con el propósito de reunir una variedad de datos, asegurar la coherencia de los mismos y revelar distintos aspectos de la realidad empírica; para este estudio se ha querido contrastar la información proporcionada en los documentos analizados, con la información suministrada

por los distintos actores, a través de las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales. (Pérez, 2000)

Estas consideraciones permiten atender al hecho de que no todos los procesos de tránsito de género se presentan de una forma lineal o idéntica, ya que, desde su inicio este se constituye en una experiencia dinámica. Así visto, el tránsito se perfila como una trayectoria procesual que varía de persona a persona, no siendo homogénea en los individuos que la realizan, puesto que, depende de la variación de características propias que van, desde lo biológico hasta lo cultural, pasando por lo económico y lo social (Ortiz, 2015), pero que, al mantener el estudio en un sistema compartido por los actores, es posible reconocer aspectos comunes en sus experiencias, como se refleja a continuación desde distintas subcategorías de análisis, algunas emergentes durante la etapa de análisis.

#### Reconocimiento de identidad de género e inicio del tránsito

Distintos relatos de los hombres transgénero participantes resaltan como el momento del auto reconocimiento como hombre, suele darse antes de solicitar el acompañamiento médico y la hormonización, es decir desde temprana edad. En este sentido, resulta necesario comprender que, el inicio del proceso de tránsito de género se construye a partir de múltiples experiencias, que pueden incluir el cambio de ropa (rechazando las prendas femeninas y generando una mayor disposición a las prendas masculinas) y corte u ocultamiento del cabello, como primeros acercamientos externos a la reconfiguración identitaria.

*“Si, la testosterona lo que creo es que refuerza la masculinización, pero yo creo que hay todo un proceso previo hasta de autodenominarse hombre trans. O sea, yo me denominaba hombre trans dos años antes de empezar con las hormonas”*  
(Grupo focal No 1)

Tal como lo evidencian las personas entrevistadas, no todos los procesos de tránsito se dan de una manera idéntica, ya que, algunos pueden comportar ciertas ventajas o desventajas respecto de los otros; si bien es cierto, en la mayoría de los casos se desea la realización de hormonización, en otros casos

se hace suficiente la masculinización con la adaptación del rol y el nombramiento masculino realizado por la sociedad.

*"yo empecé el tránsito como desde sexto mes de gestación, si o sea... para mi masculinización igual hormonas no es, yo creo que la masculinización empieza mucho antes a través de todo un performance que uno hace con el cuerpo, con la ropa, con los gestos, con la performance de la masculinidad, como la adopción de la masculinidad, lo que uno empieza..."* (Grupo focal No 1)

Este relato trae el concepto de performatividad propuesto por Butler (2007) en donde está, "no es un acto único, sino una repetición y un ritual que consigue su efecto a través de su naturalización en el contexto de un cuerpo, entendido, hasta cierto punto; como una duración temporal sostenida culturalmente." Al respecto y en palabras de Misse y Coll Planas (2010), entendiendo que tanto el sexo como el género, son dispositivos socioculturales, "lo que se considera natural es solo una versión posible entre muchas otras, es el resultado de constantes repeticiones ritualizadas, de la forma en que cada día representamos el género ante otros (como nos sentamos, como nos vestimos, como caminamos...)"

Lo anterior puede sugerir las complejidades y las complicaciones que trae el romper esta relación sexo/género, que sustenta la estructura con la que se ha organizado la vida social, y hace un acercamiento a los motivos por lo que resulta difícil la comprensión de las experiencias de tránsito de género. Es así, que solo en algunos casos – no muy frecuentes- se cuenta con el acompañamiento familiar, facilitando que este proceso se dé a más corta edad; sin embargo, de manera más general, como ocurre con la mayoría de los participantes del estudio, el proceso se presenta durante la etapa adulta, siendo los 24 años la edad promedio para su inicio.

**Nombrarse.** Si bien se mencionó el auto reconocimiento, este no necesariamente se asocia a la categoría política e identitaria de *Hombre Transgénero*, sino que es un asunto más desde la experiencia, en la que se siente tal identificación con lo que tradicionalmente se ha construido como

masculino, sin que necesariamente pase por la categoría *transgénero*, o por el nombrase de esta manera.

Acorde a lo anterior, se reconocen historias de quienes crecieron y construyeron una vida conforme a su identidad masculina, sin que, se hayan nombrado hombre *transgénero*. El caso de uno de los participantes de la investigación, que a los 38 años se encontró con esta categoría, pero que toda su vida estaba organizada como hombre, e incluso, contaba con las respectivas modificaciones de su registro civil, gracias al acompañamiento de su madre desde una temprana edad.

En resumen, se reconoce que el uso de hormonas para el proceso de transformación corporal con el fin de reafirmar caracteres masculinos se inicia durante la adolescencia y la adultez, generalmente de forma empírica, por consejos de pares y a través de la automedicación y el uso de tratamientos artesanales; aunque el auto-reconocimiento como masculino empieza a darse mucho antes, generalmente en la niñez. De esta forma, es claro para los participantes que el ser hombre o masculino, trasciende el aspecto corporal y que existen otras construcciones posibles que aún no son plenamente comprendidas en los servicios de salud.

### Cambios emocionales durante el proceso de tránsito y atención psicosocial

**Afectaciones emocionales y psicológicas.** El reconocimiento de la identidad puede darse como un momento de confusión, que no es comprendido ni por quien lo experimenta, ni por su familia, ni por su entorno en general, puesto que es percibido como una variabilidad del rol impuesto socialmente, sugiriendo una negación del género asignado. Esta reconfiguración identitaria, conflictúa el sistema de valoración social, por lo que también, puede verse acompañado por procesos de aislamiento emprendidos generalmente por la familia; para las personas entrevistadas, este es un momento vivido en soledad, al interior del cual, se deben enfrentar situaciones de depresión.

La ansiedad y la depresión se describen como estados de ánimo asociados no solamente al tratamiento hormonal, sino también propiamente al proceso de tránsito de género, generadas por distintos motivos, como: la exclusión que se experimenta en diferentes escenarios, la discriminación familiar, laboral, educativa y en salud (Alcaldía mayor de Bogotá y Secretaria Distrital de Planeación, 2015), el deseo de verse conforme su idea y su sentir respecto al género, negación de hormonización o tratamientos quirúrgicos por parte del sistema de salud; así como, las alteraciones emocionales asociadas a los cambios en los niveles hormonales.

*“Creo que tantas barreras de acceso, tantas tocadas de puerta, yo conozco, no solo mi experiencia porque la he vivido, sino que conozco muchos chicos que desisten en la mitad del proceso porque se deprimen, porque no lo ven posible, dicen “yo me voy a morir con tetas” y se pegan... o sea yo he visto a compañeros míos, parejas mías deprimidas totalmente, a mí me generó depresión que me negaran la mastectomía”* (Grupo focal No 1)

*“Antes yo era un poco más emotivo y entonces me sulfuraba mucho y estallaba, era muy “Tasmania”. Desde que tengo mi proceso hormonal, mis estados de ánimo son mucho más tranquilos, yo soy mucho más seguro, yo me amo más, me cuido más”* (Entrevista personal)

Respecto a lo anterior, es de indicar, como se ignora el impacto que tiene en la vida de los hombres transgénero la negación de procedimientos que permiten la construcción identitaria, convirtiéndose en un desencadenante de afectaciones mentales, que requiere el constante acompañamiento por psicoterapia y no obstante brindando alternativas efectivas para la masculinización.

Al igual que Martínez-Guzmán y Marisela Montenegro en el “Género Desordenado” (2010), la pregunta es: “¿Qué cosa nos duele tanto de que una persona cambie de género...?”, “¿qué es lo que nos aterra de que haya personas que vivan su género de manera más flexible?”

**Relación familiar, roles e imaginarios.** Parte importante para el mantenimiento de la salud mental es el acompañamiento por parte de la familia en los procesos de tránsito de género, quienes pueden generar acciones protectoras y de cuidado tanto físico como emocional. Sin embargo, la adaptación de la identidad masculina conlleva a rechazos por parte de algunas personas de la familia nuclear, que genera ruptura de relaciones, se convierten en jueces del proceso y de la experiencia de tránsito, y aumentan la vulnerabilidad del hombre transgénero.

*“Mi mamá le dio muy duro al principio, pero ya a lo último ya estamos, me apoya... y no, psicología más por lo de... mis amigos pues yo no tengo casi. A mí, los que tuve ya a veces me los encuentro y me dicen “¿ah ya lograste?” y yo le digo si me falta un poco” (Grupo focal No 4)*

Se resalta de manera importante la relación con el mantenimiento de roles como el de la maternidad, mientras que el de la paternidad no es aceptado, desde argumentos morales, que buscan reafirmar las estructuras binarias sexo/género y en los cuales también se apoya el sistema de salud.

*“Mi hijo me dice papá, pero mi familia siempre es metiéndole la cizaña”  
“yo que apenas hasta ahora voy a tener mi hijo, mi mamá ya me está diciendo “toca que lo crie bien, que le diga cuál es el papá y cuál es la mamá” (Grupo focal No 2)*

Por otra parte, se reconocen experiencias de otros hombres participantes, que refieren que fueron privados de ver a sus hijos y alejamiento por parte de su familia de origen, lo cual genera situaciones de soledad y profundo dolor. Solo en uno de los casos, el rol de padre fue aceptado por quien era su compañero sentimental, el cual genera espacios de confianza con el hijo y refuerza el nombramiento que debe hacerle a su padre.

Asociado a esta situación surge el tema de la gestación, la cual de manera más impactante para la sociedad pone en evidencias las formas en que los hombres transgénero cuestionan el orden establecido, y trascienden y transforman los

lugares del género. Si bien, se puso en discusión con los participantes, es Losada (2016) quien mejor lo sintetiza “en términos de la diversidad tengo la posibilidad de gestar y parir si así lo decido, aun entendiendo que el sistema de salud, cuya ideología patologizante de las experiencias trans reprima esta opción por medio de la esterilización forzada en la “reasignación de sexo”, pero más allá de eso, ya sea por la vía de mi cuerpo o la de algún ser para acompañarnos en dicha decisión, debe trascender la noción de la paternidad-maternidad”

**Redes de apoyo.** Vale la pena resaltar en este punto que, tan solo uno de los participantes en este estudio logró la aceptación y el acompañamiento de su familia y del entorno en el que se encontraba durante su proceso de tránsito.

**Apoyo psicosocial.** El acompañamiento psicosocial según las recomendaciones de la Asociación Harry Benjamín (Jhon, Rivera y Conway, 2001), debe darse a las personas transgénero durante todo el tránsito, situación que las personas entrevistadas consideran como algo vital durante el proceso de tránsito e indican que no se presenta, por lo que algunos de ellos lo realizan de manera particular según sus posibilidades económicas. La remisión a psiquiatría se presenta en situaciones de depresión o intentos de suicidio en pacientes que realizan procesos de hormonización, es decir, en situaciones extremas, en las que está en riesgo la vida.

*“casi todos los procesos de psiquiatría van hasta el momento en el que te entregan ya como ese dictamen de disforia de género y pare de contar, (...) y después de eso el endocrino ya te da la testosterona y empiezas tu tránsito como por decir en firme y después de eso es que uno empieza a tener la soledad, ya es por falta de la familia, porque la familia se aleja, los amigos, el grupo social que uno tenía y ahí es donde piensan los intentos de suicidio, todas esas cosas  
y creo que es ahí en donde es importante la salud mental... como decía xxx (se refiere a otro miembro del grupo) yo no necesito que me digan que soy hombre porque yo ya se desde hace mucho tiempo”* (Grupo focal No 4)

*“No hay un acompañamiento; parece que el psiquiatra solo se quedó en entregar unos avales de masculinidad y feminidad hegemónicos” (Entrevista personal)*

Adicionalmente, indican, la prevención hacia la atención por parte del personal psicosocial, por una parte, fomentada en experiencias negativas, no necesariamente vividas personalmente, pero que, al ser comentadas por los amigos, tienden a generalizarse; por otra, por el estigma frente al trabajo diagnóstico que se realiza desde estos equipos en función de evaluar la disforia de género. Por lo anterior, se puede evidenciar que una barrera asociada a la atención durante el proceso de tránsito de género radica en la atención y el seguimiento psicosocial, puesto que se percibe como un servicio que no ayuda al usuario y que al contrario se convierte en evaluador de la masculinidad.

A pesar de lo anterior, se resalta el avance por parte de una de las instituciones de salud para la atención de hombres transgénero, quienes indican que se realizan talleres de acompañamiento para la aceptación identitaria y el reconocimiento por parte de la familia, lo cual ha contribuido de manera positiva.

*“ Pues a mí me han dado mucho apoyo en el sentido que nosotros asistimos a un taller con mi hijo... ahí fue y se le explico a los niños que significaba un hombre transgénero y porque era que pasaba y a hoy en día pues en ese sentido yo creo que mi hijo lo ha tomado tranquilamente y con la tónica que yo soy el papá y que si fui mujer antes de ser su papá, de que yo fui el que lo parió pero de que él me ve como su figura paterna y no sienten nada al decírselo a sus compañeros, con las personas que lo rodean (...) eso si me gusto” (Grupo focal No 2)*

## Percepción del diagnóstico de disforia de género y atención inicial

**Utilidad.** Al momento de realizar los grupos focales<sup>6</sup>, el diagnóstico psiquiátrico de disforia de género se constituye en la oportunidad para que desde el sistema

---

<sup>6</sup> En junio del 2018, fue presentada por la OMS la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de en la que excluye la "incongruencia de género" -la transexualidad- de la clasificación de las enfermedades mentales, para considerarla una condición relacionada con salud sexual.

de salud se pueda acceder al proceso de tránsito de género. Es desde esta consideración que los hombres transgénero acceden a este, y a pesar de la molestia que les genera que sea la condición de ingreso al servicio, lo reconocen como un recurso para tener el acompañamiento médico a su tránsito y por tanto lo usan de esta manera.

*"Pienso que la patologización en Colombia es un mal necesario (...) creo que ese es el único documento que nos da un aval para nosotros poder acceder al tema de salud (...). Evidentemente no estoy de acuerdo porque es ilógico que tú te tengas que reconocer enfermo para que te atiendan ¿no? (...) Porque el que nos acepten ese certificado de disforia de género no solamente nos hace acreedores a un proceso del sistema de salud, sino que además nos da todo el aval constitucional que es somos personas de especial protección del Estado...Necesito este papelito y este papelito ¿qué puede significar?, seis meses de tratamiento psiquiátrico. (...) Entonces como que es violento en ese término..."* (Grupo focal No 4)

En este mismo sentido, algunos de los profesionales entrevistados (uno de los endocrinólogos y un psiquiatra), plantean que el diagnóstico ha servido como puerta de entrada al sistema de salud y al acceso al tratamiento, ya que anteriormente las EPS no asumían el tratamiento al considerarlo un procedimiento estético. Con la reestructuración del POS al Plan de Beneficios, se permitió a través del diagnóstico, garantizar el acceso al tratamiento médico para los procesos de tránsito de género; de tal forma que el diagnóstico es importante para tener atención en salud, puesto que, con la ausencia de este, no se realizarían juntas médicas y no se resolverían las verdaderas necesidades del paciente.

*"El diagnóstico lo que hace es que facilita la atención, uno no puede atender sin diagnóstico. Si no hay diagnóstico entonces no habría atención y no podría solucionarse su necesidad, para que podamos hacer todo el proceso, si no hay un proceso, pues, no podría ser atendido y todo su deseo por poder volver realidad y poder sentirse ya sin el malestar y estar digamos una calidad de*

*vida, si no está (el diagnóstico), esto no puede pasar esto” (Dr, entrevista personal)*

**Patologización.** Este diagnóstico representa la estigmatización tanto del sistema de salud como de la sociedad en general, idea expresada por participantes del estudio, tanto hombres transgénero, como psiquiatras, quienes argumentaron que el sometimiento al diagnóstico definitivamente crea un estigma en la persona, el cual, es reafirmado con la atención por psiquiatría, creando de esta forma una doble estigmatización. Por lo anterior, expresan los profesionales entrevistados, que el diagnóstico debería considerarse dentro de una negociación con el paciente para generar una creación conjunta de actividades que contribuyan a favorecer el acceso al tratamiento médico; sin embargo, no se debe desconocer que “la mirada del otro juega un papel fundamental en la construcción de la identidad trans; en los servicios psiquiátricos, es la mirada del psiquiatra el único criterio de verdad, quienes ostentan el saber-poder para determinar si una persona es o no transexual” (Lasso, R. A., 2014).

*“A mí me ponen trastorno identitario, a mí no me parece que lo llamen así, porque yo no estoy trastornado... yo no estoy enfermo, yo sé lo que quiero y lo que soy y lo que siento”. (Grupo focal No 2)*

Es así, que contrario a lo deseado, la valoración psiquiátrica es considerada violenta, dado no solo a la necesidad de reconocerse enfermo, sino por tener someter su intimidad a distintos cuestionamientos y atender los diferentes cuestionarios que dan cuenta de una lógica heterocéntrica y hegemónica, en donde se espera se responda a una construcción masculina ya dada por la estructura social y acogida por el sistema de salud, que desconoce por completo los procesos, experiencias y construcciones particulares. Uno de los médicos especialistas entrevistados, sugiere que la principal barrera generada a partir del diagnóstico se basa en la intimidación que tiene el paciente para que demuestre cuál es su género. Esto impide que consulten por temor a ser rechazados para el inicio del tratamiento.

*“Me parece muy violento que uno tenga que auto-declararse enfermo para que el sistema de salud te atienda, (...) que tengas que tener un diagnóstico psiquiátrico (...) que está completamente fundamentado en un binarismo, (...) que es completamente normativo, ponen unas preguntas que... por ejemplo, que si yo voy a ser hombre debo ser un hombre heterosexual, (...) era como ¿a ti te gustan las mujeres? ¿cierto?, (...) ¿cómo vas a penetrar?”*  
(Entrevista personal)

*“lo único que nosotros necesitamos de ellos (psiquiatras) es que nos den un requisito que es el diagnóstico, pero nos toca mentirle totalmente sobre nuestras vidas para que en efecto nos lo den y entonces no es una persona en la que uno confía, mucho menos le va a decir que uno está sintiendo algo”*  
(Grupo focal No 3)

Desde la experiencia anterior podemos entrever la ausencia de confianza expresada en la utilización de estrategias que deslegitiman el saber propio de los profesionales en salud para la obtención del tratamiento deseado. De manera contundente, tales valoraciones psiquiátricas se funden en un requisito para el acceso a tratamientos hormonales, convirtiéndose en prerrequisito para avalar la construcción de sí, únicamente desde la binariedad, afirmando de esta manera la creación de imágenes corpóreas socialmente “correctas” (Vartabedian, 2008).

Es importante evidenciar, como el ser transgénero fue definido por tres de los médicos entrevistados como una “condición”, afirmación que interroga en cierto modo la naturaleza de las personas, la normalidad, lo permanente y lo construido de la identidad, del género, de la orientación sexual y de la sexualidad. De una manera indirecta reafirma la existencia de concepciones medicalizadas que se imponen al diagnóstico, constituyéndose a largo plazo en una barrera para la atención. Afirman que algunos colegas, a partir del diagnóstico de *disforia de género*, se niegan a realizar la atención de los pacientes, ya que lo consideran como algo anormal, sustentando su argumento en el manual de diagnóstico, como una verdad absoluta que patologiza.

Se puede añadir que, cuatro de las personas entrevistadas, se refirieron a la necesidad de establecer diagnósticos tempranos y oportunos, ya que, estos ayudarían de manera prematura a los pacientes, permitiéndoles recibir apoyo, seguridad y garantizando así la calidad de las intervenciones a realizar según la necesidad de cada individuo.

*“Cuando se hace el diagnóstico más temprano la vida de ellos se simplifica mucho y se hace mucho más sencilla. Cuando no se hace el diagnóstico, (...) los mismos amigos tratan de acogerlos o decirles mire usted es tal cosa, tal otra, hasta que alguien le dice: ‘no su problema es este’, la terapia y la ayuda es muy diferente a pacientes con otras patologías. Entonces, yo si pienso que el sistema de salud ha fallado mucho en el diagnóstico de los pacientes con disforia de género” (Dr. Entrevista personal).*

**Despatologización.** La despatologización se convierte también en un punto de quiebre tanto para el sistema, como para el personal de salud, ya que, ello ayudaría a la no estigmatización a partir de un diagnóstico efectivo, por tanto, requeriría el ajuste específico en materia de políticas públicas encaminadas a personas transgénero, que garanticen la terapia hormonal y el acceso a tratamiento quirúrgico según la necesidad individual (Verastegui, 2013).

Se sugiere entonces por parte de la mayoría de profesionales que el cambio debe darse desde la vivencia del diagnóstico no como una patología sino desde una condición normal del ser humano; que posibilite la protección y la autonomía en la construcción de la identidad más allá de lo binario (Vartabedian, 2008), como también lo señalan Misse Y Coll-Planas (2010) al retomar distintos autores que “consideran que el diagnóstico es necesario como estrategia para acceder a los tratamientos médicos de transición y, por tanto, proponen mantenerlo en el DSM, si bien modificándolo para eliminar su carga de estigma”.

Finalmente, Missé y Coll-Planas (2010), plantean “la retirada de una categoría diagnóstica” para lograr la cobertura sanitaria desligada de la noción de enfermedad, mientras que Cabal (2010) hace énfasis en que, todas las propuestas frente a la despatologización coinciden en que, cualquiera que sea

la alternativa por la que se opte, esta, “debe ser capaz de garantizar el acceso a tecnologías de modificación corporal”.

### Proceso de hormonización. Acceso y efectos

**Automedicación.** La hormonización para los hombres transgénero participantes, se inició mayoritariamente de manera auto medicada, por varias razones, unas asociadas a las prevenciones y resistencias desarrolladas hacia los servicios de salud, otras por la facilidad para acceder a las inyecciones de testosterona sin formulas y otras por la ansiedad de ver rápidamente los cambios deseados en su cuerpo.

*"Yo pensé que en las droguerías no se la iban a vender a uno, yo la pedí a domicilio porque pensé que si me veían no me la daban..."*

*"yo la fui a comprar debajo de un gimnasio porque ahí la venden para los hombres cisgénero"*

*"Una vez si me dijeron en una droguería, pero tú eres muy niño y yo "no es que es para mi papá" (risas)"*

*"la primera vez la compre a \$8.000 ahora cuesta \$25.000 en una droguería y entonces es muy fácil de acceder a eso y mucho más, porque, aunque se supone que debería tener formula no la piden en las droguerías por el hecho de que hombres cisgénero, o sea hombres que no son trans, se la aplican para poder hacer ejercicio o para aumentar su masa muscular, entonces pues ese es el otro lado de porque es de fácil acceso" (Grupo focal No 1)*

La autoadministración de las hormonas ha llevado a que tengan conocimientos sobre las formas de aplicación, dosis, tiempo y periodos para suministrarla, aunque esto no asegura un buen proceso acorde a las particularidades de cada uno de ellos. En este sentido, se realiza desde el desconocimiento acerca de los criterios de elegibilidad de los medicamentos para la terapia hormonal, la dosificación y las contraindicaciones para su administración.

Es así, que, a pesar de conocer, por ejemplo, que la inyección de Testoviron es un aceite que se aplica de manera intramuscular, que contiene 250mg de testosterona, que corresponde a la dosis natural de un hombre cisgénero y que debe ser suministrada cada 30 días, esta información no es suficiente, como ellos mismos lo manifestaron en los grupos, *“hay un problema también porque se supone que cada cuerpo tiene unos niveles de testosterona”* y que se según una recomendación desde la WPATH (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero), el control del tratamiento hormonal y el ajuste de la dosificación debe responder a la medición de la testosterona en sangre.

Los tiempos y dosis de tratamiento de hormonización en situaciones de automedicación, dependen de distintos factores como: la facilidad para acceder a las hormonas, el acceso a alguna información más o menos confiable, las recomendaciones en internet o de algunos pares quienes a través de la experiencia recomiendan ciertas prácticas, pero quizás principalmente, a la necesidad de ver cambios corporales y a situaciones asociadas a la ansiedad por obtener resultados de manera más rápida respecto a los cambios deseados o incluso la depresión por no ver los cambios, y percibir el proceso de tránsito como algo difícil y de largo aliento. Todo ello sin prever efectos adversos, que pueden llevar a suspender de manera definitiva los procesos de tránsito de género, como patologías asociadas a estados crónicos.

*“siento que el cambio así más fue la voz (...) el clítoris crece de una, como al segundo mes. Cesa también la menstruación y eso es como una causa de ¡sí! ¡Por fin! Pero a la vez a mí me generó como un montón de incertidumbres como ¡mierda! ¿ahora qué está pasando por mi cuerpo?”* (Grupo focal No 4)

De esta manera, se da curso al proceso, la inyectología la realiza algún conocido o en droguerías de barrio, mientras que, la dosificación varía, entre cada 21 días, mensual o bimensual, incluso algunos hombres se inyectan cada 8 o 15 días *“para lograr como en menor tiempo los resultados de la masculinización”*.

**Prácticas artesanales.** Las terapias artesanales recomendadas entre pares, generalmente se relacionan con la realización de ejercicio físico y la utilización de alimentos que se conciben como poseedores de sustancias masculinizantes o que pueden generar testosterona en el cuerpo de manera natural, tales prácticas tienden a favorecer y proteger la salud de los hombres transgénero, a pesar de la poca evidencia existente al respecto.

Algunas prácticas que se realizan en los hombres transgénero son empleadas para optimizar la imagen corporal que se desea proyectar, para ello se utilizan diferentes técnicas:

- Utilización de vendajes para fajarse los senos. Se reconocen los efectos adversos, como la formación de quistes y masas por compresión del tejido mamario, el daño en la piel de los senos que en la mayoría de las ocasiones debe removerse con cirugía.
- Alternativas naturales para optimizar la producción de testosterona, como *“la sábila en las mañanas licuándola o mordiendo el cristal, el atún, la menta...”*
- Realización de ejercicio de manera frecuente para el aumento del peso corporal y consumo de suplementos proteicos para el aumento de la masa muscular (*“tomo megaflex todas las mañanas”*).
- Uso de Minoxidil tópico para propiciar el crecimiento de vello corporal y facial, contrario a la especificidad del medicamento, prescrito generalmente para la alopecia.
- Uso de medicamentos hepatoprotectores (sin prescripción médica), para eliminar efectos adversos asociados a la testosterona, como la *silimarina*.

Es de anotar, que, al automedicarse, también experimentan con medicamentos y sustancias que consiguen de distintas maneras, a través de otros países, por ejemplo, y que, según los resultados conseguidos, empieza a ser recomendado a los pares.

*“En otros países hay testosterona natural que es un extracto de pino una vaina así y uno se la pone y funciona. (...) Eso son gotas... Ya trajimos una para hacer el experimento con (un amigo), lo vamos a iniciar y dependiendo de*

*cómo le vaya pues vamos a empezar el resto a traerla. Pues a mí me pareció que es más bacano... claro, además es carísima, y nos tocaría importarla de nuestro bolsillo, pero si yo veo que una cosa natural me genera los mismos efectos que inyectándomela, yo la traigo y me la tomo y porque sé que voy a estar mejor ¿no?” (Grupo focal No 4)*

De igual manera, con el propósito de aumentar del peso corporal se realiza ejercicio de manera frecuente (también se recurre a implantación de la fuerza en la práctica deportiva), mientras que se consumen suplementos proteicos para aumentar la masa muscular.

*“yo antes estaba carnudito y desde que me aplique la testo me empecé a adelgazar, pero me recomendaron hacer bastante ejercicio y complementar eso con vitaminas, pues en el momento en el que haga ejercicio porque la idea de que la testosterona a uno le manda a uno la grasa... o sea se la quita de acá y se la manda para el resto del cuerpo pero entonces uno tiene que forzarlo, para que quede masa muscular no grasa... entonces yo hago eso... entonces yo tomo megaflex todas las mañanas” (Grupo focal No 2)*

Como lo refirieron varios de los médicos participantes en el estudio, el ejercicio se constituye en una práctica sana, que favorece la masculinización mediante el incremento de la masa muscular y el ensanchamiento corporal permitiendo el afianzamiento de la identidad. No obstante, el uso de proteínas debe ser consultado al profesional tratante, ya que, en ocasiones puede generar efectos adversos al interferir con otros medicamentos o patologías. Es necesario que desde los servicios de salud se oferte la medicina del deporte como apoyo para la potencialización del proceso de tránsito de género, ya que a partir de las revisiones realizadas en el Hospital de San José se considera una experiencia exitosa para el tratamiento.

**Accesibilidad.** La disponibilidad del tratamiento hormonal depende del tipo de aseguramiento al sistema de salud, por lo que puede ser más sencillo depender únicamente de la capacidad económica para su adquisición como particular. Aunque el costo promedio puede ser de \$5.500 pesos, a través de la EPS,

muchos hombres consideran, como se conoce a través de los relatos, adquirir la inyección de testosterona en el mercado, cuyo costo oscila entre los \$16.000 hasta \$30.000 como la dosis mensual de Testoviron y de más de \$200.000 para la administración de Nebido (aplicación cada 3 meses).

*“lo que fue de tratamiento hormonal yo lo empecé solo, pero fue porque investigué en YouTube. Luego lo conseguí en la farmacia con un amigo gay que me ayudó (...) entonces pues yo fui comprándolas. Luego me asesoraron los chicos, porque quiero hacerme la cirugía, entonces ellos me dijeron “no de la E.P.S. te sale más barato” entonces yo empecé a hacer el tratamiento y los tramites y todo eso. Ahorita que fui el médico de la E.P.S. (...) y me van a empezar a recetar y todo eso para inyectarme. Ósea para ver la cantidad, para que empiecen los cambios más rápido, ahí un poquito más” (Grupo focal No 2)*

Conforme a esta situación, en la dispensación del medicamento depende de la vigencia de la fórmula médica, algunos hombres informan que han tenido periodos sin hormonizarse, debido a la precariedad económica que no les permite adquirir la fórmula de manera particular. Ante estas situaciones, también se conoce, que algunos médicos realizan prescripciones anticipadas, con el fin de evitar la aparición de efectos adversos en sus pacientes a causa de la no hormonización, aspecto a resaltar ya que deja evidenciar que desde los profesionales de salud se reconocen las barreras de atención en cuanto a la disponibilidad de agenda de especialistas por parte de las EPS.

*“puede pasar 3, 4, 5, 6 meses y nada, el último endocrino me dijo “ay le voy a mandar la testosterona por siete meses porque de aquí a que saque la cita” ... así me mando... A mí por eso me toca con derecho de petición para todas las citas” (Grupo focal No 1)*

*“A mí me mandan (medicamentos) para 6 o 8 meses... pero me solicitan que pida el control cada tres meses... El problema es la agenda (risas)” (Grupo focal No 1)*

En general los hombres entrevistados evidencian disponibilidad del tratamiento en las instituciones donde son atendidos, ya que se garantizan las dosis por parte del sistema de salud en la medida en que asistan a las consultas de control de manera trimestral. En caso contrario la adquisición, como se mencionó anteriormente, se realiza en farmacias y sitios de confianza, con el fin de obtener el medicamento a buen precio y evitar la solicitud de una fórmula médica o los cuestionamientos usuales acerca de la identidad.

**Control y seguimiento.** Los controles médicos como se enuncio anteriormente se deben realizar al iniciar la hormonización, permitiendo la evaluación del estado del paciente y detectar las posibles complicaciones desprendidas de la hormonización, de forma que se puedan prevenir, o efectuar un diagnóstico temprano, para prevenir efectos adversos durante el tránsito.

Para las personas que acuden al sistema de salud, la administración de las hormonas generalmente se realiza cada 30 días, dependiendo del control sérico de testosterona, con un inicio paulatino, como el caso narrado en uno de los grupos focales, en el que se inició con un cuarto de ampolla de Testoviron, se aumentó a media y posteriormente a una ampolla. Y con el fin de mantener los caracteres masculinos adquiridos, la recomendación es realizar hormonización a lo largo de la vida y de manera permanente realizar controles médicos y exámenes de seguimiento.

El seguimiento a los pacientes se ha de considerar de manera trimestral por parte de endocrinología, solicitando con anterioridad la realización de laboratorios para su valoración. En usuarios que usan Enantato o Cipionato de testosterona, la medición de los niveles de la hormona se debe realizar a la mitad de la administración entre una dosis y otra; para los pacientes que usan Nebido, la medición de testosterona libre se realiza antes de la siguiente aplicación.

Los laboratorios se repiten cada tres o seis meses y se evalúan los efectos adversos a la terapia hormonal, de igual manera se realiza una valoración del estado del usuario. Para ello se solicitarán los siguientes laboratorios: Cuadro hemático, perfil lipídico, pruebas de función hepática, medición de hormonas sexuales, niveles de colesterol, perfil de glucosa, perfil de lípidos, ecografías de

tejidos mamaros y ginecológica, valoración física de los miembros inferiores para descartar trombosis venosas, toma de medidas antropométricas y toma de tensión arterial en cada consulta.

En los controles médicos se evalúa el estado del paciente, las posibles complicaciones desprendidas de la hormonización y se estudian los laboratorios generales y ecografías para prevenir efectos adversos durante el tránsito.

*“me miden cuadro hemático, colesterol, lípidos, etc, etc, etc, cada tres meses me va midiendo la testosterona. Durante dos años me manda a inyectarme Testoviron cada 21 días y me la va moviendo, 21, movámosla a 30, movámosla a... para llegar como al promedio que debería tener un hombre cisgénero; porque tuve picos de testosterona muy altas. Después de esos dos años me manda con una hormona que yo siento que ha sido mucho mejor que es la Nebido, pero entonces ese un proceso de 4 años más y fue dar con ella”*  
(Grupo focal No 1)

**Efectos.** Es de indicar que, así como la hormonización genera efectos, algunos esperados, previsibles y positivos, como engrosamiento de la voz, ausencia del periodo menstrual con posterior desaparición del mismo, aumento y engrosamiento del vello corporal especialmente en la cara, aumento de la sudoración y el calor corporal, aumento del tamaño del clítoris y reducción de mamas; también puede generar, estados de estrés y ansiedad, periodos de agresividad y malestar, que pueden ser disminuidos desde las consultas médicas a través de información y educación que disminuya la incertidumbre desprendida creencias populares y culturales en salud y resuelva los interrogantes relacionados con el proceso, haciendo al consultante participe responsable y activo de su propio proceso, lo que se constituye en un motivo más para realizar el proceso de tránsito con el acompañamiento de un equipo multidisciplinario que efectuó las distintas valoraciones.

Durante la realización de grupos focales se obtuvieron varios testimonios acerca de los efectos colaterales a causa del uso de hormonas, algunos de ellos se estimaban como algo positivo, pero en su mayoría varían desde acné ocasional hasta eventos coronarios.

A continuación, se recopilan algunos testimonios que hacen énfasis en tales efectos:

Evento o efecto	Testimonio
Aumento de la masa corporal	<i>"uno engorda los dos primeros años con la testosterona, pero después se pone re-rico (...) debería decirle vas a ser entre chanchito"</i> (Grupo focal No 1)
Dependencia al medicamento	<p><i>" ya no puedo vivir sin eso, cuando no me inyecto me da dolor de cabeza, fiebre, se me viene la sangre por la nariz, de todo... Se me sube la tensión, siento debilidad en las piernas"</i> (Grupo focal No 1)</p> <p><i>"Después de 7 años de consumo también llega un momento en el que las defensas se bajan, me aplico la testosterona y me enfermo, (...) entonces al otro día ya me siento más débil y al inicio era como una chimba (...) aspectos como la libido y uno empieza a sentir los cambios (...) todo es súper genial y uno esta como con las mil energías, pero ya con el tiempo pues también llega un agotamiento físico"</i> (Grupo focal No 3)</p>
Parestesias y problemas musculares	<i>"a mí se me perdió la movilidad en los brazos (...) a mí casi ir al médico no me gusta, por lo mismo y tanto, por evitar discriminación de que le digan a usted esto...Yo hace ya 9 años que no voy a donde un doctor"</i> (Grupo focal No 2)
Aumento de ansiedad y depresión	<i>"los efectos que tiene la ovulación en mí son un desastre y como yo ya tengo antecedentes de salud mental (risa) donde sufro de ataques de ansiedad pues para mí son picos mucho más fuertes, corporalmente son más fuertes. Más fuertes es que sudo más, me da la tembladera, me da insomnio, etc. Pero las hormonas y la salud mental históricamente tienen una relación, entonces yo creo que si yo me dejo de hormonar y eso me lo ha dejado claro mi terapeuta "usted se deja de hormonar, usted se mama, usted verá cómo se aguanta sus ataques de ansiedad porque le van a dar mucho más fuertes corporalmente", entonces yo no la veo"</i> (Grupo focal No 1)
Problemas ginecológicos	<i>"esos dolores son muy parecidos a las contracciones de parto y si me dolían muchísimo, yo no me podía parar de la cama, digamos me tocaba trabajar así. Entonces cuando me fui a urgencias me encontraron un quiste ovárico, y eso que yo siempre he sido muy juicioso con mi hormona..."</i> (Grupo focal No 5)
Problemas tiroideos	<i>"Entonces yo ya llegué a decirle a la endocrina "mira yo me estoy aplicando Nebido cada tres meses, llevo un año" porque esa también es otra barrera ¿no? (...) A mí no me importa si a ti te gusta que yo me hormonice, es mi derecho. Entonces esos</i>

Evento o efecto	Testimonio
-----------------	------------

	<i>fueron como los problemas que yo tuve y ahorita ya me toca tomar pastas para regular la tiroides” (Grupo focal No 5)</i>
--	---

Tabla 5. Referencias a afectaciones por el uso de hormonas

Uno de los participantes del Grupo focal No 3 refirió haber sufrido de un evento isquémico, posterior a la aparición de una masa en su sistema reproductor, lo que le implicó la realización de histerectomía total, que no fue acompañada del tratamiento requerido con complemento de calcio y vitaminas, por lo que se presentaron consecuencias posteriores a la cirugía. Otros efectos menores como la alopecia, también se mencionaron a las discusiones grupales.

El estado de salud de dos de los participantes se especifica como una situación regular, ya que posterior a la hormonización han tenido efectos adversos y en uno de los casos consecuencias a largo plazo para lo cual necesitan seguimiento y tratamiento oportuno.

Esta información es complementada con los reportes del programa del Hospital de San José, donde se indica que como efectos adversos, se presentaron principalmente acné en el (40%) de los casos, los cuales en su totalidad fueron remitidos a dermatología para su tratamiento y complicaciones post quirúrgicas en un (20%), solo uno de los casos con obesidad fue remitido a nutrición y al deportólogo.

**Fármacos: disponibilidad, dosificación, presentación.** En el mercado existen varios tipos de testosterona, unas más eficaces que otras, pero que desencadenan iguales efectos adversos, especialmente por automedicación. Dentro de las que se consideran en el Plan de Beneficios y son referidas por los endocrinólogos participantes en el estudio se encuentran:

<i>Tipo de testosterona</i>	<i>Concentración</i>
<i>Enantato de testosterona</i>	250mg
<i>Cipionato de testosterona</i>	250mg
<i>Undecaonato de testosterona</i>	1000 mg

Tabla 6. Hormonas con testosterona en el Plan de Beneficios

Los médicos entrevistados refieren que con testosterona se obtienen muy buenos resultados para la masculinización, las citadas son de administración intramuscular, por tanto, generan un efecto hormonal de manera prolongada. La dosis del tratamiento se ajusta según las condiciones del paciente por parte de endocrinología. La psiquiatra argumenta que no se puede realizar una estandarización, ya que los estudios existentes son de otras culturas, y que no pueden ser extrapolados a los hombres transgénero colombianos.

Para los casos en los que se hayan presentado efectos adversos a la vía intramuscular o existan factores de riesgo en los que se contraindique su administración, se emplea testosterona transdérmica, estimándose la dosis de los parches de testosterona de 2,5 a 10 mg por día y en los geles al 1%, se recomienda 5 a 10 g de gel al día. Estas presentaciones no son incluidas dentro del plan de beneficios, por tanto deben ser adquiridas de manera particular.

Otro aspecto por resaltar es la inhibición de los estrógenos, para lo cual se acude a fármacos y a la ooforectomía, mediante extirpación ovárica bilateral. El fin del tratamiento hormonal es la reafirmación de caracteres masculinos por medio de la supresión de los niveles de progesterona y estrógenos, llevando la testosterona a niveles fisiológicos. Por parte de los médicos participantes en el estudio, se recomienda que el tratamiento se realice uno o dos años antes de realizar el proceso completo junto con la mastectomía hasta llegar a la cirugía de asignación genital y se continúe durante toda la vida, ya que los cambios que se logran se perderán al suprimir el medicamento.

### [Cirugías corporales para reafirmar caracteres masculinos](#)

**Histerectomía.** Para algunos es importante obtener una corporeidad masculina completa y la eliminación de características femeninas; para ello, en algunos casos se realiza la histerectomía, sin embargo, este procedimiento se realiza también, como práctica protectora para evitar la aparición de complicaciones en

el aparato reproductor como efecto de las hormonas masculinas y así optimizar los efectos de la terapia.

*“Pues si quiero hacerla y además por salud es importante porque con el tiempo sé que se pueden formar quistes y maricadas de esas que en verdad no tengo ni puta idea, pero ¡bah!”* (Entrevista personal)

Es de anotar, que a través del estudio se puso en evidencia la poca información sobre este procedimiento, como lo indica uno de los participantes, *“la histerectomía hace parte del desconocimiento sobre lo que se debería hacer en el proceso de tránsito”*, ya que se desconoce la necesidad de practicársela, y solo dos hombres transgénero refieren que, por salud, resulta necesaria su realización.

En ese sentido, se indica que parte importante del quehacer médico es brindar toda la información que el consultante necesita, especificando la relevancia de cada procedimiento, intervención o examen diagnóstico, para que, como surge en los relatos, no se asuma que la prevención de efectos adversos por hormonización se realiza con la toma de ecografías de manera rutinaria, obviando la realización de la histerectomía. Por lo cual es importante ahondar en la educación brindada a los usuarios, con el fin de que reconozcan los pormenores de la terapia y puedan ser autónomos para la toma de decisiones durante la duración de esta.

*“Toda esa información nunca me la han dado, he sentido que es una presión de que me la haga, es como, este es el urólogo para la histerectomía, (...) pero nunca me han dicho la histerectomía tiene estos pros y estos contras, en tu caso vemos esto y esto no es favorable, (...) pero nunca me han dado más información (...) me quitan poder de decisión”* (Entrevista personal)

Durante las entrevistas a profesionales de la salud, se abordó el tema relacionado con la histerectomía, considerado un procedimiento no obligatorio para las personas entrevistadas. El personal médico participante refiere que la mayoría de las personas lo realizan por considerarlo un órgano femenino y por

la incomodidad con la menstruación, pero resaltan que *“nada es obligatorio”* dentro del tratamiento (Dra. Acosta, entrevista personal, 20 de noviembre de 2017).

**Mamoplastía.** Respecto a la extirpación de las mamas, es la cirugía que primero se realiza y a la que se le atribuye mayor valoración, posiblemente, porque asociado a la hormonización, a la utilización de fajas y la realización de ejercicio físico como práctica artesanal se obtiene una pérdida considerable del tejido graso en la mama, dando lugar a el descenso del tejido; siendo un cambio esperado pero que desdibuja su masculinidad, por tanto, este tejido no es reconocido como algo propio, sino como una prioridad a modificar para afianzar su identidad.

*“Entonces después de la testo hice mi ejercicio y a mí se me secaron, ahorita me salen una cosa así... Que eso es lo que uno quiere corregir... quitarse ese cuerpo.... Porque eso ya es sobrante que uno tiene en el cuerpo, llega el momento en el que los pechos van a quedar como en un pedazo de piel sobrando y eso es feo, o sea es horrible... imagínese tener uno eso ahí”*  
(Grupo focal No 2)

**Resignación sexual.** Frente a la cirugía de reasignación sexual, tres de los entrevistados refirieron que no es garantizada en el país, no es confiable ya que no permitiría ni la micción ni la erección, lo cual, se convertiría en un problema de salud posteriormente, razón por la cual no se la realizarían. Por su parte, desde la perspectiva médica, se refieren a esta cirugía desde la importancia que tiene manifestar el deseo de realizársela, como parte de las consideraciones para la obtención del diagnóstico de disforia de género y su correspondiente ingreso a la ruta de atención para el proceso de tránsito.

*“Es una pregunta que aparece cuando pasas por psiquiatría, es una pregunta que si o si te terminan haciendo sobre la reasignación genital y siento que hay un altísimo peso en la pregunta. Y cuando tú dices “no” ellos lo entienden como que tú estás dudando de tu tránsito de la modificación de tu cuerpo y pues claro obviamente yo mentí, (...). Si no hay aval psiquiátrico, si no hay diagnóstico de disforia de género, tú no entras al proceso hormonal, entonces*

*lastimosamente es una pregunta en la que todos hemos mentado, así no la queremos para poder acceder a la ruta” (Entrevista personal).*

Desear su realización es necesario para el inicio de un proceso de tránsito en el sistema de salud (Ortiz, 2015), como lo corrobora el profesional de la red pública, quien considera que es una afirmación indispensable desde el inicio del tratamiento. Para el resto de profesionales entrevistados, no es obligatorio para el ingreso a los programas para hormonización, sin embargo, como se detalló en la valoración psiquiátrica, en su mayoría las preguntas van dirigidas hacia la afirmación de una masculinidad hegemónica, por tanto, se prescinde indispensable para el acceso al proceso de tránsito de género el deseo de la asignación genital, ya que sin este criterio se consideraría que la terapia no estaría enfocada a la construcción de la identidad masculina de manera completa, puesto que se excluiría el componente sexual.

Es preciso cuestionar “que el cambio quirúrgico de sexo sea el objetivo de todas las personas trans, pues “esta idea niega la legitimidad de la transexualidad o transgenerismo como estadio definitivo en el que quedarse” (Misse y Coll Planas, 2010), aspecto que también Verastegui (2013), reconoce en su trabajo, indicando que “el sistema de salud también se estructura en el sistema sexo/género, sin contemplar los tránsitos intermedios, (...) mostrándose más eficiente para aquellas personas que quieren transitar totalmente al sexo identitario”.

**Calidad.** Algunos de los participantes consideran que las cirugías para ser de calidad deben ser realizadas de manera particular y no por la EPS, puesto que se exponen a mayores cicatrices, y más difícil recuperación.

*“Los parceros suben las fotos a internet y eso, y yo miraba y yo decía “no esto es una carnicería ni la más verraca”, (...) yo dije `no pues si trabajo para mí me voy a mandar a hacer esto por particular’ (...) yo siento que hay que meterle plata, si uno quiere algo que sea estético (...) ... pienso que también nuestras cicatrices son parte de nuestras protestas, son parte también, son políticas por decirlas de alguna forma y tienen una carga política” (Grupo focal No 4)*

La esteticidad de las cirugías se constituye en un elemento clave para la realización de procesos de tránsito, ya que de ello depende la correcta lectura de la identidad. Como lo enuncia uno de los hombres transgénero participante en los grupos focales, las cicatrices se constituyen en una fiel lectura de la lucha personal y colectiva realizada para la protección y la garantía de los derechos de las personas transgénero, por tanto, adquieren un valor distinto y significativo para las personas que se realizan cirugías en sus procesos de tránsito de género.

**Necesidad.** Por parte de la psiquiatra entrevistada se resalta la gran importancia que tiene la hormonización ya que en ocasiones disminuye la posibilidad de realizar intervenciones quirúrgicas para reafirmar la masculinidad, puesto que la acción hormonal genera tales cambios:

*“yo creo que mis niños quedan divinos rápidamente entonces, precisamente cuando uno revisa medios internacionales, hablan de la masculinización quirúrgica facial, pero uno ve y acá los chinos no necesitan nada, se vuelven unos niños divinos. De hecho, el procedimiento que ellos más quieren y que están más urgidos de hacer es la mastectomía, es lo que todo el mundo quisiera que se les hiciera de primerazo, pero cuando se les explica que la hormonización va primero pues para secar las mamas, la herida va a ser más pequeña y se van a complicar menos, de alguna forma quedan conformes y cuando empiezan a ver que definitivamente las mamas se secan, pues eso es aliviador. Obviamente, ninguno anda suelto y todos usan los panters, entonces eso aprieta y es más fácil de manejar una vez empieza la terapia hormonal a hacer efecto” (Dra. Entrevista personal)*

El relato obtenido de la psiquiatra justifica la baja incidencia en la realización de cirugías plásticas, obtenido mediante la revisión de las estadísticas en la línea de tiempo desde antes de la creación del servicio de “disforia de género” del

Hospital de San José, siendo las remisiones a cirugía plástica menores con respecto a las realizadas para endocrinología.

Estos hallazgos coinciden con los de Altamirano et. al. (2012, citado por Nosedá, 2018) señalando que “los hombres transexuales rompen con el binario de sexo y género al ser hombres que no necesitan de un pene (...). La masculinidad transexual transgrede, rompe y crea nuevos significados de masculinidad, mucho más ricos que el determinismo biológico del género.”

### Sistema General de Seguridad Social, Servicios de salud y equipos de profesionales de la salud

**Prejuicios y violencias.** La visibilización de una masculinidad construida y la lectura que de esta se hace socialmente, se constituyen como unas de las preocupaciones más importantes en los hombres transgénero al momento de iniciar procesos de tránsito de género, a través del sistema de salud. Lo anterior, debido a la extensa generalización de prejuicios de género por parte del personal de los servicios de salud (tanto del área administrativa como de la asistencial), reforzando así la ocurrencia de violencias tanto simbólicas como físicas que son aceptadas por algunos sectores de la sociedad.

*"Bien, pues como que ha sido siempre igual medio raro, claro en ese momento no había cambiado papeles, entonces como que la lectura que han tenido siempre de mí es como súper "la marimacha" "llego la marimacha", entonces de entrada ya a uno lo tratan, como pues no, despectivamente, pero sí es como extraño, como que ya entra un tono raro, no te miran a los ojos (...) pero digamos citologías y cosas así obviamente desde que comencé el tránsito crece más el miedo porque a qué putas voy a ir allá..." (Grupo focal No 4)*

Estas violencias perpetuadas por el sistema de salud impiden la realización de derechos como el reconocimiento de la naturaleza jurídica de la persona, la libertad de pensamiento, identidad, igualdad, dignidad e incluso el derecho a la vida; afectan la calidad de la atención y el acceso a los distintos servicios de

salud. De tal manera, que no solo convierten al sistema de salud en un obstáculo para la realización de procesos de tránsito satisfactorios, sino que incrementan la exposición a factores de riesgo, al incentivar el uso de terapias artesanales y automedicadas, para evitar ser victimizados en los servicios de salud.

De igual manera, los participantes evidencian la forma en que los y las profesionales sustentan las decisiones médicas en sus propias ideas y creencias personales que incluso algunas veces están ligadas a su creencia religiosa y de género, que les lleva a hacer atenciones inadecuadas, argumentar la no prestación de servicios de salud e incluso algunas veces a hacer objeción de conciencia para evitar la atención, aun cuando esta no corresponda.

*" (...) Yo entré con la médica y le dije "mira yo necesito que me haga el favor y me remita al endocrino", y me dice "¿pero usted si está segura?" (...) y me dijo "pues no lo voy a mandar" y yo le dije "¿por qué?" y me dijo "porque no (...) o sea es que usted debería irse arrepentido" "usted debería ir a la iglesia" (...) Entonces un médico me dijo (...) "yo te doy un consejo, la hormona la venden por fuera, ve hormonízate (...) y cuando ya veas los efectos vienes otra vez y verás que ahí ya no te pueden negar" y pues yo hice eso (...) y después de dos años, yo ya fui saqué cita con medicina general, pero pues ya me tocó parte del proceso solo". (Grupo focal No 1)*

*"Creo que la última vez que fui a psicología fue hace años ya, (...) recuerdo al final el tipo "bueno, pero tú sabes que Dios te ama" y como que siempre han sido todo amable, pero no ha sido violento, pero esa es la estocada final" (Grupo focal No 4)*

Otra práctica que expresa el estigma hacia los hombres transgénero es la obligatoriedad en la toma de la prueba de VIH, solicitud que se da, por falta de información sobre la infección y sobre el transgénerismo.

*" Ah lo otro es que a mí me han solicitado pruebas de VIH todo el tiempo... (...) me reconozco de los sectores LGBT e inmediatamente me mandan a hacerme prueba de Elisa, y cuál es la de la ¿hepatitis (...).*

*A la que era mi pareja, (...) ella fue a donar sangre y le dijeron “tú tienes la prueba” y ella dijo “no pues yo estoy con un hombre trans” ‘ay no puedes donar sangre’” (Grupo focal No 1)*

**Falta de información.** A lo ya mencionado, se le suma la ausencia de conocimientos específicos que sobre identidades transgénero tienen los y las profesionales de la salud, así como de las rutas y procedimientos a seguir, lo que, en palabras de los hombres participantes, les requiere realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para poder explicarles la ruta a seguir para satisfacer su construcción identitaria.

*“como que solo tienen el imaginario que una persona trans solo es una mujer trans, entonces toca empezar a explicarles (...) pero yo me encuentro con que es muy incómodo porque no hay como una información sobre la diversidad de los tránsitos” (Grupo focal No 5)*

*“ (...) recuerdo que la psicóloga como a las dos o tres citas yo le dije (...) investigado por internet fue como “yo siento que tengo este tema de la disforia de género” y la chica (...) “no tengo ni idea de lo que me está hablando, (...) me toca remitirte a psiquiatría porque yo no puedo con eso” (Grupo focal No 2)*

Sobre este aspecto, los y las profesionales de la salud entrevistados refieren no haber recibido formación sobre temas relacionados con los procesos de tránsito de género durante el postgrado y únicamente por parte de los endocrinólogos se sugiere haber tenido formación académica durante el postgrado. Al respecto, Lasso, R. A. (2014) resultado de entrevistas con profesionales de la salud, quienes refieren este inconveniente, indica que “la falta de competencias de lxs profesionales encuentra una causa en la ausencia de formación sobre el tema trans en los currículos universitarios”.

Se acepta por este grupo, que el conocimiento para realizar atención en pacientes transgénero se ha adquirido a través de la experiencia y el trabajo interdisciplinario en el grupo de género de la institución a la que pertenece. Esta

información está acorde con la presentada por la Secretaria Distrital de Planeación (2015), donde indican, la ausencia de conocimientos por parte de profesionales de salud, la incapacidad para incorporar la catedra de género en las ciencias de la salud, y las formas en que en algunas instituciones se reafirma el imaginario de esta catedra, identificándola como parte de la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, y ante la ausencia de conocimiento en torno a los procesos de tránsito de género por parte del personal de salud, los participantes expresan sentirse como “experimentos” por parte del sistema de salud.

*“Que pasa con nosotros (...) ¿Qué pasa después de llevar muchos años con testosterona? Nadie lo sabe, entonces es experimentemos (...) Yo fui el primer paciente (trans) de mi endocrino, el primer paciente trans que operaron de histerectomía y entonces termina uno en todas las consultas instruyendo a los doctores sobre qué es una persona trans y ahí se le van los 20 minutos a uno y no le hacen a uno nada”. (Grupo focal No 4)*

**Ética y confianza médica.** Si bien es cierto, una de las premisas del personal de salud es velar por salvaguardar la vida y la salud de los otros, no siempre es cumplida a cabalidad, ya que aprovechando su privilegio de poder durante la consulta, en ocasiones niegan las atenciones en salud, sobrepasan límites sobre la intimidad y la autonomía y se dejan llevar entre otros por prejuicios respecto al género, expresando actitudes y procedimientos que vulneran de manera directa los derechos primordiales de los consultantes, y llevan a cuestionar la ética médica y el respeto por el otro. Tal situación es corroborada por distintas experiencias de los hombres transgénero participantes en el estudio.

*“... y pues incluso pasa con los endocrinos, (...) yo no creo que si un hombre cisgénero va al consultorio le va a decir “ah tiene niveles altos de testosterona me imagino que usted tira como un conejito ¿no?”, ese tipo de cosas no se hacen, no se dicen (...)” (Grupo focal No 3)*

*“Ese psiquiatra es la persona menos amigable para los hombres trans porque lo único que nosotros necesitamos de ellos es que nos den un requisito que es el diagnóstico, pero donde nos toca mentirle totalmente sobre nuestras vidas para que en efecto no lo den y entonces no es una persona en la que uno confía, mucho menos le va a decir que uno está sintiendo algo” (Grupo focal No 3)*

Durante la realización de los grupos focales, se responsabilizó al sistema de salud por situaciones de ansiedad, depresión e intentos de suicidio por obstáculos colocados para el acceso al tratamiento hormonal o quirúrgico.

*“Ósea porque un médico tiene que decirle a xxx (se refiere a un participante del grupo) “piense en Dios, mírese su corazón” ... o sea si él no estuviera seguro, no tuviera una red de apoyo, no fuera una persona rebelde, marica va y se pega un tiro, se deprime o sea si tiene unas barreras de acceso si genera afectaciones emocionales... Yo llegue en ataques de depresión, la vez que me negaron el certificado de disforia de género...” (Grupo focal No 1)*

Finalmente, sobre este aspecto, también se indica, como se concentra la consulta en el tránsito, el control hormonal, etc, dejando de lado otros posibles motivos de consulta que no tiene necesariamente que ver con esto, y descuidando así el principio de la atención integral.

**Intimidad.** Se indica como las EPS, promueven la estigmatización y la discriminación de distintas maneras, al no preocuparse por ser un entorno seguro para el consultante, en el que se proteja completamente su intimidad y por el contrario se mantienen prácticas en las que se visibiliza el motivo de consulta o el tipo de procedimiento a realizarse, etc.

*“Entonces yo llegue allá a buscar algo muy secreto “mira es que vengo a sacarme esta citología”, (...) “mire allá tiene que hacer fila” y yo donde, porque lo tiene que hacer a grito herido, (...) cuando empezó por todo el piso “¿cuál es el muchacho que viene para la citología?” detrás mío había un hombre, un*

*señor, entonces dice “uy le tienen que hacer citología?” ...” (Grupo focal No 1)*

Así mismo, la intimidad como derecho, se ve afectada con el manejo de la información que guarda en el sistema informativo, en donde se encuentra, por ejemplo, el registro del nombre femenino, que no es reemplazado por el nombre identitario, (no siempre se realiza el cambio de nombre de manera legal), muchas veces aun a pesar de haber realizado el cambio nombre y llevar la actualización de la información. Este aspecto, lleva a que sea el nombre con el que sean identificados para las consultas, lo que incrementa el temor al ser expuestos públicamente por ser llamados por un nombre jurídico y no por el identitario; como explica Februari (2016) “Tu nuevo nombre ahora es tu nombre real. El nombre que te habían escogido tus padres no es más real. Ni desde el punto de vista filosófico ni en la práctica”.

Entonces, el sistema de salud se convierte, antes que, en un aliado de su caso, en una amenaza para su definición, llevándolos a implementar estrategias que les ayuden a protegerse, como ser acompañados por una mujer, para que posterior al llamado médico, ellos sean leídos como acompañantes de esta.

*“Cuando yo no tenía plata para pagarme el tratamiento yo dije “mira respeta mi nombre identitario”, “venga pues entonces llámeme por el apellido” (...) Yo llegue al punto cuando iba a una cita médica era una tortura para mí, yo me deprimía, (...) llegue al punto de decirle a una amiga “vamos y me acompaña a una cita médica”, cada vez que nombraban yo le decía “parese, parese, parese” y yo la acompaño, pero la cita era pa’ mí, pero entonces pensaban que era para mi amiga porque de verdad para mí eso fue mortal” (Grupo focal No 1)*

*“Fui a la E.P.S todo juicioso, mire vengo a actualizar datos y que diga el endocrinólogo (...) ¿pero tú todavía por qué tienes el sexo femenino? ¿Luego no te lo habías cambiado? (...) entonces me tocó ir otra vez, no es que eso es error del sistema y yo que casualidad al único que se le daño el sistema y que*

*me volvió a salir femenino... y me dice “pero es que si entran a la E.P.S. con un sexo y después se cambian ...” (Grupo focal No 1)*

Respecto a lo anterior, también se indica la necesidad de articular los sistemas de información del SGSS, ya que no se evidencia el cambio de nombre y de sexo realizado por las personas que han hecho el cambio en la registraduría, lo cual deslegitima el documento de identificación al momento de la atención médica, generando interrogantes, situaciones de violencia y discriminación por parte del sistema de salud y de la fuerza pública que interviene también en tal proceso.

*“Sabén en donde nos actualizan los datos y deberían actualizarlos en Fosyga, (...), yo estoy trabajando en una empresa y nos hicieron la carnetización de la ARL (...) y yo ¿mi carné? Y llega y me dice la señora “no es que ahí, le aparece que hay un error y no deja y no deja (...) aparece otro nombre”, ¡entonces yo ah!, no tan raro... (...) ese error todavía no se ha arreglado, yo ahorita no tengo ARL en mi trabajo” (Grupo focal No 1)*

**Valoración y atención ginecológica.** Parte importante en el acompañamiento durante los procesos de tránsito de género, es la intervención por parte de diferentes especialidades en salud, de manera general se refiere atención por parte de psiquiatría y endocrinología, pero se considera necesario la valoración por otras especialidades para la garantía de la salud y prevención de complicaciones. Entre las especialidades consideradas se encuentra ginecología, nutrición y urología.

Los participantes, si bien reconocen la importancia de la citología vaginal, de manera indiscutible manifestaron la incomodidad que este examen les produce, arguyendo razones que implican el desconocimiento para efectuar la remisión y las situaciones de violencia ejercidas por el personal de salud al momento de tomar la muestra.

*“La citología, eso fue horrible... pero póngale cuidado la nena me dijo como “no mira quédate aquí, porque yo ni siquiera sabía que existían los chicos trans” (...) “es que es muy diferente que llegue una chica que le gusten las mujeres y no*

*haya tenido contacto sexual ni nada de eso, en cambio que tú me digas que eres un hombre con cuerpo de mujer y todo eso, pues son cosas que pasan en esta vida” (Grupo focal No 2)*

A lo anterior, es preciso sumarle que este examen les confronta con aspectos de la corporalidad femenina, en un contexto que entienden como violento y, además, es un procedimiento doloroso, lo que hace aún más difícil el examen. De esta forma, el momento de la citología vaginal, los ubica en una posición de vulnerabilidad no solo ante el equipo de salud sino a nivel social, sin que, por ello, se desconozca que es necesaria para detectar de manera temprana diferentes patologías y tratarlas de manera oportuna, como un acto de responsabilidad de su corporeidad.

*“ la citología (...) nos pone en un lugar muy vulnerable, tanto que yo nunca me hice una citología, porque la vez que tome el valor para llegar a la citología, la enfermera que me la fue a hacer me dijo lo siguiente, cuando yo ya estaba ahí en esa posición desagradable, me dice “ahora si va a sentir lo que siente una mujer” y a mí me dio, yo dije “no esta vieja me va a violar”*

*“yo le digo a los chicos “bueno ustedes que creen que puede llegar a doler más, ¿qué le hagan una citología a uno que si es desagradable o que nos pueda llegar a dar un cáncer de cuello o un cáncer cervical o tengamos miomas o quistes?”*

*“pero los médicos no generan esas responsabilidades también en las personas, sino que “ah bueno ¿no se la quiere hacer? Pues no se la mando”*  
(Grupo focal No 4)

**Protocolos y rutas de atención.** Desde la experiencia de los hombres transgénero, es evidente la ausencia de protocolos y rutas de atención por parte del sistema de salud, especialmente desde la red pública, por lo que resaltan la ruta del Hospital de San José y del Hospital San Ignacio.

Si bien las EPS tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud, no se tiene estructurada una ruta de atención, posiblemente, por el mismo

desconocimiento acerca de los procesos de tránsito de género, lo que genera mayores barreras para la garantía de la atención. De esta forma, hacen énfasis en el desconocimiento de los médicos generales sobre el proceso a seguir para una atención integral.

*"Cuando lo solicito y menciono que soy trans es completamente evidente que los médicos no tienen ni idea que significa eso (...) yo termino diciéndole cuál es la ruta que tiene hacer, o sea como que es lo que necesito, porque el médico no sabe qué hacer, (...) "mire yo lo que necesito es que me mande a una cita con el endocrino, lo que necesito es que me mande con el ginecólogo", o sea como que yo mismo le digo que es lo que tiene que hacer"*  
(Grupo focal No 3)

Lo anterior se afirma con la información suministrada por los servicios del Hospital de San José y del "Servicio de Salud Amigable", quienes manifestaron que las rutas de atención se estructuran a partir de la experiencia de los equipos. En este proceso, han establecido como punto de entrada el servicio de psiquiatría, seguido de la atención por endocrinología, ginecología, cirugía plástica y urología según las necesidades del paciente, por tanto, al recepcionar un caso desde alguna de las especialidades se realiza remisión para psiquiatría con el fin de iniciar la ruta de manera correcta.

Es preciso señalar que con el cierre del "Servicio Amigable" del Hospital Centro Oriente, se perdió experiencia importante y adelantos en las rutas y los protocolos de atención en salud a nivel distrital.

Respecto a la existencia de protocolos de atención, el Hospital de San José, cuenta con un protocolo para cada una de las especialidades adaptado de los protocolos españoles para el tratamiento de personas transgénero.

**Atención diferencial.** La atención diferencial es enmarcada en una atención de calidad, con conocimientos suficientes en procesos de tránsito por parte de los y las profesionales que realicen intervenciones, refieren que la suficiencia del servicio depende de la realización de rutas específicas para la atención,

eliminando barreras y garantizando la prestación de servicios a las personas transgénero afiliadas al sistema contributivo, subsidiado o vinculados. Se propone por parte de los hombres transgénero brindar otras opciones diferentes al tratamiento hormonal, como la adopción de terapias alternativas y naturales.

*“No debe ser un servicio exclusivo, por eso es discriminante, como saquemos los gays allá, las lesbianas allá, los trans allá, no. Pero si debe haber un servicio diferencial, es decir que el especialista que nos atienda sea especialista en personas trans, en las corporalidades trans y en las necesidades trans, pero por conocimiento”* (Entrevista personal)

**Calidad del servicio.** Se argumenta que el pago en salud que se hace a las EPS les permite exigir la realización de laboratorios y el suministro de hormonas de manera mensual, por tanto, no justifican que la atención que reciben no sea brindada de manera oportuna. Sin embargo, consideran que en términos generales el trato recibido por parte del personal de salud es bueno, aunque se hace énfasis en la atención por parte del personal de celaduría y caja ya que por el documento de identidad interrogan su corporeidad y la veracidad del documento, teniendo implicaciones también con la fuerza pública.

También se indica, como algunas barreras del sistema afectan la labor médica, pues para la remisión a las especialidades correspondientes, en ocasiones algunos médicos generales refieren que los tramites son engorrosos y no autorizados por las EPS, por tanto, de manera alternativa direccionan al hospital de San José para realizar tratamiento de manera particular.

Lo anterior, es una muestra de la segmentación que existe por parte del Sistema de Salud, pues la calidad del servicio está dada por el tipo de vinculación y la posibilidad de pago que puede llevar a que niegue el derecho a la salud por parte del Sistema, vulnerando el derecho a la vida, a la seguridad social, a la igualdad y seguridad en el acceso a servicios de salud, fomentando la realización de prácticas artesanales que ponen en riesgo la vida de los pacientes. En este marco, se indica que el estado de salud, y seguimiento de los tratamientos médicos, está relacionado entonces, con mantener la vinculación al SGSS, de

forma que es el acceso al trabajo la condición para ello, dados los grandes costos que genera el tratamiento de manera particular.

*"Entonces es (...) como hacer una base de datos donde una sepa dónde te pueden atender a ti de forma económica, que tú puedas acceder cuando estas en esta situación, o sea que ya empezaste un tratamiento, no puedes seguir pagando la E.P.S., (...) entonces uno es el que queda mal con su propio cuerpo porque es la cagada y es lo frustrante y es lo... si coño o sea me está doliendo todo la puta espalda y eso no es una bobada, o sea cada que viene un mes yo siento como que si estuviera ovulando y que ya voy a menstruar y eso yo siento como un peligro y no tengo como resolverlo, porque entonces como vivo cerca de mi trabajo que es Chapinero y no puedo pagar un Sisbén porque ya me salgo del puntaje, entonces es como qué opciones hay para nosotros, que nos estamos ahorrando el transporte pues..."* (Grupo focal No 4).

La relevancia de este aspecto se denota tanto en los relatos de los hombres transgénero como en las entrevistas a los distintos profesionales, quienes reconocen que esta situación lleva que se asuman riesgos en salud por la administración de tratamientos de forma auto medicada, siendo más vulnerables las personas afiliadas al régimen subsidiado o sin afiliación, por lo que programas como el "Servicio Amigable" se hace importantes para mitigar el impacto.

A nivel administrativo dependerá de la afiliación de cada usuario la atención de un programa especial, enfocado en disforia de género, cuya destreza radique en el tratamiento y el apoyo brindado a las personas que realizan procesos de tránsito de género.

*"Se está desvirtuando el papel que está haciendo psiquiatría y eso no está bien porque nosotros en ningún momento queremos patologizar sencillamente queremos ser apoyo, pero mientras no se tenga eso claro pues va a ser complicado"* (Dra. Entrevista personal)

## Conclusiones

El proceso de tránsito de género es entendido a lo largo del documento como un proceso dinámico no lineal, que depende de las experiencias y construcciones particulares, y desde donde, surgen unas necesidades acordes a su sentir respecto al tránsito y a la imagen que se desea proyectar. En este sentido, es preciso que el sistema de salud reflexione sobre sus abordajes, en los que se consideran formas únicas de sujeto y de cuerpos y por tanto, definen el tránsito de género de una manera simplicista que deja de lado las experiencias constitutivas del sujeto, y fija un lugar de llegada, sin preguntarse completamente por la validez de este en la vida de cada uno de sus consultantes.

El entorno de las instituciones son lugares donde se pueden generar múltiples violencias y de múltiples actores, que trae como resultado, no acudir al servicio, hacer procesos de hormonización auto medicados, no generar adherencia al tratamiento ni la servicio; estas situaciones pueden representar fuertes impactos para los hombres trans en varios sentidos, primero sobre su salud mental, reforzando sentimiento de inadecuación, de angustia frente al tránsito, o de malestar respecto al reconocimiento de este tránsito en lo público; y sobre el proceso de hormonización, por los efectos que tiene tanto la automedicación como el abandono del proceso.

En este sentido, las instituciones de salud como otras instituciones al cumplir con su papel normalizador, “debe” ajustar a quienes se alejan de lo establecido, así esto signifique intervenir sus cuerpos, bien sea con las miradas, con los comentarios o con las cirugías. Es por ello, que estas instituciones expresan situaciones de violencia, y a pesar de las acciones emprendidas a nivel jurídico, los hombres transgénero siguen siendo víctimas en este espacio.

Las barreras generadas por el sistema de salud van desde la afiliación, el costo de los servicios, las restricciones según el tipo de vinculación, hasta calidad de la atención médica. Estos elementos también señalados por los profesionales de la salud evidencian la necesidad de acciones estatales que permitan estructurar

los servicios y el acceso a estos, transformar los currículos con miradas más actuales sobre la sexualidad, promover leyes que reconozcan las identidades de género, para así, sistematizar protocolos y rutas de atención que no estén sujetas a la experiencia e intuición de los profesionales de cada servicio.

A nivel mundial existen normas para la atención de personas transgénero en el sistema de salud, las cuales determinan la valoración psiquiátrica inicial como aspecto clave para el acceso al tratamiento, tal valoración permitirá la determinación de la “disforia de género”, por tanto para algunos usuarios, resulta violenta tal determinación patológica, pero no obstante se reconoce que tal diagnóstico es negociado con el personal de salud para el acceso a las terapias de hormonización y cirugías amparadas en el Plan de Beneficios.

Por su parte los y las médicas indican como desde su lugar de poder, y su afán por evaluar, ponen a los consultantes en un lugar en el que se sienten intimidados por tener que demostrar su identidad de género, como si un externo, tuviese más autoridad sobre sus propias vidas y decisiones. Así, es que el diagnóstico es una fuente de ansiedad y angustia, que requiere representar una historia sobre su orientación sexual, su niñez y su imagen de masculinidad, asociada a la existencia de un pene y la ausencia de una vagina como representaciones de género, en una lógica binaria y rígida.

Parte de la prevención de los efectos adversos radica en la psicoterapia, la cual permite identificar situaciones de ansiedad y depresión asociadas no solamente al proceso hormonal, sino también al proceso de transformación. Tales efectos emocionales son afianzados en los hombres transgénero que han vivido discriminación por parte de la familia a causa de la construcción masculina, se refirió de manera constante la vulneración de los derechos reproductivos a la conformación de la familia, a la tenencia de hijos y a la crianza, siendo vulnerados y negados al identificarse como transgénero, ya que se asocia con perversiones sexuales y enfermedades no solamente por parte de la familia, sino también por parte del personal de salud que brinda la atención.

Por tanto, se necesario la creación de servicios en salud con enfoque diferencial que sean capaces de brindar atención integral con calidad a personas transgénero del Distrito Capital, que cuenten con personal capacitado para la realización de tales procedimientos y que por den respuesta a las necesidades sentidas de los pacientes. Se hace impajaritable la realización de estudios y normas a nivel nacional que permitan tener una directriz estandarizada para el tratamiento y la atención a personas transgénero.

El trabajo articulado no solo entre instituciones de salud y equipos de profesionales, sino con otras entidades, organizaciones y personas trans, permitiría fortalecer los conocimientos a través de las experiencias, y lograr acciones pertinentes a las vivencias de los hombres transgénero que acuden a los servicios.

En ese sentido, y al comprender la salud y la identidad como derechos que requieren atenciones específicas para su realización, se hace evidente la necesidad de articular las rutas institucionales con otros espacios que favorezcan los procesos de construcción identitaria, como la Red Distrital de Hombres Trans, las organizaciones de apoyo, redes de afecto y de asesoría en derechos, entre otras.

Así se confirma la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud.

### **Garantías necesarias por parte del Estado para la mejora de la calidad de vida de los hombres transgénero**

- Es necesario por parte del Estado brindar claridad en rutas y protocolos de atención específicos para la realización de procesos de tránsito, con el fin de poder ser socializados especialmente con los y las profesionales de salud y divulgados de igual manera en toda la población.

- Es requerido que por parte del Estado se garantice la salud de toda la población, ya que es referido de manera general la necesidad de devengar un salario para pagar a una EPS, constituyéndose en el principal obstáculo para la atención, generando riesgos en salud por la automedicación generada para la obtención de caracteres masculinos para la construcción de la identidad, evitando de esta manera atender posteriores complicaciones que implicarían mayores costos para el sistema de salud.
- Es importante que por parte del Estado se evalúen las garantías que se generan para la protección de los Derechos Humanos, ya que a partir de las experiencias vividas por parte de los hombres transgénero, se concluye que casi en su totalidad todos los derechos han sido vulnerados por parte de la institucionalidad, teniendo como base la no garantía en el acceso igualitario a servicios de salud de calidad, los cuales vulneran el derecho primordial a la vida, la dignidad, la libertad, la seguridad y el reconocimiento de la persona, basados en el no respeto a la libertad de pensamiento y opinión, en la realización de injerencias arbitrarias y en la adopción de tratos degradantes y crueles a partir de la identidad u orientación de la persona. Todo lo anterior hace que las personas transgénero, al ser mayormente vulneradas en sus derechos fundamentales, se conviertan en personas de especial protección por parte del Estado. Por tanto, es una necesidad la creación de manuales, rutas y protocolos de atención en salud que garanticen los derechos anteriormente relacionados y promueva la no vulneración por parte del sistema de salud.
- Asegurar la calidad del servicio y de los equipos que hacen atenciones específicas a hombres trans, en el marco de los derechos y la salud integral.

## Bibliografía

ACNUR. (2014). Masculinidades y Protección de las Personas LGBTI en el marco del Mandato del ACNUR. En: <http://www.acnur.org/t3/noticias/noticia/16-dias-de-activismo-masculinidades-vsg-y-proteccion-a-personas-lgbti/>

Alcaldía Mayor de Bogotá (2007). Decreto 608.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2008). Por una ciudad de derechos. Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas -LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital. Pp. 1-105

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación (2010). Informe Final Línea de Base de la Política Pública LGBT. Pp. 1-284.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2012). Antirretrovirales y calidad de la atención en VIH/SIDA. La lógica de mercado en el sistema de salud. Pp. 10-17.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2013). Decreto 16.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2014). Decreto 062.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación (2015) Balances y perspectivas de la política pública LGBTI 2012-2015. Pp. 1-300.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación. (2015). Medición de la Línea de Base de la Política Pública LGBT. Pp. 1-291.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación. (2015). Mujeres lesbianas y hombres transgeneristas en Bogotá: Derechos y trayectorias. Pp. 1-94.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación (2015). Boletín No 13 Encuesta Bienal de Culturas 2015. Principales resultados sobre sectores sociales LGBTI en Bogotá. Pp. 1-9.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación (2016). Encuentro de saberes. Memorias primer encuentro de saberes 2016: Hombres diversos; masculinidades nacientes ¿Cómo se construye un hombre diverso en la ciudad de Bogotá?

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación (2017). Bogotá. Una ciudad donde se puede ser. Pp. 1-18.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). Proyecto del plan de acción: "Bogotá mejor para todos" 2016-2010. En:

[http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/PlanDistritalDesarrollo/Documentos/20160429\\_proyecto\\_PDD.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/PlanDistritalDesarrollo/Documentos/20160429_proyecto_PDD.pdf)

Bento, B. (2002) *Cuerpo, performance y género en la experiencia transexual*. Universidad de Barcelona. Pp. 1-7, 69-93.

Bento, B. (2011). *Política de diferencia: feminismos y transexualidades*. EDUFBA. Editora Da Universidad Federal da Bahia. Pp. 79-110.

Bertulo, L., Butler, M. (2008) *¿Vivir en el cuerpo equivocado?* La construcción del estereotipo transexual en el cine. Question. Revista especializada en periodismo y comunicación (1). Pp. 1-8.

Breton, D. (2012) *Personalizar el cuerpo*. Los archivos del cuerpo ¿Cómo estudiar el cuerpo? Colección de seminarios. Universidad Autónoma de México. Pp. 37-51.

Brigeiro, M. y Castillo, E. (2013) *Encuesta LGBT*. Sexualidad y derechos participantes de la marcha de la ciudadanía LGBT. Bogotá-Colombia.

Butler J. (2007) *El género en disputa*. El feminismo y la subversión de la identidad. Ed Cultura libre. España

Cabral, M (2010). *Autodeterminación y libertad*. En <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/soy/1-1675-20...>

Citeli, M. (2005) *A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002)* Instituto de Medicina Social. Centro Latinoamericano en Sexualidade e Direitos Humanos. For Foundation. Pp. 1-117.

Colombia Diversa (2015) *Cuerpos excluidos, rostros de impunidad*. Informe de violencia hacia personas LGBT en Colombia. Bogotá-Colombia.

Concejo de Bogotá. (2009). Acuerdo 371

Corte Constitucional de Colombia: Sentencias: T-062 de 2011, Sentencia T-876 de 2012, Sentencia T-771/13, Sentencia T-552 de 2013, Sentencia T-622 de 14, Sentencia T-099 de 15, Sentencia T-063 de 2015.

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013) *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en Educación Médica. 2 (7). Pp. 162-167.

DPN (2017) *Acciones afirmativas con enfoque diferencial hacia las personas LGBTI para prevenir situaciones específicas que vulneren los derechos de estas poblaciones” propone una serie de acciones afirmativas para garantizar el derecho a la salud de estos sectores sociales*. Dirección Nacional de Planeación.

- DSM-V (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*. Asociación Norteamericana de Siquiatría.
- Fausto-Sterling, A. (2000) *Cuerpos Sexuados*. La política del género y la construcción de la sexualidad. Trad. Ambrosio García Leal. Editorial Melusina. Pp. 207-234.
- Fernández, P., Domínguez, R. (2016). Efectos de la suplementación con testosterona sobre el rendimiento en resistencia. Revista Andaluza de Medicina del Deporte.. Pp. 131
- Fischer, A. (2003). Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales Maffia, D. compiladora, Sexualidades migrantes. Género y transgénero. *Feminaría*. Pp. 9-30.
- García, A. (2009) *Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género*. Feminismos y experiencias de transexuales y travestis. Revista Colombiana de Antropología (45) 1. Pp. 119-146.
- Gil, F. (2013). Fronteras morales y políticas sexuales: apuntes sobre la —política LGBTII y el deseo del Estado. Sexualidad, Salud y Sociedad. *Revista Latinoamericana*. 13. Pp.43-68.
- Gobernación del Cesar. (2010). Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT. Pp. 1-56.
- Gobierno de Canarias. (2009). Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Pp. 1-73.
- Gómez, D., Gutiérrez, M., Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Universidad de San Buenaventura. *Psicología: Avances en la disciplina*. 7. Pp. 45-51.
- Gómez, M. (2006) *Los usos jerárquicos y excluyentes de la violencia*. Más allá del derecho, justicia y género en América Latina. Compiladoras: Cristina Motta y Luisa Cabal. Siglo del Hombre Editores. Pp. 19-58.
- Hamui, A., y Varela, m. (2013) *La técnica de grupos focales*. Metodología de Investigación en Educación Médica. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México. 2 (1). Pp. 55-60.
- Halberstam, J. (2008). Masculinidad femenina. Ed, Egales. Madrid
- Lamas, M. (2012) *Transexualidad: ¿el estudio de lo extraño?* Los archivos del cuerpo ¿Cómo estudiar el cuerpo? Colección de seminarios. Universidad Autónoma de México. Pp. 211-233.

Lasso Báez, Roberto Andrés, Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. CES Psicología [en línea] 2014, 7 (Julio-diciembre): [Fecha de consulta: 23 de julio de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539424009>> ISSN

Limas, A. (2000) *Tránsitos de género identidades sexuales en la reestructuración regional, frontera ciudad de Juárez de fin de siglo*. Estudios sobre las culturas contemporáneas. (4). Pp. 9-29.

López, M. (2015). Transitando en La Italia: Trayectorias migratorias de las travestis colombianas, trabajadoras sexuales en Italia, en la década de los noventa. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género. Pp. 1-228

Losada, C. (2016). Pedagogías decoloniales y cocuidado: Un aporte en la reconstrucción y restitución de la memoria colectiva de hombres transgénero de la organización social Hombres en Desorden. Universidad Pedagógica Nacional. Facultad de Educación, Licenciatura en educación comunitaria con énfasis en derechos.

Lozano, J. (2017). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero durante sus procesos de transformación. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género. Pp. 1-135.

Martin, S. (2011). Anabolizantes. Revisión. *Ámbito farmacéutico*. 30. Pp. 54-58.

Medina, M. (2016). Neurociencia y teoría política feminista. La inestabilidad sexo-género-sexualidad a través de la obra de Paul B. *Preciado pensamiento*. 72. Pp. 981-996.

Ministerio de Salud de Chile. (2010). Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. Pp. 1-20.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Pp.1-237.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Decreto 1164.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 5592

Missé M, Coll-Planas, G. (2010). EL género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Ed. Egales. Barcelona

Missé, M. La lucha por la despatologización trans y perspectivas de futuro del movimiento trans en Barcelona. En <http://fundacionbetiko.org/wp->

content/uploads/2012/11/La-lucha-por-la-despatologizaci%C3%B3n-trans-y-perspectivas-de-futuro-del-movimiento-trans-en-Barcelona.pdf

Nosedá, J. ¿Existen otras formas de tener sexo? Sexualidad en hombres transexuales. *Interamerican Journal of Psychology* [en línea] 2016, 50 (Sin mes). En <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28447010007>> ISSN 0034-9690

Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 7 de abril de 1948. En <http://www.who.int/about/mission/es/>

Organización Mundial de la Salud (2008). El derecho a la salud. Folleto informativo

Organización de las Naciones Unidas (2013). <http://nacionesunidas.org.co/blog/2013/12/03/acnur-lanza-por-la-primera-vez-en-las-americas-una-campana-para-los-derechos-de-las-personas-lesbianas-gays-bisexuales-transexuales-e-intersexuales-lgbti/>

Orozco., Ostrosky, F., Salin, R., Borja, K., y Castillo, G. (2009). Bases Biológicas de la Orientación Sexual: Un estudio de las Emociones en Transexuales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 9 (1). Pp. 9-24.

Ortiz, A. (2014). Tránsitos como experiencia e identificación. Análisis de las experiencias trans localizadas en cuerpos asignados mujeres en Bogotá desde una perspectiva biográfica y feminista. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género. Pp. 1-126.

Pascal, S. (2007). Aportaciones para la comprensión de las personas transexuales y el entendimiento de la relación entre el cuerpo y la mente. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 8(6). Pp. 575-585.

Pelayo, A., y Moro, O. (2005). *Michael Foucault y el problema del género*. Universidad de Cantabria. Pp. 847-867.

Presidencia de la Nación. (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Argentina. Pp. 1-96.

Rivera, A. Conway, L. Traductores. (2001). La Asociación Internacional Harry Benjamín de Disforia de Género. Las Normas de Cuidado Para Trastornos de Identidad de Género. Versión vi. Pp. 1-22.

- Rojas, I. (2011) *Elementos para el diseño de técnicas de investigación: Una propuesta de definiciones y procedimientos en la actividad científica*. Universidad Autónoma de México. *Tiempo de Educar*. 12 (24). Pp. 277-297.
- Rubio, J. (2008). ¿El tercer género?: La transexualidad. *Nómadas. Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas*. (7). Pp. 1-7.
- Ruiz, E. (2017). Revisión de literatura empírica acerca de la relación entre depresión y apoyo familiar en personas transgénero. *Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. Pp. 1-45.
- Sanidad Pública de Castilla y León. (2014). Protocolo de atención sanitaria a los problemas de identidad de género en Castilla y León. Pp. 1-12
- Senado de la Republica de Colombia (1993). Ley 100.
- Stone, S. (2004) *El imperio contraataca*. Un manifiesto postransexual. Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Series para el debate. Perú. (3). Pp. 55-78.
- Stop 2012 (2012). Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos.
- Valdivia, C. (2008). La familia: Concepto, cambios y nuevos modelos. *La Redue du REDIF*. 1. Pp. 15-22.
- Varela, S. (2005). Citología cervical. Revisión bibliográfica. *Revista Médica Honduras*. Pp.131.
- Vartabedian, J. (2008). Cuerpos (trans) formados: acerca de las identidades de género y la producción de la feminidad. Sexualidades, corporalidades e transgénero: narrativas fora da orden. *Universitat de Barcelona*. Pp. 1-7.
- Verastegui, D. (2013). Implicaciones Psicosociales de la Despatologización de la Disforia de Género para la Inclusión o Exclusión Social de las Personas trans en el Contexto Colombiano. Universidad Nacional de Colombia. Pp. 1-378.
- Wylie, K. (2004). ABC of sexual health. Gender related disorders. Clinical review. *BMJ*. 329. Pp. 615-617.

## Anexo No 1.

### Guía de buenas prácticas médicas de atención a hombres transgénero para Bogotá

Esta Guía de buenas prácticas médicas de atención a hombres transgénero en Bogotá, es producto de un trabajo investigativo realizado por la Dirección de Diversidad Sexual de la Secretaría Distrital de Planeación con el apoyo de la *Red Distrital de Hombres Trans* y surge como alternativa ante la ausencia de *guías de prácticas clínicas*.

Así, brinda información relevante para la toma de decisiones sobre el proceso de tránsito de género, útil para las entidades de salud, los equipos tratantes de personas transgénero, y los hombres transgénero. Así mismo, promueve una atención equitativa, libre de discriminación y violencia por prejuicio de género y es un insumo para la realización de protocolos y rutas de atención específicas que deben ser formalizadas por las instancias competentes en salud.

La información aquí contenida parte de la revisión de protocolos internacionales y del análisis de las entrevistas a personal de las instituciones de salud, a hombres transgénero y a profesionales de la salud de distintas especialidades<sup>7</sup> con experiencia en su atención, quienes aportaron en la identificación de las necesidades y recomendaciones para una atención integral.

Esta Guía integra la normatividad operante en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); presenta una ruta de atención para la hormonización, con énfasis en el reconocimiento de la identidad de género. Aborda la valoración inicial, la realización de exámenes de laboratorio y la remisión a las especialidades, particularmente a psiquiatría, por considerarse el inicio de la ruta de atención para el tránsito de género. Así mismo, ofrece información básica sobre las terapias para la masculinización y sus efectos en la salud; para finalmente recopilar una serie de recomendaciones dirigidas a los hombres transgénero, al SGSSS, a las instituciones y los equipos de salud.

---

<sup>7</sup> Se contó con la participación de profesionales en endocrinología, ginecología, urología, psiquiatría y psicología.

### Definiciones útiles <sup>2</sup>

**Sexualidad.** “La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.” (World Health Organization, 2002)

**Sexo.** Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como hembras o machos. Si bien características no son mutuamente excluyentes, en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado. Por lo general, se hace una distinción entre características sexuales primarias (órganos reproductores) y las características sexuales secundarias (otros rasgos físicos no genitales). Al momento del nacimiento el equipo médico define el sexo, a través de la observación de los genitales, que es ratificado por la inscripción en el registro civil y la elección de los nombres que hacen sus progenitores o tutores legales. A través de los años, muchas personas encuentran conflictivo asimilar la identidad que les fue asignada al nacer.

**Identidades de género(s).** La percepción de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.

**Expresiones de género(s).** Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, cabello y el uso de cosméticos o accesorios), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás.

**Papel o rol de género.** Conjunto de normas sociales y de comportamiento, que generan expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

**Identidad sexual.** Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (PAHO; WAS, 2002). La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo: mujer trans homosexual, hombre cisgénero heterosexual, hombre transgénero heterosexual, etc.

**Orientación Sexual.** Capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) (The Global Fund, 2009, p. 29), o con independencia del género (pansexual). La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

<sup>8</sup> La información del recuadro fue tomada en su totalidad de: OPS (2011). Por la Salud de las Personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.

### Definiciones útiles<sup>3</sup>

**“Trans”.** Apuesta o construcción de identidad política, donde las personas asumen, se construyen y auto determinan como trans para hablar de la experiencia de tránsito entre los sexos y el género, la que se constituye en una propuesta cultural y política frente a la opresión de los sistemas sexo género hegemónicos.

**Transgénero.** Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer. En el marco de la Política Pública LGBTI, la categoría transgénero “hace referencia a las personas que se ubican o transitan entre lo masculino y lo femenino. Esta categoría integra a las personas transformistas, travestis, transexuales, entre otras.”.

**Transformista.** Personas que asumen de forma esporádica y en situaciones específicas vestimentas, ademanes y roles tanto masculinos como femeninos en el ámbito de lo social, cultural o político.

**Travesti.** Persona que hace uso de prendas y reproduce roles y ademanes asociados al género opuesto al que se le asignó socialmente, de una manera más permanente. La identidad travesti en Latinoamérica es una apuesta social y política de la construcción trans.

**Transexual.** Persona que asume un género que no corresponde al que se le asignó socialmente. En el caso de la transexualidad de masculino a femenino siente un sentido de pertenencia al sexo biológico opuesto (Al ser o estar siendo Mujer), no hay apropiación de la genitalidad o sexo asignado al nacer y generalmente pueden devenir o devienen en procesos de reasignación sexual parciales o totales.

**Mujer trans o Transfemenina.** Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (v.g. personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres).

**Hombre trans o Transmasculino.** Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como hombres (v.g. personas que fueron asignadas como mujeres al nacimiento y que se identifican como hombres).

**Transición.** “Período durante el cual los individuos cambian del papel de género asociado con el sexo asignado al nacer a un papel de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en ‘otro’ papel de género, para otras esto significa la búsqueda del papel y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no puede incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada.” (Coleman et al., 2011, en OPS, 2011).

## El Derecho a la salud, a la identidad de género y a la atención integral de hombres transgénero

Acorde a la OPS (2011), los hombres transgénero como cualquier persona requieren de condiciones apropiadas para mantener su salud física y mental, desarrollar sus deseos y capacidades, y en general llevar una vida acorde con la dignidad humana. Esto en la lógica del derecho de toda persona al goce de la salud como un derecho humano universal<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> La información del recuadro fue tomada de: SDP (2015). Medición de la línea de base de la Política Pública para la garantía plena de derechos de las personas de los sectores LGBT.

<sup>10</sup> Los Estados miembros de la OMS han adoptado importantes principios en materia de salud pública que están consagrados en el preámbulo de su Constitución que establece como un principio internacional fundamental que “el disfrute del más alto nivel posible de salud” no es sólo un estado o condición del individuo, sino “... uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión,

En este sentido, se reconocen unas necesidades de salud generales y unas específicas, que deben ser comprendidas en el acceso a los servicios. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, las expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales, entre otros aspectos. Las necesidades específicas involucran la asistencia para concretar la identidad de género, incluyendo las intervenciones quirúrgicas para masculinizar el cuerpo (OPS, 2011).

Sin embargo, los servicios de salud tradicionalmente han desatendido estas necesidades y por el contrario generan acciones que incrementan las afectaciones a la salud (estrés, ansiedad, depresión, entre otras) como resultado la estigmatización, la discriminación, la violencia y el enjuiciamiento asociado a la no conformidad de género (es decir, las divergencias de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer).

Al respecto, es importante señalar que la no conformidad con la identidad de género asociada a las características del sexo natal no constituye una psicopatología per se, y que la angustia causada por la incongruencia entre la identidad de género y la apariencia corporal (disforia de género) -que puede tener un fuerte impacto negativo en la salud y el bienestar de las personas transgénero-, está asociada justamente a las construcciones sociales que se han hecho sobre el género con relación al sexo.

Respecto al estigma, este subyace a la falta de acceso a la atención competente, por lo que los hombres transgénero con frecuencia se enfrentan barreras de acceso a la salud, que incluyen la falta de conocimiento y sensibilidad de parte de los y las profesionales, así como servicios con costos no asequibles, debido al tipo de vinculación al sistema, y a que muchos servicios específicos no están cubiertos por los planes de salud; lo que conlleva entre otras cosas a que opten

---

ideología política o condición económica o social ... “la Constitución fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud , celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU), a su vez, protege “... el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ...” (artículo 12), y el Protocolo de San Salvador (OEA) protege “el derecho a la salud” (artículo 10).

por la auto-administración de hormonas y el uso de fajas para ocultar los senos, sin calcular los riesgos para su salud (OPS, 2011)

**Expresiones e identidades de género**<sup>11</sup>. La identidad de género como derecho individual e inalienable surge desde el reconocimiento que cada persona vivencia el género de modo singular y único y, por tanto, hay múltiples maneras de identificarse, de expresarse, de construirse como individuo, que superan el binarismo sexo-género, desde donde se han dictaminado los comportamientos, atuendos, intereses, actividades y formas de relacionarse.

Esta relación única entre el sexo y el género, que han ordenado las formas de ser y de estar, se instauraron a partir de los discursos y las prácticas médicas y psiquiátricas, que asignaron solo dos tipos de genitales, gónadas y combinaciones de cromosomas sexuales, una para cada sexo. De esta forma, se asegura la reproducción, se impone un modelo único de familia, monogámico y patriarcal; se refuerza la división de los roles y las funciones sociales, y se formaliza la división social del trabajo.

En este sentido, las identidades transgénero al expresar y encarnar un género distinto al asignado al nacer, desafían las expectativas de rol de género e interpelan los fundamentos de las instituciones e incluso de la formación de los equipos de salud, para invitar a nuevas comprensiones de la realidad y de lo humano.

Por tanto, las instituciones y profesionales de la salud, más allá de las creencias, normas morales o religiosas que profesen, tienen la responsabilidad de abordar la salud de las personas transgénero de manera integral y reconocer la identidad de género asumida por el consultante.

---

<sup>11</sup> Información tomada de: Gobierno de la Provincia del Neuquén, 2018

## El Derecho a la Salud de las personas transgénero en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en Colombia

El SGSSS fue creado a partir de la Ley 100 de 1993, teniendo como objetivo propiciar un aseguramiento obligatorio en materia de salud a los habitantes del territorio nacional; sin embargo, vale la pena mencionar que esta Ley no contiene ninguna referencia al derecho a la salud de las personas transgénero.

En el Art. 157 de la Ley 100 de 1993 se establecen dos regímenes de vinculación al SGSSS, el contributivo y el subsidiado:

*“1. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”*

*2. Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el SGSSS la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rurales y urbanas. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago”.*

Las personas que no tienen capacidad de pago deben solicitar la encuesta SISBÉN, para así obtener un puntaje que sustente la afiliación al régimen subsidiado.

Las personas no afiliadas al SGSSS, requieren medidas de asistencia asumidas por aportes fiscales de la nación mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993.

La investigación realizada evidenció las dificultades de los hombres transgénero para acceder al régimen contributivo y, por tanto, tener que vincularse al sistema de salud en el régimen subsidiado; sin embargo, esta puede expresar un trato diferencial en la garantía del derecho a la salud y del aseguramiento de las condiciones para realizar el tránsito de género.

Lo anterior en el mismo sentido de las demás normativas en materia de salud, como la Resolución 5592 de 2016, modificada por la

Resolución 6408 de diciembre de 2016, “*Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”, donde tampoco se reconocen las necesidades especiales de atención integral a las personas transgénero.

La inexistencia de normatividad con un enfoque diferencial y de la inclusión de acciones afirmativas que garanticen de forma integral el derecho a la salud de los hombres transgénero, genera un alto grado de discrecionalidad por parte de los y las profesionales tratantes, respecto al ordenar los tratamientos, exámenes diagnósticos, cirugías y demás procedimientos necesarios.

Por lo anterior, este derecho ha tendido a ser reivindicado a través de mecanismos constitucionales como el Derecho de Petición y la Acción de Tutela, particularmente a través de fallos de la Corte Constitucional. Entre las sentencias en las que este alto tribunal ha ordenado las entidades que hacen parte del SGSSS, garantizar el derecho a la salud de las personas transgénero se encuentran: T-876-12, T-771/13, T-552/13, T-622/14, T-099/15<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> **Sentencia T-876/12.** La Corte establece la conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a una vida digna de una persona transgénero igual que los derechos a la identidad sexual. **Sentencia T-771/13.** La Corte señaló que las entidades del estado deben garantizar el derecho a la salud y de tránsito de género sin ningún tipo de discriminación o estigmatización a las personas transgénero. **Sentencia T-552/13.** La Corte reafirma la importancia de los diagnósticos médicos a los pacientes quienes han decidido realizar cirugías de reasignación de sexo y la obligación de las EPS de realizarlos. **Sentencia T-622/14.** La Corte establece la obligación de las instituciones prestadoras de salud a brindar la información veraz y oportuna a la persona quien desea una cirugía de reasignación de sexo. Esta obligación se establece para obtener

En general estas sentencias han hecho referencia a las siguientes consideraciones a tener en cuenta por las instituciones de salud :

- El derecho a la salud de todas las personas comporta un carácter integral que incluye todos aquellos aspectos que inciden en la configuración de la calidad de vida del ser humano, así como las dimensiones física, mental y social de su bienestar;
- La falta de correspondencia entre la identidad sexual o de género de una persona transgénero y su fisionomía puede llegar a vulnerar su dignidad en la medida en que esa circunstancia obstruya su proyecto de vida y su desarrollo vital;
- La relación entre el derecho a la salud y la identidad sexual de las personas transgénero demanda la garantía de acceso a un servicio de salud apropiado con el fin de asegurar su derecho a reafirmar su identidad sexual o de género;
- Las barreras de acceso a la atención médica apropiada para las personas transgénero vulneran su derecho a gozar el nivel más alto de salud, al libre desarrollo de la personalidad y a la autodeterminación sexual cuando la autorización para procedimientos prescritos por su médico les es negados bajo el argumento de que su vida o integridad física no están en riesgo;
- Las entidades promotoras de salud, como consecuencia de lo anterior, tienen la obligación legal de brindar los procedimientos mencionados cuando hayan sido ordenados por el médico tratante a menos que controviertan el fundamento de la autorización “de forma científica y técnica”;
- La garantía de acceso a atención médica apropiada para las personas transgénero implica reconocer no solo las particularidades de los asuntos de salud relativos a las transiciones emocionales, mentales y físicas al momento de reafirmarse sino también la situación de marginación y discriminación que enfrentan, la cual constituye una barrera de acceso al Sistema de Seguridad Social.

---

del paciente su consentimiento informado. **Sentencia T-099/15.** La Corte insiste en los derechos de los hombres y mujeres transgénero a gozar de sus derechos fundamentales sin ningún tipo de discriminación, incluidos el derecho a la salud. Uno de los temas relevantes de este fallo es la exhortación que hace este alto tribunal al Congreso de la República para que promulgue una Ley de Identidad de Género que proteja los derechos fundamentales de las mujeres y hombres transgénero.

Finalmente se retoma la Sentencia C-355/06, en la que la Corte Constitucional señalo que “si bien los profesionales de la salud tienen derecho a presentar objeción de conciencia, no pueden abusar del mismo utilizándolo como barrera para impedir, de manera colectiva o institucional, la realización del procedimiento”, de tal manera, que no se entiende como un derecho ilimitado ni de carácter colectivo. La objeción de conciencia ha sido un recurso para negar la atención a hombres transgénero y dilatar la realización de los procedimientos requeridos, por lo que se exige a quien la emplee que sustente por escrito las razones y criterios para negar la atención a un hombre transgénero, exponiendo a la institución ante la cual labora sus fundamentos individuales, los cuales serán estudiados desde una perspectiva médico-jurídica para proceder o no a su validación. Si él o la profesional de la salud es servidor/a público/a, se somete al Código Disciplinario Único (Ley 734 de 2002) donde se establecen las sanciones cuando la objeción no proceda.

En conclusión, mientras el Congreso de la Republica acata el pedido de la Corte Constitucional sobre la promulgación de la ley de género, es necesario y urgente que el Estado colombiano incluya en el Plan Obligatorio de Salud todos los procedimientos, medicamentos y atenciones necesarias para garantizar los servicios médicos, generales y especializados, para las personas transgénero, según las indicaciones de esta misma Corte.

### **Acceso de los hombres transgénero al sistema de salud**

Esta ruta incluye de manera inicial la afiliación al SGSSS, dado que, para ser valorado por medicina general, el hombre transgénero debe encontrarse en alguno de los regímenes de afiliación: contributivo o subsidiado.

El acceso a los servicios de salud de las personas que se encuentran en el **régimen contributivo** dependerá de la afiliación a la EPS (de su elección), el pago de cuotas moderadoras se realiza según la cotización realizada por rango salarial.

Las personas que son afiliadas al **régimen subsidiado** con la EPS del distrito (Capital Salud u otras), son amparadas por la EPS y eximidas de pago. Aquellas personas que no están afiliadas a una EPS subsidiada, pero que tengan ya un puntaje determinado por el estudio socioeconómico en el SISBEN, son obligados a pagar cuota moderadora por cada atención médica recibida: 5% en el nivel 1; 10% en el nivel 2; y 30% en el nivel 3.

En caso de no tener la capacidad de pago y requerir el ingreso a régimen subsidiado, deberá solicitar la realización de la encuesta SISBEN para que según el nivel socioeconómico en el que sea clasificado se pueda considerar su afiliación y de esta manera iniciar el proceso.

El **régimen vinculado** no es un régimen de afiliación, sino que por el contrario se compone de personas que no registran afiliación al sistema de salud, se encuentran bajo protección especial del Estado o en habitabilidad de calle. El **régimen especial** en el cual se incluye el magisterio, las fuerzas militares y la policía, permite a sus afiliados gozar de todas las atenciones en salud.

Posterior a la verificación de la afiliación en el SGSSS, se procede a la atención por parte de medicina general, quien brindará toda la información pertinente para el proceso de tránsito de género. En esta atención se realiza la valoración completa, se ordenan exámenes de laboratorio y se remite a psiquiatría.

### Algunas claves para una atención integral de calidad<sup>13</sup>

El sistema de salud se ha convertido en la principal barrera para la atención de las personas transgénero, puesto que desconoce las diversas formas en que es posible expresarse, identificarse o transitar a través de los géneros, así como las comprensiones particulares de la sexualidad, provocando un alejamiento del sistema de salud como medida protectora.

<sup>13</sup> Secretaría de Promoción Social. Área de Diversidad Sexual. Aportes para la Atención de las Salud Integral de Personas Trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011. Argentina

Atender en forma integral a personas transgénero implica:

- Reconocer la diversidad de historias individuales.
- Acompañar procesos de fortalecimiento identitario y el reconocimiento de potencialidades.
- Apoyar la creación, reconocimiento y generación de nuevas condiciones de vida acorde a la identidad de género.
- Generar estrategias para la inserción e inclusión en ámbitos laborales, educativos, sociales e institucionales, que permitan una vida digna
- Acompañar acciones que contribuyan al ejercicio de derechos.
- Transformar las consideramos sobre el género, como significaciones históricas, culturales, políticas que afectan las experiencias de vida de las personas.
- Actualizar las herramientas teóricas, metodológicas e ideológicas para pensar y abordar las sexualidades que interpelan en la atención.

La decisión de someterse voluntariamente a un tratamiento hormonal es parte de un proceso interno y subjetivo en la construcción de la identidad de género que la mayoría de las personas que consultan viene sosteniendo en su vida cotidiana desde antes del contacto con el centro de salud.

Garantizar el respeto de la identidad de género de las personas, en todo el proceso de atención, para brindar una atención oportuna y de calidad, exige:

- Preguntar a la persona cuál es el nombre al que responde o cómo quiere ser llamado y emplear exclusivamente esta forma para dirigirse a él.
- Privilegiar el uso del apellido cuando no se tiene seguridad si el nombre que figura en los registros es el que utiliza.
- Al momento de recibir el documento de identidad, no indagar acerca del sexo al nacer o del nombre estipulado en el documento.
- No participar, regañar o dar indicaciones respecto al cambio de nombre en el documento.
- Referirse siempre en masculino, aun si está embarazado.
- Evitar el uso de expresiones que señalen género (señorita, caballero) cuando éste no sea acordado de modo explícito.
- Incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes) el nombre identitario o asumido por la persona.

- En sala de espera llamarlo por su nombre identitario.
- Respetar siempre la autonomía y autodeterminación del usuario.
- Asegurar la privacidad y la confidencialidad en la consulta.
- No prescribir tratamientos, evaluaciones psicológicas o psiquiátricas por su identidad de género, expresión de género u orientación sexual.
- En caso de hospitalización, asignar la sala acorde con el género expresado, siempre con consentimiento y bajo condiciones adecuadas de privacidad y seguridad.
- No realizar comentarios que intimiden, generen miedo, discriminación o rechazo, sin importar la posición jerárquica dentro de la institución.
- Incorporar las variables de identidad de género y orientación sexual a los sistemas de información (historia clínica).
- Por parte de las EPS y los entes gubernamentales actualizar las bases de datos del sistema de salud<sup>14</sup>.

Estas prácticas deben llevarse a cabo siempre, independientemente de que la persona haya realizado o no el cambio en los documentos que presenta, que además no es requisito para acceder a la atención en el sistema de salud.

## Ruta de atención en salud para la hormonización en hombres transgénero

### Generalidades

Es importante tomar como punto de partida que actualmente en Bogotá no existen rutas de atención en salud para personas transgénero, por lo que los grupos médicos conformados para el acompañamiento de los procesos de tránsito de género en la ciudad tienden a suplir esta ausencia sustentando su accionar en protocolos internacionales que aún no han sido adaptados al contexto distrital.

La ruta presentada es una adaptación de la propuesta de Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés), según la

---

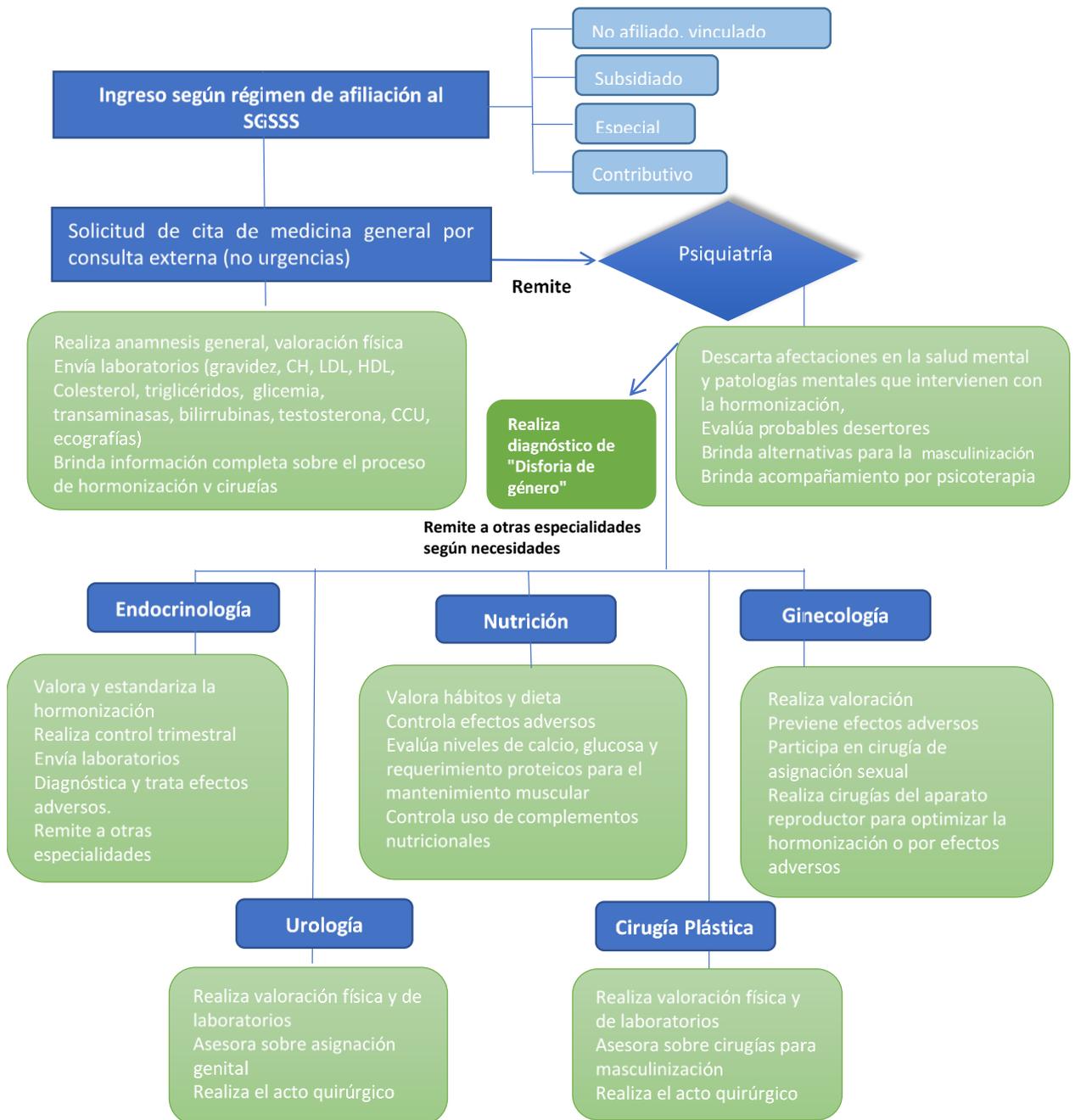
<sup>14</sup> ADRES- entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (anterior FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía); comprobador de derechos; SISBEN que se consulta desde el Departamento Nacional de Planeación; y plataforma de información de las instituciones de salud.

información suministrada por los equipos de salud. Es necesario que los grupos de atención estén conformados por profesionales en psicología, psiquiatría, endocrinología, ginecología, nutrición, urología y cirugía plástica, quien actuaran coordinadamente para evitar juntas médicas que se conviertan en una barrera para el acceso a los servicios de hormonización o cirugías para hombres transgénero.

De forma general plantea:

1. Atención inicial por medicina general desde consulta externa. Esta valoración integral reconoce las necesidades del hombre transgénero, para así realizar de manera ágil y completa la remisión a psiquiatría.
2. Atención por psiquiatría para la valoración y diagnóstico de “disforia de género”. A partir de la experiencia de las y los profesionales en salud que trabajan en equipos de “disforia de género”, se considera que el diagnóstico es la puerta de entrada al sistema de salud para las personas transgénero, como se enunció desde la WPATH, no se considera la disforia de género como una enfermedad sino como una necesidad para reafirmar la identidad, convirtiéndose el sistema de salud en un apoyo para resolver las necesidades sentidas de la persona.
3. Atención por psicología o psiquiatría. El hombre transgénero continuará con psicoterapia en un periodo de tres a seis meses, según la necesidad establecida.
4. Atención por endocrinología. Determinará para cada caso el tratamiento hormonal con una duración aproximada de uno y medio a dos años, con controles trimestrales, y exámenes de laboratorio periódicos, antes de cualquier intervención. Se realiza la remisión a otras especialidades como nutrición y ginecología; y se efectuarán todos los exámenes de laboratorio, citología vaginal y demás exámenes de radiología y ecografías que permitan asegurar las condiciones de salud del usuario. **El tratamiento hormonal se asume para toda la vida.**

Gráfico 1. Propuesta para la ruta de atención a hombres transgénero en Bogotá.



**Nota.** la ruta de atención estandarizada en la séptima edición de la World Professional Association for Transgender Health no considera la remisión a nutrición, sin embargo, de acuerdo con la experiencia de este proyecto se incluye.

La terapia para el proceso de tránsito de género es establecida en tres fases: 1. Diagnóstico y experiencia de vida real, 2. Tratamiento hormonal, 3. Cirugías de reasignación sexual.

“Experiencia de vida real”, es el tiempo en que la persona se comportará y vivirá según la identidad deseada, como parte de la prueba de valoración, por lo que desde psiquiatría se hará seguimiento y acompañamiento a este proceso, considerando el posible impacto que puede tener en cada área de la vida, las nuevas configuraciones de la red de apoyo y las respuestas del entorno en general, así como la adaptación y respuesta al tratamiento hormonal y la construcción identitaria que cada hombre realiza.

Después de pasar el “test de vida real”, las áreas de ginecología y urología considerarán la viabilidad de los procedimientos quirúrgicos para la reasignación sexual, dado el caso que la persona lo desee, en cuya situación se debe contemplar los controles endocrinológicos de por vida. (Rubio, 2008 en Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016).

### **Atención por medicina general**

El fortalecimiento en la atención deberá centrarse en los primeros niveles de atención, mediante la articulación efectiva con los programas de género. La atención en medicina general permite remitir de manera temprana los casos y generar una atención integral que dé respuesta a las necesidades sentidas de los usuarios.

En esta consulta se hace necesario que el médico o la médica brinde un espacio de privacidad y confianza, teniendo como clave reconocer la identidad del usuario y considerar que, al ser la primera consulta puede estar nervioso o defensivo durante la atención.

La situación de consulta se puede entender como una relación de poder de la persona que realiza la atención y que es reconocida por el usuario, quien se siente vulnerable ante tal situación, por lo que no se deben abordar concepciones religiosas o percepciones personales, esto reafirmaría violencia por prejuicios de género. Este debe ser un espacio de confidencialidad, respeto, libre de discriminación y violencia que permita brindar la información para la toma correcta de decisiones en el proceso de tránsito de género y disminuir las

razones de abandono del tratamiento que se propician desde el sistema de salud.

Es importante también, desmontar la generalización de los tratamientos y procedimientos, no todos los usuarios tendrán la misma respuesta a estos, por lo que requieren ser considerados en su particularidad para tener el mejor tratamiento indicado para él. *No es necesario ahondar sobre las experiencias del usuario si no tiene la experticia en temas de género.*

Es necesario durante la atención indagar sobre las expectativas y los alcances que desea el usuario para la construcción de su corporeidad y explicar las implicaciones y los pormenores de tales procedimientos. Es elección del usuario la realización o no de estos.

Remita de manera oportuna desde el manejo integral y de ser necesario se deben integrar estrategias para fortalecer la autonomía en el ejercicio de los derechos.

**Entrevista e historia clínica.** La consulta puede ser comprendida como un intercambio de saberes, que permite reconocer los cuidados, las experiencias y prácticas de la persona, sin realizar juicios al respecto, sino generando alternativas para minimizar las posibles consecuencias desencadenadas al asumir alguna situación de riesgo.

El desarrollo de la entrevista debe ser flexible, escuchar lo que la persona dice sin realizar interrupciones, permitir que la persona pueda preguntar y describir sus experiencias o necesidades, y ofrecer respuestas en términos comprensibles para él.

Durante la consulta es necesario realizar una correcta **anamnesis**, indagar sobre:

- La causa de la solicitud del servicio, sin realizar supuestos permitir la verbalización de las necesidades de la persona;
- Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, terapias artesanales, alérgicos, farmacológicos, hormonización;
- Antecedentes familiares: cáncer, cardiovasculares, osteoporosis y otros.
- Situación laboral, educativa, familiar y social de la persona;
- El estado de salud actual (física, emocional o psicológica);

- Desplazamientos del núcleo familiar o cualquier violencia por prejuicio de género que haya afectado o esté afectando las condiciones de salud y bienestar.

Además de lo anterior, es importante evaluar el **consumo de sustancias psicoactivas** para dar claridad sobre la imposibilidad de realizar hormonización con esta práctica; explicar los efectos del consumo, en la atención, la memoria, problemas cardiovasculares, pulmonares o la probabilidad de desarrollar cáncer. Así como, la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión, pues, aunque pareciera que el consumo de estas sustancias alivia los problemas y malestares emocionales, al terminar el tiempo de su efecto, se presenta una descompensación tanto física como psicológica, que motiva de nuevo el consumo, de forma que se genera dependencia, y se incrementan los sentimientos de malestar.

Se recomienda remitir a una **asesoría en salud sexual y salud reproductiva** en caso de contar con este servicio especializado, o se puede desarrollar durante la consulta de medicina general, teniendo en cuenta que se debe:

- Informar para la prevención de infecciones de transmisión sexual -ITS, como la limpieza de juguetes sexuales, el mantenimiento de prácticas higiénicas durante las relaciones sexuales y la utilización de elementos de barrera;
- Evaluar factores de riesgo y protectores de la persona frente a las ITS. Tenga en cuenta que como profesional de salud deberá mantener los principios éticos frente a la intimidad de su usuario, por ende, no se deben realizar por ningún motivo y en ninguna circunstancia comentarios obscenos o amarillistas asociados a prácticas sexuales, fetiches individuales, o a la orientación sexual del usuario.
- Prescribir la prueba para VIH, solo en caso de una necesidad real, es decir, que no hay que hacer esta prueba de manera obligatoria solo por ser una persona transgénero, antes se deberán evaluar los riesgos y las posibilidades de estar en un período de ventana inmunológica.
- Informar sobre los métodos de regulación de la fecundidad existentes y evaluar junto con el usuario el mas indicado, considerando que el uso de testosterona inhibe la ovulación.

- Asegurarse antes de iniciar el tratamiento con testosterona que el usuario no se encuentra en embarazo o periodo de lactancia e informar sobre la teratogenicidad en caso de embarazo. *El usuario debera desistir de la hormonización en caso de considerar un embarazo o la lactancia.*

En el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es importante abordar la sentencia C-355 de 2006 de interrupción voluntaria del embarazo, para informar sobre las causales para realizar esta interrupción.

En caso de atender un hombre transgénero en embarazo, se debe:

- Garantizar su derecho reproductivo,
- Brindar alternativas para el éxito de este,
- Evitar comentarios asociados a la maternidad y al contrario reforzar el nombramiento paterno, cuando la persona se identifique de tal manera;
- Realizar articulaciones para la realización de grupos de apoyo que permitan la aceptación de la paternidad por parte de la familia;
- Promover que la entidad de salud o el sistema de atención realice asesoría jurídica en caso de ser necesario para evitar ruptura de relaciones del núcleo familiar;
- Siempre desligite criterios de moralidad y religiosos al respecto.

**Exámenes físicos y estudios complementarios.** Los exámenes físicos deben ser pertinentes a la anatomía que se observa y no al género percibido o a la identidad de género declarada por la persona consultante. Por ejemplo, si hay tejido mamario presente, lleve a cabo de exámenes de mama/pecho de rutina; si el útero y el cérvix se encuentran presentes deben hacerse exámenes pélvicos y citologías vaginales de manera regular. Esto no altera las recomendaciones realizadas sobre el trato hacia las personas transgénero, por lo que las personas seguirán siendo llamadas según su identidad y los exámenes han de realizarse con sensibilidad hacia el género manifestado por la persona<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2016)

Es necesario que el primer examen físico sea derivado del motivo de consulta, y para su realización se debe explicar la importancia de esta revisión y solicitar la autorización del consultante, cuando el propósito del examen se explica claramente, la mayoría de las personas lo entienden.

Evitar exámenes mamarios, genitales o anales, si no son indispensables o hacen parte del motivo de consulta. *En caso de solicitar examinar partes íntimas sin derivar del motivo de consulta, incurrirá en faltas graves que pueden ser consideradas acoso sexual.*

Esta primera consulta permite agilizar los trámites administrativos y adelantar los exámenes de laboratorio requeridos para descartar alguna patología que pueda intervenir en la realización del tratamiento hormonal. Para tal fin, solicitar al menos: pruebas de función hepática, medición de hormonas sexuales, niveles de colesterol, perfil de glucosa y de lípidos, ecografías de tejidos mamarios y valoración física de los miembros inferiores para descartar trombosis venosas.

También se recomienda con cierta periodicidad practicar:

- Densitometrías óseas para detectar osteoporosis de manera temprana, especialmente en personas con remoción ovárica (ooforectomía), por lo que se recomienda de manera periódica.
- Mamografía bilateral para detectar patologías mamarias de manera temprana o en personas mayores de 50 años.
- Citología vaginal para la prevención de cáncer cérvico uterino. La cual será lo menos invasiva posible, en caso de que no haya tenido relaciones penetrativas, la muestra se realizará hisopado (toma de muestra con hisopo) sin espéculo o con espéculo virginal.
- Ecografía ginecológica, para la detección temprana de patologías endometriales, ováricas, atrofias, quistes o tumores asociados a la hormonización.

Promover el autoexamen de seno ayuda a prevenir el cáncer de mama.  
Promover la citología vaginal ayuda a prevenir el cáncer uterino.

Todos los hallazgos se registran en la historia clínica y se realizan las remisiones correspondientes a psiquiatría y endocrinología en caso de que el usuario considere el tratamiento hormonal. De igual forma es importante la realización de valoraciones por parte de ginecología, que puede ser acompañada por el equipo de género.

**Remisión a especialistas.** Realizar la remisión de los usuarios de manera temprana desde los primeros niveles de atención, con el fin de brindar un tratamiento adecuado y de manera oportuna por profesionales en las especialidades médicas que el consultante requiera, particularmente de psiquiatría con abordaje en temas de género, así como endocrinología en caso de desear iniciar tratamiento hormonal.

El inicio del manejo hormonal se encuentra condicionado al cumplimiento de criterios de elegibilidad y disposición que son evaluados por psiquiatría y endocrinología (Según recomendación WPATH)

La atención psicosocial deberá garantizarse a todas las personas que realizan procesos de tránsito de género, durante todo el tiempo que lo requiera, puesto que son más vulnerables a sufrir episodios de depresión o ansiedad asociados a situaciones de aislamiento familiar y social, discriminación y violencia, a causa de la construcción de su identidad.

### Atención en psiquiatría

La remisión a psiquiatría deberá ser dada por cualquier profesional que haga el ingreso a un usuario que exprese el deseo de realizar un proceso de tránsito de género. Psiquiatría será la especialidad encargada de descartar afectaciones mentales, detectar posibles desertores del tratamiento y diagnosticar la disforia de género; brindará educación e información acerca de la viabilidad de la terapia

de masculinización para posterior remisión a la especialidad correspondiente, ya sea ginecología, endocrinología, urología o cirugía plástica.

Esta atención deberá ser brindada por personal experto en el acompañamiento a los tránsitos de género, capaz de dialogar con el usuario acerca del diagnóstico de disforia de género, con el fin de no patologizar, sino que, dada la ausencia de una norma explícita, generar la apertura para que los tratamientos requeridos para el tránsito sean cubiertos dentro del plan de beneficios en salud.

**Declaración de WPATH sobre la despatologización de la variación de género**

“El Consejo de Directores de WPATH insta enérgicamente a la despatologización de la variación de género en todo el mundo. La expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo. La psicopatologización de las características e identidades de género refuerza o puede desencadenar la estigmatización, lo que hace más probable el prejuicio y la discriminación. Todo esto puede hacer a las personas transgénero y transexuales más vulnerables a la marginación y exclusión social y legal, y aumentar los riesgos a la salud y bienestar físicos y mentales. WPATH insta a las organizaciones gubernamentales y profesionales médicas a revisar sus políticas y prácticas con objeto de eliminar el estigma hacia las personas con no conformidad de

### Diagnóstico de disforia de género

Según el CIE- 11<sup>16</sup> la incongruencia de género desde este año deja de considerarse una enfermedad mental, para incluirse dentro de las disfunciones sexuales, lo que significa que no es catalogada como un trastorno psicológico, sino que expresa la falta de adecuación del cuerpo al género con el que se identifica la persona.

Sin embargo, hasta este momento se consideró una patología a causa del malestar o la inconformidad con el sexo asignado al nacer, y por tanto su

<sup>16</sup> A través de un trabajo sistemático y prolongado, activistas y organizaciones trans consiguieron remover del capítulo sobre “Trastornos mentales”, de la versión beta de la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) de la OMS, las categorías diagnósticas que patologizaban las identidades trans.

tratamiento requiere generar las intervenciones necesarias para lograr el mayor grado de adecuación entre el cuerpo y el género de identificación. Al tratarse de una enfermedad mental, el tratamiento inicia con el diagnóstico de psiquiatría que reconoce esta alteración y por tanto reconoce al usuario como enfermo.

Este diagnóstico patologizante ha sido aceptado como el inicio de la ruta de acceso al tratamiento de hormonización, y aunque, es discutido desde todos los ámbitos de intervención (social, política, médico, psicológico), se ha convertido en la oportunidad para que el Sistema de Salud brinde las condiciones para que la atención a personas trans contribuya a mejorar su calidad de vida.

Un paso indispensable en un modelo de atención de buenas prácticas es reconceptualizar el paradigma médico, y entender que la transexualidad no es un problema, y que es la transfobia lo que afecta a las personas transgénero. De tal forma, que se ha de considerar el menoscabo de la salud que se produce cuando el libre desarrollo de la persona se halla obstaculizado por el hecho de no coincidir con las normas de género socialmente impuestas.

Recomendaciones para la atención psiquiátrica.

- Evitar cuestionarios asociados al sexo asignado al nacer, que pongan en evidencia estructuras binarias, heterocéntrica, o cisgeneristas.
- Identificar la probabilidad de futuras deserciones en el tratamiento o la existencia de alguna afectación en la salud mental.
- Considerar innecesaria la realización de la valoración, cuando el usuario ya tiene un certificado de “disforia de género” otorgado por un/a psiquiatra. Esto generaría un escenario de revictimización en el usuario y puede desencadenar prácticas de automedicación. En este caso indagar por los motivos del cambio de profesional de psiquiatría o de médico/a tratante.
- En caso de que el usuario no sea candidato a hormonizaciones u otros tratamientos, brindar información sobre medicina alternativa, nutricional, medicina del deporte y otras especialidades que contribuyan en el proceso de masculinización, previniendo la automedicación con efectos adversos y costos a largo plazo no solo para el usuario sino para el sistema de salud.

- Comunicar al usuario el apoyo de psicoterapia como parte del acompañamiento en el proceso de tránsito de género.
- Evaluar la posibilidad de situaciones de depresión o intentos de suicidio derivados de la negación de algún servicio de salud.

### Atención en endocrinología

La remisión a endocrinología estará antecedida según los protocolos internacionales por la atención de psiquiatría, previo diagnóstico de “disforia de género”. Es imprescindible que él o la endocrinóloga que realice la atención conozca sobre los tratamientos de hormonización a personas que realizan transítos de género; se considera pertinente la actualización y la capacitación constante de manera individual y grupal.

En esta evaluación se debe elaborar la historia clínica completa, teniendo en cuenta: antecedentes familiares de neoplasia, enfermedad cardiovascular precoz, fenómenos trombóticos; hábitos de vida, intervenciones quirúrgicas, desarrollo puberal e historia sobre función gonadal. Empleo de terapia hormonal previo, así como las expectativas y el grado de satisfacción conseguido con este procedimiento. Es aconsejable revisar la historia clínica adelantada en medicina general, para completar o profundizar en los aspectos importantes, y evitarle al usuario la repetición de situaciones que le pueden generar incomodidad.

**Atención por control (Seguimiento).** El seguimiento se ha de considerar de manera trimestral por parte de endocrinología, para esto, es necesario solicitar con anterioridad la realización de laboratorios para su valoración. La lectura de los laboratorios se realiza según los niveles masculinos apropiados para la edad del usuario.

Los exámenes recomendados para el control: pruebas de función hepática, medición de hormonas

En personas que usan enantato o cipionato de testosterona, la medición de los niveles de la hormona se deberá realizar a la mitad de la administración entre una dosis y otra, para los usuarios que usen Nebido, la medición de testosterona libre se realizará antes de la siguiente aplicación.

sexuales, niveles de colesterol, perfil de glucosa, de lípidos, ecografías de tejidos mamarios, valoración física de los miembros inferiores para descartar trombosis venosas

Los laboratorios se repetirán cada tres o seis meses y se evaluarán los efectos adversos a la terapia hormonal según los parámetros para la evaluación del estado del usuario; así mismo se ha de indagar de manera respetuosa y en confidencialidad sobre la libido, la menstruación, el comportamiento sexual y la calidad de vida.

En todos los casos se debe direccionar a los hombres transgéneros que realizan terapia hormonal a valoración por ginecología.

### **Atención en nutrición**

Esta remisión se puede realizar desde medicina general o desde endocrinología, con el fin de acompañar al usuario en la generación de hábitos saludables y mantener bajo control los efectos previsibles del uso de hormonas.

Debe tenerse en cuenta que el tratamiento hormonal produce una redistribución de la grasa corporal y aumento de la masa muscular, lo que lleva a que la valoración nutricional por antropometría sea reevaluada en cada una de las consultas. La medición del peso y la talla deben complementarse con otras mediciones que permitan discriminar masa grasa y masa muscular como los pliegues, perímetros y circunferencias. Este cambio en la distribución de la grasa y de la masa en el cuerpo, que, si bien puede tener efectos beneficiosos para la captación de glucosa, requieren seguimiento para asegurar no se de otras alteraciones.

El acompañamiento por parte de nutrición busca la implementación de una dieta adecuada que compense las alteraciones hormonales y tenga en cuenta las demandas metabólicas aumentadas al tomar testosterona; determinar si existe déficit de vitaminas, calorías y micronutrientes en la dieta, y proporcionar una

ingesta adecuada a la edad y niveles de actividad masculina. Así mismo, evaluar los niveles de calcio (estos se bajan), y los requerimiento proteicos para el mantenimiento muscular.

También permite evaluar las implicaciones que para la salud de cada usuario tiene el consumo de complementos nutricionales, o tratamientos alternativos para favorecer los rasgos de la masculinización. Las vitaminas y otros complementos nutricionales deben consumirse de acuerdo con las indicaciones de los profesionales de la salud, evitando la automedicación (este principio de hacerse extensivo a cualquier tipo de medicamento).

### **Derivación a cirugía**

La cirugía plástica tiene como misión dar respuesta a la solicitud de aquellas personas que deseen ajustar o modificar sus características sexuales anatómicas de acuerdo con la apariencia de la identidad de género adoptada. Para acceder a la consulta quirúrgica, interdisciplinaria (cirugía estética, urología y ginecología), el hombre transgénero debe haber surtido un proceso de hormonización (al menos un año), contar con el acompañamiento de los médicos tratantes tanto en psiquiatría como endocrinología.

Como lo indica la Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género (2010) “Esta reasignación es efectiva en disminuir el estrés asociado a la incongruencia entre la identidad de género y el sexo físico, con beneficios tanto en aspectos psicológicos como sociales”. Estas no deben ser consideradas operaciones cosméticas sino intervenciones que favorecen la adopción satisfactoria del rol del género con el que la persona se identifica.

Los procedimientos relacionados a la reasignación sexual son intervenciones requieren altos cuidados, y no siempre es posible asegurar su éxito: vaginectomía y alargamiento uretral, faloplastia o melaidoloplastia, escrotoplastía. También se practica mastectomía (puede ser considerada al

inicio del tratamiento hormonal), histerectomía y ooforectomía y otras intervenciones como rinoplastia o implante de mentón ayudan a corporalizar la identidad.

La histerectomía y ooforectomía (extracción de ovarios) es un tratamiento sugerido por parte del sistema de salud para la optimización del tratamiento hormonal con testosterona, así como una forma de atender sus efectos adversos.

La cirugía más solicitada por los hombres transgénero es la mastectomía, que consiste en la disminución del volumen mamario, mediante el reposicionamiento del pectoral, la areola y el pezón; su principal complicación es la aparición de hematomas, ceromas, infecciones del sitio quirúrgico, aparición de queloides por cicatrización, asimetrías o necrosis del pezón asociada a la falta de oxigenación en la circulación.

Por último se consideran las cirugías de reasignación sexual, entre las que se encuentra la metaidoplastía y la faloplastía, la primera consiste en la liberación del micro pene aumentado de tamaño por efecto hormonal y la segunda técnica más compleja, frente a la utilización de musculo especialmente del antebrazo para la construcción del pene, su erectilidad dependerá de la colocación de prótesis, por lo cual, sus resultados se dan frente a lo estético como lo funcional; como efecto adverso del procedimiento se puede llegar a desencadenar necrosis total o parcial del pene. No obstante, tales procedimientos no están garantizados en el país, por lo tanto, se requieren mayores tecnologías para su realización.

### **Terapias para la masculinización**

Las terapias para la masculinización constituyen el principal objetivo en los procesos de tránsito de género, son dadas a partir de técnicas artesanales, quirúrgicas u hormonales, por medio de las cuales se obtienen caracteres corporales masculinos. Tales terapias de manera prioritaria deberán ser asesoradas por parte de un equipo interdisciplinario en salud, ya que sin la

supervisión pertinente pueden generar efectos adversos, en algunos casos tratables pero que en la mayoría de las ocasiones desencadenan estados crónicos o consecuencias fatales para las personas que las realizan.

**La hormonización** consiste en la administración de un agente exógeno con el fin de obtener cambios corporales asociados a la masculinización, lo cual permite sentir alivio al tener características propias de la corporeidad masculina y afianzando su identidad. Es necesario que la terapia se realice de manera individual según las necesidades expresadas por cada usuario y se tengan en cuenta antecedentes, patologías de base y laboratorios, los cuales permitirán tener la certeza del tratamiento y permitirá de esta manera prevenir efectos adversos.

Según los criterios de la WPATH, las personas que desean iniciar terapia hormonal deben cumplir los criterios de elegibilidad y disposición. Los primeros corresponden a unos mínimos sugeridos que pueden facilitar el tratamiento, como la edad (ser mayor de 18 años), conocimiento sobre los efectos de las hormonas, y los beneficios posibles, experiencia de vida real (documentada por al menos tres meses), psicoterapia (al menos tres meses). Los segundos, corresponden a criterios de disposición mental para llevar a cabo intervenciones hormonales o quirúrgicas, entre los que se consideran que la persona ha consolidado su identidad de género, demostrado dominio de los problemas identificados (uso de sustancias psicoactivas, ideación suicida, entre otras), mejorado o mantenido una salud mental estable y que seguirá el manejo hormonal de manera responsable (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

**Desaparición de características sexuales femeninas**<sup>17</sup>. Los efectos de los estrógenos propios (que mantienen características sexuales femeninas) de manera progresiva se van desapareciendo con un tratamiento androgénico, en especial a partir del efecto *antigonadotrófico* que tendría la administración de estas hormonas a alta dosis y en casos en las que no se logra el completo cese

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud de Argentina (2011)

de los ciclos menstruales por efecto exclusivamente androgénico, la terapia se complementa con progestágenos.

**Inducción de características sexuales masculinas.** La aparición de características sexuales masculinas es un proceso a cargo de hormonas androgénicas, que actúan en un lapso no inferior a veinticuatro meses o aún más, periodo durante el cual el usuario va manifestando cambios como los que indican a continuación, siendo esta una aproximación que varía por condiciones particulares de cada individuo, así como por el esquema que se siga en el tratamiento.

Efecto	Inicio (meses)	Máximo (años)
<b>Piel grasa, acné</b>	1-6	1-2
<b>Interrupción de la menstruación</b>	2-6	persistente
<b>Atrofia mucosa vaginal</b>	3-6	1-2
<b>Aumento del tamaño del clitoris (aparición del micropene)</b>	3-6	1-2
<b>Redistribución de la grasa</b>	3-6	2-6
<b>Crecimiento y engrosamiento del vello facial y corporal</b>	5-12	4-5
<b>Engrosamiento de la voz</b>	6-12	1-2
<b>Pérdida de cabello</b>	6-12	variable
<b>Aumento de la masa y fuerza muscular</b>	6-12	2-5

Tabla 1. Tiempo de manifestación de cambios corporales<sup>18</sup>

Otros cambios como los de humor (mayor agresividad), en la libido y en la función sexual (tienden a intensificarse), son difíciles de registrar, por asociarse a características más de personalidad y aspectos del entorno. Los cambios como el secamiento de las mamas esta influido tambien por el uso de fajas, el tiempo y la forma en estas se han llevado.

<sup>18</sup> Ministerio de Salud de Chile (2010)

En este proceso el control clínico deberá focalizarse en el monitoreo del grado de virilización logrado y sobre la posibilidad de aparición de efectos colaterales de la medicación, por lo que es recomendable para evitar dosis suprafisiológicas de testosterona controlar la testosterona libre de dos a cuatro semanas luego de iniciar el tratamiento, así como luego de un ajuste de dosis y cada 6-12 meses después.

**Al momento de acceder a la terapia hormonal:**

- Brindar acompañamiento y asesoría durante la toma de la decisión.
- Respetar siempre la elección del usuario.
- No realizar comentarios sobre el arrepentimiento para la realización del proceso.
- En casos de personas menores de edad tenga siempre a la mano la autorización expresa por parte de su representante legal o la autoridad asignada por el juez de familia y asesore tanto al usuario como a su tutor/a.
- Evaluar probabilidades de abandono del tratamiento y causas que motivarían esta decisión.
- Debe prestarse particular atención a los antecedentes o factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, diabetes o intolerancia a la glucosa, dislipemia, cáncer estrógeno-dependiente, enfermedades ginecológicas (incluyendo cervicales y enfermedad ovárica poliquística), así como enfermedad hepática. Cuando existan condiciones mórbidas predisponentes a enfermedad cardiovascular previas al inicio del tratamiento androgénico, se deberá tratarlas en la medida de lo posible (reducción de peso, de estrés laboral, medicaciones antihipertensivas, cuidados dietarios, etc.).
- Se deberá descartar un posible estado de embarazo a través de una prueba de sangre.

La situación de embarazo y la presencia de enfermedad coronaria inestable son contraindicaciones absolutas para comenzar la terapia androgénica.

**Al iniciar el tratamiento hormonal:**

- Analizar los factores de riesgo que se pueden desencadenar con el uso de las hormonas. Estas deben ser prescritas por el o la endocrinóloga, quien se asegurará de hacer el seguimiento y control de estos riesgos.
- Reconocer la experiencia del usuario, sus prácticas y conocimientos como recursos para optimizar el beneficio y prevenir algunas situaciones de riesgo. Por ejemplo, uso de sustancias psicoactivas o consumo de tabaco.
- Brindar información sobre los cambios positivos y negativos que se pueden tener tanto física como emocionalmente.
- Plantear la hormonización como una práctica que se deberá realizar durante toda la vida, puesto que al suspender su realización los caracteres masculinos obtenidos se perderán.
- Reiterar la incapacidad en la reproducción, en caso de que el usuario lo considere necesario para su vida, se pueden considerar alternativas como la preservación de óvulos o postergar el inicio de la terapia hormonal hasta la culminación de la lactancia.
- Tener en cuenta si el usuario ha realizado hormonizaciones automedicadas, en tal caso:
  - Evitar reprender al usuario.
  - Evaluar la situación en la inicio la automedicación, las dosis suministradas y tiempos que lleva en ese proceso, así como los riesgos en salud derivados. Brindar alternativas para la continuidad del tratamiento desde el sistema de salud.

**Durante el tratamiento hormonal:**

- Prever situaciones administrativas que puedan afectar la rigurosidad del tratamiento. En casos en los que las EPS se demoren en las autorizaciones para las citas, en la generación de nueva cita de control, o en la entrega de los medicamentos, prescribir el tratamiento de manera anticipada, para evitar la aparición de efectos adversos asociados a la no hormonización.
- Evaluar en cada consulta:
  - las medidas antropométricas y los niveles de tensión arterial
  - los resultados de los exámenes de laboratorio (cuadro hemático, pruebas hepáticas, glicemia, perfil lipídico, hormona foliculo estimulante y luteninizante,

asi como testosterona libre) con el fin de ajustar dosis o reevaluar el tratamiento prescrito.

- Mantener comunicación abierta con el usuario que facilite el seguimiento y control de la terapia.
- **Evaluar los posibles efectos de la hormonización** para evitar decepciones durante el tratamiento o afectaciones crónicas en alguno de los sistemas del organismo. En caso de evidenciar algún efecto adverso a la hormonización, es necesario actuar de manera inmediata, realizando el tratamiento pertinente, ya sea por suspensión de la hormonización o remisión a otra especialidad. En los casos en que se presenten enfermedades hepáticas, trombo embolismos o enfermedades cardiovasculares, no existen otras posibilidades terapéuticas que se puedan recomendar, por tanto, se realiza apoyo por parte de psiquiatría para la construcción de rol pese a la interrupción del tratamiento hormonal.

La utilización y dosificación de la testosterona se dará según la consideración endocrinológica pertinente y según los niveles serológicos de la hormona, la seguridad en el tratamiento dependerá de la formulación, supervisión y seguimiento de un profesional experto, por tanto, no se estandarizan esquemas de tratamiento hasta no existir un estudio específico sobre hormonización en Colombia, ya que la dosificación generada en las guías y protocolos internacionales difiere de las condiciones corporales de las personas colombianas.

Dentro del plan de beneficios se incluyen los siguientes tipos de hormonas:

Tipo de testosterona	Concentración
<b>Enantato de testosterona</b>	250mg
<b>Cipionato de testosterona</b>	250mg
<b>Undecaonato de testosterona</b>	1000 mg

Tabla 2. Medicamentos de testosterona incluida en el Plan de Beneficios.

Para los casos en los que se hayan presentado efectos adversos a la vía intramuscular o existan factores de riesgo en los que se contraindique su administración se podrá recomendar testosterona transdérmica en parches o geles, los cuales no se encuentran dentro del plan de beneficios y por tanto deben ser adquiridos previa formulación médica de manera particular.

#### **Efectos adversos:**

**Enfermedades cardiovasculares:** hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías. Estas enfermedades son consideradas la principal causa de defunción en el mundo, el tratamiento dependerá del criterio médico y de la modificación de hábitos de vida.

**Trombo-embolismos:** aparición de trombos en las venas profundas o embolias pulmonares.

**Daños hepáticos severos:** hepatotoxicidad o aparición de tumores por causa de la hormonización. Las disfunciones hepáticas resultan las más frecuentes.

**Aparición de acné en cara y/o cuerpo** por aumento de la piel grasa: el tratamiento dependerá de la valoración dermatológica.

**Problemas articulares:** dolor, inflamación, rigidez, pérdida de la función articular, osteoporosis y parestesias.

**Cefaleas:** deben ser tratadas por endocrinología o neurología en caso de ser necesario.

**Aumento del peso corporal:** el usuario necesitará intervención por nutrición y medicina del deporte para su control.

**Cambios en el sudor:** *valoración por endocrinología en casos de sudoración excesiva.*

**Problemas dermatológicos:** (erupciones, prurito, pústulas, infestaciones parasitarias) como resultado del uso de prendas de vestir, fajas y rellenos hechos de fibras sintéticas, sudoración excesiva y la falta de acceso a los servicios básicos de higiene.

**Cambios en el vello corporal y facial:** *puede ser aumento del vello, lo cual es un efecto deseado. Aunque puede presentarse calvicie por aumento de testosterona, en caso de presentarse dermatología realiza el tratamiento.*

**Afectación en los órganos reproductores:** infertilidad, aparición de quistes o masas en el aparato reproductor, riesgo de cancer de ovario, cervicouterino, mama, entre otros. Requiere atención de ginecología y oncología.

**Alteraciones psiquiátricas:** riesgo de síntomas hipomaniacos, maníacos o psicóticos: “ansiedad, depresión, irritabilidad, agresión, euforia, delirios de grandeza, hiperactividad, imprudencia o comportamiento peligroso”, incremento de la agresividad (paralela a una intensificación del deseo sexual). Requiere tratamiento por psiquiatría.

**Osteoporosis:** Realizar estudios de densidad ósea, recomendar suplementos de calcio y vitamina D.

Otros síntomas: dislipidemias, diarrea, policitemias (eritrocitosis).

Para evitar la ruptura de tendones, se recomienda hacer ejercicio para aumentar su fuerza.

## Consideraciones generales

Tener siempre presentes los criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento:

1. Informe favorable de la evaluación diagnóstica de psiquiatría, 2. Experiencia de vida real documentada de al menos tres meses o desarrollar un período de psicoterapia de mínimo tres meses. 3. Conocimiento por parte del usuario de las distintas opciones terapéuticas con sus beneficios y riesgos para la salud, elección de la más apropiada, compromiso para seguir las indicaciones médicas y realizar el seguimiento psicológico- endocrinológico establecido. Otros criterios aplicables son: edad, diligenciamiento del consentimiento informado, haber sido informado sobre las opciones de fertilidad previa al inicio del tratamiento, hábitos de consumo de alcohol y tabaco.

Como se mencionó anteriormente es importante resaltar que las personas que consumen sustancias psicoactivas no son candidatas para el tratamiento hormonal, pero que una vez superada la adicción podrá acceder al mismo; debe ser reiterativo para el usuario recibir este tipo de información, ya que de ello depende el éxito de la terapia y la prevención de efectos adversos.

En caso de que el paciente viva con VIH, Papiloma Humano o Hepatitis, es necesario que considere el tratamiento hormonal junto con la especialidad designada, ya sea infectología, ginecología, medicina interna u otra. En caso de desconocer las interacciones terapéuticas con el tratamiento hormonal se recomienda abstenerse de la prescripción de la hormonización, para evitar un efecto hepatotóxico.

## Pautas de autocuidado asociadas a la hormonización de hombres trans

Recomendaciones para los hombres transgénero que desean realizar procesos de tránsito seguros, mediante la prevención de efectos adversos para la mejora de la calidad de vida y el mantenimiento de la salud.

- Identifíquese con su nombre identitario. Si lo desea, realice el cambio de nombre a nivel jurídico y solicite la actualización en la base de datos a la entidad prestadora de servicios de salud (EPS) a la cual pertenezca.

- Si recibe algún tipo de agresión en el servicio de salud por su identidad o por la incongruencia con el nombre jurídico, realice llamado a las personas encargadas de la coordinación de la IPS o a las instituciones competentes como Personería de Bogotá para que sus derechos sean garantizados.
- Reporte a las instituciones competentes agresiones, intimidaciones, discriminación o rechazo por parte de personas del equipo de salud o en caso de no recibir el tratamiento pertinente.
- Inicie su proceso de tránsito de género asesorado por personal de salud experto.
- Realice los trámites de remisión necesarios para garantizar su atención de manera adecuada y oportuna.
- Durante la atención en salud, especifique al médico sus necesidades en el proceso de tránsito de género, evite compartir experiencias que no hagan parte de la consulta médica.
- Es necesario que psiquiatra realice el diagnóstico de “disforia de género”, ya que se convierte en la puerta de entrada para iniciar el proceso de transformación, de lo contrario la realización de procedimientos no será autorizada por su EPS, ya que se convierte en procedimientos no contemplados para el restablecimiento de la salud.
- Por ningún motivo realice prácticas artesanales o no recomendadas por el sistema de salud, ya que podría acarrear la aparición de efectos adversos que en ocasiones son irreversibles.
- En caso de tener un certificado previo de otro profesional de psiquiatría que diagnostique la “disforia de género” se consideraría innecesaria la realización de nueva valoración.
- Recuerde que durante la atención se deben garantizar todos sus derechos fundamentales, no permita imposiciones religiosas, morales u otras que afecten su libertad.
- Si necesita atención psicosocial, solicítela de manera frecuente a su EPS, ya que está deberá contemplarse como una opción permanente durante el tratamiento.
- Intégrese a redes de apoyo o instituciones que puedan brindarle asesoría, información y el respaldo para la realización de procesos de tránsito de género.

- Es responsabilidad de las EPS la garantía de la atención por un grupo interdisciplinario entrenado en la atención para personas transgénero, en caso de no recibir el trato adecuado remítase a la misma para exigir sus derechos.
- Exija un espacio de privacidad y confianza durante la atención en las consultas médicas y para la realización de procedimientos.
- Brinde siempre información veraz sobre su salud actual y sus antecedentes personales, esto permitirá prever riesgos en salud y tomar medidas a tiempo para prevenir complicaciones.
- Realice la toma de laboratorios iniciales y de control de manera rutinaria, esto permitirá evaluar la correcta prescripción del tratamiento.
- Cumpla con los controles médicos y prevenga aparición de daños cardiovasculares por causa de la terapia hormonal, tenga en cuenta que desde que inicie la hormonización aumentara el riesgo de complicaciones o aparición de enfermedades.
- En caso de consumir sustancias psicoactivas es necesario que les abandone o considere la no realización de terapia hormonal, ya que el consumo aumentara el riesgo de padecer afecciones en salud.
- Realícese el autoexamen de seno de manera mensual y solicite asesoría en el servicio de salud para su realización, en caso de encontrar masas, cambios de color, dolor localizado, salida de líquido por el pezón u otros hallazgos, acuda de manera inmediata al servicio de salud.
- Realícese la citología vaginal de manera anual o según la prescripción de su médico, recuerde que este examen es el único que puede diagnosticar de manera temprana el cáncer cérvico uterino, al momento de su realización solicite un espacio seguro para la no vulneración de su identidad.
- Solicite información sobre métodos de regulación de la fecundidad, interrupción voluntaria del embarazo o tenencia de este, recuerde que esto hace parte de sus derechos reproductivos, no podrá ser negado o vulnerado por parte del sistema de salud.
- En caso de desear la atención médica con acompañante, lo puede realizar.
- Es necesario que comprenda que la mayoría del personal de salud no maneja de manera específica los procesos de tránsito, para ello es necesario que sea

explícito en la solicitud de remisiones para la atención, solicite de manera inicial la valoración por psiquiatría para la solicitud del diagnóstico.

### Adecuaciones corporales

- Por ningún motivo se automedique, recuerde que la administración de testosterona es de sumo cuidado y seguimiento, puede desencadenar consecuencias nefastas para su salud.
- Asesorese con nutrición sobre la ingesta de proteínas y anabólicos para aumento de la masa muscular, de igual manera solicite atención por medicina del deporte para la realización de ejercicios de fuerza que favorezcan el aumento muscular y el tono corporal.
- Evite fajarse los senos ya que esto puede acarrear la aparición de quistes y otros problemas mamarios que deben tratarse posteriormente con cirugía, si es su necesidad primordial solicite valoración por cirugía plástica para su realización.
- Si escucha de alternativas terapéuticas para la aparición de bello corporal o características físicas masculinas acentuadas comuníquelo a su médico de confianza para evaluar los efectos terapéuticos.
- Tenga en cuenta que en caso de presentar algún efecto adverso deberá suspender la administración de testosterona de por vida.
- Evite asesorarse y usar tratamientos recomendados por internet, tutoriales de youtube o pares, ya que desconoce los riesgos derivados de las terapias y favorecería la aparición de complicaciones para su salud.
- Si realiza hormonización, considere que si realiza interrupción del tratamiento perderá los caracteres masculinos obtenidos durante toda la terapia, recuerde que esta se debe realizar durante toda la vida.
- En los casos que se presenten efectos adversos por medicación, deberán valorarse por la especialidad correspondiente para el correcto tratamiento e intervención, evite auto medicarse ya que podría complicar la situación.
- En caso de estar en terapia hormonal, cumpla con sus controles de manera trimestral para valoración por endocrinología.

- Comunique a su médico especialista tratante los cambios surgidos posterior a la hormonización, verbalice la variabilidad emocional, el aumento del calor corporal, sudoración, aumento de la libido, supresión de la menstruación, entre otros que usted considere importantes.
- En caso de necesitar cirugía de reasignación corporal, asesorese con los especialistas correspondientes, incluya a ginecología y urología, e indague sobre la realización del procedimiento, adversos y efectividad del procedimiento.

### Recomendaciones generales para los equipos de salud

La principal función de las personas profesionales que intervienen en los procesos de tránsito de género es brindar asesoría y acompañamiento capaz de promover el respeto por la autonomía de la persona que inicia la transformación. Este deberá basarse en las decisiones personales y realizar su accionar en función de la satisfacción de tales necesidades, no obstante, tendrá en cuenta situaciones y construcciones creadas desde la experiencia para el abordaje completo en salud.

En la atención inicial a hombres transgéneros, los y las profesionales deberán estar en la capacidad de:

- Romper binarismos de género
- Evitar patologizar la identidad de género y considerar el diagnóstico como una negociación con el usuario para obtener los cambios necesarios en la construcción de su corporeidad y por ende ser considerados procedimientos necesarios para el bienestar personal.
- Brindar una atención que genere confianza para el tratamiento y el seguimiento.
- Evitar tests que victimicen al usuario
- Descartar cualquier otra condición psiquiátrica para la realización del tratamiento adecuado.
- Brindar acompañamiento durante todo el proceso por parte del equipo psicosocial.

- Educar a las familias, lugares de trabajo e instituciones sobre la identidad de género.
- Aconsejar sobre los tratamientos disponibles y las consecuencias a mediano y largo plazo de estos.
- Evaluar la pertinencia para la realización de terapia hormonal o quirúrgica teniendo en cuenta los deseos del usuario, antecedentes y otros.
- Reconocer que la atención de calidad está enmarcada en la obtención de experiencias singulares en cada una de las personas atendidas
- Evitar la generación de nuevos casos de violencia por prejuicio de género en las instituciones de salud.
- Respetar siempre la identidad del usuario transgénero interrogando sobre su nombre identitario y tratándolo según su género expresado.
- Garantizar la privacidad y seguridad de la persona en todo momento.

Los y las profesionales que hacen parte del equipo trabajo en casos de disforia de género, y brindan atención especializada deberán tener conocimientos y experticia en todo lo relacionado con el campo clínico, conductual y de género, relacionada con especializaciones, maestrías o capacitaciones sobre procesos de construcción de identidad de género.

### Recomendaciones generales para los servicios de salud

Para la garantía de la atención efectiva, será imperante por parte de todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Empresas Promotoras de Salud:

- Realizar capacitación constante sobre temas de género, dando especial importancia a los procesos de tránsito de género para no incurrir en vulneraciones en los derechos humanos de los usuarios atendidos en el Distrito.
- Realizar capacitaciones a todo el personal administrativo, asistencial, de seguridad y otros, sobre las rutas, guías y protocolos estandarizados para la atención en procesos de transito de género y sobre la atención en salud a personas de los sectores LGBT.

- Estar en la capacidad de sancionar a aquellas personas que vulneren los derechos primordiales de las personas que realicen procesos de transformación.
- Promover la construcción de protocolos y guías de prácticas clínicas que puedan establecer el deber ser durante la atención.
- Garantizar la atención durante el proceso de tránsito de género, evitando la realización de trámites engorrosos o desplazamiento de otras ciudades a la capital del país, puesto que genera el incremento de recursos de manera particular por parte de las personas que solicitan los servicios para el acceso al tratamiento.
- Realizar articulación institucional entre EPS e instituciones prestadoras de salud pública y privada, dando respuestas a las necesidades sentidas de los hombres transgéneros.
- Generar acciones para promover la adherencia a programas, puesto que muchos pacientes desertan de la continuidad del tratamiento y no continúan con los servicios de salud.
- Realizar articulación con organizaciones y grupos liderados por hombres transgénero, para construir estrategias de pares, promover grupos de apoyo y fortalecer canales de referenciación.
- De igual forma es recomendable el apoyo psicológico de manera frecuente en personas que realizan procesos de tránsito de género.

### Recomendaciones generales para el sistema de salud

La realización del derecho a la salud a través de los servicios de salud, necesita compromiso político para la asignación de recursos, la creación de leyes y normativas y la vigilancia de su cumplimiento.

En este sentido, el sistema de salud puede promover la expedición de una Ley de Género, que permita garantizar los derechos fundamentales e incluya la garantía en la atención en salud, no a partir de una patología sino de una necesidad sentida para la adecuación corporal que responde a las construcciones identitarias. Dicha ley permitirá la construcción y adaptación de guías de prácticas clínicas, protocolos y rutas de atención enfocados en atender

a cabalidad las necesidades de las personas transgénero; la incorporación de nuevas tecnologías, la creación de servicios especializado y la incorporación de medicamentos y terapias que garanticen el proceso de transformación.

Asimismo, deberá:

- Garantizar que las entidades cuenten con grupos de especialistas formados para el tratamiento de usuarios transgénero, que remitan de manera oportuna y eviten trámites para la atención.
- Fortalecer la articulación con la academia para promover que se generen cambios en los currículos, mediante la incorporación de la cátedra de género como parte del pensum académico, evidenciando esto como una necesidad.
- Promover la solidaridad social necesaria para el respeto a la diversidad y el rechazo a las expresiones de odio e intolerancia. Estos son pasos esenciales para reducir las desigualdades sociales y garantizar la igualdad de protección del derecho a la salud y otros derechos humanos de las personas trans.
- Adoptar un sistema de información unificado en la ciudad que permita reconocer las variables de género y mantener un historial médico en línea, agilizando la atención por parte de los profesionales de la salud.
- Generar políticas públicas distritales encaminadas a la atención oportuna, la prevención de la enfermedad y no a la cura de los desenlaces ocurridos como efecto del no acompañamiento desde los servicios de salud.
- Contribuir para que el Estado implemente acciones para el restablecimiento de los derechos vulnerados de todas las personas y especialmente de aquellas que son mayormente violentadas y discriminadas en la sociedad a razón de la identidad u orientación de género, iniciando desde la institucionalidad, haciendo énfasis en las instituciones de salud, quienes deben ser garantes del derecho.

## Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas - LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital. Balances y Perspectivas. Pp. 1-76.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá. Diario Oficial 4.05. 2018
- Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981. “Normas sobre ética médica”. Diario oficial 04.05. 2018
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencias: T-099/15, T-622/14, T-552/13, T-771/13, T-876/12 y C-355 de 2006. Bogotá. Recuperadas de <http://www.corteconstitucional.gov.co/>
- Fernández, P., Dominguez, R. (2016). Efectos de la suplementación con testosterona sobre el rendimiento en resistencia. [Revista Andaluza de Medicina del Deporte](#). 9(1). Pp. 131-7
- Gobernación del Cesar. (2010). Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT. Pp. 1-56.
- Gobierno de Canarias. (2009). Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Pp. 1-73.
- Gobierno de la Provincia del Neuquén. (2018). Guía de Atención Integral de Salud de Personas Trans. Aportes locales para los equipos de salud
- Jhon, S., Rivera, A. Conway, L. Traductores. (2001). La Asociación Internacional Harry Benjamín de Disforia de Género. Las Normas de Cuidado Para Trastornos de Identidad de Género. Versión VI. Pp. 1-22.
- Mateus, J., Velasco, J. (2010). La objeción de conciencia como derecho constitucional consagrado en la legislación colombiana y su estudio sobre el derecho amparado. Universidad Industrial de Santander. Pp. 1- 177.
- Ministerio de Salud de Argentina (2011) Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006 – 2011
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). Guía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. Pp. 1-20.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Dirección General de la Salud (2016). Guía Clínica para la hormonización en personas trans.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 5592 Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones.

Moreno- Pérez O, Esteva De A. 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.

OPS. (2011). Por la salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.

Presidencia de la Nación. (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Argentina. Pp. 1-96.

Red por la despatologización de las identidades Trans del Estado español (2012). Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Rubio, J. (2008). ¿El tercer género?: La transexualidad. *Nómadas. Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas.* (7). Pp. 1-7.

Sanidad Pública de Castilla y León. (2014). Protocolo de atención sanitaria a los problemas de identidad de género en Castilla y León. Pp. 1-12.

Secretaría Distrital de Planeación. (2015). Balances y perspectivas de la política LGBT 2012-2015. Pp. 1-300.

Secretaría Distrital de Planeación. (2015). Medición de línea de base de la Política Pública LGBTI.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ª edición. Pp. 1-124.

## Anexo No 2.

### Recomendaciones de Política Pública para la Atención Médica a Hombres Transgénero en Bogotá

Este documento de recomendaciones de política pública va dirigido a las entidades del Sistema de Salud de Bogotá y a las entidades competentes en la implementación de la Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las personas de los sectores LGBT en Bogotá, con el propósito de contribuir a que se generen buenas prácticas en la atención a personas transgénero, y se reduzcan las barreras de acceso existentes para la realización del derecho a la salud y el reconocimiento de su construcción identitaria.

A nivel nacional el Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS, de acuerdo al Decreto 4107 de 2011, tiene como objetivos *“dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud”*. En relación con el derecho a la salud de los hombres transgénero no existe una orientación puntual, de manera general el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 le señala la responsabilidad *“2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social”*.

De igual manera, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, se establece una acción específica que consiste en *“Estructuración de un mecanismo de seguimiento y acciones afirmativas con enfoque diferencial hacia las personas LGBTI para prevenir situaciones específicas que vulneren los derechos de estas poblaciones”* (DNP, 2017). En el año 2017 en Departamento Nacional de Planeación - DNP – público en informe *“Acciones afirmativas con enfoque diferencial hacia las personas LGBTI para prevenir situaciones específicas que vulneren los derechos de estas poblaciones”* propone una acción concreta que debe ser ejecutada por el MSPS, *“Diseñar e implementar mecanismo para la atención integral en salud de personas transgeneristas”*.

A nivel nacional y municipal, igualmente y de acuerdo con la Ley 100 de 1993, el régimen de afiliación: Subsidiado o Contributivo le corresponde a las EPS garantizar el acceso al derecho a la salud de los hombres transgénero. En este sentido, al momento de negárseles uno de los servicios a los cuales tienen derecho deben solicitarlo mediante un derecho de petición. De no ser atendida de manera efectiva la petición deben instaurar una acción de tutela fundamentada en la generosa jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el tema.

La Secretaría Distrital de Salud - SDS, desde la vigencia del Decreto 508 de 2013 *“por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría de salud de Bogotá D.C.”* tiene una función general en el literal I *“Promover el aseguramiento de toda la población con énfasis en la población más pobre y vulnerable, al Sistema General de Seguridad Social en salud de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico”*, también en el literal L *“Promover el aseguramiento de las poblaciones especiales conforme lo define la ley y las acciones en salud pública establecidas en el ordenamiento jurídico”*.

Así mismo, a partir del Decreto 608 de 2007, la Secretaría Distrital de Salud-SDS, ha venido desarrollando actividades para garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas de los sectores LGBTI en general, y a los hombres transgénero en particular, de acuerdo con estas funciones generales establecidas en el Decreto. De igual manera, en cumplimiento del Decreto 062 del 2014 la SDS fue la responsable del cumplimiento de varias líneas de acción incluidas en el Plan de Acción del Decreto en mención.

De este *“Plan de Acción de la Bogotá Humana para la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales –LGBTI- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital”*, se resalta de manera especial la Acción N° 6 (Meta 6-1): *“Adecuación de servicios y productos del Sistema Distrital de Salud para garantizar el acceso, uso y disfrute de este servicio por parte de todas las personas de los sectores LGBTI”*, así, como la Meta 6 – 6, *“Modelo*

*de atención con enfoque diferencial dirigido a las personas de los sectores LGBTI diseñado”.*

Por su parte, la Corte Constitucional en la Sentencia T-099/15 exhorta al Congreso de la República para que promulgue una Ley de Identidad de Género que proteja los derechos fundamentales de las mujeres y hombres transgéneros. En esta Ley deben quedar definidas de manera clara y precisa las competencias de las entidades competentes para garantizar el derecho a la salud de los hombres transgénero.

### **Recomendaciones de Política Pública para la atención en salud a hombres transgénero en Bogotá**

#### **Ruta de Atención en Salud**

Uno de los principales hallazgos del estudio ha sido la ausencia de una “*Ruta de Atención en Salud para los Hombres Transgénero*” como una de las más estructurales barreras para el acceso a la salud de este sector. Si bien es cierto, las Rutas de Atención no garantizan por sí mismas que las barreras de acceso desaparezcan, sí son un recurso para hacer una atención más eficiente, gestionar mejor los recursos institucionales y del usuario y en general evidenciar la atención integral a través de puntos de referenciación y encuentro entre las distintas especialidades.

En la práctica, se han adelantado experiencias exitosas que se han ido consolidando de manera muy incipiente en el Distrito, como la organizada en el Hospital de San José, sin embargo, se requiere un lineamiento que indique de manera lógica las actuaciones profesionales, para que no sea un producto empírico estructurado sobre el riesgo de ensayo y error, cuando está de por medio la salud y bienestar de los consultantes.

Sabiendo además, como se evidencio en el estudio, que la dilatación en los tiempos de atención, en la respuesta a las necesidades de los usuarios y en definición de un tratamiento adecuado, promueve de manera directa en los hombres transgénero la búsqueda de otras estrategias autogestionadas para alcanzar sus objetivos de identificación de género, en las cuales ponen en riesgo su vida.

A fin de suplir esta necesidad, la SDS deberá diseñar, consolidar e implementar una ruta de atención que contemple el desarrollo de los atributos de la calidad en los servicios de salud. Estos atributos, descritos por el MSPS, son:

1. Accesibilidad, entendida como la posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud, en esta medida se debe contemplar que la ruta integre las diferentes formas de vincularse al SGSSS, y asegurar su funcionamiento indistintamente, el tipo de régimen. También debe contemplar las características de los hombres transgénero y reconocer que las condiciones de vulnerabilidad que les atañen están asociadas a situaciones económicas que además de afectar las posibilidades de afiliarse al SGSSS, disminuyen los recursos para movilizarse, y por tanto la ruta de presentar alternativas para lograr la atención a través de distintos puntos de localización.
2. Oportunidad, descrita como la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, es decir, que la realización de este atributo requiere contar con equipos profesionales disponibles de manera permanente en los distintos puntos que contemple la ruta. Esto por su parte, también exige revisar las formas y procedimientos de contratación, para evitar tiempos muertos en los que no hay profesionales contratados, y rotación de equipos, lo que significa, la posibilidad de perder profesionales capacitados.
3. Seguridad, definida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención; de tal manera, que adicionalmente implica

pensarse la ruta, y los servicios para su implementación desde un enfoque diferencial, que contemple los requerimientos de personas en situación de discapacidad, por ejemplo. De igual manera, reconocer los territorios de la ciudad donde se movilizan más fácilmente los hombres transgénero, y aquellos espacios que por distintas razones puede que no les resulte seguros. Este atributo adicionalmente exige, un ejercicio riguroso de planeación, en el que se diseñen las metodologías, los materiales y demás recursos para los abordajes. Este atributo invita a que se desarrollen estudios rigurosos que permitan estructurar esquemas y tratamientos que se consoliden en una guía de atención en salud.

4. Pertinencia, planteada como la garantía que los Usuarios reciban los servicios que requieren. Este atributo conlleva por una parte revisar el alcance que en términos de implementación se le dará a la Transexualidad, según la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 11) y por otra, pensar aspectos conceptuales y políticos relacionados con la construcción de género y la desestructuración de la matriz sexo/género. Así mismo, motiva revisar aspectos relacionados con la afiliación al SGSSS, el plan de beneficios y la cobertura de las necesidades de medicamentos, cirugías y demás requerimientos para el cuidado y bienestar en salud.
5. Continuidad, como la garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias. Atributo que implica simultáneamente pensarse las atenciones interdisciplinarias, el abordaje integral, la disponibilidad de los equipos y la suficiencia de estos, para que las agendas de atención permitan mantener los controles a los procesos de hormonización cada tres meses, como se ha recomendado, en coincidencia con la realización oportuna de los exámenes de laboratorio.
6. Satisfacción del Usuario, este atributo se comprende como el nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas, por tanto, requiere contar con un sistema de evaluación

que identifique elementos críticos que provocan insatisfacción, o que afectan la calidad de la atención, o que de alguna manera impactan en el bienestar del consultante y su proceso de tránsito de género. Así mismo, invita a mantener presente el criterio de integralidad en la atención al proceso, para que no se fragmente por especialidad al consultante, sino que se generen estrategias para que los distintos profesionales involucrados en la atención sean parte de un equipo que acompaña de manera personal, única y particular a cada hombre transgénero.

La Ruta de Atención Integral para la garantía del Derecho a la Salud de las personas Transgénero debe establecer etapas, acciones, procedimientos, responsabilidades institucionales, tiempos e incluso recursos que deben ser desarrolladas por las instancias y actores adscritos a la SDS para garantizar el derecho de acceso a la salud de los hombres transgénero.

Se señalan algunos de los aspectos mínimos para desarrollar los tres componentes de la Ruta:

- Inicio del proceso de tránsito de género.
- Percepción del diagnóstico de disforia de género y atención inicial.
- Fármacos utilizados para el tratamiento hormonal, disponibilidad, dosificación, presentación, tiempos de tratamiento y cirugías.
- Acceso y efectos de la hormonización.
- Procedimientos recomendados para la masculinización (prácticas artesanales).
- Criterios de control, evaluación y seguimiento.

La SDS debe diseñar, concertar, aplicar y evaluar la Ruta, esta debe contener además los lineamientos que orienten a servidoras, servidores públicos y miembros de los equipos de atención médica y sanitaria en aspectos que contemplen desde la atención inicial.

Se recomienda emplear metodologías participativas en el diseño de esta Ruta; este aspecto permitirá una amplia discusión con los hombres transgénero, sus organizaciones, los equipos médicos, los equipos de las EPS, de la SDS y de

entidades como Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría Distrital de Hacienda, Secretaría Distrital de Educación, Asociaciones de profesionales, Asociaciones de facultades de medicina, de enfermería, de psicología, entre otras.

Los beneficiarios de esta Ruta son los hombres transgénero, los médicos y el personal sanitario con competencias para garantizar el derecho a la salud de los hombres transgénero, las EPS y las IPS y demás prestadoras de servicios de salud a la comunidad transgénero.

### Conservación de la memoria institucional

La siguiente recomendación se propone debido a las grandes dificultades que se presentaron durante el desarrollo del estudio, respecto de la obtención de la información en diferentes entidades de salud, acerca de los datos sociodemográficos y el estado de atención médica de hombres transgénero.

La “*memoria institucional*” de los procesos de atención y seguimientos médicos son de vital importancia, ya que permiten el seguimiento al estado y avances del servicio de salud para las personas transgénero. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud –OMS – la memoria:

*“Debe ser considerada por el conjunto de los documentos científicos, técnicos y administrativos – considerados los activos tangibles y también por sus activos intangibles, que, aunque sin apariencia física, agregan valor al capital intelectual de la institución y por esta razón son de inestimable valor y a largo plazo pueden responder por la reputación de la institución (positiva o negativamente). (Organización Mundial de la Salud - OMS y Organización Panamericana de la Salud OPS, 2015)*

Ejemplo del manejo actual de dicha memoria se ve reflejado en el acceso a la información referente a las atenciones en salud a hombres transgénero de la red

Centro Oriente, a la cual no se puede acceder por no tener seguimiento del lugar en donde esta reposa.

En procesos donde se está construyendo una ruta y metodología de trabajo para la atención en salud de los hombres transgénero, la *memoria institucional* se convierte en una fuente de permanente información que permite entre otras cosas utilizar las “*mejores prácticas*” y valorar “*las lecciones aprendidas*”.

La atención en salud de los hombres transgénero, no es lineal, depende de muchas variables y circunstancias, cada caso es diferente y debe ser tratado como tal. La falta de memoria institucional puede tener consecuencias preocupantes, los operadores de las nuevas administraciones del Distrito Capital no encontrarán la información suficiente, organizada y sistematizada respecto de los avances que realizaron sus antecesores y no tendrán otra alternativa que iniciar de nuevo los procesos y es posible que se comenten los mismos errores.

Así mismo, se evidencia la necesidad de contar Sistemas de Información que incluyan las variables de orientación sexual e identidad de género, garantizando la protección de la información, el acceso oportuno y acertado registro. Y que permita adicionalmente, hacer seguimiento a las atenciones recibidas por los usuarios.

La OMS – OPS recomiendan los siguientes criterios para avanzar en la creación y consolidación de la memoria institucional sobre temas relativos a la atención en salud:

- *Cultura organizacional*: Preservar y usar la Memoria Institucional debe ser parte de la cultura organizacional
- *Políticas y procedimientos*: la institución debe incorporar en sus políticas internas, procedimientos y guías de trabajo, los aspectos relacionados a la gestión de información y de la preservación de la Memoria Institucional.
- *Responsabilidad*: la institución debe definir una unidad que sea responsable por el monitoreo, revisión e innovación de las políticas y procedimientos relacionados con la Memoria Institucional.

- *Metodológica*: la institución debe elaborar metodologías de tratamiento de los distintos formatos de la información institucional generada (tangible e intangible), sus niveles de acceso-sigilo, y establecer estas metodologías en las rutinas administrativas, técnicas y estratégicas de la institución.
- *Plataforma*: De preferencia seleccionar una plataforma de código abierto que permita almacenar también objetos digitales. (Organización Mundial de la Salud - OMS y Organización Panamericana de la Salud OPS, 2015)

Esta *memoria institucional* de los procesos médicos de las personas transgénero debe estar coordinada por la SDS y disponible para las entidades que tengan competencias sobre el tema, como en este caso Secretaría Distrital de Planeación, Dirección de Diversidad Sexual.

#### Bases de Datos unificadas con convenios de confidencialidad

El objetivo de recomendar la unificación de bases de datos está encaminado a superar los obstáculos para el acceso a la información relativa a las historias y procesos clínicos a los que acceden los hombres transgénero en el Distrito, ya que, en parte de las entidades de salud algunas de las causas que se argumentaron cuando se les solicitó la información relativa al estudio fueron:

- *Las entidades no tenían la información requerida.*
- *Las entidades tenían la información, pero no estaba sistematizada bajo los criterios solicitados.*
- *Las entidades tenían la información, pero manifestaron su reserva a entregarla, como por ejemplo Hospital San Ignacio.*
- *Las entidades tenían la información, pero requerían tiempo y personal para sistematizarla.*

La información unificada contribuye a la acertada toma de decisiones por parte de las personas competentes para garantizar el derecho a la salud de los hombres transgénero. Las bases datos, también son fundamentales para la creación de indicadores de acceso y calidad para la materialización efectiva del derecho a la salud.

La información unificada, es un insumo vital para el diseño, construcción y evaluación de las políticas públicas. Si no se cuenta con información fiable o se tiene solo un diagnóstico parcial, las políticas públicas implementadas con ésta pueden ser también parciales y no responder a las reales necesidades de atención en salud de las personas transgénero.

Es importante la creación de estos mecanismos, los cuales se pueden lograr mediante Convenios interinstitucionales, por ejemplo, entre el MSPS, la SDS y las entidades prestadoras de los servicios de salud de carácter privado del Distrito Capital, y que buscarían garantizar que en tiempo real los tomadores de decisiones puedan hacerlo de manera más acertada y fiable.

Algunos de las variables que se pueden incorporar respecto a la atención en salud de los hombres transgénero son:

- *Control de todos los servicios prestados a los pacientes.*
- *Estadísticas generales de los pacientes.*
- *Obtención de datos epidemiológicos.*
- *Detalles en el coste de la atención prestada a cada paciente.*
- *Estricto expediente clínico en forma electrónica.*
- *Datos Inmediatos sobre los tratamientos y/o procedimientos del paciente de forma más segura, con prontitud y eficiente.*

La SDS, cuenta con un número importante de sistemas de información, es necesario diseñar, discutir e incorporar las variables de orientación sexual e identidad de género y la creación de un sistema de información para los temas de atención en salud de los hombres transgénero. La SDS, quien coordina las redes y subredes de atención en salud de toda la ciudad está facultada para exigir a todas las entidades el envío sistematizado de la información relativa a la atención en salud de las personas transgénero.

Igualmente, el MSPS ofrece a los entes territoriales el “*Sistema Único de Información*”. Este sistema cuenta en la actualidad con más de 28 bases de datos en salud. La SDS puede contemplar suscribir un Convenio con el MSPS para

incluir los temas relacionados con la garantía del derecho a la salud a las personas transgénero del Distrito capital. La gestión de la información relacionada con la atención en salud de los hombres transgénero debe someterse antes de su incorporación en una base de datos, a todos los protocolos de confidencialidad y acción sin daño.

### Capacitación a funcionarios/as y equipos de profesionales en salud – de la red Distrital

La siguiente recomendación se realiza debido a la percepción que tiene el personal médico/ e incluso el personal de servicios generales (repcionistas, personal de vigilancia, etc.) sobre los hombres transgénero.

Esta propuesta surge, en respuesta a lo manifestado durante el proceso de investigación por parte de los hombres transgénero, quienes destacaron que aún persisten factores de discriminación y estigmatización por parte de algunos miembros del personal médico y sanitario que los atiende.

Otro de los aspectos recomendado a partir de los resultados del estudio, es avanzar hacia la despatologización de la condición de los hombres transgénero estimulando el trabajo conjunto desde nuevos enfoques de la “*disforia de género*”. De esta manera el sistema de salud y los especialistas tratantes se convierten en apoyos para acompañar al paciente durante todo el proceso. Para el logro de este objetivo la SDS , puede realizar, entre otras, las siguientes acciones:

- Articulación de la red Distrital y las EPS de régimen contributivo. El propósito de esta apuesta es reconocer el derecho a la salud y garantizarlo, sin que el tipo de vinculación sea un obstáculo para ello. Así mismo, es la posibilidad de acercarse a las experiencias desarrolladas y a las capacidades instaladas en distintitos Hospitales, como estrategia para el fortalecimiento de competencias profesionales e institucionales.
- Convenios con las facultades de medicina, enfermería y las diferentes especialidades. Este tipo de convenios entre instituciones públicas y privadas

de educación superior o técnica se han venido suscribiendo en las más diversas áreas. Impulsar el diálogo entre la Academia y las entidades del sector de salud sobre los temas relativos a la garantía del derecho a la salud de los hombres transgénero, puede ser el objetivo de algunos de los grupos y líneas de investigación de las universidades con facultades de medicina y ciencias afines.

- De otra parte, se puede retomar una iniciativa coordinada por la SDS que se creó en el año 2008 bajo el nombre de *Alianza por la Salud Pública*. El objetivo de esta alianza era *“Contribuir al fortalecimiento de la formación y capacitación del talento humano en salud pública, mediante alianzas estratégicas entre la SDS de Bogotá, las Unidades y Organizaciones académicas, la OPS/OMS y otros actores sociales del D.C., que promuevan la docencia, la extensión y la investigación orientadas a la solución de los problemas y situaciones de salud de la población colombiana”*

En la Alianza por la Salud Pública participaban más de 25 entidades, entre ellas las siguientes universidades: *Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC Fundación Universitaria del Área Andina Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Fundación Universitaria Sanitas, Fundación Universidad San Martín, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Universidad de La Sabana, Universidad de los Andes Universidad de Santander – Sede Bogotá, D.C. Universidad El Bosque, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad Nacional de Colombia.*

Las universidades que hicieron parte de esta iniciativa son entidades cuyo reconocimiento académico, médico y científico permitirá, mediante convenios con la SDS, actividades de educación continuada, formación profesional, diplomados, especializaciones y crear grupos de investigación sobre los diferentes temas de acceso a la salud de los hombres transgénero.

Otro de los objetivos de este tipo de convenios sería incluir en los currículos de estos programas temas como el respeto por la diversidad, la autonomía y la dignidad de las personas transgénero, etc., creando las *“cátedras de*

*género*”, donde se aborden enfoques diversos y diagnósticos de la “*disforia de género*”.

- Cursos de sensibilización, actualización o diplomados. La SDS igualmente ha realizado este tipo de convenios, por ejemplo, con la Universidad Distrital “Francisco José de Caldas” como el *Convenio de Cooperación en Ciencia y Tecnología N° 1070 – 2008*, cuyo objetivo era desarrollar diferentes labores de promoción, capacitación, extensión, investigación y docencia.

Esta modalidad de cursos y diplomados certificados tanto por la Universidad Distrital como por la Secretaría de Salud son una alternativa de educación continuada al personal médico y sanitario de las entidades que prestan sus servicios de salud a los pacientes transgénero. Los temas de estos cursos tendrían que ver con la sensibilización a los funcionarios médicos, sanitarios y administrativos de las entidades de salud, EPS y de la red Distrital de Salud sobre los derechos de los hombres transgénero, las leyes antidiscriminación, diversidad sexual y género, etc., cuyo objetivo sería generar adecuados comportamientos culturales, sociales y buenas prácticas médicas de estas personas frente a las personas transgénero.

Comprometer de manera más permanente al Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) en temas relacionados con el derecho a la salud de los hombres transgénero.

El *Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS)* asesora y acompaña a la Secretaría de Salud – SDS - en el fortalecimiento de las capacidades a través de procesos de educación, investigación y cooperación. A pesar de los avances de entidades como el Hospital de San José, y el Hospital San Ignacio, la investigación científica sobre la atención en salud de los hombres transgénero tiene aún mucho camino por recorrer, a fin de lograr una “*atención sin daño*”.

Las investigaciones del CDEIS tienen como objetivo “*La investigación como proceso para la construcción de conocimiento implica convertir la práctica en*

*conocimiento, usar el conocimiento en la práctica, superar el desbalance entre la producción de conocimiento y los problemas de salud, entre otros aspectos”* (Secretaría de Salud de Bogotá, 2017)

Sus diferentes componentes: Investigación, Educación, Movilidad del Conocimiento pueden ser puestos a disposición de los procesos de investigación, educación y movilidad del conocimiento de la atención en salud para los hombres transgénero.

### Realización de Acciones afirmativas

Esta recomendación tiene como objetivo unificar los regímenes de atención en salud para los hombres transgénero. Uno de los obstáculos detectados en la consultoría es el trato desigual que reciben los hombres transgénero dependiendo si pertenecen al régimen subsidiado o contributivo. En el año 2017 en Departamento Nacional de Planeación - DNP – publicó el informe “*Acciones afirmativas con enfoque diferencial hacia las personas LGBTI para prevenir situaciones específicas que vulneren los derechos de estas personas*” donde propone una serie de acciones afirmativas para garantizar el derecho a la salud de estos sectores sociales, entre ellos las personas transgénero:

- *Diseñar e implementar mecanismo para la atención integral en salud de personas transgénero.* (DNP, 2017)
- *Capacitar al personal de salud para la atención de las personas LGBTI Brindar una adecuada capacitación para las personas que trabajan en el sector salud, con el fin de ofrecer una atención teniendo en cuenta el reconocimiento de las orientaciones sexuales e identidad de género diversas. Además, estas personas deberán recibir formación para brindar una atención basada en el respeto y libre de estigmatización y discriminación hacia las personas de los sectores sociales LGBTI.* (DNP, 2017)

La SDS debe diseñar e implementar un mecanismo de atención integral en salud de las personas transgénero, para la superación de la barrera generada por el tipo de vinculación al Sistema de Salud, régimen contributivo o subsidiado.

Las Acciones afirmativas son una manifestación de la garantía del derecho fundamental a la igualdad y consolidan los principios del Estado Social de Derecho. Así mismo, se reitera que, como acción afirmativa para el DNP, también se contempla la capacitación del personal de salud que atiende a personas de los sectores LGBTI, a fin de que, en este caso los hombres transgénero reciban una atención basada en el respeto y libre de estigmatización y discriminación.

### Protocolos de Atención

Esta recomendación se realiza ya que, en el desarrollo del estudio se evidenció que algunas entidades prestadoras de servicios de salud como el Hospital de San José y otros hospitales de las subredes de salud del Distrito Capital han venido avanzando en la construcción de sus propios protocolos para la atención en salud de los hombres transgénero, pero muchas entidades no han iniciado este proceso.

Los Protocolos de Atención materializan con acciones concretas los derechos de los ciudadanos, muchas experiencias exitosas, en otros campos como el acceso a la justicia de sectores en condiciones de vulnerabilidad nos han demostrado la validez de este tipo de herramientas de la política pública. (Fajardo Sanchez, 2010) La SDS, podrá direccionar a las entidades prestadoras de servicios de salud en la ciudad para la creación o actualización de estos Protocolos de Atención.

Uno de los temas para incluir en los Protocolos de Atención es la respuesta institucional frente a posibles actos de discriminación o estigmatizaciones por parte de los servidores (as) de las entidades: médicos, sanitarios, administrativos, contratistas, pasantes, etc., de todos los niveles. Las

instituciones cuentan con comités de ética médica, oficinas de control interno, además si son servidores públicos están sometidos al Código Disciplinario Único (Ley 734 de 2002) donde se establecen las sanciones previstas para este tipo de actuaciones de los servidores públicos.

Existen, sin embargo, situaciones donde el profesional de la salud puede “objetar en conciencia”, recordemos los artículos 6° y 7° de la Ley 23 de 1981 (“Normas sobre ética médica”), que establecen: “*El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión*”. Sin embargo, esta objeción no se podrá argumentar cuando se trate de una urgencia o se encuentre en peligro la vida del paciente o no existe otro profesional para realizar el procedimiento. En estos casos excepcionales los médicos e incluso el personal de enfermería deberá fundamentar desde sus creencias morales, éticas, religiosas etc., su decisión de objetar el cumplimiento de sus obligaciones frente a un paciente transgénero. Esta fundamentación deberá ser estudiada desde una perspectiva médico-jurídica para proceder a su validez o no.

La Corte Constitucional ha hecho varios llamados al legislador para la reglamentación de la objeción de conciencia de los médicos ya que este derecho, en caso de los funcionarios del sector de la salud, no es un derecho ilimitado. La Corte señaló: “*si bien los profesionales de la salud tienen derecho a presentar objeción de conciencia, no pueden abusar del mismo utilizándolo como barrera para impedir, de manera colectiva o institucional, la realización del procedimiento*” (sentencia C-355 de 2006). La Objeción de conciencia en el caso de los médicos o el personal sanitario, no se podrá justificar de manera colectiva ya que es un derecho individual. En este sentido, la Corte ha reiterado que las instituciones no son personas naturales por lo tanto no pueden objetar en conciencia, esto significa que en todas las entidades prestadoras del derecho a la salud debe haber profesionales que atiendan estos casos y deben responder por garantizar el derecho a la salud de los pacientes.

Estos Protocolos de Atención son diferentes a las Rutas de Acceso al Derecho a la Salud, ya que mientras las Rutas son de carácter general, distrital e incluso

nacional, los Protocolos son institucionales y realizan las adecuaciones institucionales para superar las barreras de acceso de las personas transgénero en las entidades.

### Acompañamiento de las organizaciones de hombres transgénero en acciones de “litigio estratégico” por la defensa de su derecho a la salud

Se ha denominado litigio estratégico en materia de derechos humanos a la judicialización de un caso relevante o de gran impacto con el objetivo de modificar jurisprudencias discriminadoras o excluyentes en materia de derechos; modificar o presionar la aprobación de leyes, reglamentos o prácticas institucionales que impidan el libre ejercicio de derechos humanos, en especial de grupos sociales en condición de vulnerabilidad o discriminación.

Las organizaciones que trabajan en este enfoque han creado toda una metodología de trabajo que incluye no solo los temas judiciales sino además lograr incidencia en la opinión pública y los medios de comunicación.

La Dirección de Diversidad Sexual de la Secretaria Distrital de Planeación podrá impulsar la suscripción de Convenios de Cooperación Interinstitucional con las Universidades que tienen Clínicas de Interés Público, Consultorios Jurídicos Especializados o Grupos de Litigio Estratégico como las universidades de los Andes, Rosario, Sergio Arboleda, Libre y Nacional de Colombia. Estos Convenios, con otras poblaciones en condiciones de vulnerabilidad ya se han suscrito y sus beneficios se han hecho evidentes, por ejemplo, el Convenio de organizaciones afrodescendientes con la universidad de los Andes o el Convenio de las organizaciones indígenas con la universidad del Rosario o el Convenio de las organizaciones de personas desplazadas por la violencia con la Universidad Nacional.

Paralelo a lo anterior las organizaciones de hombres transgénero pueden contemplar la posibilidad de acercarse a la Plataforma Colombiana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, llamada Plataforma DESC, cuya amplia

trayectoria en defensa del derecho a la salud y otros derechos similares la ha convertido en un escenario privilegiado para las organizaciones sociales. De la plataforma DESC hacen parte más de 50 organizaciones sociales nacionales como las organizaciones Movimiento Nacional Cimarrón, Organizaciones Indígena de Colombia, Instituto Nacional Sindical, Asociación de Detenidos Desaparecidos ASFADES, Asociación de Afrodescendientes Deslazados por la Violencia AFRODES, las Organizaciones de Personas sin Techo, y un gran número de organizaciones sociales.

Algunos de los objetivos de la Plataforma DESC son lograr la Incidencia y exigibilidad sobre estos derechos. Desarrollar seguimiento a políticas públicas para identificar avances significativos en el cumplimiento de los DESC, verificando los compromisos del Estado Colombiano y de las administraciones municipales en este tema. Actualmente la Secretaría Técnica del Capítulo Bogotá de la Plataforma, la realiza la Fundación Foro Nacional por Colombia. En la línea de incidencia y exigibilidad el capítulo Bogotá acompaña las campañas nacionales para el cumplimiento de los DESC en temas específicos como alimentación, educación, salud y tierra. Correo de contacto: [descapitulobogota@gmail.com](mailto:descapitulobogota@gmail.com)

[Recomendación para nuevos estudios sobre el derecho a la salud para los hombres transgénero.](#)

En las entrevistas realizadas a profesionales de la salud y hombres transgénero se pudo evidenciar la necesidad de realizar un estudio sobre la incorporación de los temas relacionados con la diversidad sexual o “*cátedras de género*” en las facultades de medicina.

El estudio analizaría los currículos de las facultades de medicina y realizaría las recomendaciones sobre los contenidos y la forma de incorporar estos saberes en los planes académicos de estas facultades.

Realizar un estudio, por profesionales de la salud, sobre los avances en los enfoques de la disforia de género. De acuerdo con las entrevistas realizadas a los hombres transgénero que les consultan, ellos señalan que existen avances a nivel mundial sobre nuevos enfoques que permitirían superar algunas de las barreras que actualmente existen como la relación de confianza entre médico y paciente.

Uno de los temas que se resaltaron con más frecuencia en las entrevistas con los hombres transgénero fue el tema de la “patologización”, que genera una relación compleja entre el medico que ve en la condición de hombre transgénero una enfermedad y el paciente que quiere iniciar su proceso de transito de género y la búsqueda miradas alternativas y más amigables respecto de los procesos de transito de género. En este sentido proponemos un estudio sobre alternativas para la “despatologización” a nivel nacional e internacional. Los diagnósticos iniciales que se realiza a los hombres transgénero pueden incluso incidir en su calidad de vida y revictimizar a estas personas, llevándolas en algunos casos a abandonar los tratamientos y buscar alternativas llamadas “artesanales” con riesgo para su salud e incluso su vida.

## Bibliografía

Departamento Nacional de Planeación - DNP -. (2016). Estandarización de conceptos para la Gestión Pública Orientada a resultados. Bogotá: DNP.

DNP. (2017). *Acciones afirmativas con enfoque diferencial hacia las personas LGBTI para prevenir situaciones específicas que vulneren los derechos de estas poblaciones* . Bogotá, D.C. : DNP.

Fajardo Sanchez, L. A. (2010). *Los invisibles y la Lucha por el Derecho en Colombia. Una Mirada desde las Casas de Justicia*. Universidad Santo Tomás.

Organización Mundial de la Salud - OMS y Organización Panamericana de la Salud OPS. (2015). *Cómo Organizar y Presevar la Memoria Institucional* . Ginebra: OMS - OPS .

Roth, A. N. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación*. Bogotá : Universidad Nacional.

Saenz, M. T. (2011). El Análisis de las Políticas Públicas. *La Nueva Administración Pública*, Cap. 11.

Secretaría de Salud de Bogotá. (2017). *Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS)*. Recuperado el 8 de Marzo de 2018, de [http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Centro\\_de\\_Investigacion\\_y\\_Educacion\\_Salud.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Centro_de_Investigacion_y_Educacion_Salud.aspx)

Vargas, C. S. (1995). *Las políticas Públicas*. Bogotá : Pontificia Universidad Javeriana .



### LA RED DISTRITAL DE HOMBRES TRANS DE BOGOTÁ EXPONE SU DESACUERDO ANTE LA INVESTIGACIÓN “BARRERAS DE ACCESO EN SALUD PARA HOMBRES TRANS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ”

La Red Distrital de Hombres Trans de Bogotá, iniciativa de red de organizaciones sociales y activistas independientes hombres transgénero, manifestamos nuestra inconformidad y desacuerdo frente a la investigación “Barreras de Acceso en Salud para Hombres Trans en la ciudad de Bogotá”, realizada por la Secretaría Distrital de Planeación- Dirección de Diversidad Sexual y la organización no gubernamental Foro Cívico, durante el año 2017.]

A continuación, exponemos las distintas razones para nuestra inconformidad sobre dicho proceso “investigativo”:

- 1) **La investigación y su documento tiene graves problemas tanto de contenido como de forma.** Los primeros se identifican desde el proyecto de investigación, donde **no existe claridad, coherencia ni armonía entre el objetivo general, los objetivos específicos y las preguntas de investigación**, con lo cual el tipo y los métodos de investigación realizados no logran responder a los fines trazados. Así mismo, en el documento permanece una confusión constante entre el tipo de investigación pretendido (se confunde investigación cualitativa con investigación exploratoria) y los resultados expuestos. Y todo ello, sin mencionar los problemas de redacción y gramática, en la forma del documento.
- 2) **Los métodos de investigación fueron ineficientes**, las preguntas planteadas tanto en grupos focales como en entrevistas a profundidad fueron equivocadas al no estar direccionadas hacia los objetivos de la investigación y, aun contando con un total de 31 participantes hombres trans en los diferentes grupos focales, el insumo abstraído es insuficiente y mal aprovechado. Dichos errores metodológicos terminan señalando lo que en otros documentos ya se conoce de la salud de hombres trans y **no aporta nada novedoso**.
- 3) **La Red Distrital de Hombres Trans nunca aparece como coautor del proceso.** Y referimos “proceso” porque fue la Red la que a partir de acciones de incidencia política y participación activa en espacios de Política Pública y espacios de deliberación propuso desde el año 2016 la realización de esta investigación como parte de su Agenda Social, así como participó y trabajó en disponer medios, lugares, personas, contactos para que se llevase a cabo, y mantuvo constante veeduría de la producción del documento, señalando previamente todo lo mencionado en este comunicado. No obstante, **se invisibilizó dicha acción de incidencia en el apartado de “Justificación” del texto, así como los señalamientos y advertencias realizadas, lo cual genera un mensaje contradictorio desde una política pública que pretende y propende por la participación ciudadana.**
- 4) **Los métodos de investigación carecieron de enfoque diferencial transmasculino, ejemplo de ello fue la omisión de la variable de <Nombre Identitario>** en los consentimientos informados de los participantes y su nombramiento con nombres jurídicos.
- 5) **Las referencias bibliográficas son pobres, básicas, pero sobretodo exponen VIOLENCIA EPISTÉMICA contra los hombres trans.** En una serie de 52 documentos citados para la investigación, se hace caso omiso a investigaciones y otros documentos realizados por hombres trans referentes a su propia salud, como si dicho material no existiera, negando por completo la elaboración de conocimiento referido a las cuestiones sanitarias de parte de hombres trans.



"Trans Bodies; Trans Selves", guía de recursos escrita completamente por y para personas trans en el mundo; los diferentes manifiestos del movimiento STOP Transpatologización y los textos del activista y sociólogo trans catalán Miquel Missé sobre patologización y modificación corporal; la percepción respecto a los cambios corporales narrado en los documentos autoetnográficos de filósofo trans Maxim Februari (invitado a la Feria del Libro en 2016), son sólo unos ejemplos entre otros escritos que pudieron ser citados a lo largo del documento, pero que deliberadamente no se acogieron. Con lo cual se concluye que, citando al pedagogo trans colombiano Camilo Losada, **"la invisibilización transmasculina es producida" y el espacio investigativo ha sido uno de esos productores de invisibilización, donde los hombres trans sólo aparecemos como OBJETO de estudio y se niega nuestra producción de saber** y reflexión referente a los temas que atraviesan nuestra existencia, como lo es la salud.

Es importante mencionar que dichas inconformidades frente al proceso investigativo fueron expuestas previamente en año 2018 a la entidad contratante del grupo investigador, pero no recibieron la atención y la acogida necesaria.

Por ello, hoy, la Red Distrital de Hombres Trans RECHAZAMOS dicho documento, consideramos que carece de legitimidad social, no cumple con una rigurosidad investigativa ni académica, y como ciudadanos contribuyentes vemos con preocupación la asignación equivocada de recursos presupuestales que obtuvo Foro Cívico para este proceso.

Concluimos este comunicado haciendo uso y modificando la imagen de denuncia realizada del activista y profesor de filosofía hombre trans de Argentina Blas Radi (invitado a la Feria de Libro de este año 2019), citado a su vez por el licenciado en psicología hombre trans Raquel (Lucas) Platero de España: "Esta viñeta es un posicionamiento que hace consciente, precisamente, el uso de los términos e imágenes que representan la transexualidad a manos de las personas cis (no trans) y que a menudo contribuyen a cosificar y utilizar a las personas trans de una manera reduccionista, instrumentalizando sus voces en beneficio propio" (2014). Haber sido utilizados como objetos de estudio y gestores comunitarios sin ningún tipo de crédito en esta "investigación" ejemplifica la sensación instrumentalización que denunciamos como Red Distrital de Hombres Trans.





@SePuedeSer



/EnBogotaSePuedeSer



SePuedeSer

## Dirección de Diversidad Sexual

Secretaría Distrital de Planeación

[diversidadsexual@sdp.gov.co](mailto:diversidadsexual@sdp.gov.co)

Teléfono: (57) 1 3358000

Cra. 30 No. 25 - 90, Super Cade Piso 2

Bogotá, Colombia

*Caracterización de  
personas de los sectores  
LGBTI víctimas de conflicto  
armado y trata de personas  
en Bogotá.*