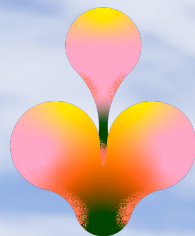


# Sosteniendo la vida



Informe sobre barreras de  
acceso a los servicios médicos  
de afirmación de género en  
Colombia







XTIRA<sup>®</sup>  
INTERNATIONAL

MLCU

MAX GRO  
TARE

ad  
sti-  
nda  
ecto,  
eces  
nar y  
á ga-  
n dis-

lla, Quibdó.

dónde está coco?



# Sosteniendo la vida

Informe sobre barreras de acceso a los servicios médicos de afirmación de género en Colombia

## Liga de Salud Trans

### Directora Ejecutiva

Juli Salamanca Cortés

### Coordinador informe

Lina Rocio Quevedo Cerquera

## Equipo de trabajo

### Equipo de investigación

Juli Salamanca Cortés

Lina Quevedo

Yoko Ruiz

Samuel Valencia

Fernande Álvarez

Ivy Bonilla

Karen Batista

### Equipo de navegadores

Sahory Balaguera

Jhonnatan Espinosa

Tomás Serrano

Esta investigación fue financiada por la Embajada del Reino de los Países Bajos en Colombia.

Reservados todos los derechos. Apartes de los textos pueden utilizarse citando la fuente. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual. Bogotá D.C., 2025

Por favor citar: Salamanca, J., Quevedo, L., Ruiz, Y., Valencia, S., Álvarez, F., Bonilla, I., Batista, K., Espinosa, J., Balaguera, S., Serrano, T (2025). Sosteniendo la vida: Barreras de acceso a los servicios de afirmación de género en Colombia. Liga de Salud Trans: Bogotá D.C. ISBN: XXXXXX

Todas las personas dieron su consentimiento por escrito para la utilización del material fotográfico. Las fotografías de este informe fueron tomadas por Chelo Camacho en el marco de nuestra exposición fotográfica Desde la Grieta: Fragmentos de existencias Trans.



Con el apoyo de:



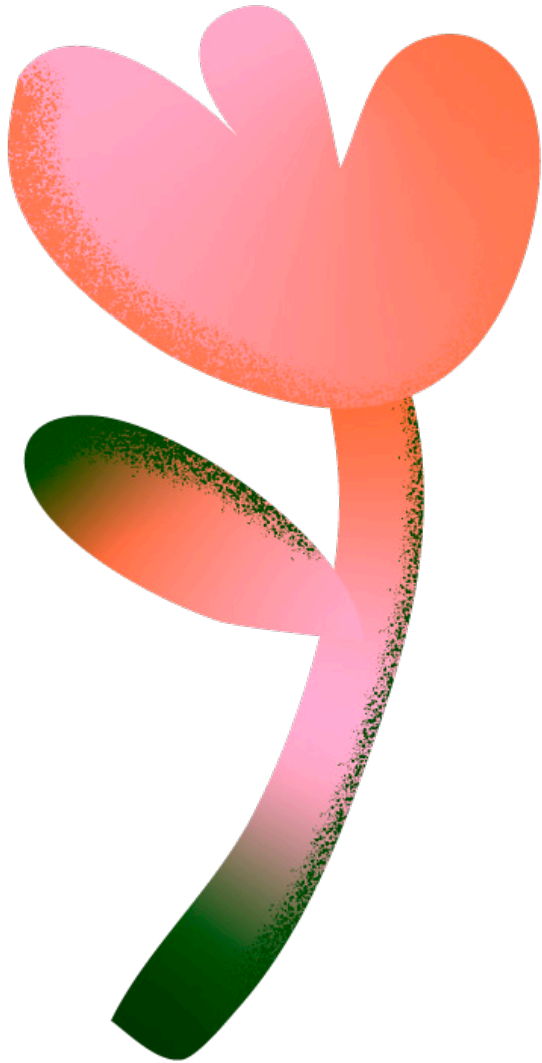
Reino de los Países Bajos











# Agradecimientos

Agradecemos de todo corazón a las personas trans que hicieron posible este informe, Nuestro más sentido agradecimiento a aquellas personas que, a pesar del dolor, de la rabia y de las injusticias, siguen insistiendo en tener un mundo donde existir no cueste la vida. Gracias por compartir sus historias, sus experiencias, opiniones y por permitirnos generar conocimiento “de abajo para arriba” sobre las barreras de acceso a los servicios de afirmación de género.

El equipo de la Liga de Salud Trans quiere también extender sus más sinceros agradecimientos a:

- La Embajada del Reino de los Países Bajos en Colombia sin cuyo apoyo financiero y total confianza este informe no hubiera sido posible, así como tampoco la inmensa cantidad de actividades en salud trans que la Liga lleva a cabo.
- A la Fundación Sextante por su compromiso con los derechos humanos de las personas trans, por soñar y desarrollar como eje central de su misionalidad a la Liga de Salud Trans. Nuestros agradecimientos a la junta directiva por creer en nuestro trabajo.
- A Carlos Rocha, por caminar junto a nosotrxs, acompañarnos con generosidad y cariño.
- Fundación Friedrich-Ebert-Stiftung en Colombia (FESCOL) por su generosidad para la impresión y difusión de este informe.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung en Colombia -Fescol-



# Prólogo

Mientras que algunos rompen lazos, destruyen caminos y cierran puertas, hay otras que remiendan lo roto, protegen lo que está en peligro, reconstruyen puentes y abren nuevas puertas donde nunca las ha habido.

El panorama político para las personas trans puede ser desalentador: En Colombia se impulsan proyectos de ley para arrebatarlos el terreno que hemos ganado; en Estados Unidos, el gobierno de Donald Trump ha detenido proyectos de salud para menores de edad trans; en Argentina, el presidente Javier Milei ha modificado una ley, aprobada en 2012, para excluir a los menores del goce de este derecho. Pero aunque estas políticas reaccionarias sean peligrosas y deban ser frenadas, no constituyen nada nuevo para las personas trans; nuestras identidades siempre han estado rodeadas de discursos excluyentes. La experiencia nos ha enseñado que la contienda es larga y el territorio por conquistar, extenso.

A pesar del riesgo, no todo está perdido, esas políticas vienen de arriba y son solo una parte de la realidad; la otra, la que viene de abajo y sube, es la que construimos nosotras en nuestra cotidianidad, ese panorama es mucho más luminoso.

La Liga de la Salud Trans se ha encargado de promover estrategias de bienestar y cuidado: hemos creado una guía para navegar un sistema doblemente complejo: por un lado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, por otro, el sistema heteronormativo que permea todas las instituciones.

Estas prácticas de bienestar y cuidado son más viejas que nosotras y nos traspasan, existirían aún si como organización no existiéramos, y seguirán existiendo más allá de nosotres; han cambiado de forma según el contexto,

pero su esencia es el amor a la vida, el de siempre. Como organización, nuestro trabajo ha sido darle una plataforma y ponernos al servicio de este impulso vital, desarrollando estrategias para que nunca se apague.

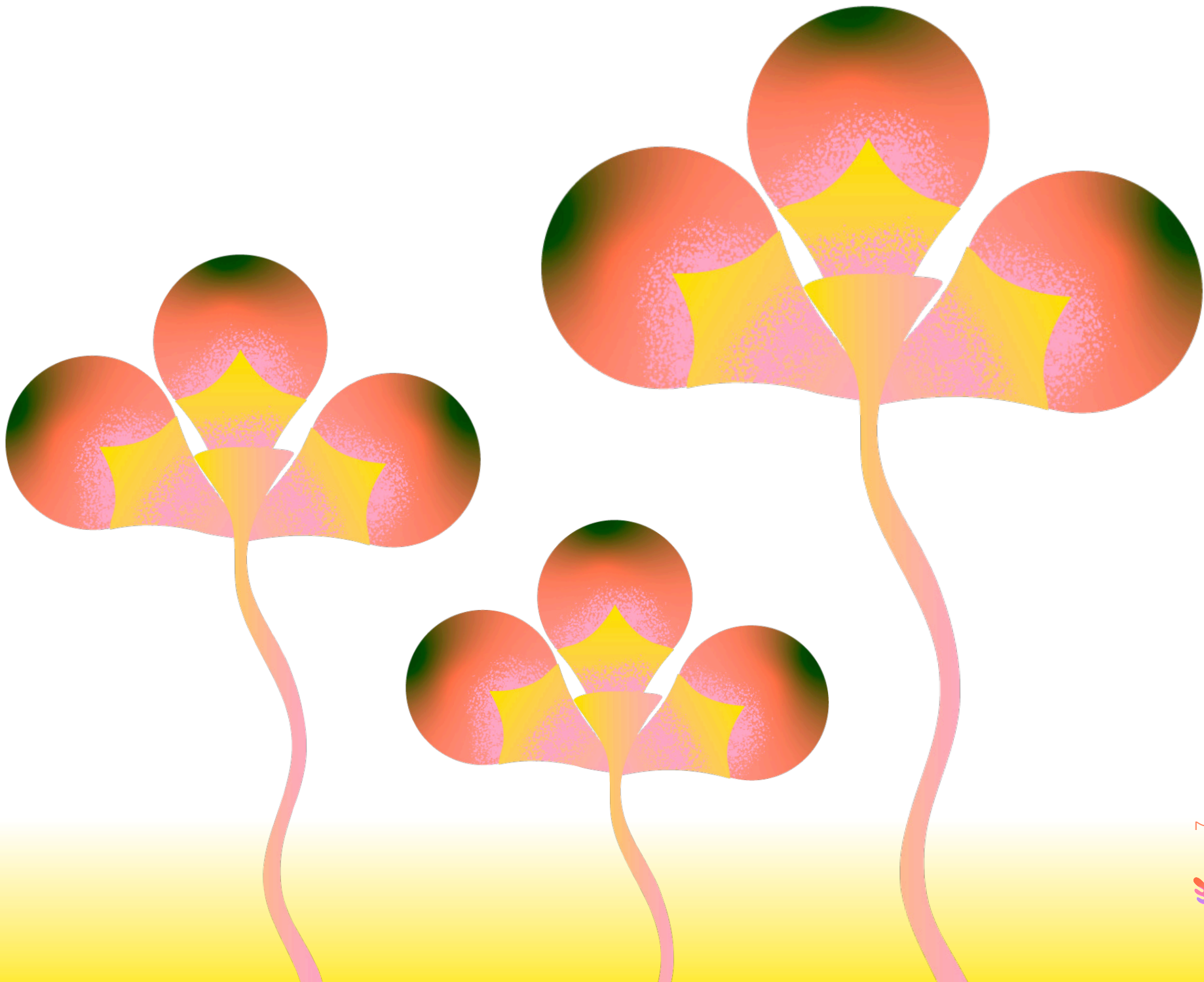
Nos ponemos al servicio de quienes nos buscan para tener a alguien con quien llorar; de quienes desean, a los 10 o a los 80 años, comenzar su proceso de transición; de quienes han sido discriminadas en hospitales y consultorios; de quienes han tenido que fingir que están enfermas para tener acceso a tratamientos médicos. También estamos al servicio de las madres y padres que han visto a sus hijos trans excluidos del sistema; de quienes han perdido familiares por procedimientos mal hechos o en condiciones inhumanas. Cuando alguien hace su transición, lo hace también su entorno más cercano; ellos también son testigos de todos esos obstáculos.

En los encuentros con las personas que necesitan de nuestro acompañamiento, nosotras damos, entre otras cosas, información y datos. Sabemos cuándo seguir un procedimiento y cuándo otro, a donde ir, con quién hay que hablar, cómo se llena tal formulario, cómo se pone una tutela... Resolver las cuestiones prácticas son parte de nuestro trabajo y son imprescindibles para lograr que las personas trans seamos visibles y respetadas como ciudadanas. Pero detrás de la burocracia y los formalismos con los que hay que lidiar, está la parte humana, la que no cabe en documentos ni formularios, la que no se discute en juzgados. Cada encuentro entre personas trans que buscan y trabajan juntas por un ideal de justicia, se vuelve una celebración de nuestras identidades, se basa en el apoyo mutuo, en la solidaridad y se torna rápidamente en conversaciones más profundas que nos estimulan y nos conmueven.

Nuestro trabajo es la compañía. Lo llamamos “acompañamiento” cuando queremos sonar más formales, pero en realidad se llama así, tal cual: compañía, que es pararnos unas al lado de las otras y empezar a caminar. Somos quienes reconstruyen lo destruido, quienes cuidan lo maltratado y quienes protegen lo valioso.









# Liga de Salud Trans

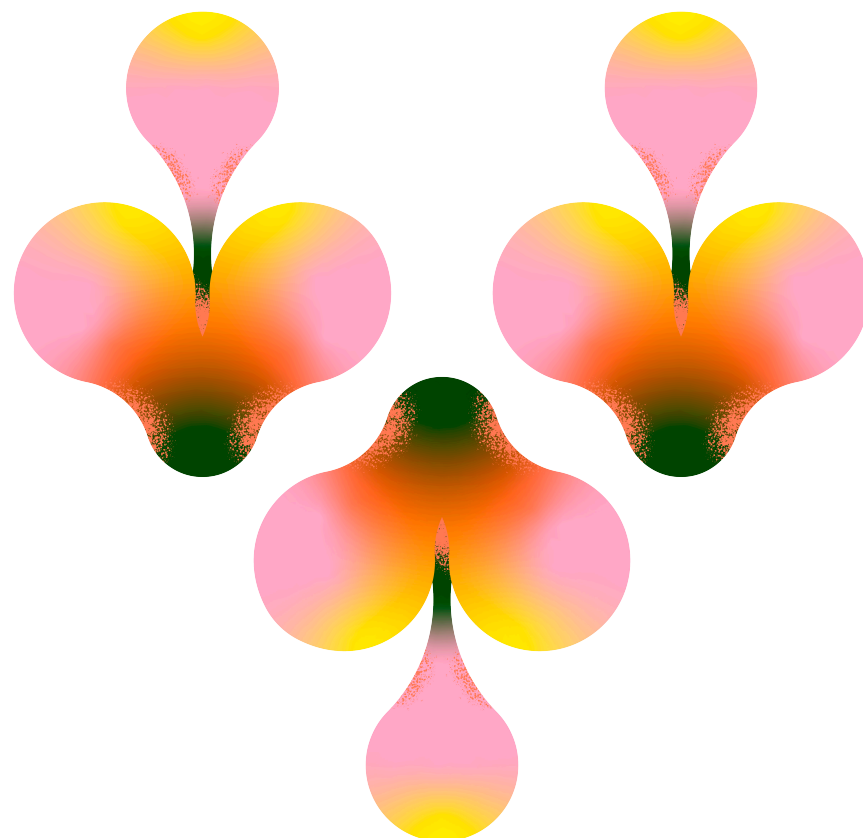
La Liga de Salud Trans nació en 2019 para dar respuesta vital a las necesidades insatisfechas de salud, cuidado y bienestar de las personas trans y no binarias en Colombia. La organización se formalizó en el año 2020 bajo la razón social: Fundación Sextante. Esta organización nació de la urgencia de abordar los derechos humanos que frecuentemente se ven comprometidos por la patologización de las identidades trans y discriminación que enfrentan las personas trans y no binarias en Colombia. Desde su fundación, la Liga de Salud Trans trabaja incansablemente para transformar las condiciones de salud, cuidado y bienestar de las personas trans en Colombia y promueve un entorno social, político y normativo que afirme su dignidad y autonomía. De igual modo, asegura que las identidades de género diversas sean actores clave en la formulación de políticas públicas.

La Liga de Salud Trans busca posicionar en la discusión y agenda pública la salud y el cuidado de las personas trans para avanzar hacia transformaciones sociales, legales y políticas que protejan sus derechos. Con este fin, desarrolla estrategias para alcanzar a comunidades trans que necesitan herramientas para navegar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y fomenta conversaciones plurales entre actores sociales relevantes y personas trans para avanzar en el cuidado de su salud y en una regulación que proteja sus derechos. Asimismo, ofrece información basada en evidencia para resolver problemas de salud pública y promueve la transformación de marcos legales restrictivos con el fin de lograr la protección de derechos de las personas trans y no binarias.

Las estrategias de la Liga de Salud Trans están centradas en la incidencia política ante tomadores de decisión y diversas comunidades. También desarrolla modelos de pedagogía de lo trans, lleva a cabo litigio estratégico, produce conocimiento y datos y los hace accesibles a distintas poblaciones. Uno de sus ejes centrales de acción es un modelo de acompañamiento entre pares enfocado en estrategias de cuidado individuales y colectivas para la mitigación

de los efectos de las barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud en personas trans y no binarias en Colombia.

La Liga de Salud trans pretende seguir creando ecosistemas comunitarios que promuevan el cuidado, bienestar y la salud de las personas trans en Colombia para que sus vidas puedan florecer en pleno goce de derechos y sin discriminación.









# Contenido

|         |   |
|---------|---|
| Prólogo | 4 |
|---------|---|

|                     |   |
|---------------------|---|
| Liga de Salud Trans | 6 |
|---------------------|---|

|              |    |
|--------------|----|
| Introducción | 10 |
|--------------|----|

|             |    |
|-------------|----|
| Metodología | 12 |
|-------------|----|

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Modelo de acompañamiento sensible para personas en transición de género de la Liga de Salud Trans | 14 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Perfil de las personas usuarias del modelo de acompañamiento de la Liga de Salud Trans | 17 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                 |    |
|-----------------|----|
| Mayores de edad | 17 |
|-----------------|----|

|                 |    |
|-----------------|----|
| Menores de edad | 27 |
|-----------------|----|

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 2. Barreras de acceso a los servicios de afirmaciones de género | 30 |
|-----------------------------------------------------------------|----|

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. La Patologización como barrera de acceso a la atención afirmativa | 30 |
|------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.1. ¿Cómo va Colombia en el camino hacia la despatologización? | 33 |
|-------------------------------------------------------------------|----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Consentimiento informado | 36 |
|--------------------------|----|

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 2.2. Barreras administrativas | 37 |
|-------------------------------|----|

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 2.2.1. Sistemas de información | 37 |
|--------------------------------|----|

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 2.2.2. Restricción en la entrega de medicamentos | 41 |
|--------------------------------------------------|----|

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 2.2.3. Restricción de los servicios trans-específicos | 43 |
|-------------------------------------------------------|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 2.2.4. Rutas y Protocolos | 45 |
|---------------------------|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 2.3. Talento Humano en Salud | 47 |
|------------------------------|----|

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| 2.3.1. Distribución de Talento Humano en Salud | 47 |
|------------------------------------------------|----|

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| 2.3.2. Formación del Talento Humano en Salud | 49 |
|----------------------------------------------|----|

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| 2.3.2.1. Formación en competencias específicas | 50 |
|------------------------------------------------|----|

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.3. Barreras actitudinales en el talento humano en salud | 52 |
|-------------------------------------------------------------|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Prejuicios y estereotipos | 52 |
|---------------------------|----|

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Sobreprotección o subestimación | 52 |
|---------------------------------|----|

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Actitud experta de los profesionales médicos | 53 |
|----------------------------------------------|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| La Objeción de conciencia | 54 |
|---------------------------|----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 2.4. Barreras culturales | 55 |
|--------------------------|----|

|                    |    |
|--------------------|----|
| 3. Recomendaciones | 58 |
|--------------------|----|

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 3.1. Congreso de la República | 58 |
|-------------------------------|----|

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| 3.2. Ministerio de Salud y Protección Social | 59 |
|----------------------------------------------|----|

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 3.3. Superintendencia Nacional de Salud | 59 |
|-----------------------------------------|----|

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 3.4. Entidad Promotora de Salud (EPS) | 59 |
|---------------------------------------|----|

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| 3.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) | 60 |
|------------------------------------------------------------|----|

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 3.6. Instituciones Educativas (Universidades y Facultades de Salud) | 60 |
|---------------------------------------------------------------------|----|

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 3.7. Recomendaciones para pacientes trans en Colombia | 61 |
|-------------------------------------------------------|----|

|            |    |
|------------|----|
| Conclusión | 64 |
|------------|----|

|         |    |
|---------|----|
| Siglas: | 66 |
|---------|----|

|           |    |
|-----------|----|
| Glosario: | 68 |
|-----------|----|

|              |    |
|--------------|----|
| Referencias: | 72 |
|--------------|----|









# Introducción

Este informe comienza con la misma cifra de siempre: cada semana son asesinadas tres personas LGBTIQ+ en Colombia, una de ellas – como mínimo – es una persona trans. Durante mucho tiempo, aunque las organizaciones y colectivos lo denunciaban, pocos creían que fuera cierto. Las entidades del Estado y las universidades pedían fuentes que pudieran corroborar la veracidad de esa cifra. No les bastaba con el grito de las organizaciones sociales y de los colectivos, ni con los recortes de prensa relatando los hechos de los medios de comunicación impresos, considerados como sensacionalistas. Los funcionarios y funcionarias decían que las denuncias eran exageradas, pues de todas maneras las personas trans no era tantas y, si mueren, lo hacen por sus condiciones de vida y por sus lazos de afecto demasiado pasionales que las llevan a ser asesinadas por peleas maritales y celos.

Ahora las cosas han cambiado. Las organizaciones sociales y los colectivos han aceptado el reto de tecnificar sus cifras, y han ejercido tanta presión que ahora las entidades del Estado no sólo tienen sus propias bases de datos, sino que éstas se alimentan con las cifras que la población civil les proporciona. Sin embargo, la violencia no ha menguado y sigue apareciendo el mismo titular semana tras semana: cada semana son asesinadas tres personas LGBTIQ+ en Colombia, una de ellas – como mínimo – es una persona trans. Los recortes de periódico y las dudas sobre su veracidad han quedado atrás. Lo digital anula toda duda sobre la veracidad de las violencias y los hechos: sólo hace falta tener una conexión a internet, acceder a YouTube y conocer el nombre de la persona trans asesinada para que, con una muy alta probabilidad, se acceda a noticias de medios de comunicación y de organizaciones sociales que resuman los hechos y las circunstancias de la muerte. También, es altamente posible que se pueda acceder a videos que muestran, en tiempo real, los últimos minutos de esa persona. Es aterrador poder tener acceso a esos últimos minutos en los que la muerte encuentra a la vida, pero es aún más aterrador que detrás de

esos videos haya una o varias personas que consideran que una (re)transmisión live es más importante que la vida de una persona. El fin de nuestra humanidad es y será televisado, y nos pillarán en aparente desprevenimiento mientras estamos sentados en frente a una pantalla.

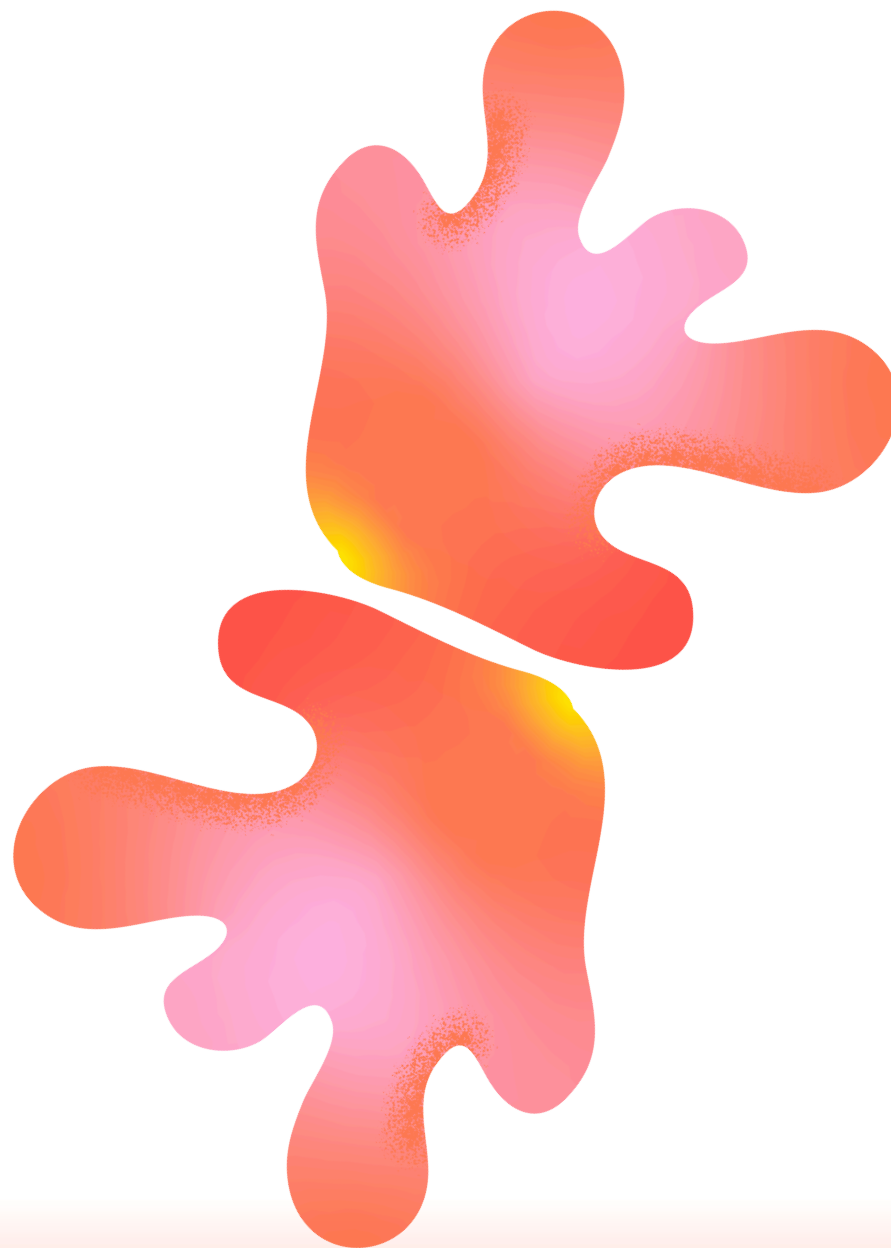
Además de lo digital, a la denuncia incesante se le suma otra complejidad. Lo que vemos en nuestras pantallas no son solamente los últimos minutos con vida de Sara Millerey en Antioquia, en el marco de asesinatos crudos y brutales. También tenemos acceso a violencias más personales, más íntimas y más emocionales que se derivan de actos de suicidio de personas trans, particularmente de transmasculinidades. Si bien es posible tener fácil acceso por redes sociales a las circunstancias del suicidio, resulta casi imposible acceder a datos que cuantifiquen y expliquen este fenómeno, y mucho menos a políticas y programas que intenten contrarrestarlo. El medio de comunicación “Volcánicas” afirma que, aunque al viaducto de Pereira desde donde Liam David Marín Pineda intentaba lanzarse a principios de julio de 2025 acudieron agentes de la Policía y de los Bomberos, ninguna persona con formación especializada llegó para lograr impedir el suicidio del joven de 16 años. El activista transmasculino y defensor de derechos humanos, Iván Donato Castillo, explica en una columna aparecida en la página web de la Liga de Salud Trans que hablar de una ola de suicidio de personas transmasculinas es reducir el problema, pues hay otras formas en las que salud mental se erosiona: “automedicación hormonal sin acompañamiento, precariedad laboral que devora la autoestima, soledad cuando la familia rechaza, violencia cuando repetimos los mismos moldes de masculinidad tóxica que tanto daño nos hicieron”.

En el último informe publicado por la Liga de Salud Trans, “el Estado no me cuida, me cuidan mis Amigas”, el equipo investigador le apostó a trascender las barreras de acceso que el Estado le impone a las personas trans para acceder a sus derechos fundamentales, en particular aquellos relacionados con el derecho a la salud. Buscaron poner en evidencia, desde un enfoque más centrado en la agencia, el cuidado de las personas trans a partir del cual se apoyan y se acompañan para construir sus identidades y hacer frente a la violencia cotidiana.



Frente a los hechos que se han venido presentando, y a esa violencia que no cesa, en este nuevo informe nos vemos obligados a volver a hablar de barreras de acceso. Aunque estamos conscientes de que las barreras se han identificado e investigado a profundidad, consideramos necesario volver a delimitarlas con el fin de poner a disposición de las entidades del Estado, las organizaciones sociales y las personas trans una versión de dichas barreras actualizada no solamente en función de los nuevos hechos y medios de la violencia, sino también basada en las vivencias y experiencias del modelo de acompañamiento sensible para personas en transición de género creado por la Liga de Salud Trans.

Los datos cuantitativos y cualitativos en los que se basa este informe forman parte de las vivencias cotidianas que el equipo de la Liga de Salud Trans y a las personas a las que acompaña experimentan a la hora de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El seguimiento de este acompañamiento permite delimitar nuevas barreras de acceso o actualizar las ya existentes e identificadas en función de los avances jurisprudenciales y de garantía del derecho a la salud llevados a cabo por las entidades del SGSSS. Este informe se divide en tres partes. En primer lugar, se presenta información sobre las personas que han sido acompañadas en el marco del modelo de acompañamiento de la liga. Además de los datos sociodemográficos, se presentan datos sobre el acceso al SGSSS y se ofrece un análisis explicativo de las principales tendencias que se desprenden de los datos. En segundo lugar, basándose en los datos analizados en la primera parte, se ofrece un listado de barreras de acceso junto con los últimos avances jurisprudenciales y de política pública. Por último, se ofrecen una serie de recomendaciones para eliminar las barreras de acceso presentadas.





# Metodología

La construcción de este informe sobre salud y acceso a la salud trans en Colombia se fundamentó en un enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, orientado a visibilizar las barreras y obstáculos que enfrentan las personas trans en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La recopilación, análisis y sistematización de información provino de diversas fuentes, permitiendo una aproximación integral a las experiencias y desafíos de esta población.

Además, se llevó a cabo un análisis de fuentes secundarias, incluyendo leyes, resoluciones, jurisprudencia, políticas públicas, informes de organismos nacionales e internacionales, así como literatura académica y estudios previos sobre la salud trans en Colombia y en el contexto global. Este proceso permitió establecer el marco conceptual y normativo del informe, así como identificar vacíos de información en las políticas de salud existentes.

Con el fin de conocer de primera mano las experiencias de las personas trans en el acceso a los servicios de salud, se llevaron a cabo 4 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales con consultantes de la Liga de Salud Trans. Las entrevistas se realizaron a: una persona no binaria de Medellín, un hombre trans de Medellín, un hombre trans de Bogotá y un profesional de la salud (psiquiatra) de Bogotá; los grupos focales se realizaron con: Un grupo de 7 personas trans en Bogotá, y un grupo online de 8 personas trans (navegadoras de la Liga de la Salud Trans de Palmira, Medellín y Bogotá). Se priorizó una metodología participativa y sensible a las experiencias de los participantes, asegurando un espacio seguro para la expresión de sus vivencias y percepciones. Asimismo, el informe se nutrió del modelo de acompañamiento de la Liga de Salud Trans como una fuente primaria de información, incorporando la perspectiva y el rol fundamental de los navegadores en la identificación y mitigación de barreras en el acceso a la salud. Además, se realizaron derechos de petición a entidades del SGSSS con el propósito de comprender las barreras institucionales y estructurales que afectan la atención en salud de la población trans.

Luego, se revisaron y analizaron datos cuantitativos provenientes de registros administrativos del sector salud, encuestas poblacionales y bases de datos de la Liga de Salud Trans. Dada la invisibilización estadística de la población trans en los sistemas de información oficiales, se enfatizó en la sistematización de datos propios de la comunidad para generar insumos que reflejen con mayor precisión la realidad del acceso a la salud trans en Colombia, la base de datos de la Liga de Salud Trans a la fecha de realización de este informe contó con 627 registros, desagregados de la siguiente manera: 227 Hombres trans y personas transmasculinas, 287 Mujeres trans y personas transfemeninas; 97 personas no binarias y 16 personas con otras identidades de género diversas.

El proceso de recolección y análisis de información se ejecutó bajo estrictos principios éticos, garantizando la confidencialidad, el consentimiento informado y el respeto a la autodeterminación de las personas participantes. Se aseguró la participación activa de personas trans en el diseño metodológico y en la validación de hallazgos para promover un enfoque de investigación participativa y con perspectiva de derechos humanos. Los datos recolectados fueron organizados y analizados mediante categorías temáticas, permitiendo identificar patrones, barreras estructurales y experiencias recurrentes en el acceso a la salud trans. Se combinó el análisis cualitativo con el apoyo de herramientas de análisis de discurso y un análisis cuantitativo de datos estadísticos descriptivos cuando fue pertinente.

La metodología adoptada busca ofrecer un panorama riguroso y contextualizado sobre la situación de la salud trans en Colombia. De esta manera, se persigue proveer evidencia sólida para la formulación de políticas públicas y acciones encaminadas a garantizar el derecho a la salud de la población trans y no binaria en el país.









# Modelo de acompañamiento sensible para personas en transición de género de la Liga de Salud Trans

Las personas trans han desarrollado prácticas de cuidado colectivo que reducen los riesgos de la automedicación y las intervenciones artesanales con el fin de gestionar la salud de forma más segura. A partir de esa experiencia —que combina saberes vividos y evidencia científica— han creado espacios de apoyo mutuo y contribuido a la formulación de políticas públicas.

Reconociendo esa labor, la Liga de Salud Trans diseñó un modelo de acompañamiento sensible y centrado en estrategias de salud comunitaria. Este modelo está sustentado en conocimientos científicos, legales y experienciales que acompañan la resolución de dudas, el acceso a información y la toma de decisiones informadas. El modelo incorpora la figura de lxs Navegadores: personas trans y cis entrenadas y certificadas para brindar acompañamientos sensibles, facilitar aprendizajes entre pares y dialogar con espacios académicos e institucionales. Este acompañamiento ofrece herramientas para navegar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), promueve la escucha activa y fomenta el cuidado colectivo.

El enfoque de este modelo de acompañamiento es afirmativo y no patologizante. Se inspira en la teoría queer para entender el cuidado como pilar de la vida y abordar los malestares desde una mirada integral que incluye el estrés de minorías, los determinantes sociales y la potencia de los cuidados colectivos. El modelo busca garantizar el acceso a la salud en todo el país, fortalecer la exigibilidad de derechos, remover barreras y reducir los efectos de la patologización y de la psiquiatrización forzada.

La autonomía y autodeterminación guían las intervenciones en las que se basa el modelo: cada persona toma decisiones fundamentales sobre su cuerpo, bienestar y salud. Por ello, el modelo reconoce la identidad de género como una dimensión del ser humano vinculada al libre desarrollo de la personalidad y al proyecto de vida.

La Liga de Salud Trans entiende el acompañamiento sensible como un conjunto flexible de acciones centradas en la persona para brindar apoyo, información y guía antes, durante y después de los tránsitos. Estas acciones se definen con la persona acompañada de modo que respondan a sus necesidades y expectativas. Las acciones se extienden a sus redes de apoyo y equipos de salud para favorecer mecanismos de afrontamiento, navegación del SGSSS y gestión y mitigación de riesgos con el fin de garantizar un tránsito amoroso, libre de violencias y daños.

## Acciones principales del acompañamiento

- Facilitar la exploración del desarrollo de la identidad.
- Proveer información actualizada y basada en evidencia.
- Identificar prácticas de autocuidado pertinentes para el tránsito.
- Acompañar la definición de expectativas realistas y amorosas.
- Resolver dudas y contrarrestar mitos y desinformación.
- Fortalecer recursos para la toma de decisiones informadas.
- Orientar la navegación del SGSSS y de sus trámites.





- Conectar con servicios y profesionales idóneos en salud trans.
- Brindar herramientas para comprender y atender el malestar de género.

El modelo se funda en confianza, empatía y respeto por la autonomía. En la medida en que cada tránsito es único, las intervenciones que se llevan a cabo en su seno deben ser holísticas, dinámicas y proporcionales a las necesidades de cada persona que decide transitar. Aunque el modelo incluye una guía para interactuar con el SGSSS, el acompañamiento trasciende lo clínico e incorpora dimensiones sociales, ambientales y afectivas. Cabe destacar que si el tránsito de género no se lleva a cabo desde una perspectiva holística, quedaría reducido a gestionar acceso y tecnologías y perdería así su sentido integral.

El acompañamiento no reemplaza el criterio médico ni la agencia de la persona que está transitando. Acompañar no es decidir por otros ni mirar desde la condescendencia, sino más bien activar recursos propios para que la persona conduzca su proceso y tome decisiones informadas sobre alternativas terapéuticas cuando así lo elija.

Un principio ético clave ordena el rol de los Navegadores dentro del modelo de acompañamiento: no emitir juicios de valor sobre la experiencia, el cuerpo o la identidad de la persona acompañada. Su tarea es orientar y asesorar a las personas y a sus redes, y contribuir a una atención más integral y centrada en la persona. Gracias a esto, se favorece la adherencia a protocolos y procedimientos cuando corresponda.

La implementación de modelos afirmativos mejora el bienestar psicológico y fortalece la alfabetización en salud ya que facilita acceder, procesar y comprender información basada en evidencia. También permite explorar opciones, formular preguntas y participar activamente en decisiones sobre autocuidado, gestión de riesgos y atención médica. De igual modo, adoptar prácticas específicas para personas trans reduce riesgos y costos derivados de la falta de acceso oportuno a servicios de salud, reduce la discriminación y las demoras que

pueden generar complicaciones. Basándose en una perspectiva de reducción de daños, el modelo de acompañamiento contribuye a prevenir y a mitigar dichas complicaciones.

El impacto de este modelo se amplía si prestadores de servicios, aseguradoras y demás actores incorporan el acompañamiento sensible en sus rutas de atención con el fin de conectar a las personas trans con Navegadores formados y con servicios idóneos. Integrar esta figura en protocolos institucionales consolida un cuidado realmente centrado en la persona y coherente con los estándares contemporáneos de derechos y salud.









# 1. Perfil de las personas usuarias del modelo de acompañamiento de la Liga de Salud Trans

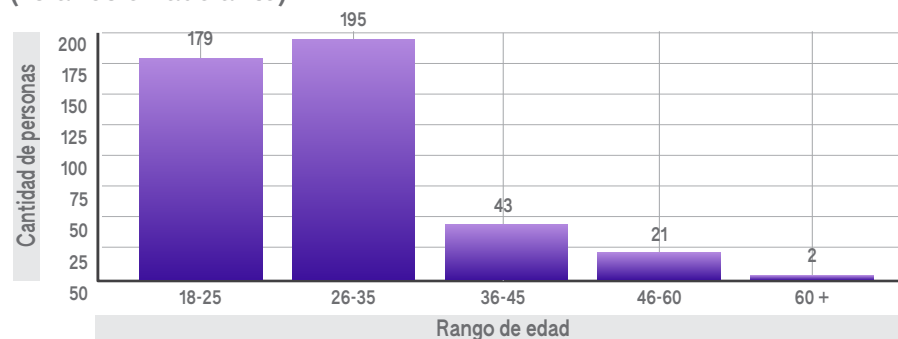
Este apartado presenta una caracterización de las personas trans y no binarias que han solicitado acompañamiento a la Liga de Salud Trans. La información aquí consignada permite identificar algunas tendencias relacionadas con sus trayectorias de vida, niveles de escolaridad, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), necesidades de atención médica, experiencias de discriminación y otras dimensiones relevantes para comprender sus contextos y desafíos. Es preciso aclarar que este perfil no busca generalizar ni representar la totalidad de la población trans y no binaria en Colombia. Por tanto, los datos reflejan realidades situadas, marcadas por el acceso diferencial a servicios, condiciones territoriales, y niveles de invisibilidad de las identidades trans y no binarias, información y agencia.

Esta caracterización no pretende reducir la experiencia trans a un conjunto de cifras. Por el contrario, pretende ofrecer elementos que permitan comprender mejor las necesidades, barreras estructurales y oportunidades de acción desde un enfoque diferencial y de derechos humanos. Asimismo, este perfil busca aportar evidencia útil (a partir de 627 acompañamientos registrados) para la mejora de los servicios de la Liga de Salud Trans y la construcción de entornos más seguros y respetuosos para todas las personas trans y no binarias del país.

## Mayores de edad

Una vez las personas trans alcanzan la mayoría de edad comienzan a enfrentarse a una serie de decisiones cruciales relacionadas con su bienestar, su salud y su proyecto de vida. Durante esa etapa se evidencia una mayor demanda de los servicios médicos de afirmación, pues está marcada por la búsqueda de independencia, el acceso a la educación superior, la entrada al mundo laboral y la posibilidad de gestionar autónomamente las decisiones relacionadas con la salud y la construcción de la identidad.

## Distribución por rango de edad (18 años en adelante)



Gráfica 1. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

Según la distribución por rangos de edad (Gráfica 1), el grupo más representado es el de 26 a 35 años (195 personas), seguido muy de cerca por el de 18 a 25 años (179 personas). Esto muestra que la mayor parte de las personas solicitantes son adultas que ya no están bajo la tutela directa de sus familias, y que comienzan a tener mayor acceso a la información sobre los procedimientos de afirmación de género, así como una mayor conciencia de su derecho a la salud y acceso a redes de apoyo entre pares.

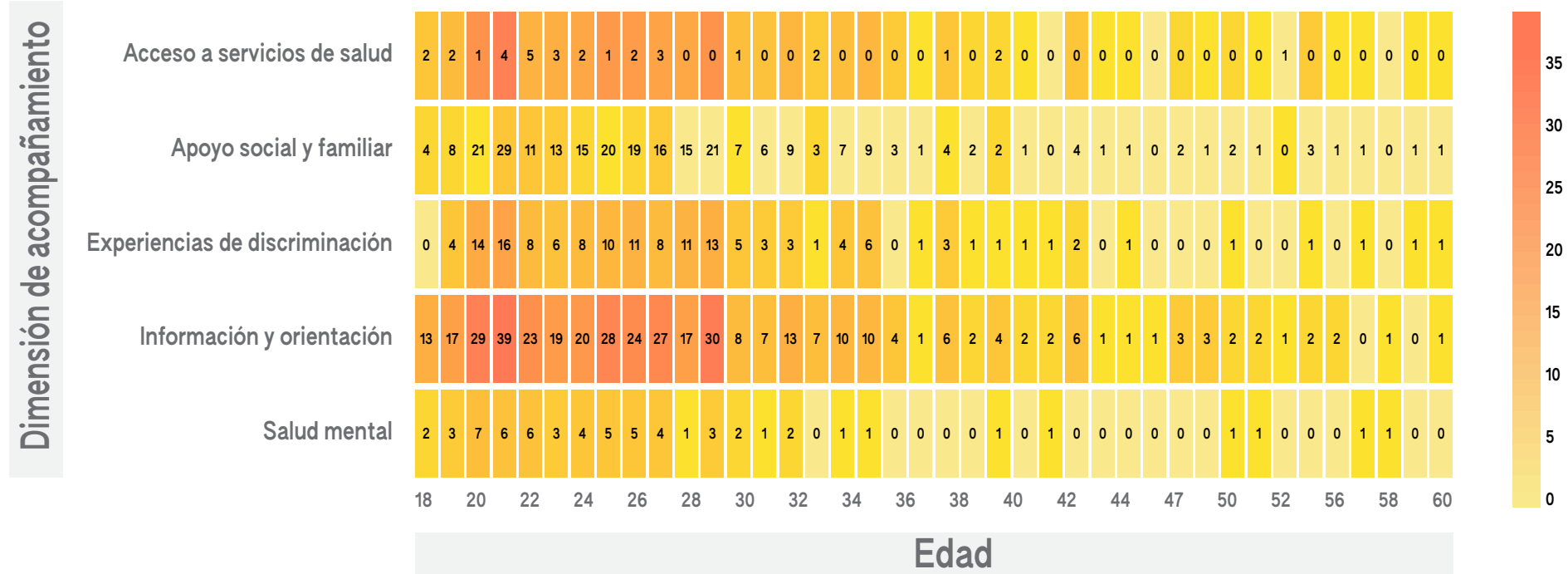


Sin embargo, este aumento en la autonomía también visibiliza una alta prevalencia de barreras en el acceso a los servicios médicos de afirmación. El mapa de calor realizado para personas mayores de 17 años (Gráfica 2) muestra una alta concentración de necesidades en las dimensiones de información y orientación, acceso a servicios de salud y discriminación, especialmente entre

los 18 y 29 años de edad. El mayor acceso a los servicios del SGSSS explica esta tendencia y pone de manifiesto las fallas del SGSSS como por ejemplo la falta de disponibilidad de los servicio, desinformación por parte del personal médico, trámites administrativos excluyentes y falta de protocolos específicos.

# Necesidades de acompañamiento por edad

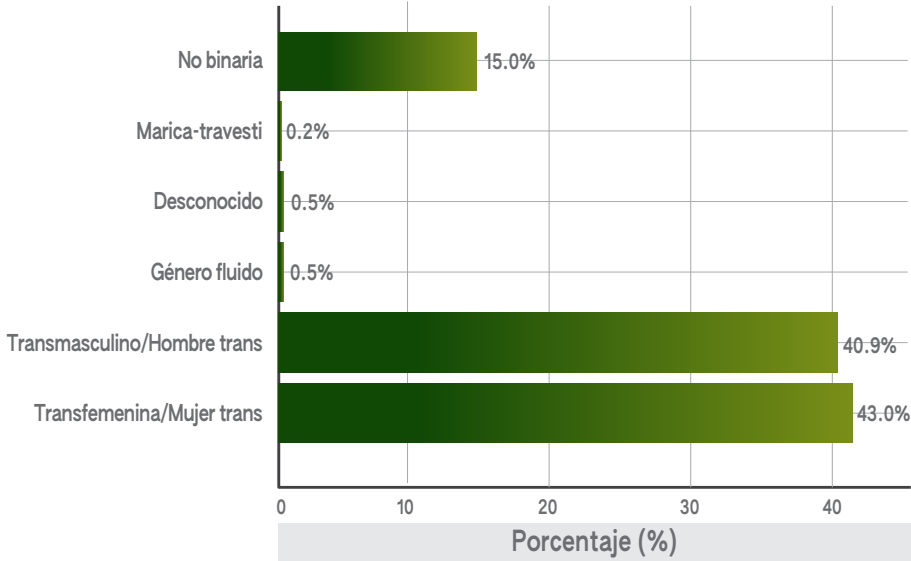
(Mayores de 17 años)



Gráfica 2. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.



# Distribución comparativa de identidades de género (18 años en adelante)



Gráfica 3. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe

Sin embargo, también es notoria la presencia de personas no binarias (Gráfica 3), tanto asignadas masculino como femenino al nacer (15%). Estas identidades, que no se ajustan al modelo binario de género, tienen una representación significativa entre los adultos jóvenes, lo cual señala una apertura creciente hacia formas diversas de nombrarse, afirmarse y vivir el género. Es posible que estas personas hayan accedido a conceptos y espacios de validación de sus identidades más recientemente, al no estar históricamente tan visibilizadas como las categorías trans binarias de mujer trans y hombre trans.

Además, algunas personas se identifican simplemente como no binarias, sin hacer referencia a su sexo asignado al nacer, lo cual sugiere que hay un sector que prefiere identificaciones más neutras o fluidas. Esto también puede implicar un mayor cuestionamiento de las categorías impuestas y un deseo de afirmarse desde lugares más personales y autónomos.

En el rango de edad de 36 a 45 años se observa una disminución significativa en el número de solicitudes de acompañamiento en comparación con los grupos más jóvenes (9.8%). Las principales razones por las que estas personas solicitan apoyo son las mismas: el acceso a información, orientación y el acceso a los servicios médicos relacionados con la afirmación de género. Esto demuestra que algunas personas pueden iniciar o retomar sus procesos de afirmación médica en etapas más adultas de la vida. También refleja que, en muchos casos, estas personas han recurrido previamente a la automedicación o a intervenciones quirúrgicas sin acompañamiento adecuado. Las consultas en el marco del modelo de acompañamiento se basan en la búsqueda de apoyo especializado para mitigar riesgos, prevenir complicaciones o tratar efectos adversos.

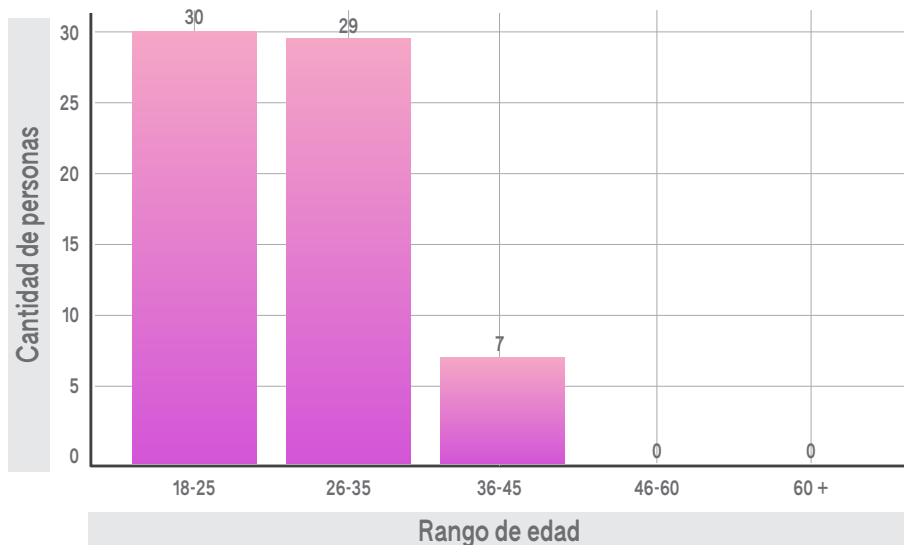
En este grupo, el acompañamiento médico no se limita a iniciar una transición, sino que también suele estar relacionado con procesos de rehabilitación, estabilización o cuidado a largo plazo. Esto destaca la importancia de contar con servicios de salud accesibles, integrales y con enfoque diferencial para personas trans adultas.

Finalmente, la baja demanda de personas mayores de 46 años (4.8%) y 60 años o más (0.5%) refleja la expectativa de vida de las personas trans, la cual se encuentra entre los 35 y 41 años de vida, evidenciando la baja tasa de vejez de la población trans (PAIIS, 2018). También refleja la exclusión histórica de estas generaciones como la persistencia de barreras estructurales y tecnológicas para acceder a los servicios relacionados con su construcción identitaria y el goce efectivo y pleno del derecho a la salud. Esto tiene como corolario la puesta en evidencia de la ausencia de estrategias específicas de acompañamiento pensadas para personas trans adultas mayores.

En cuanto a la identidad de género de las personas trans mayores de edad, se evidencia que las identidades transfemeninas/mujeres trans y transmasculinas/hombres trans son las más frecuentes entre la población adulta (Gráfica 3). Esto refleja que muchas personas fortalecen sus procesos de afirmación desde categorías más visibilizadas dentro del amplio espectro de lo trans. Esta tendencia puede estar influenciada por una mayor accesibilidad a información, redes de apoyo, o experiencias compartidas dentro de estas identidades.

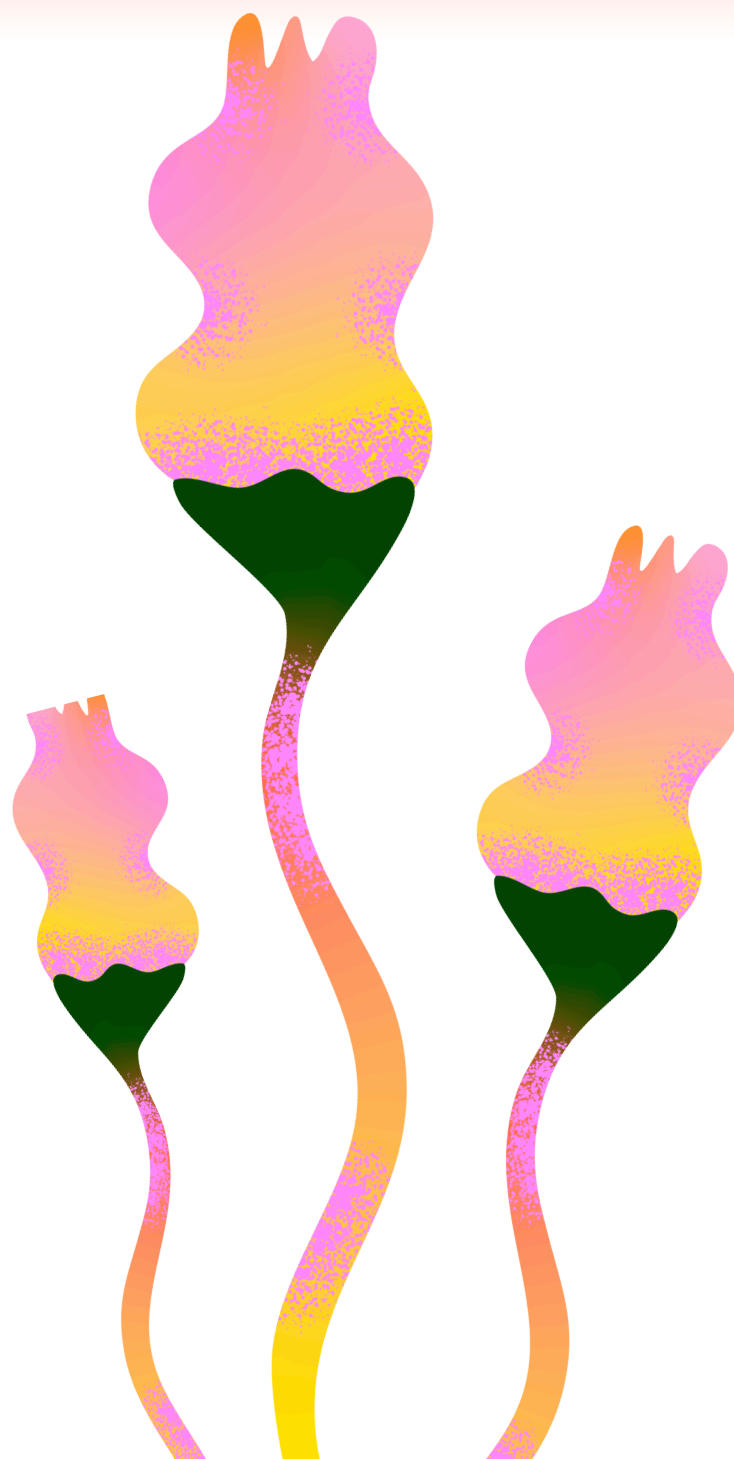
## Distribución de personas no binarias por rango de edad

(18 años en adelante)



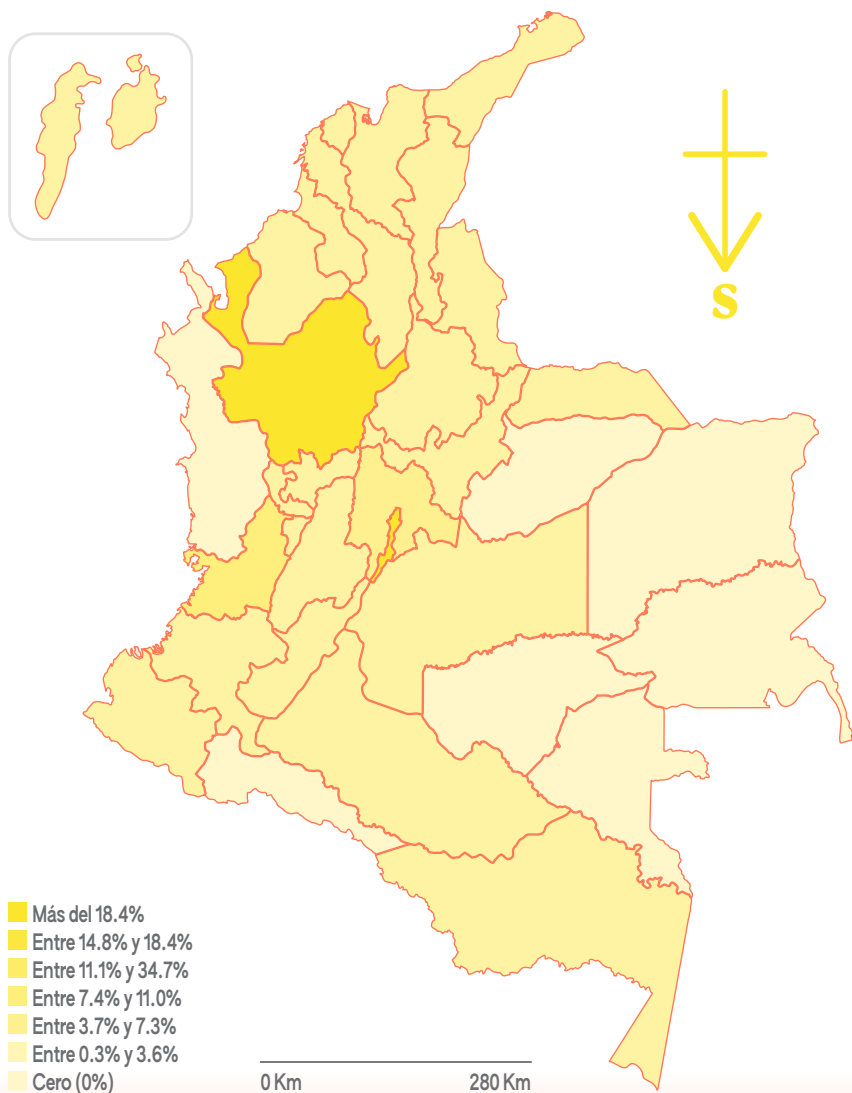
**Gráfica 4. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe**

En relación con la distribución territorial de las solicitudes de acompañamiento, en el caso de las personas transfemeninas o mujeres trans, las solicitudes están ampliamente distribuidas por el territorio, aunque con una clara concentración en Bogotá D.C. (49.5%), donde se registraron más de cien casos (Gráfica 5). Antioquia (13.2%) y Cundinamarca (9.8%) también muestran una presencia significativa, mientras que departamentos como Amazonas, Arauca y Guaviare reportan apenas una o dos solicitudes. Esta concentración en las grandes ciudades puede explicarse por la existencia de más organizaciones locales, acceso a canales digitales y a información, y una mayor visibilidad de la identidad transfemenina en comparación con otras expresiones de género.

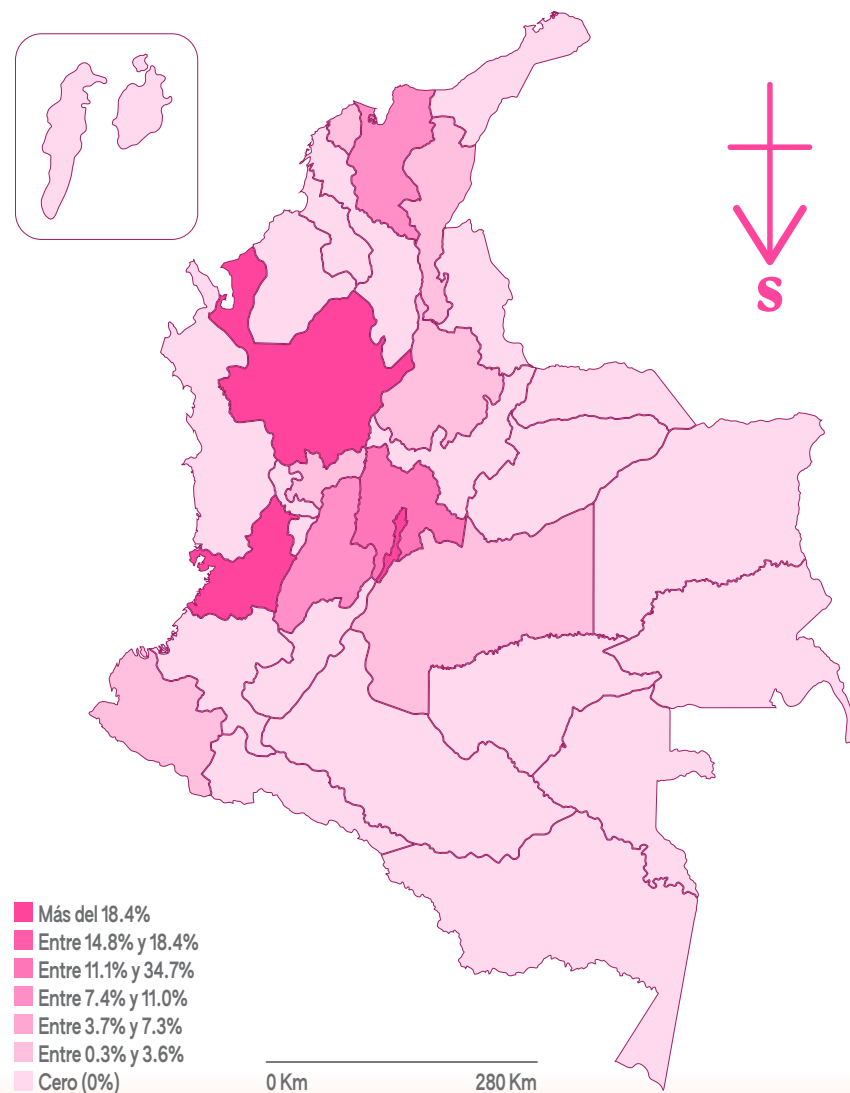




## Distribución porcentual de las **personas Trans** usuarixs



## Distribución porcentual de las **personas No Binarias** usuarixs



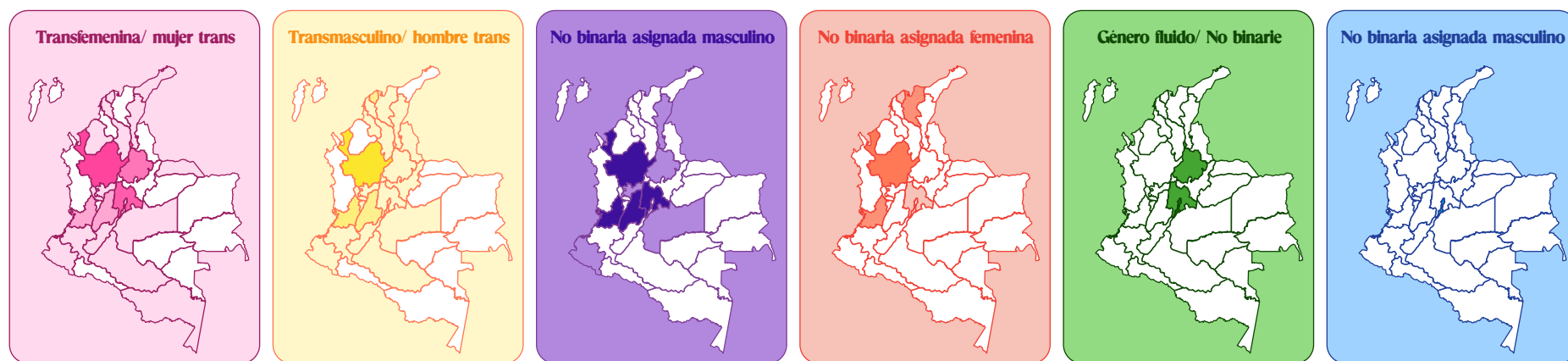
Gráfica 5. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe

Por su parte, las personas transmasculinas o hombres trans realizaron un número notable de solicitudes, con mayor incidencia en Antioquia (23.8%), Bogotá D.C. (41.3%) y Valle del Cauca (6.3%) (Gráfica 5). No obstante, en varios departamentos no se reportó ninguna solicitud por parte de hombres trans, lo que puede sugerir una menor visibilización de esta identidad en algunos territorios. Esta invisibilidad podría estar relacionada con sociedades machistas que dificultan la expresión de masculinidades trans, así como con barreras de acceso a información o redes de apoyo específicas para esta población.

Las identidades no binarias asignadas masculino al nacer (AMAN) también estuvieron presentes en los registros, con una mayor concentración en Bogotá D.C. (52.8%) y algunos casos aislados en Antioquia (8.3%) y Cundinamarca (8.3%) (Gráfica 5). Ahora bien, en la mayoría de los departamentos del país no se reportaron solicitudes por parte de personas con esta identidad. Esto podría deberse a que en muchos contextos todavía persisten barreras lingüísticas, culturales y sociales que limitan la posibilidad de nombrarse por fuera del binarismo hombre/mujer.

Algo similar ocurre con las personas no binarias asignadas femenino al nacer (AFAN) (Gráfica 5). Aunque se observaron los mayores registros en Bogotá D.C. (63.9%) y Antioquia (11.1%), llaman la atención las solicitudes de acompañamiento en departamentos como Magdalena y el Atlántico lo cual puede estar relacionado con el fortalecimiento de la presencia de las colectivas transmasculinas en la región, lo que sin duda lleva a mayor visibilidad de esta población. Sin embargo, es de resaltar que la demanda de solicitudes de acompañamiento de las personas AFAN fue nula en una gran parte del país. Esto sugiere que, aunque estas identidades comienzan a visibilizarse, aún enfrentan desafíos importantes, especialmente en regiones con estructuras patriarcales muy rígidas, en cuanto a reconocimiento social, acceso a espacios seguros y acompañamiento específico.

La identidad de género fluido tuvo muy poca representación en las solicitudes, y solo aparece en departamentos como Bogotá D.C. (50%) y Cundinamarca (50%) (Gráfica 6). Esto puede deberse a que se trata de una categoría menos conocida o menos aceptada socialmente, lo cual puede hacer que las personas que se identifican de esta manera opten por no buscar acompañamiento, o no encuentren espacios donde puedan nombrarse con comodidad y sin prejuicios.



Gráfica 6. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.









Finalmente, la categoría de otras identidades que recoge expresiones como marica, travesti u otras formas de vivir el género, también fue registrada únicamente en Bogotá D.C. (50%) y Cundinamarca (50%) (Gráfica 6). La baja representación en el resto del país puede reflejar el temor al estigma o la violencia, así como una falta de reconocimiento institucional o comunitario hacia estas formas de identidad.

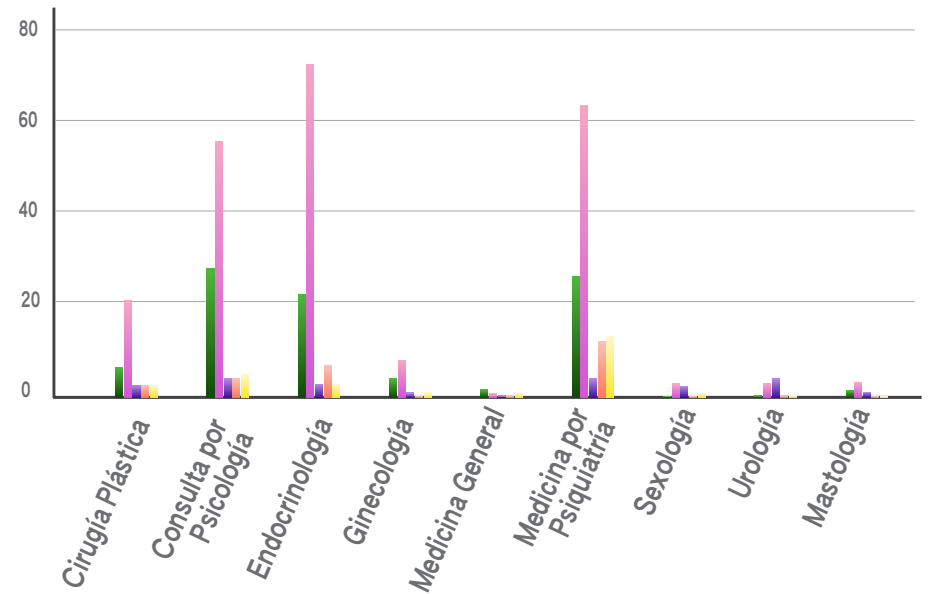
Por otro lado, personas trans reportaron haber recibido con anterioridad atención médica para la afirmación de género, al momento de solicitar acompañamiento a la Liga de Salud Trans (Gráfica 7). Es decir, se trata de un registro autorreferido de experiencias previas con el SGSSS que permite comprender qué servicios han sido más accesibles, cuáles son más demandados y dónde se concentran los antecedentes de atención especializada.

En ese sentido, Bogotá D.C. se destaca como el territorio con mayor número de personas que reportan haber recibido atenciones médicas especializadas antes de acercarse a la Liga de Salud Trans. La ciudad concentra la mayoría de registros en consultas por endocrinología (72 personas), psicología (63), psiquiatría (55) y también en medicina general (44). Esto sugiere una mayor disponibilidad y acceso a los servicios, aunque no necesariamente de manera integral o sin barreras, a través del SGSSS para iniciar o continuar los procesos de afirmación de género.

Antioquia también sobresale en el número de datos, aunque con cifras más moderadas, especialmente en psiquiatría (28), psicología (26) y endocrinología (22). Esta tendencia indica que una proporción importante de personas en el departamento ha accedido a servicios relacionados con la salud mental y el manejo hormonal, dos especialidades que hacen parte del manejo integral de los procesos de afirmación.

## 5 lugares con mayores atenciones previas

● Antioquia ● Bogotá D.C. ● Caldas ● Cundinamarca ● Valle del Cauca



Gráfica 7. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

El grupo con mayor historial de atención médica previa es el de 18 a 25 años, que se destaca con registros elevados en endocrinología (50 personas), psicología (80), psiquiatría (45) y medicina general (65) (Gráfica 9). Esto sugiere que la mayoría de personas trans que acceden a servicios médicos especializados lo hacen en la etapa inicial de la adultez, cuando comienzan procesos de afirmación o tienen mayor autonomía para buscar atención.

Le sigue el grupo de 26 a 35 años, que también presenta cifras relevantes: 60 personas accedieron a endocrinología, 49 a psiquiatría, y 50 a psicología, reflejando una continuidad en el acceso a servicios esenciales durante la adultez joven.

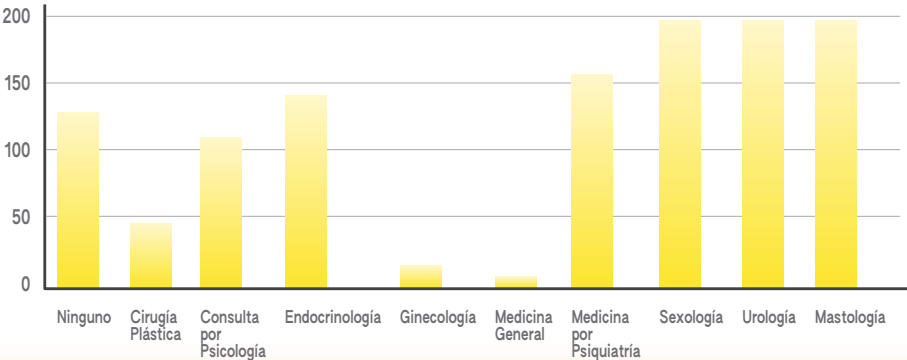


Otros departamentos como Cundinamarca, Caldas, Valle del Cauca, Atlántico y Bolívar presentan registros de atención previos, aunque de forma mucho más fragmentada y con menor alcance, lo que podría evidenciar barreras de disponibilidad, calidad o acompañamiento en los servicios existentes.

En contraste, territorios como Amazonas, Arauca, Guaviare y Boyacá muestran cifras mínimas o nulas en casi todos los tipos de atención. Esto puede interpretarse como una combinación de invisibilidad social, conflicto armado, debilidad institucional y precariedad en la oferta de servicios especializados para personas trans, lo cual limita significativamente la posibilidad de acceder a una atención digna y segura.

Es crucial señalar que las atenciones más comunes son aquellas relacionadas con la salud mental y hormonal, mientras que servicios como cirugía plástica, ginecología, urología u otorrinolaringología apenas se reportan (Gráfica 8). Esto sugiere que, aunque algunas personas trans han logrado iniciar su tránsito médico, aún existen importantes barreras para acceder a procedimientos quirúrgicos y a especialidades médicas, tanto por razones de abordaje patologizante, falta de disponibilidad de profesionales idóneos y prejuicios institucionales.

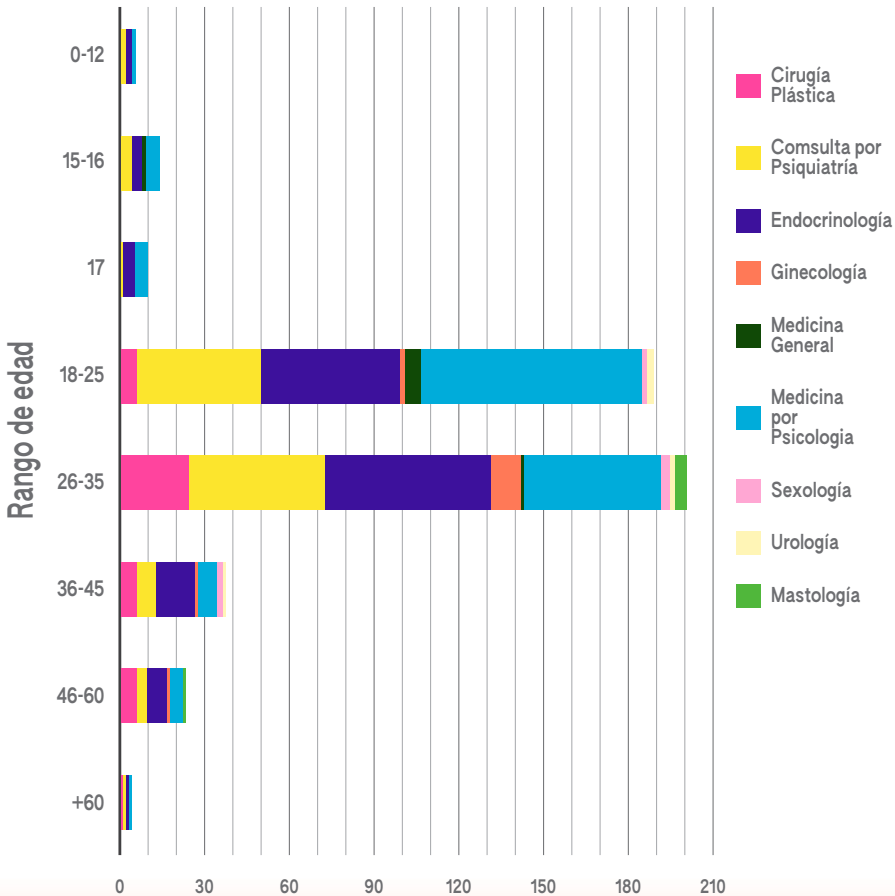
## Total atenciones previas



Gráfica 8. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

En contraste, los grupos de edad de 36 a 45 años y 46 a 60 años presentan cifras mucho más bajas. Aunque hay algunas personas que han accedido a psicología, endocrinología y psiquiatría, los números son notablemente inferiores, lo cual puede evidenciar mayores barreras históricas, desinformación o una menor visibilidad de las rutas de atención en años anteriores.

## Atenciones médicas previas por rango de edad



Gráfica 9. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.



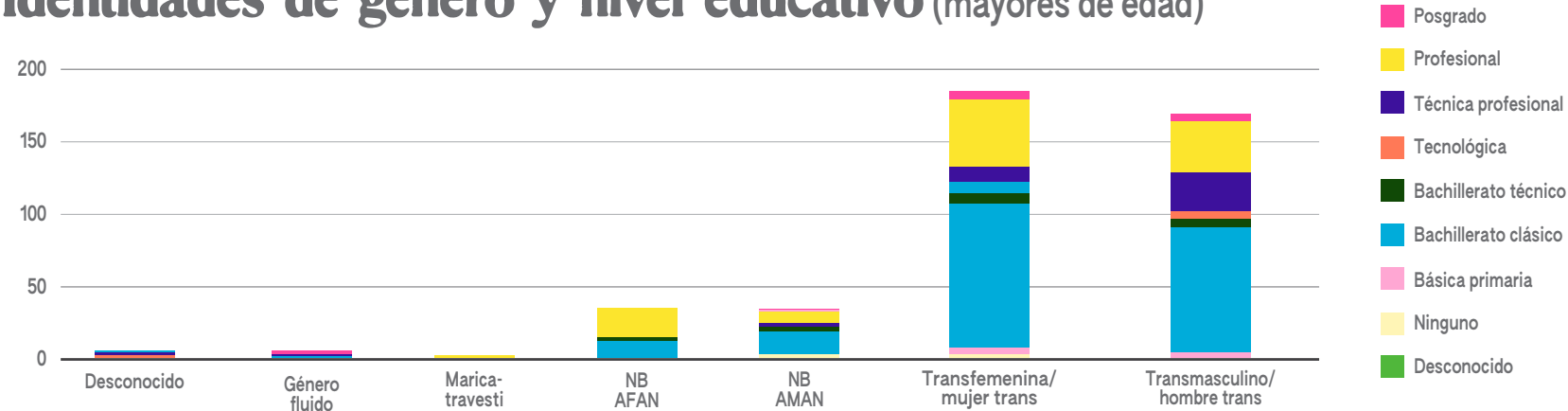
En cuanto al nivel educativo, los datos muestran que entre las personas trans y no binarias que solicitaron acompañamiento a la Liga de Salud Trans, la escolaridad alcanzada varía notablemente según la identidad de género (Gráfica 10). La mayoría de quienes se identifican como persona no binaria asignada femenino al nacer reportan haber completado niveles medios y superiores. Este grupo destaca con 20 personas que alcanzaron nivel profesional, 12 con bachillerato académico, y 2 con formación técnica, lo que refleja un alto nivel educativo en comparación con otras identidades reportadas.

En contraste, identidades como género fluido, no binarie y marica-travesti tienen muy pocos registros, lo que puede estar vinculado a una menor representación

en la base de datos o a procesos de invisibilización que impiden el acceso sostenido al sistema educativo. Aun así, se reporta un caso de formación técnica y otro de nivel profesional en estos grupos, lo que indica trayectorias educativas diversas pero menos frecuentes.

Por otro lado, las personas con identidad registrada como desconocida presentan niveles de escolaridad bajos o medios, lo que podría sugerir barreras en el acceso educativo o falta de seguimiento institucional sobre esta variable. También es posible que haya limitaciones en el registro de información precisa durante la solicitud de acompañamiento.

### Identidades de género y nivel educativo (mayores de edad)



Gráfica 10. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

Aunque hay personas trans y no binarias con niveles educativos superiores (profesional, especialización o maestría), las categorías de educación básica, secundaria y media técnica siguen siendo comunes (Gráfica 10). Esto podría reflejar los efectos de la exclusión estructural, el acoso escolar, la expulsión familiar y otras violencias que interfieren con la continuidad educativa de muchas personas trans.

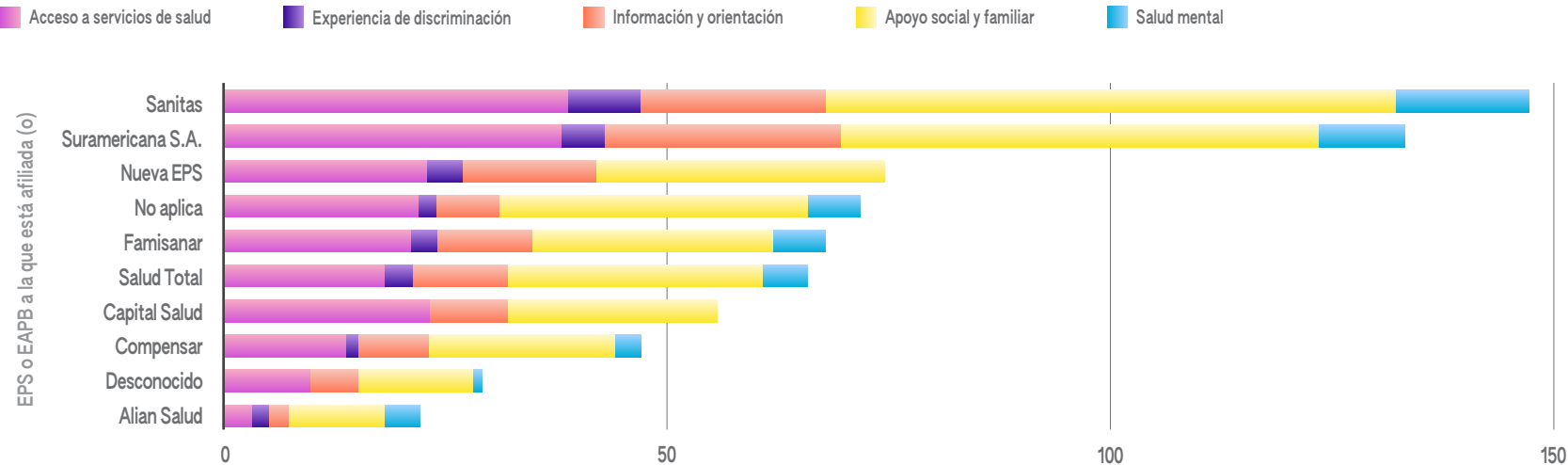
Si bien existe un grupo importante de personas trans con acceso a la educación superior, los datos muestran que existen desigualdades significativas que se manifiestan en distintos niveles de escolaridad según la identidad de género.



Entre las EPS más mencionadas en la base de datos, EPS Sanitas es la que concentra el mayor número de personas solicitantes, y también la que registra el mayor número de casos relacionados con barreras de acceso a servicios de salud (40 casos), experiencias de discriminación (20 casos), necesidad de información y orientación (69 casos) y acompañamiento en salud mental (15 casos) (Gráfica 11). Esto podría deberse a su amplia cobertura, pero también a una gestión deficiente en cuanto al trato oportuna y afirmativo hacia personas trans, lo que lleva a más personas afiliadas a buscar apoyo externo.

Capital Salud EPS-S S.A.S. también muestra una alta concentración de barreras: 23 casos de dificultad en el acceso a servicios y 24 casos relacionados con falta de información y orientación. Además, se registran 9 experiencias de discriminación. A pesar de tener un menor número total de personas afiliadas, sus indicadores son comparativamente altos, lo que sugiere una importante brecha en la garantía efectiva del derecho a la salud.

**Solicitudes de servicios a la Liga de Salud Trans según afiliación a EPS con mayor número de afiliados (mayores de edad)**



**Gráfica 11. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.**

Famisanar y Compensar presentan un número intermedio de casos. Famisanar aparece con 21 reportes de barreras en el acceso a servicios y 27 sobre desinformación, además de 6 reportes relacionados con salud mental. Compensar, por su parte, tiene 15 casos en acceso de salud, 22 en orientación y 3 relacionados con salud mental. Ambos casos apuntan una necesidad de fortalecer las rutas internas para personas trans, especialmente en la dimensión informativa y emocional.

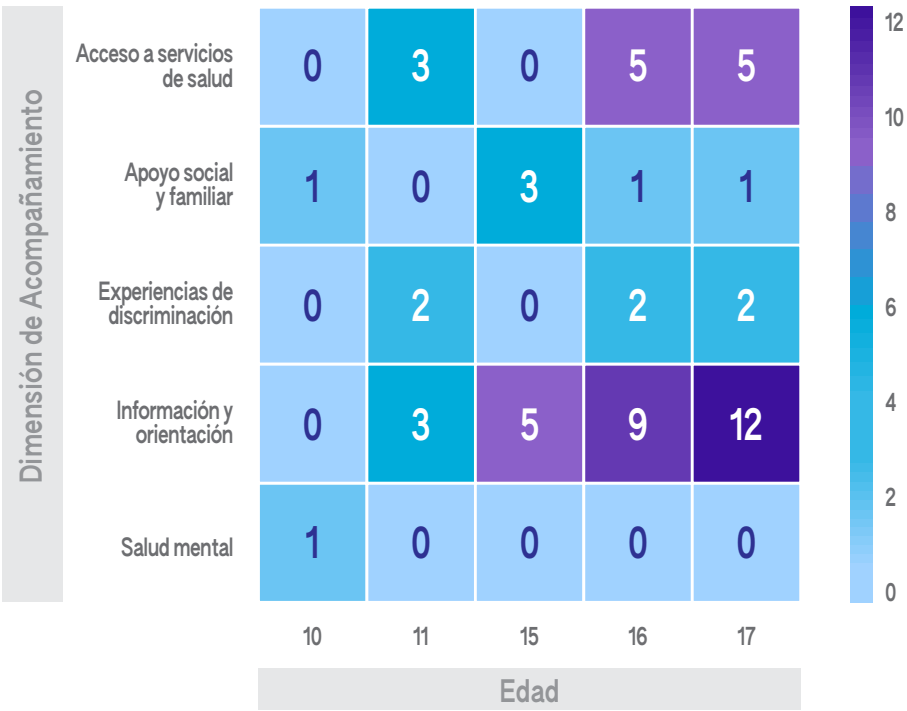
Un caso llamativo es el grupo categorizado como “Desconocido”, es decir, personas que no registraron una EPS específica o lo desconocían al momento de diligenciar el formulario. Aun así, reportan barreras en todas las dimensiones, lo cual puede estar asociado a situaciones de exclusión del sistema de salud o de dificultades administrativas para la afiliación y el uso del servicio.



## Menores de edad

Las personas trans menores de edad también tienen una presencia significativa con el 6,6% de las solicitudes, donde la mayor concentración se encuentra en adolescentes que se acercan a la mayoría de edad, entre 15 y 17 años, quienes también presentan solicitudes en casi todas las dimensiones (Gráfica 12). No obstante, 93.5% de los menores de edad solicitaron apoyo en información y orientación sobre los procesos de afirmación de género, derechos, rutas de salud y servicios disponibles.

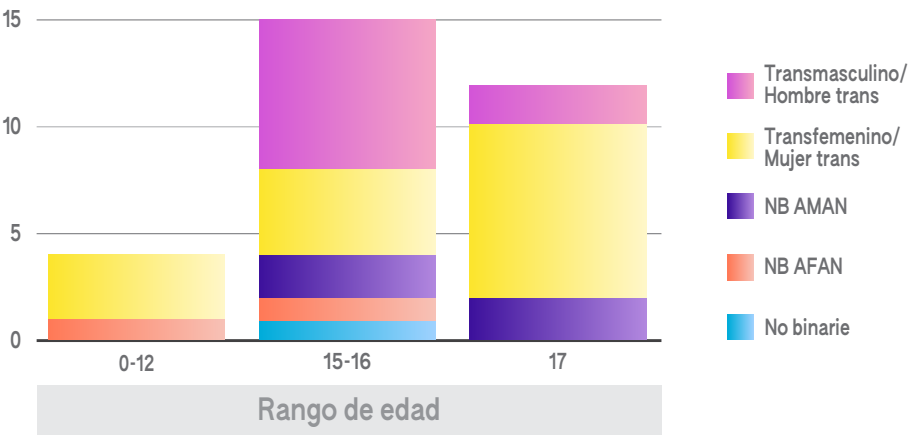
Necesidades de acompañamiento por edad (menores de 18)



Gráfica 12. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

En lo que se refiere a la identidad de género de las personas menores de edad, el 48,4% se identifica como transfemenina/mujer trans (15 personas), seguido por un 29% que se identifican como transmasculino/hombre trans (9 personas) (Gráfica 13). También se reportan personas no binarias, tanto asignadas masculino al nacer (12,9%) como femenino (6,5%), y un caso (3,2%) registrado como no binario solamente. Esta diversidad evidencia un proceso temprano de exploración y afirmación de la identidad de género en la adolescencia y niñez, así como una mayor apertura a identidades no binarias en contraste con edades más adultas.

Identidades de género por rango de edad (menores de edad)



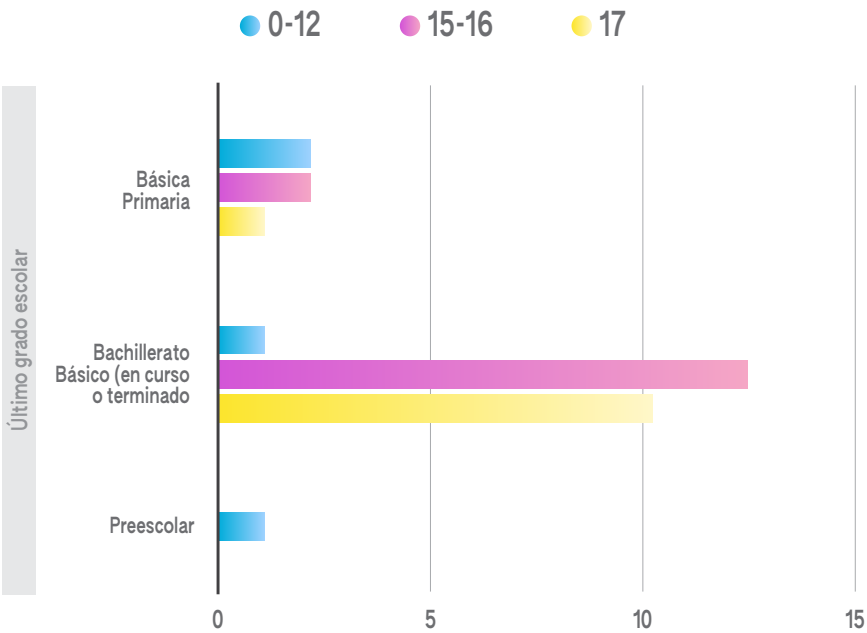
Gráfica 13. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

En cuanto a la escolaridad, el 80,6% de las personas trans menores de edad se encuentran cursando la secundaria, mientras que el 16,1% están en básica primaria (Gráfica 14). Estas cifras muestran una alta permanencia en el sistema educativo, lo cual es positivo, aunque el hecho de haber buscado acompañamiento también sugiere posibles riesgos de exclusión escolar asociados a discriminación, bullying o falta de reconocimiento de sus identidades en espacios educativos.





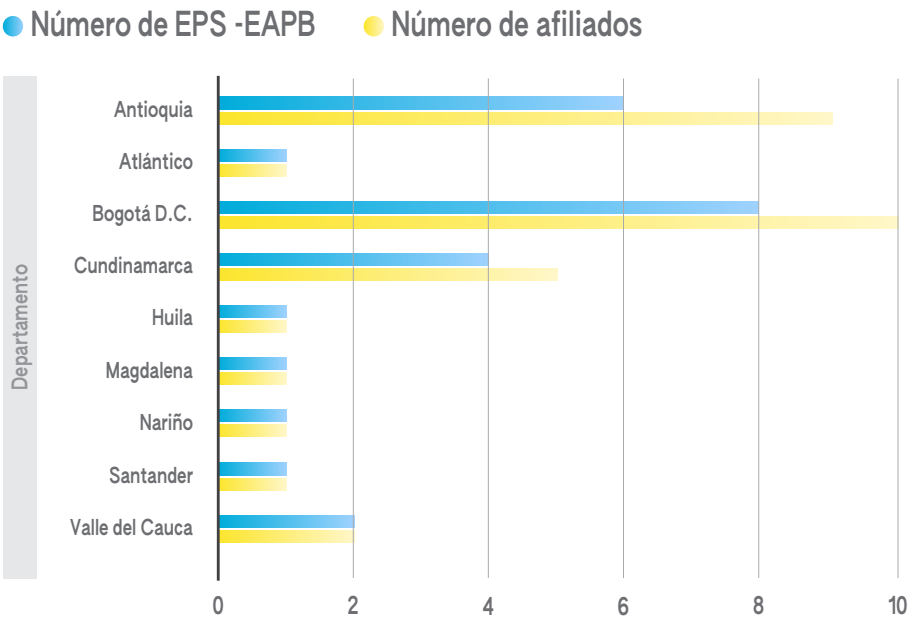
### Nivel escolaridad de menores de edad que han solicitado acompañamiento de la Liga de Salud Trans



Gráfica 14. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

En cuanto a las EPS a las que se encuentran afiliados los menores de edad que solicitaron los servicios de la Liga se destacan Sanitas, seguida de Sura, Emssanar y Savia Salud y Coosalud, en departamentos como Antioquia (29%), Bogotá D.C. (32.3%), Cundinamarca (16.1%) y Valle del Cauca (6.5%) (Gráfica 15). Es importante señalar que aunque la mayoría cuenta con alguna cobertura en salud, no necesariamente se traducen en acceso efectivo a servicios especializados, como lo demuestra las pocas atenciones médicas previas especializadas reportadas por los menores de edad.

### Nivel escolaridad de menores de edad que han solicitado acompañamiento de la Liga de Salud Trans



Gráfica 15. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

Solo 10 personas (32%) han accedido previamente a endocrinología, mientras que 11 (35,5%) han recibido atención psicológica y 7 (22,6%) accedieron a psiquiatría. Estas cifras, aunque muestran ciertos accesos, principalmente a salud mental, siguen siendo bajas considerando las necesidades de acompañamiento integral que las juventudes trans expresan al momento de solicitar apoyo y más aún, en edades avanzadas de la adolescencia. Este bajo nivel de atención especializada refleja las barreras institucionales, normativas y sociales que aún enfrentan los menores de edad para iniciar procesos de transición o de cuidado en salud, y señala una clara necesidad de fortalecer rutas accesibles, seguras y libres de discriminación.







## 2. Barreras de acceso a los servicios de afirmaciones de género

Este informe define como barrera todo obstáculo que impide, retrasa o distorsiona el acceso efectivo a los procedimientos y/o tratamientos de afirmación de género. Desde el derecho a la salud, se configura una barrera cuando se vulnera alguno de los componentes AAAQ<sup>1</sup>: disponibilidad (no hay servicios o profesionales idóneos), accesibilidad (esperas, costos o autorizaciones que exceden estándares), aceptabilidad (exigencias patologizantes o trato discriminatorio) o calidad (carencia de rutas, protocolos desactualizados o decisiones sin sustento clínico). En términos prácticos, existe una barrera cuando, pese a cumplir requisitos, una persona no puede iniciar/continuar TAH por falta de cupos; cuando la autorización o la cita superan plazos; cuando se exige un “concepto” psiquiátrico sin indicación clínica para avanzar; cuando la farmacia no dispensa oportunamente los medicamentos; o cuando el trato lesiona la dignidad y disuade del uso del servicio.

Sobre esta base, se diseñó una matriz conceptual para ordenar, comparar y priorizar las barreras, integrando tres fuentes complementarias: (i) el análisis documental y normativo (protocolos, resoluciones, guías y jurisprudencia); (ii) la experiencia operativa del modelo de acompañamiento (navegación de casos, bitácoras y aprendizajes de campo); y (iii) las solicitudes de lxs usuarixs registradas en el formulario de solicitud de acompañamiento que anclan la

<sup>1</sup>AAAQ es un marco de derechos humanos que define cuatro elementos esenciales del derecho a la salud: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad. Nace de la Observación General N. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y hoy es usado por la OMS para evaluar si los servicios de salud cumplen estándares mínimos.

clasificación conceptual a la demanda real (categorías declaradas y motivos en texto libre). Este cruce asegura que la clasificación sea trazable a necesidades y barreras reportadas por quienes usan el sistema.

Cada barrera se codificó con campos estandarizados que facilitan el análisis y la acción: dimensión (normativo-política, organizativo-operativa, clínico-asistencial, información-comunicación, relacional-cultural, financiera), actor del SGSSS (EAPB/EPS, IPS, talento humano, farmacia/dispensación, entes territoriales, autoridades nacionales), fase de la ruta (ingreso/orientación; salud mental cuando hay indicación; TAH/endocrinología; autorizaciones y agenda; cirugías; farmacia; trámites civiles; seguimiento), además de variable/unidad (definición observable), técnica/fuente (documento, solicitud, registro) y, cuando aplica, probabilidad/impacto y componente del derecho a la salud comprometido. El resultado es un mapa operativo que vincula cada barrera con responsables y puntos concretos de intervención y monitoreo, permitiendo definir indicadores y correctivos verificables.

### 2.1. La Patologización como barrera de acceso a la atención afirmativa

Antes de la consolidación del conocimiento médico alrededor de la transexualidad en occidente, las personas con una identidad y una expresión de género no normativa eran criminalizadas. Por ejemplo, en países como Estados Unidos, las llamadas “cross-dressing laws” prohibían que las personas usaran prendas que no correspondieran con su sexo asignado al nacer. Estas leyes fueron ampliamente utilizadas desde finales del siglo XIX hasta los años ochenta del siglo XX (Sears, 2001). Por su parte, en el Reino Unido, la Ley de Delitos contra la Persona de 1861 y normativas posteriores fueron aplicadas de forma extensiva contra personas con expresión de género no normativa. En Brasil, hasta finales del siglo XX las personas trans eran detenidas arbitrariamente por “vadiagem” (vagancia), una figura legal utilizada ampliamente para perseguir a trabajadoras sexuales trans (Vianna & Carrara, 2007). Por su parte, en



Argentina, la represión policial se amparaba en los edictos contravencionales, que penalizaban la alteración del orden o la moral pública, y que afectaban especialmente a mujeres trans (Traversa & Pecheny, 2013). En Colombia, por ejemplo, antes de la Constitución de 1991, existían normas y prácticas que criminalizaban indirectamente o negaban el reconocimiento legal a las personas trans. El Decreto 1260 de 1970 establecía el nombre como un dato inmodificable sujeto a ser solamente corregido: “[...] *por sentencia judicial que así lo ordene, salvo en casos de errores mecanográficos u ortográficos.*” (art. 94). De igual modo, el Código Penal de 1936, en su artículo 323, penalizaba el “acceso carnal homosexual”. Este artículo sirvió como base para la vigilancia y castigo de comportamientos sexuales y de identidades de género que se alejaban de la norma heterosexual y cisgénero. Por su parte, el Código Nacional de Policía (1890) contemplaba sanciones para quien cambiara sus ropas por las del sexo contrario con el objetivo de engañar, configurando un delito contra la moral pública y el orden social. Estas disposiciones eran complementadas por figuras genéricas como “escándalo en la vía pública” o “vagancia”, que se aplicaban discrecionalmente para detener a personas que vestían prendas que no fueran del género asociado al sexo asignado al nacer. Estas herramientas legales y administrativas configuraron un régimen de control social que antecede al enfoque clínico posterior (Viveros, 2017; Mora-Gámez & Perdomo, 2022).

El ingreso de la transexualidad en 1975 como diagnóstico médico en la *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-9)*<sup>2</sup>, y posteriormente en 1980 en el DSM-III, marcó un cambio crucial en su abordaje. Esta inclusión hizo que el enfoque criminal para referirse a la identidad de género hasta ahora utilizado pasara a ser concebido bajo la esfera médica<sup>3</sup>. Su incorporación a estos manuales diagnósticos abrió debates sobre las opciones terapéuticas más adecuadas y los criterios para regular el acceso a los tratamientos, normalmente bajo un ángulo patologizante. Con el tiempo, estas discusiones se zanjaron a favor de la psiquiatría y se le otorgó así un rol central a esta disciplina en el diagnóstico y

comprensión de la transexualidad. Esto permitió la caracterización de una serie de “trastornos” vinculados con aspectos psicológicos y de la identidad sexual. A partir de ese momento, la psiquiatrización forzada comenzó a ser parte del tratamiento médico de la transexualidad.

Vale la pena mencionar que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) fue creada en 1893 y se denominó la “Lista Internacional de Causas de Muerte”. Desde 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), como agencia especializada de las Naciones Unidas, asumió su revisión y difusión global. La clasificación inició con la sexta versión (CIE-6) que amplió su alcance para incluir también enfermedades además de las ya identificadas causas de muerte. Desde entonces, la CIE se ha consolidado como el principal instrumento internacional para la recolección, clasificación y análisis de datos de salud. Ha jugado un papel clave en la planificación de servicios médicos, la vigilancia epidemiológica, la investigación y la financiación en salud a nivel mundial. Colombia ha integrado progresivamente este manual en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su uso se formalizó con la Ley 100 de 1993, que introdujo el CIE-9 como estándar diagnóstico. Posteriormente, Colombia adoptó el CIE-10 mediante la Resolución 1895 de 2001. Actualmente, el país avanza hacia la implementación del CIE-11 que ha sido oficializada mediante la Resolución 1442 de 2024.

En este contexto, la CIE es el eje central del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) que es la plataforma oficial del Ministerio de Salud y Protección Social encargada de recopilar, procesar y analizar la información relacionada con la salud, la protección social y la seguridad social en Colombia.

<sup>3</sup> La patologización trans se refiere al proceso de identificar la identidad de género de las personas trans como una enfermedad o desorden mental, simplemente por el hecho de existir. Este abordaje las categoriza como “anormales” o “trastornadas”, imponiendo una lógica de control médico y mental sobre la identidad de género. En diversos contextos institucionales y científicos, esta construcción refuerza mecanismos de estigmatización: obliga a diagnósticos psiquiátricos obligatorios, condiciona el acceso a tratamientos de afirmación de género (como hormonización o cirugía), y legitima prácticas coercitivas como “terapias” de conversión o requisitos clínicos excesivos (“gatekeeping”). Además, alimenta un discurso cisnormativo donde solo se considera “trans verdaderamente legítimo” a quien experimenta disforia y se somete a intervenciones médicas.

<sup>2</sup> Se ubicó en el capítulo correspondiente a los “Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos”, específicamente en la sección de “Desviaciones y trastornos sexuales”.



El SISPRO tiene como función principal apoyar la toma de decisiones en salud pública, facilitar la planeación sectorial, monitorear el estado de salud de la población y supervisar el uso de recursos en el SGSSS. Este sistema integra datos provenientes de EPS, IPS, hospitales y otras entidades del sector, utilizando la CIE como herramienta estandarizada para la codificación de diagnósticos, causas de atención, mortalidad y procedimientos médicos. Actualmente, opera mayoritariamente con el CIE-10, pero ya se encuentra en proceso de transición hacia el CIE-11 en línea con la normativa vigente. Esta articulación entre la CIE y el SISPRO permite garantizar la consistencia y calidad de los datos y fortalece la vigilancia en salud pública, la investigación científica, la formulación de políticas públicas y la adecuada asignación de recursos en Colombia.

La inclusión de la CIE ha sido determinante para que los sistemas de salud reconozcan enfermedades y procedimientos como sujetos de cobertura estatal. Desde la sexta revisión en 1948, la CIE se consolidó como el estándar internacional para la codificación de diagnósticos, facilitando su incorporación en los catálogos nacionales de enfermedades cubiertas por los sistemas de salud. Este mecanismo ha permitido estructurar seguros públicos y definir qué diagnósticos son financiables, siendo clave para la expansión de la cobertura universal (World Health Organization, 2022). En Colombia, la formalización por medio de la Ley 100 de 1993 permitió vincular los diagnósticos codificados en la CIE al Plan Obligatorio de Salud, hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS). Desde entonces, los diagnósticos registrados mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) son la base para definir el acceso a medicamentos, procedimientos y tecnologías financiadas con recursos públicos. Esto ha permitido fortalecer la cobertura efectiva, la sostenibilidad financiera y la equidad en el sistema. Diversos estudios han documentado esta articulación entre la CIE, la financiación pública y la cobertura como una estrategia eficaz para avanzar hacia sistemas de salud universales, inclusivos y basados en evidencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Mateus et al., 2023). De esta manera, el acceso a tratamientos de afirmación de género a través del SGSSS ha sido posible gracias a la incorporación del diagnóstico F64 – Trastornos de la identidad de género, establecido en la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-10). Al estar codificado oficialmente, este diagnóstico permite la financiación de tratamientos hormonales y quirúrgicos relacionados con la afirmación de género a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS). Según los lineamientos del Ministerio de Salud, dichos servicios deben ser reportados por las instituciones prestadoras mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), utilizando los códigos correspondientes de la CIE-10. En este marco, diagnósticos como el F64.0 – Transexualismo han operado como mecanismo institucional para garantizar el derecho de las personas trans a los procedimientos médicos afirmativos y han visibilizado la atención dentro del sistema de aseguramiento en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

No obstante, a pesar de considerarse un avance en relación al abordaje punitivista, el diagnóstico de *“trastorno de la identidad de género”* ha sido objeto de amplias críticas por su carácter patologizante y por generar la obligatoriedad de la evaluación psiquiátrica para el acceso a tratamientos médicos afirmativos y cambios en los documentos de identidad. En respuesta a estas críticas, y gracias a la presión sostenida de organizaciones y movimientos sociales como el Movimiento Internacional Stop Trans Pathologization (STP) —activo desde 2007—, la décima primera revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-11- introdujo un cambio fundamental: la eliminación del enfoque psiquiátrico y la reclasificación del diagnóstico bajo el nuevo capítulo de *“condiciones relacionadas con la salud sexual”*, utilizando el término *“incongruencia de género”*. Este movimiento internacional fue determinante en posicionar la demanda de despatologización en la agenda de la OMS, promoviendo un enfoque basado en derechos humanos, consentimiento informado y reconocimiento de la autonomía corporal. Esta modificación normativa busca eliminar el estigma médico sin comprometer el acceso a los servicios de afirmación de género, asegurando su financiación pública y consolidando un modelo de atención más respetuoso de la diversidad de género y alineado con los estándares internacionales de salud sexual y derechos humanos.

### 2.1.1. ¿Cómo va Colombia en el camino hacia la despatologización?

Una de las situaciones más recurrentes identificadas por el modelo de acompañamiento de la Liga de Salud Trans —y también una conversación común entre personas trans en distintos espacios— es la exigencia de una validación psiquiátrica como condición previa para acceder a tratamientos médicos de afirmación de género. En la práctica, muchas personas trans reportan que, al consultar inicialmente por medicina general, son derivadas directamente a psiquiatría o psicología antes de poder acceder a especialidades como endocrinología o cirugía. Esta ruta responde a la persistente creencia institucional de que es él o la psiquiatra quien tiene la competencia exclusiva para emitir un diagnóstico de “disforia de género”, erróneamente entendido como requisito clínico indispensable por tratarse, según esa lógica, de un supuesto trastorno mental.

Este requisito no solo retrasa el acceso oportuno a los servicios médicos afirmativos, sino que refuerza un enfoque patologizante y tutelar. De hecho, pone en el centro la vivencia de género bajo la evaluación y autorización de profesionales de salud mental. Lejos de constituir un acompañamiento voluntario, como lo explica una de nuestras personas entrevistadas, la consulta psiquiátrica se convierte en un requisito impuesto para legitimar el tránsito por el sistema.

*“Fui al endocrino y me dijo que no me podía dar hormonas hasta que pasara por psiquiatría. El psiquiatra me dijo: ‘Si yo te doy la orden, es como decir que estás loco, y tú no estás loco’. Me dio una carta afirmando que tenía todas las capacidades mentales para decidir sobre mi cuerpo.” (Grupo Focal 2, Bogotá)*

Estos relatos son consistentes con la *Cartilla de Disforia de Género (2022)* del Hospital San José donde se fija como primer paso “establecer un diagnóstico claro y para ello es necesaria la evaluación por parte de psiquiatría con experiencia en el área.” Esta institución formaliza un enfoque clínico en el que la psiquiatría

se constituye como puerta de entrada obligatoria a los servicios de salud trans-específicos.

En conjunto, las experiencias de las personas trans y los lineamientos de algunas clínicas y/o programas de género evidencian una brecha crítica entre el enfoque de despatologización adoptado en la CIE-11 y las prácticas vigentes en el SGSSS. El impacto de estas exigencias trasciende lo administrativo: generan revictimización, retrasos en el tratamiento y reproducen la idea de que las identidades trans deben ser evaluadas y autorizadas para ser válidas.

*“No he vuelto a sacar la cita porque me da miedo otra revictimización. Te hacen sentir que, si no encajas en un molde binario, entonces no tienes derecho a ser atendido.” (Entrevista 2, persona no binaria, Medellín)*

Esta persistencia del modelo tutelar, aún en instituciones que se presentan como especializadas, demuestra que la psiquiatrización no es solo una práctica médica, sino un dispositivo de control institucional que tensiona el derecho a la salud con la autodeterminación de género.

Por su parte, entre 2015 y 2023, las cifras del SISPRO muestran que la ruta de atención para la afirmación de género se reconfigura de manera sostenida (Gráfica 16). En 2016, sobre el total de atenciones, psicología concentraba 7,48%, endocrinología 2,37% y psiquiatría 1,55%; dentro del subconjunto de estas tres áreas, la composición era 65,6% / 20,8% / 13,6% (psico/endo/psiq). En la práctica, esto se parecía a un ingreso que pasaba primero por psicología, con menor presencia de pasos clínicos especializados: una ruta con más orientación psicosocial al inicio y menos exigencias médicas formales.

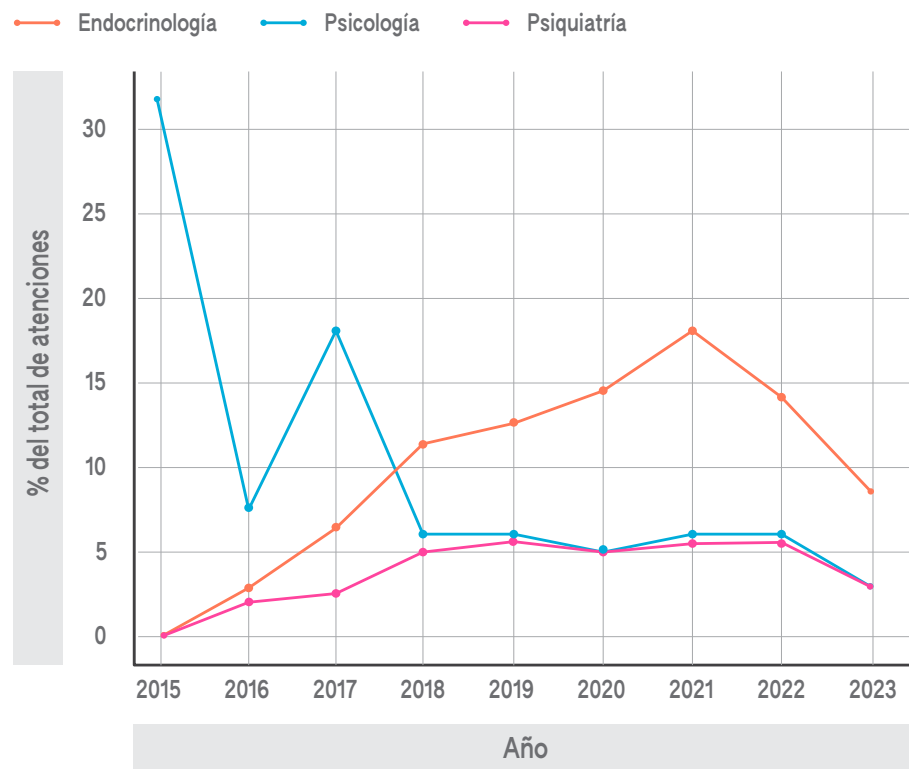








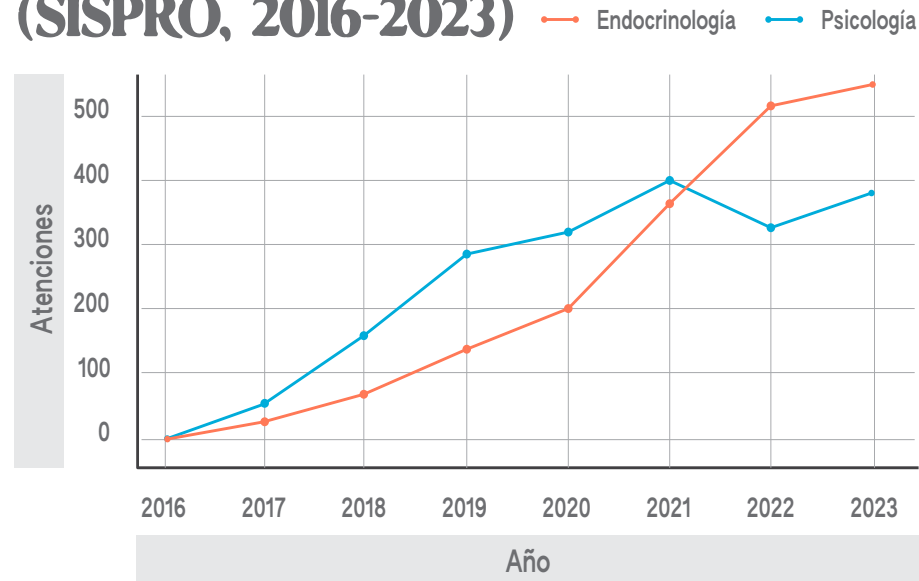
## Participación sobre el total de atenciones (%) - SISPRO (2019-2023)



Gráfica 16. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

Un punto de quiebre aparece en 2019: sobre el total de atenciones, endocrinología sube a 12,57%, psicología a 6,62% y psiquiatría a 5,80% (conjunto 25,0%). Ese año, en psiquiatría, las consultas por primera vez alcanzan 283 y los controles 157 (Gráfica 17). En otros términos, la ruta empieza a llenarse de pasos clínicos y de controles periódicos, lo que se traduce para las personas una mayor obligatoriedad de la valoración por psiquiatría para el acceso a tratamientos de afirmación.

## Psiquiatría - primeras vs. controles (SISPRO, 2016-2023)



Gráfica 17. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

El año 2022 marca un punto de inflexión clave, tal como se observa en la Gráfica 17, donde la línea de controles en psiquiatría supera por primera vez y de forma abrupta a la de las consultas iniciales. Esto significa que la ruta de atención cambió su foco: se realizaron significativamente más consultas de seguimiento (552) que atenciones a nuevos pacientes (331), llegando al punto de haber más de una consulta y media de control por cada nueva valoración. En la práctica, este cambio revela una ruta que privilegia el seguimiento continuo —y a menudo, las revalidaciones administrativas— por encima de la apertura de nuevos casos, lo que se traduce en más pasos y tiempos de espera. Este fenómeno coincide con el aumento de controles en otras áreas como endocrinología y refleja cómo, a pesar de que las guías clínicas como la CIE-11 desaconsejan usar la psiquiatría como un filtro general, los controles mantienen un peso estructural que define y alarga el proceso de acceso a la salud para las personas trans.



En 2023 se configura un nuevo equilibrio: sobre el total de atenciones, endocrinología marca 8,80%, psicología 3,91% y psiquiatría 3,64% (conjunto 16,35%). Aunque esa participación conjunta baja frente a 2022 por el aumento del denominador (más atenciones totales), los volúmenes de seguimiento siguen creciendo en puntos clave: controles en endocrinología pasan de 1.232 a 1.313, y controles en psiquiatría de 552 a 566; la razón control: primera en psiquiatría se mantiene alta ( $566/373 \approx 1,52$ ). En términos concretos, hay más seguimiento clínico que antes, pero “pesa” menos en el total; para las personas, el efecto es seguir regresando a consultas que definen el ritmo de los siguientes pasos.

*“Yo no quería iniciar todavía con el tratamiento de hormonas porque no estaba segura, pero sí me quería hacer la mastectomía. [...] La cirujana me dijo que no podía operarme porque no llevaba un año en hormonas. Cuando cuestioné esa exigencia, me devolvieron a psiquiatría para tener otro concepto, como si fuera necesaria una nueva validación para decidir sobre mi cuerpo.” (Entrevista 2, persona no binaria, Medellín)*

Esta recomposición tiene dos lecturas complementarias. Primero, describe el tránsito desde una puerta psicologizada hacia rutas clínicas longitudinales (hormonas y controles), acorde con estándares contemporáneos. Segundo, advierte que el retorno a psiquiatría toma un lugar estructural: entre 2019 y 2023, las consultas de control en psiquiatría crecen mucho más que las primeras veces, y la razón control:primera se sostiene por encima de 1. Estos incrementos de los controles en psiquiatría (2019–2023: 157–566, CAGR 37,8%) no obedece a una mayor necesidad clínica o demanda en salud mental por parte de las personas trans, sino principalmente a exigencias operativas y procedimentales de las EPS/IPS y del personal médico (derivaciones obligatorias, reiteración de ‘conceptos’ y validaciones para autorizar hormonas o cirugías), en tensión con el estándar de la CIE-11 y tal como lo confirman los testimonios.

*“En este informe usamos “gatekeeping” para referirnos a prácticas administrativas o clínicas que condicionan el acceso a prestaciones mediante filtros no clínicos (p. ej., exigencia de “conceptos” psiquiátricos generales, evaluaciones repetidas, tiempos mínimos de TAH antes de cirugía, revalidaciones para autorizar hormonas). En salud trans, estas prácticas desalinean la ruta con la CIE-11 (que ubicó la incongruencia de género fuera de los trastornos mentales) y con estándares de consentimiento informado (p. ej., SOC-8), y vulneran componentes del derecho a la salud (AAAQ).*

En síntesis, lo que muestran las series no es una mayor necesidad clínica, sino un circuito de revalidaciones que opera como barrera no clínica: la razón control:primera  $>1$  y el aumento de controles en psiquiatría y endocrinología desplazan la ruta hacia retornos de bajo valor. A partir de este hallazgo, examinamos su impacto en dos planos: primero, sobre las personas (más esperas, ansiedad, abandono de procesos); y segundo, sobre el sistema (ineficiencias, congestión y recursos desviados del cuidado necesario).

El impacto sobre las personas es inmediato y acumulativo. La patologización—que mantiene exigencias de “validaciones” no clínicas—erosiona la aceptabilidad del servicio, aumenta ansiedad y depresión, y disuade la búsqueda de ayuda. En la práctica, se traduce en retornos obligados, esperas prolongadas y decisiones clínicas pospuestas (como se evidencia en las entrevistas y los grupos focales realizados); el patrón que muestran los datos del SISPRO (por ejemplo, la razón control:primera en psiquiatría sostenida  $>1$  desde 2022) refleja itinerarios más largos y costosos en términos emocionales y sociales. Al dilatar el acceso a hormonas y cirugías, se pierden beneficios de la atención oportuna y se incrementa el riesgo de abandono, automedicación o exposición a prácticas informales, con consecuencias evitables para la salud integral.

El sistema también absorbe costos: se multiplican contactos de bajo valor (citas y autorizaciones repetidas), se congestiona la agenda especializada y se desplazan recursos desde el cuidado necesario hacia trámites. Esto deteriora la disponibilidad (cupos), la accesibilidad (tiempos y barreras administrativas) y la calidad (decisiones sin sustento clínico actualizado), al tiempo que amplifica la inequidad territorial. Indicadores como la razón control:primera, los tiempos de autorización y la oportunidad en endocrinología y cirugía se comportan como alertas tempranas de “gatekeeping”<sup>4</sup> y deben incorporarse a la gestión y la auditoría del sector.

En conclusión, aunque Colombia ha logrado avances normativos significativos hacia la despatologización de las identidades trans, la materialización de estos derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) sigue

siendo una tarea pendiente. Para que el marco legal se traduzca en mejoras tangibles, es indispensable pasar de un modelo de revalidaciones y barreras a uno centrado en la autonomía, el cuidado continuo y el consentimiento informado. Esto exige una reestructuración de las rutas de atención que se concrete en las siguientes acciones de política pública.

El primer paso es operacionalizar el principio de consentimiento informado para que se convierta en la llave de acceso al sistema, reemplazando los filtros patologizantes. En términos prácticos, el Ministerio de Salud, en diálogo con organizaciones de la sociedad civil trans y sociedades científicas, debe diseñar y estandarizar un modelo de consentimiento informado. Este documento no sería un requisito burocrático, sino la constancia de que la persona ha recibido información clara y suficiente por parte de su médico tratante (endocrinólogo, cirujano, etc.). Se firmaría ante este profesional y se integraría directamente a la historia clínica. Su validez jurídica y administrativa se materializaría al ser el soporte principal para cargar las solicitudes en plataformas como MIPRES, haciendo que la orden médica basada en la autonomía del paciente sea suficiente para autorizar un procedimiento, sin necesidad de un aval psiquiátrico externo.

Esto implica redefinir el rol de la psiquiatría y la psicología para eliminar de manera definitiva el gatekeeping. Estas disciplinas ya no deben actuar como un filtro que “diagnostica” o “valida” la identidad de género, sino como un servicio de acompañamiento y soporte en salud mental, disponible únicamente bajo solicitud voluntaria de la persona. Su función se enfocaría en ofrecer herramientas para gestionar la ansiedad, la disforia o los impactos de la discriminación, pero nunca como un requisito para acceder a tratamientos de afirmación de género. La veeduría y control de esta transformación recaería en la Superintendencia Nacional de Salud, con la participación activa de la Defensoría del Pueblo y organizaciones sociales, quienes fiscalizarían que las EPS no impongan barreras administrativas que perpetúen la patologización.

Finalmente, para que esta nueva ruta sea navegable, se debe fortalecer la oferta de profesionales de la salud sensibilizados e implementar la figura de

“navegadores de sistema” o acompañantes. Estos serían gestores, idealmente pares de la población trans, capacitados para orientar a las personas en el proceso administrativo, asegurando que el consentimiento informado se tramite correctamente y que los derechos no se diluyan en la burocracia. Al integrar un consentimiento informado operativo, un rol de soporte para la salud mental y un acompañamiento sensible, el SGSSS finalmente podrá alinearse con la CIE-11 y la jurisprudencia constitucional, pasando de un modelo de desconfianza a uno que garantiza un cuidado digno y afirmativo.

## Consentimiento informado

Un componente clave de una atención digna es el acompañamiento en la toma de decisiones informadas. Esto implica brindar información clara y completa sobre las distintas opciones de tratamiento, sus beneficios, riesgos y posibles resultados, de modo que las personas trans puedan ejercer su autonomía y participar activamente en el diseño de su proceso médico de afirmación de género.

En Colombia, el consentimiento informado es un principio fundamental del ejercicio médico que garantiza el respeto a la autonomía del paciente. Este debe otorgarse de forma voluntaria, sin coacción ni engaños, y requiere que el profesional de salud proporcione información clara, veraz y comprensible sobre el diagnóstico, los tratamientos propuestos, sus riesgos, beneficios y alternativas disponibles. Además, el paciente debe contar con la capacidad legal y mental para entender la información y tomar decisiones informadas. Aunque en muchos casos el consentimiento puede ser verbal, en procedimientos de mayor complejidad o riesgo, como son las cirugías de afirmación, debe documentarse por escrito.

A pesar del marco normativo (Ley 23 de 1981, Resolución 8430 de 1993, Resolución 1995 de 1999 y Resolución 3100 de 2019) que existe al respecto, las personas trans enfrentan barreras para acceder al proceso de consentimiento





informado. Una de estas barreras suele ser el uso de un lenguaje técnico por parte del personal de salud, que dificulta la comprensión de los procedimientos por parte de las personas trans. Según la encuesta realizada por la Liga, el 68% de las personas identificaron este aspecto como un obstáculo para la toma de decisiones informadas y el 75,5% señalaron como una dificultad adicional la falta de información clara y suficiente por parte del personal médico sobre los beneficios y riesgos para la salud de estos procedimientos.

*“Esto entraría en la desinformación y esto afecta a las decisiones de la persona trans; por lo general, los términos médicos/técnicos, suelen asustar a las personas y una persona trans puede no tomar un tratamiento que necesita y que le beneficia por no entender lo que el médico le comunica.” (Encuesta 4, mujer trans, 2024).*

*“Aunque mantengo que uno debe educarse a uno mismo, de todos modos, si uno no entiende lo que le está diciendo el doctor, puede no entender lo que un procedimiento específico involucra. Este malentendido puede ser fatal en una cirugía, por ejemplo.” (Encuesta 16, hombre trans, 2024).*

Por otro lado, cuando no se ofrece información sobre alternativas de tratamiento de afirmación de género, se vulneran principios éticos, legales y clínicos fundamentales en la atención en salud. Esta omisión afecta la autonomía del paciente y limita la toma de decisiones informadas y libres, ya que no puede comparar opciones, valorar riesgos o elegir el tratamiento que más se ajuste a sus expectativas, condiciones de vida o creencias. Esto convierte el consentimiento informado en un acto incompleto o meramente formal, pues el paciente puede llegar a aceptar un procedimiento sin conocer si existen otras posibilidades más seguras, menos invasivas o más adecuadas para su situación particular.

Omitir información como no hacerla comprensible para el paciente debilita la relación médico-paciente, afectando la confianza y la corresponsabilidad en el cuidado. Estas fallas estructurales terminan por limitar el acceso a una atención

digna, oportuna y respetuosa, lo que refuerza la exclusión y afecta directamente el bienestar integral de las personas trans.

Así mismo, no ofrecer información veraz y clara sobre los procedimientos de afirmación de género puede constituir una falta al deber de información médica, e incluso dar lugar a responsabilidades disciplinarias o judiciales si se considera que el paciente fue inducido a un tratamiento sin plena conciencia de sus opciones y riesgos.

Es crucial que los profesionales de la salud estén capacitados para brindar información adecuada y crear un ambiente inclusivo que permita a las personas trans ejercer plenamente sus derechos en el ámbito sanitario. Abordar las barreras existentes es fundamental para asegurar que el consentimiento informado sea una herramienta efectiva en la promoción de la salud y el bienestar de la población trans en Colombia.

## 2.2. Barreras administrativas

Las barreras administrativas son obstáculos derivados de la regulación y gestión ineficiente del SGSSS que limitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios sanitarios. En relación con las personas trans, las barreras administrativas se agudizan porque el SGSSS está estructurado bajo una lógica cisgenerista que desconoce las particularidades de las personas trans. Estas barreras podemos desagregarlas en: estructuras de registro y documentación no inclusivas (sistema de información), restricciones en la entrega de medicamentos, restricciones en las consultas por especialidad; y carencia de rutas y protocolos de afirmación de género.

### 2.2.1. Sistemas de información

Los Sistemas de Información en Salud (SIS) son estructuras tecnológicas y organizacionales diseñadas para recolectar, procesar, almacenar y distribuir

datos relacionados con la salud de una población. Estos sistemas incluyen información sobre indicadores de salud, recursos disponibles, servicios de atención, y resultados de intervenciones sanitarias. Su principal objetivo es apoyar la toma de decisiones en los niveles clínico, administrativo y de políticas públicas, mejorando la gestión y eficiencia en la prestación de servicios de salud. En el contexto actual de creciente digitalización de los sistemas de salud y expansión del big data, la producción, clasificación y uso de datos personales se han convertido en un eje central para el ejercicio de derechos y el reconocimiento ciudadano. Sin embargo, los sistemas de información en salud siguen reproduciendo lógicas cisnormativas que invisibilizan y excluyen a las personas trans y no binarias, generando violencia epistémica y silencio epidemiológico.

En Colombia, aunque existen normas como el Decreto 1227 de 2015 que permiten el cambio de nombre y sexo en documentos de identidad, los sistemas de información en salud no han sido adaptados para registrar la identidad de género de forma autónoma y diferenciada del sexo asignado al nacer. De igual modo, la Resolución 2138 de 2023, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, constituye un avance al adoptar formalmente los lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el SGSSS, con el propósito de cerrar las brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual. Este marco normativo define la transversalización no como un fin en sí mismo, sino como un medio para eliminar barreras institucionales, administrativas, financieras y simbólicas, mediante una estrategia articulada en cuatro ejes: conformación de mesas funcionales de género y salud; diagnóstico institucional; plan de transversalización; y monitoreo con indicadores específicos. Frente a la dispersión normativa señalada, este instrumento busca generar un cambio en la cultura organizacional (capacitación, incentivos, sanciones), en la planificación presupuestal (inclusión de enfoque de género en procesos misionales) y en acciones afirmativas para personas LGBTQ+.

En el SGSSS colombiano, los SIS están definidos y regulados principalmente por la Ley 1751 de 2015 y su implementación se da a través del SISPRO, bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social. Este sistema recolecta, procesa y difunde datos necesarios en el SGSSS, abarcando registros de atenciones en salud, afiliaciones, gestión de riesgos, epidemiología, talento humano en salud y otras áreas clave para la toma de decisiones en salud pública. La información del SISPRO es suministrada por diversas entidades y fuentes del sector de la salud como las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y las secretarías de Salud departamentales y municipales.

A diferencia del DANE —que actualizó la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) para incluir sexo asignado al nacer, identidad de género y orientación sexual—, otras entidades que reportan información de pacientes y afiliadxs aún no incorporan estas variables, pese a la normativa vigente (Resolución 866/21 y Circular Externa 202415000000011-5 de 2024). Como resultado, no es posible caracterizar adecuadamente a la población trans atendida ni identificar sus necesidades específicas, lo que dificulta el diseño de políticas diferenciales y agrava su vulnerabilidad en salud. En este contexto, la Ley 2335 de 2023 funciona como puente entre la medición poblacional y los registros en salud: organiza el Sistema Estadístico Nacional, fija principios de calidad, pertinencia y reserva estadística, permite tratar como estadística oficial variables diferenciales (como sexo asignado e identidad de género) con salvaguardas de confidencialidad y ofrece una base de gobernanza para alinear lo que mide el DANE con lo que capturan los SIS del sector salud, sin recurrir a diagnósticos como “proxy”<sup>5</sup> de identidad.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe “Abordar las causas de las disparidades en el acceso y uso de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans” (2018), destacó la importancia de recopilar información cualitativa y cuantitativa

<sup>5</sup> “Proxy de identidad” significa usar un sustituto para inferir la identidad de género cuando no se captura de forma explícita. Es decir, en vez de registrar campos demográficos claros (identidad de género, sexo asignado al nacer y marcador registral), el sistema deduce quién es la persona a partir de otro dato que no fue diseñado para eso.





sobre la orientación sexual e identidad de género de quienes acceden a los servicios de salud con el propósito de desarrollar sistemas de salud más equitativos y adaptados a las necesidades de la población. Además, diversos estudios han demostrado que incorporar estas variables en los sistemas de información sanitaria mejora el diseño de intervenciones en salud pública y fortalece un enfoque basado en derechos humanos en la atención médica (Hivos, 2021; CONAPRED, 2016).

En Colombia, la Resolución 866 de 2021 regula los datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica y señala cuáles son los elementos de datos de identificación del usuarixs de los servicios de salud:

*Corresponde a aquellos datos que apoyan la atención y motivan la determinación de riesgos relacionados con la identificación del lugar de origen y de residencia de la persona, la identificación de la persona en los sistemas de identificación del país, la edad al momento de la atención. La condición de sexo y género, el grupo poblacional que determina su vulnerabilidad a la que pertenece, la ocupación, presunción legal de donación y voluntad anticipada, categoría de discapacidad, si la tiene, la condición étnica, el asegurado responsable de la gestión del riesgo del individuo.*

Esta Resolución hace obligatorio usar catálogos estandarizados para identificación de la persona (allí se incluyen las variables de sexo y género y su intercambio vía interoperabilidad) y encarga al SISPRO su administración y actualización.

En la práctica, varias secretarías y prestadores ya operativizan esto separando sexo biológico e identidad de género en la HCE, aunque los avances son desiguales entre administradoras y prestadores e influye mucho la voluntad de las entidades para agilizar su incorporación o avanzar en el tema. En lo regulatorio reciente, la Supersalud ordenó a EPS/IPS ajustar formatos y registros para garantizar enfoque diferencial (incluido nombre identitario y variables SOGI) en

sus sistemas de información (Circular Externa 2024150000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud).

Cuando la historia clínica no diferencia identidad de género, sexo asignado al nacer y marcador registral genera problemas en la atención médica, como la oferta inadecuada de exámenes preventivos. Por ejemplo, a personas asignadas femeninas al nacer cuyo documento de identidad dice “Masculino” se les suelen ofrecer exámenes de próstata, mientras que a personas asignadas masculinas al nacer con un marcador “Femenino” en su documento se les excluye de estos controles. Lo anterior demuestra que ciertos programas de prevención, como los de detección temprana de cáncer, pueden no llegar de forma efectiva a la población trans o no hacerlo de manera diferenciada.

El caso del aborto en hombres trans y personas no binarias ilustra con contundencia cómo los sistemas de información cisnormativos pueden contribuir a la negación de derechos. Como señala Siegel (2023)<sup>6</sup>, la pregunta “¿cuántas personas trans abortan?”, no puede responderse con certeza, no porque no existan, sino porque los sistemas no están diseñados para registrarlas. Muchas bases de datos institucionales continúan utilizando categorías binarias (mujer/hombre) que asumen que solo las mujeres cis abortan. Este fenómeno produce lo que Siegel denomina “*non statistical citizenship*”, es decir, la exclusión de ciertos grupos del radar institucional mediante su borramiento estadístico. En el contexto colombiano, la expedición de la Resolución 051 de 2023 —que reglamenta la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) tras la Sentencia C-055 de 2022— reconoció explícitamente a los hombres trans y personas no binarias con capacidad de gestar como sujetos titulares del derecho a acceder a estos servicios. Esta resolución constituye un avance importante, ya que por primera vez se incorpora de manera normativa a esta población dentro del marco normativo del aborto. Sin embargo, persisten múltiples obstáculos que dificultan el acceso oportuno, seguro y sin discriminación a la IVE.

<sup>6</sup> Siegel, D. P. (2023). How Many Trans People Get Abortions? An Introduction to Critical Data Studies. *Feminist Pedagogy*, 3(2), 1–9. <https://digitalcommons.calpoly.edu/feministpedagogy/vol3/iss2/16>









Otro ejemplo son las barreras que enfrentan los hombres trans con capacidad de gestar: además de la transfobia y el desconocimiento del personal. Un hombre trans explica:

*“El médico me hablaba como si yo estuviera loco y me preguntaba: ‘¿Usted está seguro de que está en embarazo? ¿No necesita más bien un psicólogo?’ No tenían ni idea de que existíamos; no sabían cómo llamarme, y había personas que me decían ‘señorita’, agredíendome incluso en mi tránsito.” (Entrevista 3, hombre trans, Bogotá)*

Esto se suma a que muchos servicios de salud sexual y reproductiva están diseñados, autorizados y operados exclusivamente “para mujeres”, lo que dificulta la asignación de citas y la autorización administrativa para controles prenatales, ecografías, parto y puerperio; además, los espacios y protocolos —salas de espera y de parto, señalética, formularios, cursos de preparación y alojamiento conjunto— concebidos sólo para mujeres generan misgenderización e incomodidad. Aunque el servicio no siempre se evita, la experiencia suele ser negativa, disminuye la confianza y puede comprometer la calidad y la continuidad del cuidado antes, durante y después del parto.

Actualmente, en los datos del SISPRO, la población trans suele “aparecer” a través del diagnóstico de “*Trastornos*[IQ1] *de la identidad sexual*” (F64), porque el campo sexo en sus conjuntos de datos se limita a las categorías “femenino”, “masculino”, “indefinido”, “no definido” y “no reportado”. Esa restricción impide capturar en la capa demográfica y de forma directa las identidades trans y no binarias. Sin embargo, usar el F64 como único criterio de identificación —en

lugar de variables demográficas separadas como identidad de género, sexo asignado al nacer y marcador registral— es problemático y tiene implicaciones éticas, políticas, técnicas y sociales: reproduce una lógica patologizante, reduce la diversidad de género a una categoría clínica y afecta negativamente tanto el ejercicio de derechos como la capacidad del SGSSS para responder de manera integral y equitativa a las necesidades reales de las personas trans.

Además, este enfoque alimenta un silencio epidemiológico: si la visibilidad de la población trans depende del F64, solo “existen” en los datos de quienes reciben este diagnóstico. En morbilidad, los RIPS<sup>7</sup> y los tableros<sup>8</sup> derivados de los datos del SISPRO contabilizan eventos por diagnóstico, de modo que las personas trans que consultan por otras razones quedan fuera del radar poblacional; en mortalidad, el certificado de defunción y su flujo RUAF<sup>9</sup>–DANE no incorporan identidad de género, por lo que las causas básicas se tabulan sin esa desagregación; y en interoperabilidad, muchas historias clínicas aún no distinguen sexo asignado al nacer, identidad de género y marcador registral. El resultado es no saber con precisión de qué enferman ni de qué mueren las personas trans, sin denominadores ni desagregaciones confiables para planear tamizajes, priorizar riesgos o evaluar resultados diferenciales.

Otro obstáculo relevante es la falta de interoperabilidad y actualización cruzada entre los distintos sistemas de información estatales. A pesar del avance que supuso el Decreto 1227 de 2015 al permitir el cambio de nombre y marcador de sexo sin necesidad de judicialización, estos cambios no se reflejan automáticamente en las bases de datos de salud, educación, justicia o seguridad social. Como demuestra el estudio de Arrieta Oviedo, González Támara y Herrera Morales (2019)<sup>10</sup>, esta falta de actualización sincronizada puede llevar a que una misma

<sup>7</sup> Los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) son el conjunto estándar de datos con el que las IPS y las EPS reportan cada evento de atención que realiza o recibe una persona en el sistema de salud colombiano. Sirven para pago y auditoría de servicios, así como para estadística, vigilancia y planeación (alimentan la bodega de datos del SISPRO). La unidad registrada es el encuentro (consulta, procedimiento, urgencia, hospitalización, medicamento dispensado, etc.), no la persona a lo largo del tiempo.

<sup>8</sup> Son paneles/visualizadores interactivos (generalmente en web/Power BI) que el Ministerio publica para explorar, filtrar y descargar indicadores construidos con la Bodega de Datos del SISPRO (RIPS, RUAF, MiPres y otros). Nacen del “Sistema de Gestión de Datos” del SISPRO y sirven para seguimiento operativo, monitoreo epidemiológico y evaluación de políticas; en la práctica, son la forma “visible” de los datos consolidados que el SISPRO procesa para los usuarios internos y la ciudadanía.

<sup>9</sup> El Registro Único de Afiliados consolida la información de afiliación de las personas a los distintos subsistemas de la Protección Social en Colombia (salud, pensiones, riesgos laborales, subsidio familiar, entre otros) y, en módulos específicos, también registra nacimientos y defunciones (RUAF-ND). Es administrado por el Ministerio de Salud y se alimenta vía SISPRO/PISIS con reportes estandarizados de EPS/EAPB, cajas, ARL, fondos de pensiones, notarias y otras entidades públicas.

<sup>10</sup> Arrieta Oviedo, J. P., González Támara, M. B., & Herrera Morales, E. A. (2019). Implicaciones jurídicas del cambio de nombre y sexo en el registro civil de nacimiento y cédula de ciudadanía en personas transgénero del departamento de Sucre durante los años 2015 a 2018. <https://repositorio.cecarr.edu.co/server/api/core/bitstreams/0777bf9d-4b14-4f2a-8f85-28ed1098a467/content>



persona sea tratada como si tuviera múltiples identidades legales o médicas. Esta fragmentación genera errores administrativos, contradice principios de seguridad jurídica y refuerza una lógica de sospecha institucional, exigiendo cargas probatorias excesivas para validar identidades legítimas.

En conclusión, los sistemas de información pueden ser parte del problema o de la solución. Hoy, la ausencia de variables demográficas separadas (identidad de género, sexo asignado al nacer y marcador registral) y el uso del F64 como “proxy” de identidad sostienen un circuito de patologización y un silencio epidemiológico que impiden planear, prevenir y evaluar con pertinencia. Corregirlo no requiere inventar nuevas estructuras, sino aplicar lo ya dispuesto: interoperar la historia clínica (Res. 866/2021) con RIPS y con los tableros construidos a partir de los datos del SISPRO, incorporar de manera estandarizada las tres variables, y alinear la codificación con la CIE-11 sin convertir el diagnóstico en criterio de visibilidad. Con ello, la prevención dejará de basarse en supuestos de género, la atención se ajustará a criterios de anatomía y riesgo, y las estadísticas diferenciales dejarán de depender de etiquetas clínicas. De igual modo, deben empezar a introducirse variables que contemplen la identidad de género no binaria.

Por otro lado, la revisión crítica de si el marcador de sexo o género debe figurar obligatoriamente en los documentos de identidad es fundamental. Aunque tradicionalmente se ha justificado su presencia como mecanismo administrativo o estadístico, en la práctica esta categoría se convierte en un marcador de riesgo para las personas trans y no binarias. Su exposición en documentos oficiales facilita prácticas de discriminación, negación de servicios y tratos diferenciados cuando la apariencia, el nombre o la voz no coinciden con las expectativas del personal o las instituciones.

Desde una perspectiva de justicia de datos, el género debe ser tratado como información especialmente protegida. Su inclusión en documentos oficiales debería regirse por principios de necesidad, proporcionalidad y finalidad. Es decir, no debería recolectarse ni exhibirse, salvo que sea estrictamente indispensable

para garantizar un derecho específico, y siempre con el consentimiento informado de la persona titular. Además, este reconocimiento permitiría establecer protocolos claros de anonimización, encriptación y acceso restringido que protejan la información de usos indebidos. Como sostiene Aponte (2022)<sup>11</sup>, esta protección no solo es una garantía jurídica, sino una medida de reparación estructural frente a la violencia histórica ejercida contra las personas trans y otras identidades de género diversas. Reconocer el género como dato sensible y reevaluar su obligatoriedad en documentos de identidad es un paso fundamental hacia una arquitectura estatal incluyente, donde las personas sean contadas sin ser expuestas, y reconocidas sin ser violentadas.

### 2.2.2. Restricción en la entrega de medicamentos

El SGSSS en Colombia atraviesa una crisis estructural caracterizada por dificultades financieras, fragmentación en la atención, deficiencias en la gestión del riesgo y problemas de gobernanza institucional. Aunque la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la salud como un derecho fundamental, en la práctica persisten barreras significativas para acceder de manera oportuna, continua y con calidad a los servicios y medicamentos.

Uno de los puntos más críticos es el funcionamiento de la cadena de suministro de los medicamentos, en la que se evidencian múltiples cuellos de botella: demoras en autorizaciones por parte de las EPS, dificultades en los procesos de contratación y pago a operadores logísticos, incumplimientos contractuales con dispensarios farmacéuticos y prestadores, así como una distribución desigual que impacta particularmente a zonas rurales y a poblaciones históricamente excluidas. A estos problemas se suma la limitada capacidad de seguimiento y trazabilidad sobre los inventarios, tiempos de entrega y rutas de distribución.

<sup>11</sup> Arrieta Oviedo, J. P., González Támara, M. B., & Herrera Morales, E. A. (2019). *Implicaciones jurídicas del cambio de nombre y sexo en el registro civil de nacimiento y cédula de ciudadanía en personas transgénero del departamento de Sucre durante los años 2015 a 2018*. <https://repositorio.cecar.edu.co/server/api/core/bitstreams/0777bf9d-4b14-4f2a-8f85-28ed1098a467/content>





Un caso especialmente alarmante es el de los medicamentos para terapia de reemplazo hormonal (TRH), cruciales para los procesos de afirmación de género en personas trans. La falta de disponibilidad oportuna de testosterona, estrógenos, antiandrógenos o bloqueadores tiene consecuencias graves sobre la salud física y mental de las personas trans. Estas interrupciones o demoras suelen generar desequilibrios hormonales, descompensaciones emocionales, y en muchos casos, un aumento del sufrimiento psíquico y del riesgo de abandono del tratamiento o automedicación insegura.

La gravedad de este problema se refleja en las experiencias reportadas por las personas trans. De acuerdo con la encuesta realizada por la Liga, el 48% de las personas encuestadas afirmó que, en algún momento, la EPS les ha negado la entrega de medicamentos para el tratamiento de reemplazo hormonal. Además, ante estas barreras, el 62,7% ha debido presentar una PQR y el 21,3% una tutela para garantizarlos:

*“Después de un año de tratamiento de trh, la EPS negó la siguiente autorización del medicamento, primero de forma verbal se me dijo que la testosterona era no POS, al pasar derecho de petición dijeron que era porque la testosterona no contaba con indicación INVIMA[1] para el diagnóstico (disforia de género), luego tutelé y antes de que saliera el fallo, autorizaron la dosis para que la tutela fuera un hecho superado.” (Encuesta 18, hombre trans, 2024)*

*“[...] me negaron los medicamentos de la TRH porque no estaban de acuerdo al manual del INVIMA. Interpuse derecho de petición a las 2 entidades y XXXX nunca contestó. XXXXX por su parte se ratificó en que esos medicamentos no eran para mí diagnóstico. Gracias a Dios tuve el apoyo de la organización PAIIS quien puso a disposición abogadas de la clínica jurídica de la Universidad de Los Andes e interpusimos tutela que por supuesto salió a mi favor. Es un desgaste de meses.” (Encuesta 20, mujer trans, 2025)*

<sup>12</sup> Titular del producto Uromax 1000 mg/4 ml solución inyectable.

<sup>13</sup> Titular del producto NEBIDO 1000 mg/4 ml solución inyectable.

<sup>14</sup> Grünenthal GmbH es una empresa farmacéutica alemana fundada en 1946, con sede en Aquisgrán, Alemania. Se especializa en el desarrollo y comercialización de medicamentos para el manejo del dolor y enfermedades relacionadas. En julio de 2022, Grünenthal adquirió de Bayer el medicamento Nebido™, por un monto de 500

Bajo este contexto, durante el 2023 y comienzos del 2024, las personas trans y algunas organizaciones llamaron la atención sobre el incumplimiento en la entrega de medicamentos para los tratamientos de reemplazo hormonal (TRH). Esta situación se reportó en ciudades como Cali, Medellín, Bucaramanga, Ibagué, Bogotá y Popayán, donde algunas EPS y dispensarios farmacéuticos hablaban de un posible desabastecimiento en el canal institucional, mientras en el canal comercial de las farmacias, incluso aquellas que se negaban a entregarlos, si estaban disponibles.

*“Al tener la cita con el especialista que me mandó la testosterona (que fue en octubre del año pasado), fui a autorizar la testosterona y me dijeron que estaba desabastecida, debido a esto con ayuda del consultorio jurídico de la EAFIT pude poner una acción de tutela para agilizar este proceso.” (Encuesta 1, hombre trans, 2024)*

Aunque algunos medicamentos usados para el THR feminizante tuvieron algún tipo de alerta durante el 2023 como el acetato de ciproterona, el cual dejó de comercializarse por el titular Bayer desde noviembre del 2023, otras presentaciones de antiandrógenos, como el finasteride y dutasteride, estuvieron disponibles en el canal institucional.

De igual manera, la situación de disponibilidad de testosterona undecanoato, solo para el mes de marzo del 2024, el gestor farmacéutico Cruz Verde reportó que el producto de LaFrancol<sup>12</sup> estuvo agotado por más de 30 días debido a problemas logísticos. No obstante, ambos fabricantes de testosterona undecanoato confirmaron que el medicamento estuvo disponible, salvo una reducción temporal de unidades de LaFrancol entre mayo y junio del 2023. GRUNENTHAL GMBH<sup>13 14</sup> reportó un suministro de unidades que superó el promedio mensual del 2023, lo que aseguró la disponibilidad del medicamento en el país<sup>15</sup>.

millones de euros. Esta adquisición permitió a Grünenthal ampliar su cartera de productos en el área de la salud masculina. Actualmente, la compañía tiene presencia en 27 países, incluyendo Colombia.

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Respuesta al derecho de petición sobre disponibilidad de tratamientos hormonales para la población trans [Derecho de petición]. Dirigido a Profamilia, Liga de Salud Trans y Colombia Diversa.







Un aspecto a considerar en la restricción de los medicamentos es su entrega oportuna. El artículo 131 del Decreto 019 de 2012, “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”, establece que las EPS tienen la obligación de implementar un procedimiento para el suministro de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), garantizando así que estos sean entregados de manera completa e inmediata a sus afiliados. Asimismo, se estableció que, en caso excepcional de que no sea posible realizar la entrega completa de los medicamentos en el momento en que el afiliado los solicite, las EPS deberán contar con un mecanismo que permita coordinar y asegurar la entrega en un plazo máximo de 48 horas, en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, siempre que éste lo autorice.

Sin embargo, en la práctica, la entrega de los medicamentos excede con frecuencia el plazo de 48 horas y los tratamientos hormonales no son la excepción. En nuestro registro, el 6,2% de las solicitudes de acompañamiento están relacionadas con medicamentos; dentro de ese subconjunto, el 10,7% corresponde específicamente a no entrega/no dispensación de hormonas por parte de EPS o farmacias (testosterona, estrógenos, antiandrógenos), lo que equivale a 0,6% del total de motivos. Este porcentaje probablemente subestima el problema ya que, ante la negativa o la demora, muchas personas trans terminan gestionando por su cuenta la compra de sus tratamientos o han aprendido a usar las PQR ante la EPS, tutelas, quejas ante Supersalud para reclamar y forzar la entrega, por lo que no registran solicitudes de acompañamiento.

*“Obtuve el aval del diagnóstico en psiquiatría de parte de la EPS en el año 2017, hasta el siguiente año tuve acceso a hormonas por parte de la EPS, en diciembre de ese mismo año me quedé sin EPS al cumplir los 25 años, desde ese momento me he costado las hormonas que me había mandado la EPS.”*  
(Grupo Focal 1, Bogotá, Palmira, Medellín, 2024)

Estas estrategias, aunque eficaces en varios casos, implican cargas adicionales de tiempo y recursos, interrumpen la continuidad terapéutica y trasladan la

demanda de garantía del derecho a la salud a la persona usuaria y al sistema judicial. Como bien lo ha dicho la Corte Constitucional.

*“[...] la acción de tutela no puede ser el mecanismo que los pacientes deban tramitar para acceder a los servicios a los que tienen derecho. La tutela es un mecanismo subsidiario y urgente que no puede convertirse, de hecho, en un trámite administrativo más que los pacientes deban surtir para acceder a los servicios de los que depende su derecho fundamental a la salud.”*  
(Sentencia T-122/21)

En conjunto, la restricción en la entrega de medicamentos —especialmente de la TRH— condensa dos dimensiones del incumplimiento: fallas logísticas y de abastecimiento (autorizaciones tardías, errores de contratación, quiebres de stock mal gestionados, trazabilidad insuficiente) y barreras estructurales e institucionales del sistema (desconocimiento clínico en salud trans, ausencia de protocolos con enfoque diferencial, y prácticas discriminatorias). De ahí que muchas negaciones no respondan a una escasez real —de hecho, hubo periodos con disponibilidad en el canal comercial mientras el institucional negaba—, sino a filtros y criterios internos que contradicen la obligación de entrega inmediata o en 48 horas, trasladando el costo a las personas (compras de bolsillo, PQR, tutelas) y afectando la continuidad terapéutica.

### 2.2.3. Restricción de los servicios trans-específicos

En el SGSSS existe no solo un déficit de profesionales de la salud sino una desigualdad en la distribución geográfica de los especialistas involucrados en el acompañamiento médico integral de la afirmación de género, lo que afecta en su mayoría a las personas trans que se encuentran en zonas rurales o con baja densidad poblacional.

Muchas de las personas que consultan la Liga de Salud Trans se han encontrado ante esta situación. Residen en territorios donde especialistas en endocrinología,



cirugía plástica y/o otorrinolaringología no se encuentran disponibles, y sus EPS no les ofrece los servicios de telemedicina<sup>16</sup> ni le informan al paciente sobre el deber que tiene la entidad de garantizar su traslado para que reciba la atención requerida<sup>17</sup>. Debido a este desconocimiento, la persona afiliada termina asumiendo una carga económica que, en muchos de los casos, es difícil asumir, por lo que finalmente desiste del servicio o utiliza mecanismos como PQR, derechos de petición o tutelas para garantizar el acceso al servicio. Según el último Informe de Tutelas en Salud 2023<sup>18</sup>, en ese año se interpusieron 178.733 acciones de tutela contra actores del SGSSS, de las cuales el 5,1% (9.146 tutelas) están relacionadas con la negación de los servicios de traslado y viáticos para acceder a las consultas con especialistas.

Por otro lado, la concentración de la atención trans-específica en pocas IPS con programas de género ha empezado a operar como un cuello de botella. Aunque estos programas aportan enfoque integral, equipos multidisciplinarios y protocolos, su capacidad no creció al ritmo de la demanda; cuando las EPS los convierten en única puerta de remisión, la ruta se estrecha y se traducen en respuestas de “no hay agenda”, esperas prolongadas para primera cita y revalidaciones que agregan pasos sin valor clínico. En la práctica, aunque existan especialistas habilitados fuera del programa, las personas son remitidas exclusivamente a estas clínicas, reduciendo alternativas dentro de la propia red y afectando la oportunidad y continuidad del cuidado.

*“Tuve que ir en persona a preguntar por el resultado de la junta médica, y me dijeron que la forma más directa era solicitando por correo mi historial médico en el hospital. Lo hice. El documento decía algo como “el paciente presenta disforia. Se recomienda tratamiento hormonal, pero acá en el hospital no*

<sup>16</sup> En Colombia, la telemedicina se regula bajo la Ley 1419 de 2010, la Resolución 2654 de 2019 y el Decreto 538 de 2020, que permiten la provisión de servicios de salud a distancia para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

<sup>17</sup> Sentencia 259/19 y sentencia T-122/21

<sup>18</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Informe sobre tutelas en salud 2023 - orden trigésima sentencia T-760 de 2008. Consultado el 24/10/2024 en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2023-orden-trigesima-sentencia-T-760-2008.pdf>

*podemos porque hay mucha gente. Se envía de nuevo a la EPS.” (Encuesta 2, mujer trans, 2024)*

Además, los criterios de ingreso no son homogéneos: conviven modelos afirmativos y no patologizantes con otros que exigen evaluaciones psiquiátricas previas o prerequisites temporales antes de hormonas o cirugías. Esa heterogeneidad, combinada con la centralización de agendas, refuerza los retrasos y tensiona los estándares de despatologización (CIE-11), con efectos directos sobre la experiencia de las personas y los tiempos efectivos de acceso. En sistemas que concentran la atención en pocos nodos, las listas de espera se disparan cuando la demanda crece más rápido que la capacidad. El Kennis-en Zorgcentrum Genderdysforie del Amsterdam UMC informa que los tiempos para la primera cita llegan a “varios años” y publica mensualmente sus cortes de espera (Amsterdam UMC, 2025). En el NHS, las guías públicas reconocen que las esperas son largas (NHS, 2024) y, en la clínica regional del norte, la persona al inicio de la lista llevaba 80 meses aguardando su primera valoración (CNTW NHS, 2025).

Los ajustes que descentralizan funciones muestran señales de alivio: NHS England está migrando hacia redes y servicios regionales (NHS England, 2024) y surgieron servicios locales como Indigo Gender Service en Greater Manchester, concebidos para atención “local, oportuna y de más fácil acceso” (Indigo Gender Service, s. f.). En Escocia, la evaluación independiente del Gobierno reporta avances desiguales pero evidencia que ampliar la capacidad y distribuir la carga entre varios prestadores es clave para reducir listas (Scottish Government, 2025; Public Health Scotland, 2024). f.).

Para el caso de Ciudad de México, la Unidad de Salud Integral para Personas Trans (USIPT) opera como unidad centralizada con cartera amplia en un solo punto de atención: consulta general, endocrinología (incluida pediátrica), terapia hormonal de afirmación, ITS, PrEP/PEP, ginecología, sexología, dermatología, enfermería, así como ultrasonido, laboratorio, nutrición y trabajo social; además, actividades de salud comunitaria y promoción (talleres, consejería, vinculación)





(Secretaría de Salud CDMX, s. f.-a; 2024). Este diseño ha sido valorado como ventaja por su efecto “ventanilla única”: concentra experticia, estandariza protocolos y visibiliza un punto focal en la red pública local; incluso, ha articulado convenios académicos (por ejemplo, con la UNAM) para fortalecer formación y acompañamiento (Gaceta UNAM, 2024). Esta unidad integra servicios clínicos y comunitarios en un mismo dispositivo, facilita trayectorias de cuidado y ofrece una puerta clara de entrada.

Sus costos también derivan de cómo está constituida: al ser una sola sede, concentra la demanda en CDMX y exige desplazamientos a quienes viven lejos; depender de un único nodo vuelve más frágil la continuidad ante picos de demanda o limitaciones de agenda (no hay otros puntos equivalentes para redistribuir la carga). En comparación, servicios complementarios de la red local —como Clínicas Especializadas Condesa, con trayectoria en VIH/ITS y programas preventivos— ofrecen soporte parcial, pero no sustituyen la función trans-específica de la USIPT (CEC/CECI), por lo que la centralización persiste como rasgo estructural (Clínicas Condesa, s. f.). En suma, la experiencia positiva es la integración especializada y gratuita; la experiencia menos favorable aparece cuando la distancia y la capacidad del único punto limitan la oportunidad del acceso.

Por otro lado, aunque los programas de género constituyen un avance en la calidad de la prestación del servicio, no siempre son garantía de atención oportuna y humanizada. Personas consultaron los servicios de la Liga de Salud Trans por hechos relacionados con actos de discriminación atribuibles a los profesionales de estos programas, evaluaciones psiquiátricas repetidas sin indicación clínica y otras trabas por parte del personal. Muchos de estos actos están asociados a posturas religiosas fundamentalistas, concepciones binarias sobre el sexo/género y una actitud experta que no considera las experiencias y las necesidades de las personas trans.

*“Muchas veces el personal médico tiene estas creencias religiosas que afectan su juicio profesional porque tienen prejuicios sociales, como en el*

*caso del médico XXXX jefe de cirugía plástica del Hospital XXXX que tiene una orientación religiosa católica bastante marcada y él mismo se considera “devoto de la virgen”; además, “considera” que los implantes mamarios deberían ser separados y asimétricos porque los senos de la mujer están diseñados para “amamantar.” (Encuesta 7, mujer trans, 2024)*

Además, el uso de los programas de género como única puerta de acceso por parte de las EPS termina convirtiéndolos en un cuello de botella: restringe la oportunidad, alarga los tiempos de espera e incluso deriva en desatenciones. Además, no garantizan por sí mismos un trato humanizado ni despatologizante; los registros de acompañamiento muestran episodios de discriminación, evaluaciones psiquiátricas repetidas sin indicación clínica y trabas operativas que reflejan sesgos (incluidos religiosos) y una actitud experta que desoye las experiencias y necesidades de las personas trans.

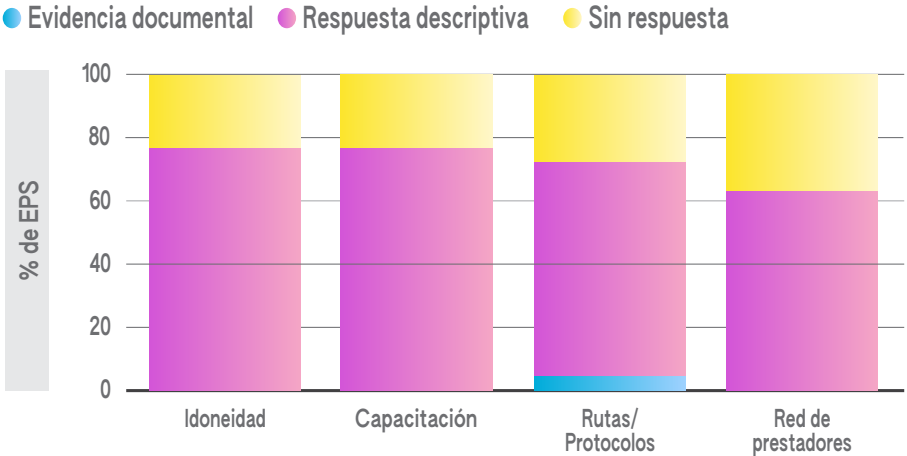
De ahí la lección para Colombia: en lugar de depender de pocos “centros estrella”, conviene transversalizar las competencias trans-específicas en toda la red y flexibilizar las rutas de atención. Esto implica habilitar alternativas dentro de la red de prestadores, entrada desde APS con derivación directa a Endocrinología cuando proceda, tele-medición con especialidad donde falte oferta local y rutas alternas automáticas cuando el programa de referencia supere su umbral de agenda. Se deben además eliminar las revalidaciones no clínicas y asegurar protocolos de trato (uso de nombre y pronombres, formularios e historias clínicas que distingan identidad, sexo asignado y marcador registral) en todos los puntos de contacto. Así, los nodos de referencia pueden funcionar como centros de excelencia sin convertirse en barreras, garantizando una atención oportuna, respetuosa y alineada con la despatologización.

## 2.2.4. Rutas y Protocolos

Teniendo en cuenta el papel fundamental de las EPS e IPS para la garantía y la calidad de los servicios de salud en Colombia, la Liga de Salud Trans adelantó

un ejercicio de veeduría ciudadana mediante el envío de derechos de petición a diversas Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El objetivo fue conocer el estado actual de las rutas, protocolos, capacidades institucionales e idoneidad del personal para acompañar los procesos médicos de afirmación de género. De las 43 entidades peticionadas, solo 22 dieron algún tipo de respuesta (51,2%), lo que ya sugiere un compromiso desigual con la transparencia y la rendición de cuentas.

### Clasificación de respuestas por eje (porcentaje)

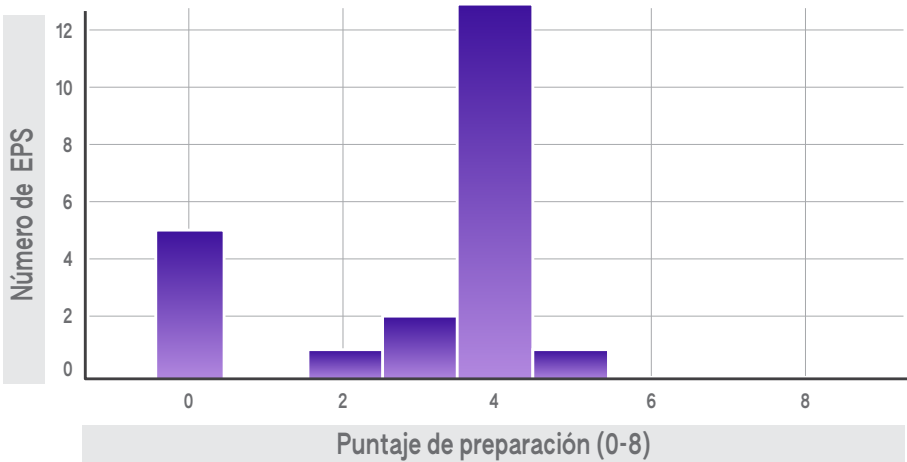


Gráfica 18. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

El análisis se estructuró en cuatro ejes (Gráfica 18): (1) idoneidad exigida a las IPS; (2) capacitación del talento humano en enfoque diferencial, de género y diversidad sexual; (3) rutas/lineamientos o protocolos para la atención en afirmación de género; y (4) red de prestadores. Al contrastar lo declarado con la evidencia, predomina la afirmación narrativa sobre el soporte verificable. En idoneidad y capacitación 0% de las EPS anexó documentos; en rutas/protocolos solo 1 de 22 (4,5%) entregó soporte; y en red de prestadores, nuevamente 0%. El resto se concentra en descripciones generales (63,6%–77,3% según

el eje) o no responde (22,7%–36,4%). Además, 6 EPS admiten no contar con ruta/protocolo y 3 no tener plan de capacitación; aunque 14/22 compartieron enlaces, que con frecuencia se trató de carpetas o vínculos que no contienen la información solicitada.

### Distribución del puntaje de preparación por EPS



Gráfica 19. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

La lectura del histograma en la gráfica 19 del puntaje de preparación<sup>19</sup> (0–8) refuerza lo anterior: la mayoría se agrupa en valores intermedios-bajos, con pico en 4 (respuestas descriptivas) y cola en 0 (vacíos), y casi nadie supera 5 por ausencia de soporte en uno o más ejes. En términos de gestión, esto describe un desarrollo parcial pero débil, con riesgo de cuellos de botella y experiencias

<sup>19</sup> El Puntaje de preparación por EPS (0–8) es un indicador sintético que construimos para comparar, de forma simple, qué tan “listas” están las entidades para garantizar una atención integral a las personas trans para las transiciones médicas. Se suma el desempeño en cuatro ejes —idoneidad exigida a sus IPS, capacitación del talento humano, rutas/protocolos formales y red de prestadores— asignando 2 puntos si la EPS aporta evidencia documental, 1 punto si solo ofrece descripción y 0 puntos si no responde (rango total 0–8). Un puntaje alto sugiere madurez institucional y trazabilidad; uno bajo, riesgo operativo (falta de estándar, dependencia de “la buena voluntad”). Refleja lo reportado y lo documentado, no necesariamente todo lo que una EPS podría estar haciendo.



heterogéneas para las personas usuarias. La meta razonable es llevar el puntaje a  $\geq 6$  (al menos tres ejes con evidencia y uno descriptivo) mediante la publicación de rutas y protocolos medibles, planes de capacitación con cobertura y evaluación, y redes con contingencias (activación de rutas alternas y tele-medicina).

En la práctica, este déficit de estandarización se traduce para las personas en rutas confusas y erráticas: usuarios que han consultado los servicios de la Liga de Salud Trans reportan que al llegar por medicina general encuentran profesionales sin información clara sobre la ruta de atención. Incluso, en endocrinología, persisten dudas sobre los pasos a seguir o sobre si determinados procedimientos están o no en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). El resultado es un “ping-pong” institucional —derivaciones de ida y vuelta, revalidaciones sin sustento clínico, historias que deben contarse una y otra vez— que retrasa el acceso al especialista competente, revictimiza y debilita la confianza en el sistema.

*“Ping pong por urólogo, endocrinólogo, otorrino, psiquiatras, etc., sin que sepan donde se ofrece el tratamiento integral.*

*En mi experiencia según la doctora la ruta era remitirme al Hospital San José en Bogotá y cuando fui me comentaron que Sanitas no tenía convenio con ese hospital y debía volver a pedir una cita de endocrino con Sanitas, no conocen las rutas para atención o centros afiliados o con acceso fácil para los tratamientos.”*  
(Encuesta 3, mujer trans, 2024)

A la luz de la Circular Externa 2024150000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud, estos vacíos no son solo problemas operativos sino también incumplimientos a lo ordenado por dicha entidad de control y vigilancia en salud. Para las EPS, el literal C.5 ordena capacitar a la red para prevenir prácticas discriminatorias (con seguimiento de su impacto); el C.6 exige ajustar formatos y registros —incluido el reconocimiento del nombre identitario y variables diferenciales—; y el C.10 manda garantizar telemedicina cuando se requiera, clave para descongestionar y reducir la centralización de los servicios. Para las

IPS, el literal D.10 obliga a implementar el protocolo de atención especializada para afirmación/reafirmación de género.

En suma, existe un panorama general de rutas confusas, protocolos no estandarizados, capacitación sin trazabilidad y pocas IPS o “programas de género” que concentran una gran parte de la demanda lo que termina para el paciente en un círculo de derivaciones, revalidaciones no clínicas, demoras y revictimización. Superar este escenario exige protocolos publicados y medibles (tiempos a primera cita, criterios de ingreso y rutas alternas), capacitación verificable con evaluación de competencias, desconcentración por telemedicina y prestadores alternos de la red, y ajustes en los sistemas de información que reconozcan identidades y eviten errores operativos.

## 2.3. Talento Humano en Salud

En el contexto de la salud trans, las barreras de acceso al talento humano en salud<sup>20</sup> se refieren a los factores que impiden o limitan la disponibilidad, distribución y acceso a personal de la salud idóneo y especializado para acompañar los procesos de afirmación de género y brindar una atención diferencial. Estas limitaciones afectan la calidad de la atención y crean desigualdades en la prestación de los servicios de salud para la población trans.

### 2.3.1. Distribución de Talento Humano en Salud

Una de las barreras en el talento humano en salud está relacionada con la escasez de personal y su desigual distribución geográfica, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso. Según el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) para el 2023 se contó con una disponibilidad de personal en salud de 181,26 por

<sup>20</sup> *Comprenden a técnicos laborales, técnicos profesionales, tecnólogos, profesionales, especialistas y con otros títulos de postgrado, que participen del servicio de salud, prestado en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 376 de 2022 del Ministerio de Salud).*

cada 10.000 habitantes. De esa cantidad, el 44.1% son profesionales y solo el 5,4% cuenta con alguna especialización (Observatorio Talento Humano en Salud, 2024).

Además del número de especialistas, la forma en que se organiza y contrata la red condiciona la oferta efectiva. La concentración de la atención en pocos programas de género sin rutas alternas ni tele-medicina con especialidades donde no hay oferta local congestiona agendas y reduce la disponibilidad territorial. A esto se suma la variabilidad en la eficiencia clínica (cupos de agenda, tiempos a primera cita, oportunidad de interconsulta) y la inestabilidad contractual del talento humano, que dificultan la cobertura fuera de las capitales. Sin estándares de habilitación y mentoría que amplíen el número de profesionales competentes, la demanda trans-específica permanece concentrada en muy pocos equipos y profesionales.

Dado que los procesos de afirmación de género requieren un abordaje multidisciplinario que involucra especialidades en salud mental, endocrinología, cirugía plástica, ginecología y urología, entre otras, y considerando la escasez actual y la distribución geográfica de estos profesionales en el país, es de esperarse las grandes demoras en la asignación de citas con especialistas. Esta situación se agrava en zonas marginales o de baja densidad poblacional, donde la oferta de estos servicios es limitada, ya que la mayoría de estos especialistas se concentran en ciudades principales de los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Santander y Bogotá D.C (Cuadro 1).

| Especialistas             |             | Sumatoria de especialistas que cotizaron al SGSSS 2023 | Densidad ad por 10.000 hab. |
|---------------------------|-------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Cirugía Plástica          |             | 945                                                    | 0,19                        |
| Endocrinología            |             | 331                                                    | 0.06                        |
| Ginecología y Obstetricia |             | 4072                                                   | 0.80                        |
| Salud Mental              | Psiquiatría | 1559                                                   | 0.31                        |
|                           | Psicología  | 90.509                                                 | 17.33                       |
| Urología                  |             | 830                                                    | 0.16                        |

Cuadro 1. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.

Por ejemplo, existe un déficit crítico de profesionales en psiquiatría en Colombia. En el 2023 se estimaron 1.559 psiquiatras en Colombia que es un promedio de 0.31 psiquiatras por cada 10 mil habitantes. La OMS (2013) recomienda al menos 1 psiquiatra por cada 10 mil habitantes en países con necesidades de salud mental altas, lo que significa que Colombia debería tener entre 5 mil y 6 mil psiquiatras para cubrir adecuadamente la demanda.

Teniendo en cuenta la insuficiencia en la oferta de esta especialidad, la exigencia innecesaria de la valoración psiquiátrica como requisito obligatorio para acceder a los procedimientos de afirmación de género no solo patologiza a las personas trans, sino que agudiza aún más los cuellos de botella que generan el déficit crítico de psiquiatras en el país. Esta exigencia aumenta los tiempos de espera, retrasa los tratamientos y muchas veces desincentiva el acceso voluntario a los servicios de salud mental cuando las personas trans realmente lo requieren y lo necesitan.





| Departamento    | Número de especialistas que cotizaron en SGSSS en el 2023. OTHS/RETHUS (SISPRO) |                |                           |          |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|----------|
|                 | Cirugía plástica                                                                | Endocrinología | Ginecología y obstetricia | Urología |
| Bogotá          | 344                                                                             | 154            | 1217                      | 270      |
| Valle del Cauca | 170                                                                             | 23             | 122                       | 95       |
| Antioquia       | 85                                                                              | 47             | 608                       | 122      |
| Atlántico       | 81                                                                              | 13             | 343                       | 39       |
| Santander       | 43                                                                              | 15             | 185                       | 47       |

**Cuadro 2. Elaboración equipo de investigación para los propósitos de este informe.**

En cuanto a endocrinología, una de las especialidades más importantes en el proceso de afirmación de género por su relación con los tratamientos de reemplazo hormonal (TRH), en el 2023 se habían reportado sólo 334 especialistas en el país, ubicados principalmente en Bogotá (154), Medellín (47), Valle del cauca (23) lo que representa un 0.06 endocrinólogos por cada 10.000 habitantes. Cabe destacar que, en Colombia, la demanda sobre endocrinología es alta y sostenida: 8,4% de adultos con diabetes ( $\approx 3,03$  millones) y 56,4% con exceso de peso; a ello se suman prevalencias relevantes de trastornos tiroideos y de osteoporosis en mujeres  $\geq 50$  años. Con una oferta limitada y concentrada de especialistas, esto se expresa materialmente en cuellos de botella que afectan especialmente el acceso y el seguimiento de la TRH (International Diabetes Federation, 2024; Ministerio de Salud y Protección Social & ICBF, 2018; The Health Policy Partnership, 2019; Segundo Consenso Colombiano de Osteoporosis, 2019). (Cuadro 2).

Por otro lado, los análisis de RIPS/SISPRO para 2023 registra 25.810 atenciones con diagnóstico F64, de las cuales solo 8,8% correspondieron a endocrinología,

lo que se traduce a que solo el 28% de quienes recibieron el diagnóstico accedieron a por lo menos una atención endocrinológica y solo el 11,8% accedió a la consulta por primera vez. Para una especialidad clave en TRH, este peso relativo es bajo frente a la guía clínica de la Endocrine Society que recomienda controles frecuentes al inicio ( $\approx$  cada 3 meses el primer año) y luego cada 6–12 meses; la WPATH SOC-8 también enfatiza el seguimiento clínico y de seguridad a intervalos regulares. Esto indica que muchas personas trans están enfrentando barreras para acceder a los tratamientos de reemplazo hormonal, especialmente aquellas personas que lo están solicitando por primera vez.

La escasez de endocrinología se agrava también por rutas de derivación poco claras, autorizaciones tardías y la falta de rutas alternas cuando la IPS prioritaria no tiene agenda. En la práctica, el acceso depende de unos pocos especialistas con formación y disposición, mientras la mayoría de la red permanece infrautilizada por brechas de competencia, falta de mentoría y ausencia de teleconsulta para territorios sin oferta. Abordar esta capa operativa —derivación estandarizada, tele-medicina especializada, mentoría supervisada y metas de oportunidad— convierte la disponibilidad potencial en acceso real y oportuno.

### 2.3.2. Formación del Talento Humano en Salud

Otras de las barreras en el talento humano en salud es la falta de formación adecuada sobre las necesidades específicas de las personas trans. Esta deficiencia en el conocimiento tiene su punto de partida en la formación de pregrado, ya que existe una falta de inclusión de temas de salud trans en los currículos de las facultades de salud de las universidades (Hollenbach, Eckstrand & Dreger, 2014; van Heesewijk et al., 2022).

Una revisión y encuesta de referencia mostró que, históricamente, muchas escuelas de medicina de EE. UU. y Canadá dedicaban una mediana de 5 horas a contenidos LGBT+ en todo el pregrado (Obedin-Maliver et al., 2011).









Actualizaciones recientes indican algún progreso (mediana de ~11 horas en 2022), pero persisten brechas en la calidad y el alcance del contenido, especialmente en necesidades de la población trans (Streed Jr. et al., 2024). Además, con frecuencia la enseñanza se limita a la recolección de la historia sexual y no integra competencias clínicas para una atención integral (Obedin-Maliver et al., 2011; Streed Jr. et al., 2024).

Asimismo, análisis de programas educativos sobre temas trans señalan enfoques limitados y fragmentados. En lugar de integrar el cuidado de personas trans de forma longitudinal en el currículo, se suelen realizar sesiones puntuales u optativas, con variabilidad entre instituciones (van Heesewijk et al., 2022; Yu, Flores, Bonett & Bauermeister, 2023). Aunque existen módulos y experiencias simuladas prometedoras, su incorporación no es de manera transversal (Cooper et al., 2018).

Por otro lado, la escasa representación de docentes y profesionales de la salud que se identifiquen como personas LGBTQ+ limita la diversidad de perspectivas y el clima institucional. Incrementar la representación y crear ambientes inclusivos se asocia con mejores experiencias de aprendizaje y mayor preparación para una atención competente (Hollenbach et al., 2014; Hana et al., 2021).

En ese sentido, la Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia —creada por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional— formuló recomendaciones (2016-2017) que subrayan la “pertinencia” curricular como criterio de calidad. Entre las recomendaciones se encuentra actualizar los planes de estudio de acuerdo con necesidades y demandas de salud de la población y con la disminución de las inequidades (Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional, 2017; UNESCO, 1998).

Ahora bien, la ausencia de formación en salud trans tanto en los pregrados como en los posgrados de las áreas de la salud no logra en todos los casos

ser superada con la experiencia clínica, por lo que muchos profesionales de la atención primaria y especializada pueden sentir que no cuentan con el conocimiento necesario para brindar un manejo adecuado y seguro de la terapia hormonal y otras intervenciones de afirmación de género.

Para que la formación se traduzca en disponibilidad real de servicios, se requieren criterios de habilitación y organización que incentiven la atención trans-específica (rotaciones, co-consulta, supervisión de casos, comunidades de práctica). En Colombia, la habilitación (Resolución 3100/2019) define estándares mínimos por servicio, pero no detalla procedimientos específicos ni competencias del talento humano —que corresponden a los programas académicos—, lo que abre espacio para desarrollar rutas formativas cortas y mecanismos de actualización continua (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.). La experiencia de Bogotá con lineamientos y documentos técnicos para la atención integral de personas trans y no binarias muestra cómo las entidades territoriales pueden impulsar capacidades y protocolos en la red (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2021a; 2021b).

### 2.3.2.1. Formación en competencias específicas

Como se referenció anteriormente, existe una falta de formación específica entre los profesionales de la salud sobre los procesos médicos de afirmación de género. Esto implica decir que no todos los profesionales de la salud están en capacidad para realizar acompañamientos de afirmación de género de manera ética y competente.

Para el acceso a una atención de calidad y sin discriminación, los cuales son atributos del derecho fundamental a la salud, es crucial que los médicos cuenten con el conocimiento, las habilidades, la sensibilización y la disposición necesarias para brindar una atención médica adecuada, respetuosa y centrada en las necesidades específicas de las personas trans. Todo ello, por cuanto las



personas trans enfrentan barreras estructurales, culturales y actitudinales que limitan el acceso a los servicios sanitarios y que los profesionales de la salud competentes pueden eliminarlas asegurando una atención inclusiva y centrada en el paciente. (WPATH, SOC.8, 2022)

Estas competencias abarcan diferentes dimensiones, que incluyen conocimientos técnicos, habilidades interpersonales y un enfoque ético y culturalmente competente. La *Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero* (WPATH) establece que los profesionales de la salud deben poseer competencias específicas para brindar una atención adecuada y respetuosa a la población trans.

Según la WPATH, el personal de salud que atiende a personas transgénero y de género diverso debe contar con un conocimiento específico en salud trans, que le permita comprender las distintas identidades y expresiones de género, así como reconocer sus necesidades particulares. Es fundamental que estén familiarizados con los protocolos de atención médica basados en evidencia científica actualizada, incluyendo las terapias hormonales y los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género, y que mantengan una formación constante frente a los avances científicos y tecnológicos en la materia.

*“Hay desconocimiento generalizado sobre salud trans por parte de los médicos y se limitan a decir información muy general y explícitamente me han dicho que la dosis de trh son cuestión de “ensayo y error”. He obtenido información más completa de leer las guías de atención en salud trans de Argentina y Uruguay, que de los endocrinólogos y médicos de la EPS.” (Grupo Focal 2, Bogotá, 2025)*

Asimismo, deben actuar con competencia cultural y sensibilidad, reconociendo y respetando la diversidad de experiencias, contextos y trayectorias de vida de las personas trans, evitando suposiciones o prejuicios que reproduzcan discriminación o exclusión. Este enfoque debe estar acompañado de una comunicación efectiva y respetuosa, en la que se utilicen correctamente

los nombres y pronombres según la identidad de género del paciente, independientemente de lo que indiquen sus documentos legales. Esta comunicación también implica fomentar el diálogo abierto, reconocer los saberes que las personas trans tienen sobre su propio cuerpo y evitar comentarios o preguntas invasivas que no tengan relación directa con el motivo de consulta.

*“De entrada se predispone una frente a la persona que la atiende. Si el personal de salud no se capacita para respetar nombres y pronombres esto se convierte en una actitud de rechazo a la identidad de género de una.”*

*No le hacen caso a una , cuando una le dice que les respete los nombres identitarios y ellos dicen que es como se llama en la cédula.” (Encuesta 11, mujer trans, 2024)*

Finalmente, el compromiso ético de los profesionales debe incluir la actualización y educación continua, garantizando que sus prácticas clínicas estén alineadas con las recomendaciones más recientes y las mejores evidencias disponibles. Del mismo modo, deben asumir un rol activo en la defensa y promoción de los derechos de las personas trans, trabajando por el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y por la eliminación de las barreras estructurales, institucionales y sociales que aún limitan el pleno ejercicio del derecho a la salud de esta población.

*“Si no tiene la formación para atender la solicitud del paciente, entonces seguramente no lo hará. Esto es un obstáculo para una persona trans que depende de la EPS para su tránsito.” (Encuesta 9, persona no binaria, 2024)*

Estas competencias buscan garantizar una atención de calidad basada en evidencia y en las mejores prácticas por parte de los profesionales de la salud que no solo sea clínicamente competente, sino también, culturalmente sensibles y centradas en el paciente, promoviendo el bienestar integral de las personas transgénero y de género diverso.





### 2.3.3. Barreras actitudinales en el talento humano en salud

Diversas investigaciones científicas han explorado las actitudes del personal de salud hacia las personas trans, evidenciando patrones de discriminación y la necesidad de una formación con enfoque diferencial, así como específica en temas concernientes a la afirmación de género. (Beneroso, 2022), (Cuartillas et al., 2021), (Hoyos et al., 2023) (Zapata et al., 2021), (Farji et al., 2022)

En la encuesta de la Liga de Salud Trans sobre barreras de acceso, la mayoría de las personas trans reportaron tratos y actitudes discriminatorias en la atención por parte del personal médico, destacando el uso incorrecto y persistente de nombres y pronombres (80%); preguntas íntimas no relacionadas con el motivo de consulta (77,3%); negación o dilación de servicios por posturas religiosas del personal (77,3%); y concepciones binarias del sexo/género que invalidan sus identidades (81,3%). En conjunto, estos hallazgos muestran que la falta de enfoque de género y diferencial no solo afecta la dignidad y la experiencia de atención, sino que también obstaculiza el acceso oportuno y seguro a los servicios de salud.

### Prejuicios y estereotipos

Los prejuicios y los estereotipos son conceptos interrelacionados que influyen en la percepción y el comportamiento del personal en salud. Están basados en ideas previas e infundadas, comúnmente aceptadas por la cultura, que no consideran la realidad específica de las personas trans y conducen a actitudes discriminatorias que afectan directamente su acceso a los servicios.

Estas actitudes se ven reflejadas en un rechazo explícito en torno a las identidades trans, en la insistencia de un abordaje patologizante, la falta de sensibilidad hacia sus necesidades específicas, una resistencia al cambio de lxs médicos que no consideran necesario adaptar sus prácticas y la creencia de que solo existen las identidades binarias.

*“Por parte de endocrinología, hay una insistencia en realizar el tránsito de forma muy binaria y lo plantean como si hubiera un único camino posible. Dicen que, si se quiere acceder a trh, es porque sí o sí se tiene que acceder luego a todos los procedimientos quirúrgicos (mastectomía, histerectomía, faloplastia) y constantemente se me insiste en que “¿para cuando las operaciones?”. En consulta me toca nombrarme como hombre trans (a pesar de reconocermelo como persona No Binaria) para que mínimamente se me respete y poder seguir con la trh.” (Entrevista 2, persona no binaria, Medellín)*

### Sobreprotección o subestimación

La sobreprotección o subestimación en el ámbito de la salud se refiere a actitudes en las que los profesionales de la salud asumen una posición de autoridad absoluta, tomando decisiones en nombre del paciente bajo la presunción de que sus decisiones son siempre las más adecuadas e ignorando aspectos fundamentales del derecho a la salud como la autonomía, el consentimiento informado y la dignidad de lxs pacientes. Estas prácticas pueden manifestarse cuando los profesionales de la salud consideran que una persona carece de capacidad, conocimiento o competencia para participar en decisiones relacionadas con su salud y cuidado.

En lo que se refiere a las personas trans, la sobreprotección o subestimación del personal médico se manifiesta cuando se toman decisiones sobre los procesos de transición desconociendo las necesidades específicas manifestadas por el paciente, excluyéndose de la toma de decisiones o limitando su acceso a información completa y relevante sobre los tratamientos y procedimientos de afirmación de género y sus implicaciones para su salud. Esto afecta la autonomía de las personas trans que no pueden tomar decisiones informadas basadas en sus preferencias y expectativas sobre su experiencia sexo-genérica y sus proyectos de vida.

Un ejemplo de esto es la recomendación que hacen algunos médicos sobre la histerectomía y la ooforectomía, como parte de las cirugías de afirmación de

género masculinizante que buscan alinear las características físicas del individuo con su identidad de género. Estas cirugías suelen ser recomendadas por dos aspectos principalmente: 1) para aliviar el malestar al eliminar órganos asociados con el género asignado al nacer; y 2) la terapia hormonal con testosterona puede inducir cambios en el endometrio y los ovarios y, aunque la evidencia es limitada, algunos profesionales de la salud las recomiendan para prevenir posibles complicaciones ginecológicas futuras, como hiperplasia endometrial o cáncer. Sin embargo, la ooforectomía resulta en una reducción significativa de los niveles de estrógeno, lo que casi siempre lleva a una disminución de la densidad ósea y otros síntomas asociados con la menopausia, aumentando el riesgo de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares si no se mantiene una terapia hormonal con testosterona adecuada y algunos cuidados complementarios (alimentación, vitaminas, ejercicio, etc.). De igual modo, estos procedimientos tienen consecuencias en la fertilidad de las personas transmasculinas, ya que implican la extracción del útero y los ovarios. (SOCHED, 2019) (Zerán, C., & Soto, V.; 2018).

No es usual que los médicos ofrezcan información a los pacientes transmasculinos sobre el impacto en la salud reproductiva de la ooforectomía. Aunque este procedimiento no es un requisito para la eficacia de la terapia de reemplazo hormonal masculinizante porque la testosterona por sí sola es generalmente suficiente para suprimir la función ovárica y lograr los efectos deseados de masculinización (SAGIJ; 2017), la ooforectomía sigue recomendándose y prescribiendo como parte de los procedimientos de afirmación de género sin la debida consideración y discusión con les pacientes trans.

## Actitud experta de los profesionales médicos

La literatura reciente denomina “actitud experta” a una forma de posicionamiento profesional que, lejos de ampliar el acceso, lo estrecha: se sostiene que el “saber correcto” para atender a personas trans es altamente especializado, difícil de transferir y, por tanto, reservado a pocos equipos “referentes”. Como

describe Anahí Farji Neer, estos circuitos —surgidos en experiencias pioneras hormonales y quirúrgicas— acumulan autoridad técnica y, frente a la crítica por demoras o requisitos, reafirman su monopolio para “evitar complicaciones”. En la práctica, esto legitima puertas de entrada únicas, centralización y filtrado por credenciales, con rutas largas, revalidaciones y tiempos de espera que impactan la autonomía y el bienestar de las personas.

Las personas trans exigen la idoneidad de los profesionales de la salud encargados de acompañar los procesos de afirmación de género. La necesidad sobre las competencias y habilidades técnicas que debe poseer el personal en salud tiene su correlato en las malas prácticas médicas que han afectado significativamente la vida de quienes han sido sus víctimas. Según uno de los médicos psiquiatras consultados para este informe, una mala práctica médica es aquella que:

*“Describe un tratamiento médico erróneo, negligente o inadecuado que causa daño a un paciente. Las prácticas de conversión son una mala praxis médica, porque le generan daño a las personas. Cuando yo le digo a una persona trans que es una pecadora, esto es una mala praxis médica [...] Puede ocurrir por ignorancia -no sabe-, por negligencia -no hace lo que debe hacer- o por impericia -hacer sin saber-. Esta última ha sido la denuncia de la comunidad trans con los cirujanos plásticos que no tienen la experticia y realizan cirugías sin el conocimiento ni la experiencia.” (Entrevista 1, profesional de la salud, Bogotá)*

Sin embargo, la idoneidad o experticia que debe tener el personal en salud puede convertirse en una barrera cuando no puede garantizar la autonomía del paciente y la accesibilidad a los servicios requeridos para la afirmación de género. Esto sucede cuando se priorizan los criterios médicos y terapéuticos por encima de las necesidades y experiencias de las personas trans, justificando sus decisiones en la disminución de riesgos médicos y evitar complicaciones, pese a que genere mayor malestar en las personas trans. Aunque la autonomía médica es importante para tomar decisiones de manera independiente, basados en el conocimiento y experiencia clínica, sobre el diagnóstico y el tratamiento,





esta debe respetar las decisiones informadas de los pacientes y su decisión de optar o no por un tratamiento.

*“Se vuelve cansón y desalentador, que el médico tratante sea quien decida el orden de los procedimientos a realizarte y cuáles para su juicio con respecto a tu tránsito, le parecen adecuados o no, desconociendo el deseo propio.”*  
(Entrevista 2, persona no binaria, Medellín)

Como enfoque, “la actitud experta” se caracteriza por el conocimiento técnico especializado y de experiencia acumulada, por lo que no es fácilmente transferible a otros médicos sin formación específica, lo que limita la democratización del conocimiento restringiéndolo a muy pocos médicos especialistas. Esta exclusividad se refuerza con la complejidad de procedimientos como las cirugías de reasignación sexual. (Farji Neer, 2022) La subespecialización que se expresa en “no todo endocrino puede tratar a una persona trans” o “no todo cirujano puede operar a una persona trans” no permite la accesibilidad a los servicios requeridos o por lo menos no de manera oportuna, en tanto existe una deficiencia notable de especialistas competentes en tratamientos y procedimientos de afirmación de género.

Esta actitud experta por parte del personal médico genera tensiones epistemológicas entre el conocimiento biomédico y los saberes comunitarios o las experiencias de las personas trans. Además, jerarquiza el conocimiento biomédico, posicionándolo como el único validador del saber que las personas trans tienen sobre sus propios cuerpos. Esta postura limita la participación activa del paciente en su propio proceso de cuidado, reduciendo su autonomía frente a decisiones fundamentales sobre su cuerpo. Por esta razón se genera desconfianza, malestar y en algunos casos rechazo a los servicios de salud. Además, al invalidar los saberes comunitarios y vivenciales, se perpetúan dinámicas de exclusión que refuerzan estigmas y discriminación.

*“Creen saber cómo es el cuerpo de una persona Trans, pero todo bajo una mentalidad cis que niega mi experiencia, porque no escucha quien soy.”*

*Al solicitar remisión con fonoaudiología para algún tipo de terapia de masculinización de voz, se ha ignorado mi petición en reiteradas oportunidades. Se me ha insistido en realizar cirugía de masculinización de pecho, a pesar de repetir que no la deseo.”* (Entrevista 2, persona no binaria, Medellín)

De igual manera, el enfoque exclusivamente biomédico puede resultar insuficiente o incluso perjudicial, ya que muchas decisiones clínicas se toman sin comprender las dimensiones emocionales, sociales, culturales y políticas que atraviesan las personas trans; lo que implica que su abordaje no puede reducirse a parámetros clínicos, pues la salud está profundamente atravesada por factores estructurales como aspectos culturales y sociales que son determinantes para el bienestar de las personas trans.

Finalmente, este tipo de jerarquización del saber también refleja una resistencia institucional al enfoque de salud integral y diferencial, que reconoce la diversidad como un eje fundamental en la calidad de la atención. Superar esta tensión requiere un cambio profundo en la formación del talento humano en salud, incorporando enfoques interculturales, de género y de derechos humanos, así como el reconocimiento explícito del conocimiento situado de los propios usuarios y comunidades.

## La Objeción de conciencia

En Colombia, la objeción de conciencia en la práctica médica está reconocida como un derecho derivado de la libertad de conciencia consagrada en el artículo 18 de la Constitución Política. Este derecho permite a los profesionales de la salud abstenerse de realizar procedimientos que contravengan sus convicciones éticas, morales o religiosas. Sin embargo, su aplicación debe estar estrictamente regulada, ya que puede entrar en tensión con los derechos fundamentales, este caso en el de la salud, especialmente cuando se trata de poblaciones históricamente excluidas, como las personas trans.



En Colombia, la objeción de conciencia tiene respaldo constitucional, pero no es un derecho absoluto. La Corte Constitucional ha reiterado que su ejercicio debe ajustarse a ciertos criterios para que no se convierta en una herramienta de discriminación o exclusión. Por ejemplo, en la Sentencia C-355 de 2006, se estableció que la objeción de conciencia sólo puede ser ejercida de manera individual (no institucional), debe ser previamente declarada, motivada y documentada, y no puede implicar la negación del servicio ni poner en riesgo el derecho del paciente. Además, de negarse a realizar el procedimiento el médico se debe garantizar que haya otro profesional disponible para prestar el servicio oportunamente.

Si bien la objeción de conciencia está regulada en el campo de la salud principalmente en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo y la eutanasia, sus principios se extienden a otras áreas de la práctica médica. En el caso de la atención a personas trans, los profesionales de la salud podrían invocar la objeción de conciencia para abstenerse de participar en procedimientos de afirmación de género. Sin embargo, es esencial que esta objeción se base en convicciones profundas y no en prejuicios o discriminación hacia la identidad de género del paciente. Además, el profesional objetor debe garantizar que su negativa no obstruya el acceso de las personas trans al servicio requerido, remitiéndole a otro profesional dispuesto a atenderlo.

Es preocupante que algunos profesionales intenten ampararse en la objeción de conciencia para negar atención o bloquear el acceso a tratamientos de afirmación, sin cumplir los criterios legales exigidos. En muchos casos, estas posturas se basan en prejuicios personales o creencias moralizantes, más que en fundamentos bioéticos sólidos. Esta práctica representa una forma de violencia institucional y discriminación indirecta, ya que impone barreras adicionales a las personas trans para acceder a los servicios de salud.

“La primera médica general, qué me atendió, se negó a darme información sobre la ruta de atención de la EPS e insistió en sólo enviar remisión a psicología y sugerir un examen de perfil hormonal por considerar que lo mío podía “ser un

desorden hormonal únicamente”. En la misma consulta, preguntó mis creencias religiosas y ella usa un collar con una cruz.” (Entrevista 4, hombre trans, Medellín)

El impacto de una objeción de conciencia mal aplicada es profundo, genera retrasos en tratamientos esenciales, desinformación, maltrato, revictimización y, en última instancia, la negación del derecho a la salud. Por eso, la jurisprudencia y la regulación internacional han señalado que el derecho a la objeción de conciencia debe equilibrarse con el principio de no discriminación, el interés superior del paciente y la garantía efectiva del acceso a los servicios de salud.

En este sentido, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Corte Interamericana de Derechos Humanos y distintos instrumentos internacionales en derechos sexuales y reproductivos, han advertido que la objeción de conciencia no puede ser utilizada como excusa para negar derechos fundamentales ni como mecanismo institucional para eludir responsabilidades. (OMS, 2022)

En conclusión, la objeción de conciencia debe ser entendida como un derecho individual, limitado y regulado, y nunca como una herramienta para vulnerar los derechos de las personas trans u otras poblaciones. Regular su uso, garantizar rutas alternativas de atención, formar al talento humano en ética profesional y fortalecer los mecanismos de supervisión y sanción, son claves para evitar que este derecho se transforme en una forma velada de discriminación.

## 2.4. Barreras culturales

Las barreras culturales hacen referencia a los prejuicios, imaginarios, creencias y prácticas que impiden o generan impactos negativos en el acceso a la salud de la población trans. Estas se manifiestan en actitudes discriminatorias, segregación selectiva, perpetuación de estereotipos, falta de conocimiento, entre otras prácticas relacionadas con la identidad de género y diversos factores interseccionales como la pertenencia étnica. Analizar estas barreras





es fundamental para entender cómo el SGSSS obedece a un pacto cultural que perpetúa desigualdades, y para proponer soluciones que promuevan una atención más inclusiva y respetuosa que cubra las necesidades específicas de las personas trans en Colombia.

Dichas barreras son diversas y complejas al involucrar múltiples dimensiones de la vida social. Además de los prejuicios sobre el género, estas barreras habitualmente funcionan como violencias que se solapan entre sí, por pertenencia étnica, estado serológico, ocupación, entre otros; generando desigualdades en el acceso a servicios médicos en un sistema de salud diseñado para responder a estándares culturales hegemónicos, dejando de lado las diversidades individuales de las personas trans. A continuación, se enumeran cuatro categorías de barreras identificadas:

1. La discriminación y segregación por pertenencia étnica se manifiesta de diversas formas, por ejemplo, en el informe Nos Decían “Tras de negras maricas” (2021), se analizan los retos institucionales del Pacífico Sur Colombiano, y se explica que hay una falta de derechos económicos, sociales y culturales, ya que hay unas barreras históricas en el acceso a derechos como la salud, a la que solo tienen acceso al primer nivel de complejidad, entre otras problemáticas mediadas por el abandono institucional. También se resalta la relación que esto tiene con un contexto de post-conflicto.

En el caso de la población indígena, los casos también varían según el contexto y comunidad de pertenencia. Por ejemplo, para el caso de las barreras que enfrentan las indígenas trans de Santuario, Risaralda. Gómez N (2020) describe cómo estas mujeres no cuentan con un servicio de salud, dado que no tienen cómo costearlo y tampoco tienen documentos de identidad que les permitan entrar al SISBEN. Por ello su tratamiento de hormonización sucede de voz a voz, es decir, si a alguna amiga le funciona algo lo recomienda y el resto de las chicas, cuando puede, lo compra. La constancia en el tratamiento hormonal

varía, al igual que sus ganas de operarse. La falta de documentos da cuenta a su vez de unas experiencias particulares en las que las mujeres trans tuvieron que abandonar sus comunidades y pertenencias, entre estas sus identificaciones.

En Colombia, se reconocen seis categorías de grupos étnicos: indígenas, afrodescendientes, palenqueros, raizales de San Andrés y Providencia, comunidades negras y gitanos o Rrom. Aunque el SISPRO incluye un campo específico para identificar la pertenencia étnica, persisten barreras en el reconocimiento de datos y atención de necesidades particulares para estas poblaciones. Además, el racismo como sistema de opresión impone obstáculos en el acceso a la salud muy diversos, los cuales pueden manifestarse en actitudes discriminatorias del personal de salud, barreras jurídicas específicas, la exclusión e incomprensión de prácticas culturales y espirituales propias de estas comunidades, entre otras.

2. Hay casos en los que no se brindan las herramientas para una comunicación clara y continua por una diferencia en la lengua o idioma del usuario. Esto puede incluir por ejemplo las barreras en el caso de las personas trans con discapacidad auditiva que se comunican mediante lengua de señas o el de personas colombianas o extranjeras que hablan un idioma diferente al español.
3. La religión y moralidad tienen un impacto profundo y negativo en el país, desde un discurso antiderechos. Además, permea de varias formas el SGSSS, tanto en las políticas referentes a su reglamentación, como en la atención que cada profesional de la salud le da a las personas trans, en un contexto con registros de casos donde las convicciones morales y religiosas de los profesionales o funcionarios se han impuesto como barreras en el acceso a derechos tanto dentro como por fuera del marco legal vigente.

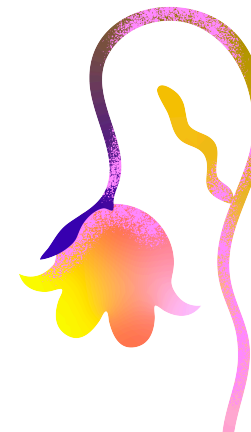
En el contexto colombiano, múltiples factores generan preocupación en torno a la protección de los derechos de la población trans, como lo es la influencia de actores políticos y sociales en la configuración de una agenda y políticas públicas que afectan los derechos de las personas trans, esto se evidencia por ejemplo en la oposición a propuestas legislativas que buscan promover una mayor inclusión, bienestar e incluso protección de los derechos humanos de la población LGBTIQ+, y, por el contrario, se centran en la promoción de una agenda política e incluso de movilización social que contribuyen activamente con la difusión de estigmas y discursos de odio en contra de las identidades no hegemónicas. Los medios de comunicación también han contribuido a la difusión de desinformación, perpetuando mitos sobre los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género y los ciclos de vida de las personas trans, promoviendo discursos de odio con fines amarillistas, entre otras medidas que terminan generando estigmatización y actitudes discriminatorias.

Todo esto se puede ver reflejado en el sistema jurídico o de salud como una barrera más directa por parte del personal encargado de atender a las personas Trans en las diferentes instituciones. Hay reportes que demuestran una vulneración alarmante en los que el profesional de la salud se niega a brindar el procedimiento, ayuda diagnóstica o abrir las rutas de atención por motivos morales y religiosos propios.

4. Existen también barreras derivadas de otros factores interseccionales. Se reportaron barreras impuestas por discriminación y exclusión por otros factores como el estado serológico respecto a anticuerpos contra el VIH, ciclo de vida, ocupación (específicamente a quienes reportan ejercer actividades sexuales pagas) y también a población migrante, cuyas vulneraciones están particularmente enraizadas al ámbito jurídico, entre otras. Dean Spade (2015) además menciona que “las personas trans más marginales experimentan la vulnerabilidad más extrema,

en parte porque más aspectos de sus vidas están supeditados al control directo de los ordenamientos jurídicos y administrativos de dominación —prisiones, programas de bienestar, servicios de acogida, centros de tratamiento de adicciones, albergues para personas sin hogar, centros de formación profesional— que se basan en un binarismo de género rígido”.

En conclusión, las barreras culturales dentro del sistema de salud perpetúan diversas formas de opresión que impactan no solo a las personas trans, sino también a otros grupos y poblaciones específicas. Estas limitaciones reflejan un pacto cultural que segrega y excluye, reproduciendo estereotipos y prejuicios. Frente a esta realidad, activismos, estudios de género y actores aliados han cuestionado y promovido prácticas y discursos que respondan mejor a las necesidades de personas trans y otras identidades que no se ajustan a los estándares médicos hegemónicos. ¿Cómo podemos construir un sistema de salud que sea verdaderamente inclusivo y libre de estigmas? Es necesario abordar las múltiples barreras que limitan el acceso y el respeto a la diversidad, como la binarización médica, la pertenencia étnica, las dificultades de comunicación, las imposiciones religiosas y morales, entre otros factores interseccionales. Reflexionar sobre estos aspectos y reconocer sus efectos abre la posibilidad de transformar el sistema de salud en un espacio que valore y proteja la dignidad y bienestar de todas las personas, sin prejuicios que perpetúen la exclusión.









## 3. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones están dirigidas a diferentes actores del SGSSS y otros actores clave en la prestación de servicios de salud en Colombia con el fin de garantizar el acceso a una atención médica digna y libre de discriminación para las personas trans que requiere la acción coordinada de múltiples entidades. Cada institución involucrada —desde el Ministerio de Salud y Protección Social hasta las IPS, las EAPB, la Superintendencia Nacional de Salud, el Congreso de la República y las universidades— cumple un rol específico dentro del SGSSS, y la superación de barreras estructurales solo es posible si cada una asume su responsabilidad y toma medidas concretas dentro de su ámbito de competencia.

Las recomendaciones sirven como una hoja de ruta que orienta a estas instituciones en la implementación de ajustes razonables para garantizar el acceso efectivo a la salud de las personas trans. A través de ellas, se establecen acciones específicas que buscan corregir deficiencias, cerrar brechas y garantizar el cumplimiento de derechos, desde la actualización de normativas y la capacitación del talento humano hasta la eliminación de prácticas discriminatorias y la mejora en la disponibilidad de servicios.

El propósito de hacer recomendaciones es impulsar avances tangibles en el SGSSS, permitiendo que la atención médica sea más accesible, inclusiva y de calidad. Estas sugerencias no solo responden a las problemáticas identificadas en el informe, sino que también promueven un enfoque de salud basado en los derechos humanos, asegurando que las personas trans puedan acceder a los servicios que necesitan y participar de los espacios de decisión relacionados con sus derechos, sin obstáculos administrativos, legales o sociales. En última instancia, la implementación efectiva de estas recomendaciones contribuye a la construcción de un SGSSS al que puedan acudir y participar las personas trans sin miedo.

### 3.1. Congreso de la República

El Congreso de la República debe impulsar la adopción de una Ley de Identidad de Género integral, que garantice el reconocimiento de la identidad de género en todos los ámbitos de la vida, sin requisitos patologizantes ni barreras burocráticas. Esta ley debe asegurar el acceso expedito y sin discriminación a servicios de salud, incluyendo tratamientos hormonales y cirugías de afirmación de género, estableciendo garantías claras en el SGSSS para evitar obstáculos administrativos.

El Congreso debe ejercer control político sobre la implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en Colombia, asegurando que el Ministerio de Salud y Protección Social cumpla con la actualización de sistemas de información y la capacitación del talento humano en salud sobre la eliminación de la categoría de “trastorno de identidad de género”. Asimismo, debe exigir la expedición y socialización de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral en salud de personas trans.

Además, el Congreso debe promover reformas al SGSSS para eliminar barreras en la entrega de medicamentos esenciales para la terapia de reemplazo hormonal (TRH) y otros tratamientos de afirmación de género. Es necesario garantizar que estos medicamentos sean considerados prioritarios y su entrega esté asegurada sin trámites excesivos ni demoras injustificadas.

Finalmente, el Congreso debe fortalecer la legislación contra la discriminación en el ámbito de la salud, asegurando la protección efectiva de las personas trans frente a actos de violencia y exclusión en los servicios de atención médica. Esto incluye la implementación de medidas de prevención y sanción para las entidades actoras en el sistema de salud (EAPB, EPS, IPS, etc.) y los profesionales de la salud que incurran en prácticas discriminatorias o negación de servicios.



### 3.2. Ministerio de Salud y Protección Social

Con el fin de garantizar el acceso a la salud de las personas trans en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social debe acelerar la implementación efectiva de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Además, es fundamental expedir y socializar la Guía de Práctica Clínica para la atención integral en salud de personas trans, asegurando que incluya procedimientos de afirmación de género, tal como lo ha ordenado la Corte Constitucional.

También es imperativo reglamentar el artículo 131 del Decreto 019 de 2012 para garantizar que los medicamentos necesarios sean suministrados oportunamente, estableciendo un plazo máximo de 48 horas en casos urgentes. Asimismo, el Ministerio debe ejercer una supervisión estricta sobre las EPS, sancionando a aquellas que nieguen o dilaten la entrega de medicamentos para la terapia de reemplazo hormonal (TRH) u otros tratamientos esenciales.

Por todo lo expuesto, es crucial actualizar y armonizar los sistemas de información en salud, incluido SISPRO, para que las personas trans sean identificadas por su identidad de género y no solo por un diagnóstico de incongruencia de género. Esto implica incluir en los registros campos diferenciados para la identidad de género y el sexo biológico, así como para la pertenencia étnica.

Si bien los programas especializados género pueden representar un avance, el enfoque del sistema debe ser el fortalecimiento de la capacidad resolutive descentralizada del sistema general de salud. Por lo tanto, el Ministerio como organismo de coordinación, dirección y control debe tomar acciones urgentes con miras a brindar la formación continua del talento humano, la ampliación de la red de prestadores habilitados para los procesos de afirmación de género, la creación de protocolos y guías clínicas de orden nacional, mejorar la interoperabilidad del sistema e inclusión de variables identitarias, así como la promoción de la participación activa de pacientes trans y organizaciones de la sociedad civil en el diseño y veeduría de los servicios.

Finalmente, se debe desarrollar e implementar una política pública integral de salud trans que aborde de manera específica las necesidades de esta población, garantizando un enfoque diferencial y estrategias para erradicar la discriminación en la atención médica. Para ello, es necesario fortalecer la coordinación entre entidades del sector salud, como la Superintendencia Nacional de Salud, las EAPB, entre ellas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), asegurando que las personas trans reciban una atención integral y libre de barreras.

### 3.3. Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud debe garantizar el cumplimiento efectivo de la Circular Externa 2024150000000011-5, que protege el derecho a la salud de las personas trans. Para lo cual, debe supervisar que se realicen capacitaciones al personal médico y administrativo y que los registros de información sean adecuados para esta población.

Además, es esencial fortalecer los mecanismos de recepción y gestión de quejas y denuncias por discriminación y negación de servicios. Esto debe ir acompañado de sanciones efectivas contra las EPS e IPS que incumplan las normativas y vulneren los derechos de las personas trans en el acceso a la salud. Asimismo, en coordinación con el INVIMA, se debe implementar un sistema de monitoreo riguroso de la disponibilidad de medicamentos esenciales para la TRH y otros tratamientos, evitando su desabastecimiento y garantizando su entrega sin demoras injustificadas.

### 3.4. Entidad Promotora de Salud (EPS)

Las EPS deben garantizar el acceso oportuno y sin dilaciones a los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) para las personas trans, asegurando la disponibilidad de consultas con especialistas, tratamientos



hormonales y cirugías de afirmación de género. Además, es indispensable implementar un sistema eficiente para la entrega completa e inmediata de medicamentos, permitiendo que, en caso de necesidad, estos sean entregados en un plazo máximo de 48 horas en el domicilio o lugar de trabajo de la persona afiliada.

Adicionalmente, se deben eliminar las barreras administrativas que obstaculizan el acceso a estos servicios, evitando requisitos innecesarios y criterios patologizantes. Esto implica agilizar y simplificar los trámites administrativos relacionados con el agendamiento de citas, la emisión de autorizaciones de servicios y, en general, todos los procedimientos para garantizar el acceso y la participación en los servicios de salud.

Por otra parte, las historias clínicas y los sistemas de registro deben adaptarse para incluir el nombre identitario y los pronombres de las personas trans. Adicionalmente, estos sistemas de registro y las historias clínicas deben diferenciar claramente entre identidad de género y sexo biológico. Lo anterior, con el objetivo de mejorar las experiencias de las personas trans en el acceso a servicios de salud porque se les reconoce y respeta su nombre y pronombre identitario, así como para evitar que las personas trans no puedan acceder a exámenes médicos y servicios relacionados con las necesidades biológicas de su sexo.

También es necesario capacitar al personal administrativo en la atención respetuosa y no discriminatoria, asegurando el uso correcto de nombres y pronombres en todas las interacciones con los pacientes. Este personal es uno de los que más interacciones tiene con las personas afiliadas y no siempre reciben la formación y la sensibilización necesaria en asuntos de género y sexualidad.

### **3.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**

Las IPS deben implementar programas de formación obligatoria y continua para el personal de salud sobre las necesidades específicas de las personas

trans. Esta capacitación debe incluir información sobre identidades no binarias, diversidad de expresiones de género y tratamientos de afirmación de género, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero (WPATH, SOC8).

Además, se deben desarrollar talleres y actividades de sensibilización para erradicar prejuicios y estereotipos, promoviendo un trato digno y respetuoso. Es imprescindible que los profesionales de la salud adquieran competencias específicas para acompañar los procesos de afirmación de género, tanto en términos técnicos como en habilidades interpersonales y un enfoque ético y culturalmente competente.

Para mejorar la experiencia de atención médica, las IPS deben garantizar el uso del nombre y pronombres identitarios de las personas trans en todas las interacciones y registros clínicos. También deben proporcionar información clara y comprensible sobre los tratamientos y procedimientos de afirmación de género, asegurando que se cumpla el proceso de consentimiento informado.

La atención diferencial y respetuosa debe ser una prioridad, evitando comentarios invasivos, preguntas innecesarias y actitudes discriminatorias. Se debe eliminar la exigencia de evaluaciones psiquiátricas como requisito obligatorio para acceder a tratamientos hormonales o cirugías de afirmación de género. Asimismo, es esencial reconocer y atender las necesidades específicas de las personas no binarias, evitando la binarización del género en la atención médica.

### **3.6. Instituciones Educativas (Universidades y Facultades de Salud)**

Las universidades y facultades que forman al talento humano en salud del país deben incluir de manera obligatoria y transversal los temas de salud trans en los currículos de pregrado y posgrado de las áreas de salud. Es fundamental desarrollar programas de formación en competencias específicas para la



atención de personas trans, incorporando conocimientos técnicos, habilidades interpersonales y un enfoque ético y culturalmente competente. Además, es necesario aumentar la representación de personas LGBTQ+ en el cuerpo docente y entre los estudiantes de las facultades de salud, promoviendo la inclusión y diversidad en estos espacios académicos. También se deben ofrecer programas de actualización y formación continua para profesionales de la salud en temas de salud trans, asegurando que la atención médica evolucione conforme a los últimos avances científicos.

### 3.7. Recomendaciones para pacientes trans en Colombia

Con el propósito de garantizar un acceso adecuado a la atención en salud, es fundamental que las personas trans conozcan sus derechos, aprendan a navegar el sistema de salud colombiano y cuenten con herramientas para defenderse ante situaciones de discriminación. Las recomendaciones consignadas en este informe buscan empoderar a la población trans y no binaria, proporcionando información clave sobre sus derechos, el funcionamiento del sistema de salud y las estrategias para acceder a una atención digna y de calidad.

En primer lugar, es esencial conocer los derechos fundamentales en materia de salud. El derecho a la salud es un derecho que cubre a todas las personas en Colombia y consagra que el derecho a recibir atención integral y sin discriminación. Por lo tanto, todas las personas trans tienen derecho a recibir atención médica integral sin discriminación, lo que incluye acceso a servicios de salud mental, tratamientos hormonales y cirugías de afirmación de género.

Además, las personas en Colombia, tenemos derecho al nombre, elemento de la personalidad intrínsecamente ligado a la identidad. En ese sentido, las personas trans están facultadas a exigir que el personal médico respete su nombre identitario y utilice los pronombres correctos, sin necesidad de revelar su nombre legal si no lo deseas. En esta misma línea, es relevante señalar que la confidencialidad de la información médica debe estar garantizada, y ningún tipo

de información sobre el estado de salud debe ser divulgada sin el consentimiento de la persona. Cualquier mención de las condiciones médicas sin tu autorización es ilegal.

Cualquier tipo de discriminación por motivos de género no es solo ilegal, sino que puede constituir un delito en los términos de la Ley 1482 de 2011, que fija penas de 12 a 36 meses de prisión. También es importante ejercer el derecho a recibir información clara, completa y suficiente sobre tratamientos, riesgos y beneficios. Las personas deben asegurarse de siempre otorgar un consentimiento informado antes de cualquier procedimiento médico. Esto significa que se debe comprender completamente lo que se va a hacer y estar de acuerdo con ello.

Para optimizar la experiencia en las citas médicas, se recomienda que las personas lleven un registro detallado de los tratamientos recibidos, anotar previamente cualquier duda o inquietud que se quiera consultar al médico y, si es posible, asistir con una persona de confianza que brinde apoyo. En caso de sentir que la atención no es adecuada, es válido expresarlo y solicitar una segunda opinión médica.

Ahora bien, comprender el funcionamiento del sistema de salud colombiano es otro aspecto clave. Las personas trans deben familiarizarse con los servicios que ofrece su EPS y conocer los procedimientos de afirmación de género cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Ante cualquier acto de discriminación en el sistema de salud, es recomendable llevar un registro detallado de lo sucedido, incluyendo fechas, nombres y descripciones de los hechos. Presentar quejas o peticiones ante la Superintendencia Nacional de Salud y la EPS correspondiente es una estrategia efectiva para denunciar irregularidades. En casos más graves, buscar asesoría legal puede ayudar a hacer valer los derechos de manera formal. En otras palabras, es importante que las personas estén informadas sobre mecanismos jurídicos como las PQR o derechos de petición, así como la acción de tutela como vía para exigir el respeto a sus derechos ante juez cuando la atención médica es negada. Las PQR, quejas o derechos de petición

de información dirigidos a la EPS funcionan como una herramienta para obtener una respuesta por escrito de la EPS en la que justifique o niegue los motivos que ocasionaron las posibles barreras a las que se enfrentó la persona en las múltiples atenciones en salud. Por su parte, si la PQR, queja o derechos de petición de información radicados ante la Superintendencia Nacional de Salud tienen como propósito solicitarle a este ente que inspeccione las actuaciones de la EPS, es necesario solicitar dar celeridad a los trámites e incluso que se le pongan sanciones a las Entidades Prestadoras de Salud. Por último, la tutela sirve como herramienta cuando las vulneraciones de derechos y las barreras persiste y no fue posible mediante peticiones, obtener el tratamiento, procedimiento, medicamento y/o atención requerida.

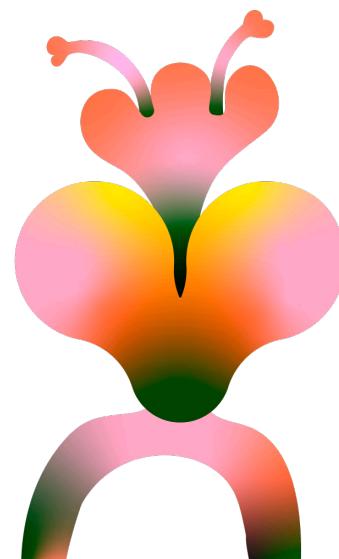
construirla construcción de redes de apoyo también fortalece el acceso a la salud. Unirse a grupos y colectivas trans permite compartir experiencias y obtener recursos valiosos. La Liga de Salud Trans y otras organizaciones de derechos humanos pueden ofrecer información, orientación y acompañamiento en los procesos médicos. Apoyarse de todos los espacios que permitan aprender estrategias para gestionar tu salud y bienestar por dentro y fuera del Sistema de Seguridad Social es esencial.

Para quienes optan por tratamientos no estandarizados, como microdosis hormonales o procedimientos quirúrgicos sin terapia hormonal, es crucial contar con información médica adecuada y asegurarse de recibir un consentimiento informado completo sobre riesgos y beneficios.

Como hemos mencionado a lo largo de este informe, las personas no binarias tienen necesidades específicas que deben ser reconocidas en el sistema de salud. Su identidad es válida y debe ser respetada, sin presiones para ajustarse a categorías binarias. Buscar profesionales de la salud con sensibilidad hacia las identidades no binarias puede mejorar la calidad de la atención. Además, es importante explorar tratamientos flexibles que se adapten a sus objetivos personales y exigir el acceso a diagnósticos y procedimientos sin ser excluidos por no encajar en los estándares tradicionales.

Por su parte, a las personas trans pertenecientes a grupos étnicos les aconsejamos conocer los derechos específicos que garantizan un enfoque diferencial en la atención en salud. Conectarse con líderes comunitarios y organizaciones que apoyen sus derechos puede ser clave para superar barreras adicionales. Asimismo, deben tener presente que se pueden exigir intérpretes si enfrentan dificultades lingüísticas en el sistema de salud.

Finalmente, el autocuidado y el bienestar integral son esenciales para una vida saludable. El autocuidado y el bienestar no son solo prácticas individuales, sino estrategias de resistencia y supervivencia colectivas. Mantener un seguimiento activo de la propia salud, construir redes de apoyo, informarse sobre tratamientos y procedimientos, así como documentar y denunciar situaciones de discriminación, nos permite a las personas trans reducir los riesgos asociados a la exclusión y garantizar una mejor calidad de vida. El autocuidado también abarca la salud mental, el derecho a vivir sin violencia y la posibilidad de acceder a espacios donde su identidad sea respetada. Por eso, invitamos a abrazar a les hermanes, amigos y comadres, a priorizar la salud mental, mantener hábitos de vida saludables y establecer límites ante situaciones de discriminación como estrategias para hacerle frente a la violencia institucionalizada del CIS-tema de Salud.









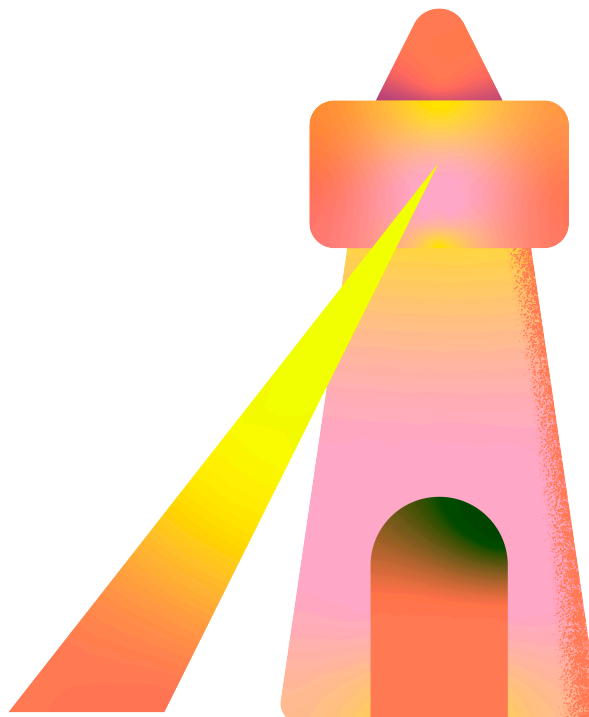
# Conclusión

Este informe se ha concentrado en actualizar las barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de las personas trans en el marco del acompañamiento sensible ofrecido por la Liga de Salud Trans. El seguimiento a este modelo de acompañamiento ha permitido no solamente tener información acerca de las personas trans que están accediendo a los servicios ofrecidos por el SGSSS, sino que también ha posibilitado que se actualicen las barreras de acceso en función de los avances jurisprudenciales y de política pública para la garantía de los derechos en el ámbito de la salud de las personas trans. Con base en esta actualización, el informe presenta también una serie de recomendaciones tendientes a subsanar las barreras.

Es informe reconoce los avances del SGSSS, en particular en lo que respecta a los sistemas de información, con la creación de variables diferenciadas. Sin embargo, ve con particular preocupación que el andamiaje que se ha creado para la garantía de derechos de personas trans es fragmentado. Esto imposibilita que se pueda llevar a cabo un disfrute integral de los derechos adquiridos y que se incurra en trámites innecesarios. De igual modo, este informe expone que dicho andamiaje no ha sido capaz de actualizarse con base en las últimas recomendaciones científicas acerca de la construcción identitaria de personas trans. Así, por ejemplo, aunque Colombia ya ha ratificado la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), aún no se ha avanzado considerablemente en su actualización. Resulta por lo tanto de suma importancia que el SGSSS no solamente sea robusto para la garantía de derechos, sino que sea lo suficientemente flexible para que pueda integrar los últimos avances científicos y las conquistas conseguidas por las organizaciones sociales.

Este informe es enviado a imprenta cuando aún existen posibilidades de que el Congreso de la República apruebe la Ley Integral Trans, el primer avance

legislativo encaminado a asegurar los derechos de la población trans en Colombia. Este texto configura una oportunidad sin precedentes de aglutinar los avances jurisprudenciales ya conseguidos en materia de garantía de derechos y de producir un documento de política pública que rija el proceder de las entidades del Estado, homogeniza el andamiaje hasta ahora creado y le da continuidad al trabajo hasta ahora llevado a cabo por las organizaciones sociales trans. A la luz de los asesinatos que no cesan, y de los actos de violencia que los acompañan, la Liga de Salud Trans recalca la imperiosa necesidad de que dicha ley sea aprobada y nos comprometemos a continuar incidiendo para que dicha ley sea aprobada por medio de nuestras acciones legales, nuestro litigio estratégico y la continuación de nuestro modelo de acompañamiento.









# Siglas:

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**CUPS:** Códigos Únicos de Procedimientos en Salud.

**DSM-5:** Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

**EAPB:** Entidades responsables de administrar los planes de salud en Colombia.

**EPS:** Entidades Promotoras de Salud.

**IPS:** Instituciones Prestadoras de Salud.

**PBS:** Plan de Beneficios en Salud.

**AFAN:** Personas Asignadas Femeninas al Nacer.

**AMAN:** Personas Asignadas Masculinas al Nacer.

**SIS:** Sistemas de Información en Salud

**SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social.

**SISBÉN:** Sistema de Información y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales.

**SGSSS:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud.

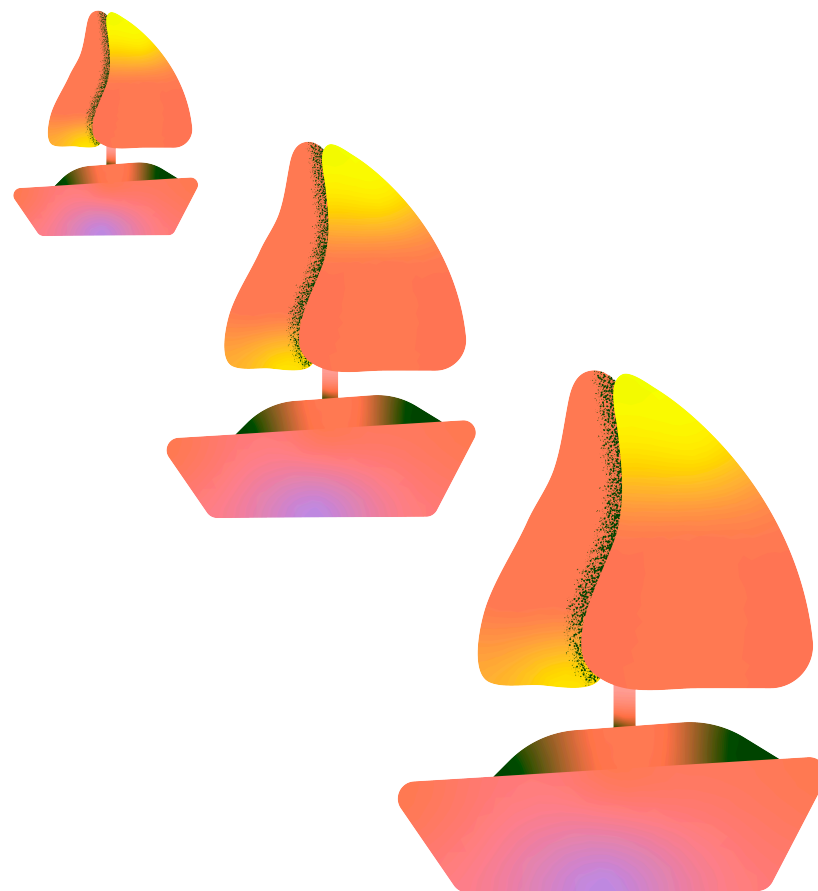
**WPATH:** World Professional Association for Transgender Health. En español, Asociación Mundial de Profesionales en Salud Trans.

**THS:** Talento Humano en Salud.

**TRH:** Tratamiento de Reemplazo Hormonal.

**UPC:** Unidad de Pago por Capitación

Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE









# Glosario:

- **Andrógino:** Que presenta características tanto masculinas como femeninas, sin ajustarse estrictamente a una expresión de género en específico.
- **Atención diferencial:** Estrategias de acceso y atención en salud que responden a las necesidades específicas de grupos étnicos y poblaciones diversas.
- **Automedicación:** Uso de medicamentos sin la supervisión o prescripción de un profesional de la salud.
- **Bancada “Provida”:** Grupo de congresistas en Colombia que se oponen al aborto, la eutanasia, la educación sexual integral y los derechos de las personas trans.
- **Binarización del género:** División estricta del género en dos categorías opuestas, masculino y femenino, excluyendo otras identidades.
- **Cisgénero:** Persona cuya identidad de género coincide con el sexo que le fue asignado al nacer.
- **Cisnormado:** Que se ajusta a las normas y expectativas sociales sobre el género, basadas en la idea de que solo existen dos géneros (masculino y femenino) y que estos corresponden a los asignados al nacer.
- **Cispassing:** Práctica de algunas personas trans de presentarse y ser percibidas como personas cisgénero.
- **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE):** Una herramienta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para clasificar enfermedades y condiciones de salud. Es utilizada por el Sistema de Seguridad Social y Salud Colombiano.
- **Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS):** Códigos utilizados en el sistema de salud colombiano para identificar y registrar los servicios y procedimientos médicos.
- **Disforia de género:** Un término médico que históricamente se ha utilizado para describir la incomodidad o angustia que sienten algunas personas trans con respecto a su sexo asignado al nacer.
- **DSM-5:** Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, utilizado para clasificar y diagnosticar trastornos mentales.
- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB):** Entidades responsables de administrar los planes de beneficios salud en Colombia. Estas incluyen a: Entidades Promotoras de Salud (EPS), Empresas Solidarias de Salud, Asociaciones Mutuales, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familias, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada, etc.
- **Entidades Promotoras de Salud (EPS):** Se encargan de organizar y garantizar el acceso a los beneficios del Plan Obligatorio de Salud. Las EPS pueden operar en el régimen contributivo, subsidiado, régimen especial y de excepción.
- **Examen visual:** Evaluación clínica utilizada en psiquiatría para observar y captar detalles del paciente, incluyendo aspectos relacionados con la expresión y los estereotipos de género.
- **Guía de práctica clínica:** Un documento con recomendaciones basadas en evidencia científica para el diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud.
- **Ideología de género:** Un término utilizado por grupos conservadores y fundamentalistas, para referirse a políticas y programas que promueven la igualdad de género y los derechos de las personas LGBTIQ+.
- **Identidades no binarias:** Identidades de género que no se ajustan a la dicotomía tradicional de masculino y femenino.
- **Incongruencia de género:** Término utilizado en la CIE-11 para describir la experiencia de una persona cuya identidad de género difiere de su sexo asignado al nacer.
- **Interseccionalidad:** Concepto que reconoce cómo diferentes formas de discriminación y opresión (género, raza, clase, etc.) se entrelazan y afectan a las personas de manera específica.



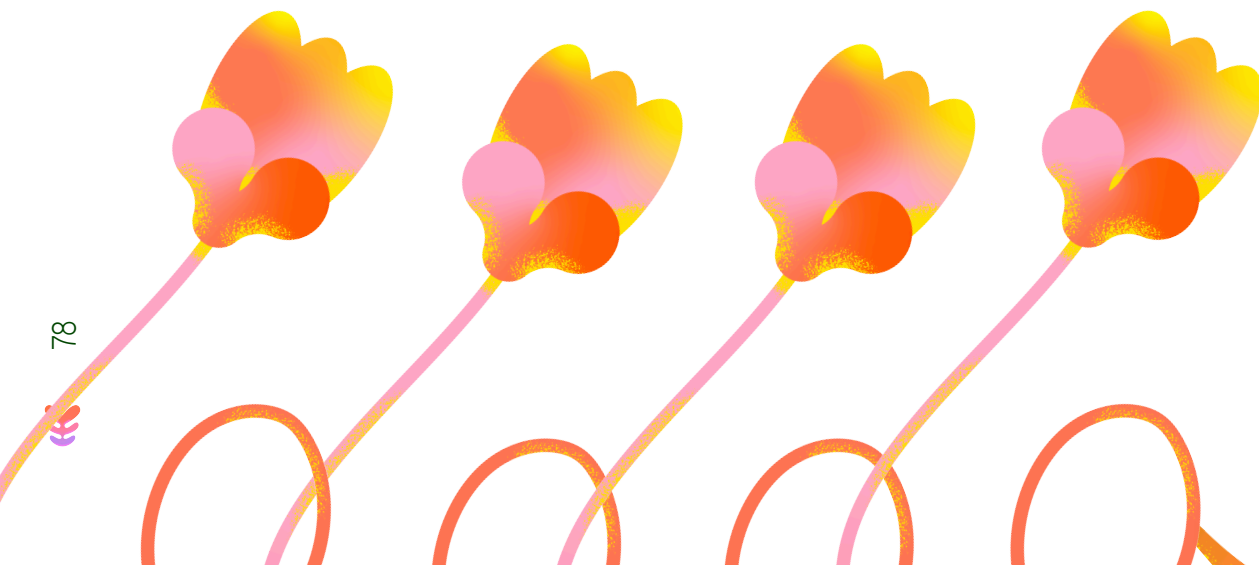
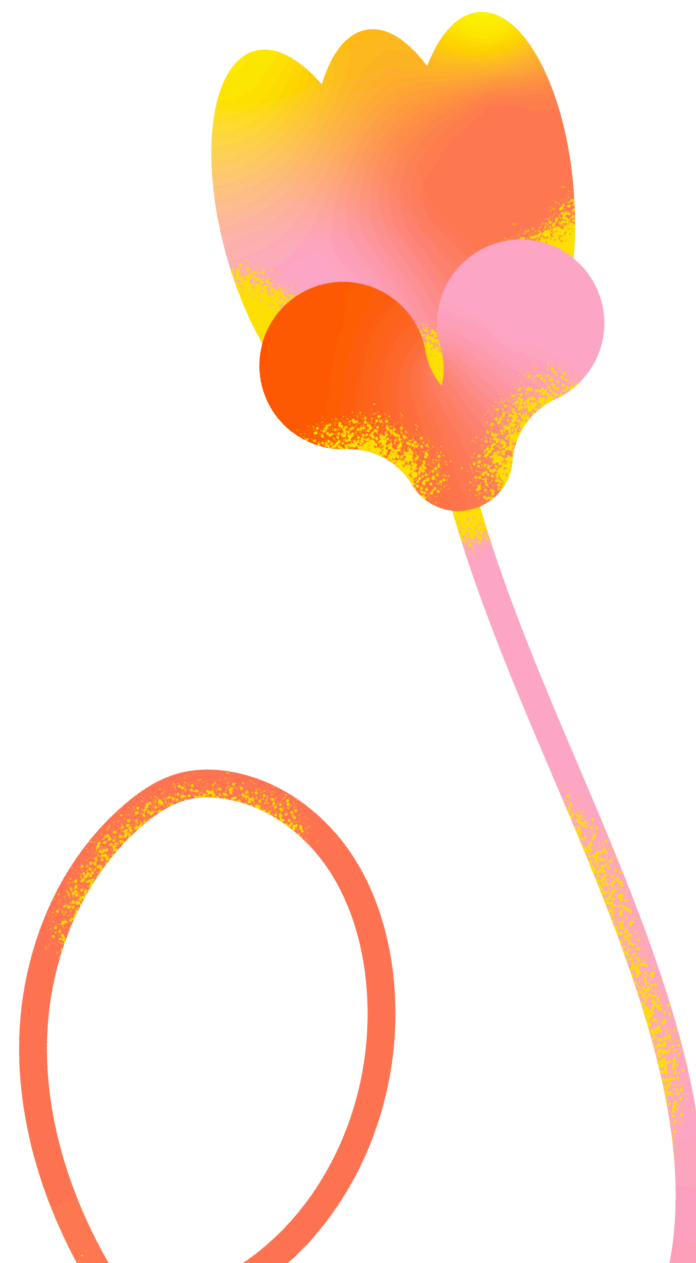


- **Invisibilidad estadística:** La falta de datos precisos sobre la salud de las personas trans, lo que dificulta la planificación y el diseño de políticas públicas adecuadas.
- **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):** Son entidades que ofrecen servicios de salud a los afiliados al sistema de seguridad social. Entre ellas se encuentran hospitales, clínicas y centros de salud.
- **Medicalización:** Proceso de definir y tratar condiciones no médicas como si fueran enfermedades, a menudo aplicando un enfoque biomédico.
- **Microdosis:** Uso de dosis hormonales más bajas de lo habitual en tratamientos de afirmación de género.
- **Norma sexual:** Concepción dicotómica de los sexos y géneros que impone dos modelos a reproducir para adaptarse al sistema social.
- **Patologización-Patologizante:** El proceso de considerar las identidades trans como trastornos mentales, lo que puede llevar a la psiquiatrización forzada y otras formas de discriminación en el sistema de salud.
- **Personas trans:** Personas con una identidad de género que difiere del sexo que les fue asignado al nacer. Pueden expresar su identidad de forma binaria y no binaria.
- **Plan de Beneficios en Salud (PBS):** El conjunto de servicios y tratamientos de salud que deben ser garantizados por el sistema de salud colombiano.
- **Procedimientos médicos de afirmación de género:** Intervenciones médicas (hormonales, quirúrgicas, etc.) que ayudan a las personas trans a alinear su cuerpo con su identidad de género.
- **Protocolos de atención:** Conjunto de reglas y procedimientos establecidos para la atención médica en condiciones clínicas específicas.
- **Psiquiatrización forzada:** La práctica de obligar a las personas trans a someterse a evaluaciones y tratamientos psiquiátricos como requisito para acceder a tratamientos hormonales o cirugías de afirmación de género.

- **Racismo:** Sistema de opresión que impone obstáculos en el acceso a la salud y otros derechos, basado en la discriminación racial.
- **Redes comunitarias:** Grupos y colectivas trans que trabajan para atender temas de salud, cuidado y brindar apoyo mutuo.
- **Régimen contributivo:** Es un mecanismo de aseguramiento en salud donde las personas con capacidad de pago, como trabajadores dependientes o independientes, pensionados y rentistas de capital, tienen acceso a los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) mediante el pago de una cotización.
- **Régimen subsidiado:** Es un mecanismo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que permite a la población vulnerable, sin capacidad de pago, acceder a servicios de salud a través de un subsidio estatal. Para acceder al régimen subsidiado, es necesario estar clasificado en los niveles 1 o 2 del Sisbén (Sistema de Información y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales).
- **El Sistema de Información en Salud (SIS):** Es una estructura que permite recopilar, procesar, analizar y tratar información relacionada con la salud. El SIS se utiliza para organizar y administrar los servicios de salud, así como para la investigación y la docencia.
- **SISBÉN:** Sistema de Información y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, es una herramienta que clasifica a la población colombiana según sus condiciones socioeconómicas. El objetivo es identificar a las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad para que los programas sociales lleguen a quienes más lo necesitan.
- **Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO):** El sistema de información del sector salud en Colombia que registra datos sobre atenciones y diagnósticos.
- **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):** Se refiere al conjunto de actores, servicios y recurso para brindar el servicio público que garantiza el acceso a la salud de todos los colombianos. Sus objetivos son regular el servicio de salud, proteger

la salud de les colombianos, garantizar el acceso a los servicios de salud y preservar la sostenibilidad financiera del sistema.

- **Tratamientos no estandarizados:** Tratamientos de reafirmación de género que no están contemplados ni regulados en los protocolos médicos actuales.
- **Tutela:** Un mecanismo legal en Colombia para proteger los derechos fundamentales, utilizado por personas trans para exigir acceso a servicios de salud.
- **Violencia por prejuicio:** Es un tipo de violencia que se ejerce contra personas por su orientación sexual, identidad de género, expresión de género o características sexuales. Esta violencia se fundamenta en falsas creencias o prejuicios contra las personas disidentes del binario sexo-género.
- **Violencia de género:** Es cualquier acción o conducta que cause daño o sufrimiento a una persona por su género, orientación sexual o identidad de género.
- **World Professional Association for Transgender Health (WPATH):** Asociación conocida principalmente por la elaboración de los Estándares de Atención para la Salud de las Personas Transgénero y de Género Diverso (SOC).









# Referencias:

- Agencia SINC. (2012). La arquitectura del hospital influye en la recuperación de los pacientes. <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-arquitectura-del-hospital-influye-en-la-recuperacion-de-los-pacientes>
- Amsterdam UMC. (2025). *Wachttijden Genderdysforie* [Página web]. Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie (KZcG). Recuperado el 15 de agosto de 2025. [amsterdamumc.nl](https://www.amsterdamumc.nl)
- Aponte, W. I. G. (2022). Derecho Fundamental a la protección de datos personales para las personas LGBTIQ+ en Brasil: Desafíos regulatorios para el futuro: Fundamental right to personal data protection for the LGBTQ+ population in Brazil: Regulatory challenges for the future. *International Journal of Digital Law*, 3(2), 81-112. <https://journal.nuped.com.br/index.php/revista/article/view/aponte2022>
- Autores V. Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio
- Autores V. Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y
- Autores V. Recomendaciones para la Garantía del Derecho a la Salud de las Personas trans:
- Autores V. Ser Marica en medio del Conflicto Armado: Memorias de Sectores LGBT en el
- Bello Ramirez A. Un Carnaval de Resistencia: Memorias del Reinado Trans del Río Tulumí.
- Beneroso Lara, Alesya (2022). *Actitudes del personal sanitario hacia las personas trans*. Recuperado de <https://titula.universidadeuropea.com/xmlui/handle/20.500.12880/7159>
- Blu Radio. (2020, octubre 7). Colombia superó las 10.000 iglesias avaladas por el Gobierno: la mayoría son cristianas. <https://www.bluradio.com/nacion/colombia-supero-las-10-000-iglesias-avaladas-por-el-gobierno-la-mayoria-son-cristianas-rg10>
- Bohórquez, A. (2023). *Esta es la barrera por la cual los hombres trans siguen sin acceder al aborto*. Manifiesta: Información diaria para tumbar al patriarcado. <https://manifiesta.org/barrera-aborto-hombres-trans-eps/>
- Castellano Arroyo, M., & Ferrara, S. D. (2014). *La responsabilidad profesional médica en Europa*. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(4), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2014.05.003>
- Castro Aguilar, O. (2016). *Análisis de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana. Enlace educativo y formativo en salud pública*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57136>
- Centrada en las personas trans. Profamilia, Reino de los Países Bajos. 2019.
- Centro Nacional de Memoria Histórica, Colombia. 2018.
- circunstancias de las personas con experiencias de vida trans: recomendaciones para la atención
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). *Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals*. *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. (2017). *Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2016). *Investigación LGBT: Resumen Ejecutivo*. México: CONAPRED. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/>





attachment/file/78952/INVESTIGACION\_LGBT\_Resumen\_Ejecutivo\_11\_ABR\_16.pdf

- Cooper, M. B., Chacko, M., Christner, J., & Lockhart, K. (2018). Incorporating LGBT Health in an Undergraduate Medical Education Curriculum. *MedEdPORTAL*, 14, 10781. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10781](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10781)
- Corporación Caribe Afirmativo, Fundación Arcoíris de Tumaco, & Fundación Afrocolombiana por las Diversidades Sociales y Sexuales (Somos Identidad). (2021). *Nos decían: "Tras de negras, maricas": Experiencias e impactos del conflicto armado en personas Afro-LGBT del Sur de Bolívar y el Pacífico Sur Colombiano*. Instituto Internacional sobre Raza, Igualdad y Derechos Humanos. <https://raceandequality.org/wp-content/uploads/2021/09/Nos-decian-tras-de-negras-maricas.-Informe-victimas-AfroLGBT-del-conflicto-armado-colombiano-1.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2002). *Sentencia T-1025 de 2002*. Magistrado ponente: Rodrigo Escobar Gil. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-1025-02.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2004). *Sentencia T-206 de 2004*. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-206-04.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2006). *Sentencia T-306 de 2006*. Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-306-06.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2007). *Sentencia T-234 de 2007*. Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/t-234-07.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-613 de 2008*. Magistrado ponente: Rodrigo Escobar Gil. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-613-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2009). *Sentencia T-732 de 2009*. Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2011). *Sentencia T-062 de 2011*. Magistrado ponente: Luis Ernesto Vargas Silva. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-062-11.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2012). *Sentencia T-876 de 2012*. Magistrado ponente: Nilson Pinilla Pinilla. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-876-12.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2012). *Sentencia T-918 de 2012*. Magistrado ponente: Jorge Iván Palacio Palacio. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-918-12.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-552 de 2013*. Magistrado ponente: María Victoria Calle Correa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-552-13.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-771 de 2013*. Magistrado ponente: María Victoria Calle Correa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-771-13.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia T-622 de 2014*. Magistrado ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-622-14.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2015). *Sentencia T-099 de 2015*. Magistrado ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-099-15.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2020). *Sentencia T-443 de 2020*. Magistrado ponente: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/T-443-20.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia SU-440 de 2021*. Magistrado ponente: Paola Andrea Meneses Mosquera. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/SU440-21.htm>



- Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia T-231 de 2021*. Magistrado ponente: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-231-21.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia T-218 de 2022*. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-218-22.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2023). *Sentencia C-324 de 2023*. Magistrado ponente: Juan Carlos Cortés González. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/C-324-23.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2023). *Sentencia T-321 de 2023*. Magistrada ponente: Natalia Ángel Cabo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/T-321-23.htm>
- Cuatillas Fernández, María Asunción (2021). *Actitudes de los profesionales de salud mental hacia las personas trans*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=339526>
- Cumbria, Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust. (2025, julio). *Waiting list/waiting times: Northern Region Gender Dysphoria Service*. Recuperado el 15 de agosto de 2025. [nhs.uk](https://nhs.uk)
- de Personas Trans en Colombia. Ministerios del Interior. 2018.
- Delgado Huertas G. Centro Nacional de Memoria Histórica. (2015). Aniquilar la diferencia.
- El País. (2024, 13 de junio). El Congreso de Colombia hunde de nuevo el proyecto que buscaba prohibir las terapias de conversión sexual <https://elpais.com/america-colombia/2024-06-13/el-congreso-de-colombia-hunde-de-nuevo-el-proyecto-que-buscaba-prohibir-las-terapias-de-conversion-sexual.html>
- El Tiempo. (2024). *Especialistas alertan sobre el impacto de enfermedades endocrinas en Colombia*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/salud/especialistas-alertan-sobre-el-impacto-de-enfermedades-endocrinas-en-colombia-3335328>
- Exploratorio en Colombia. ATAC, Profamilia. 2021.
- Farji Neer, Anahí. (2022). Actitudes profesionales en torno a la atención de la salud de la población trans (Área Metropolitana de Buenos Aires, 2014-2019). Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México, 8, e781. Epub 15 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.24201/reg.v8i1.781>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2019). *Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBT*.
- Fundación Valle del Lili. (s. f.). *Clínica disforia de género* [Página web]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. Fundación Valle del Lili
- García-Artiles, M., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2012). Influencia del diseño arquitectónico hospitalario sobre la salud del paciente: una revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 86(3), 263–275. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000300002&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000300002&script=sci_arttext)
- Gómez Parra, N. (2020). *Sentí bruma emberá vera: Identidades de indígenas trans en el municipio del Santuario* (Trabajo de pregrado en Periodismo y Opinión Pública). Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/30758>
- Hana, T., Butler, K., Young, L. T., Zamora, G., & Lam, J. S. H. (2021). Transgender health in medical education. Bulletin of the World Health Organization, 99(4), 296–303. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.249086>
- Health Policy Partnership. (2023). Trastornos tiroideos en Colombia. Recuperado de <https://www.healthpolicypartnership.com/app/uploads/Trastornos-tiroideos-en-Colombia.pdf>
- Hivos. (2021). Mapeo de datos sobre violencia contra la población LGBTI en Centroamérica. Hivos América Latina. Disponible en:
- Hollenbach, A. D., Eckstrand, K. L., & Dreger, A. (Eds.). (2014). Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to





- Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators. Association of American Medical Colleges. <https://store.aamc.org/implementing-curricular-and-institutional-climate-changes-to-improve-health-care-for-individuals-who-are-lgbt-gender-nonconforming-or-born-with-dsd-a-resource-for-medical-educators.html>
- Hospital de San José (Bogotá). (2022, mayo). *Cartilla de disforia de género* [PDF]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. Hospital de San José
  - Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). (s. f.). *Convenios vigentes – EPS* [Página web; incluye “Seguimiento en el programa Disforia de Género”]. Recuperado el 15 de agosto de 2025.
  - Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). (s. f.). *Unidad de Endocrinología* [Página web; “Enfermedades tratables” incluye disforia de género]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. husi.org.co
  - Hoyos Hernández, Paula Andrea, Duarte Alarcón, Carolina, & Valderrama, Laura Juliana. (2023). *Atención de los profesionales de la salud a personas trans en América Latina y el Caribe*. Interdisciplinaria, 40(1), 63-80. Epub 12 de octubre de 2022. <https://dx.doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.4>
  - <https://america-latina.hivos.org/assets/2021/08/Mapeo-datos-violencia-contrapoblacion-LGBTI-en-CA.pdf>
  - <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LINEAMIENTOS%20EN%20ATENCION%20LGBTI-VERSION%20DIGITAL.pdf>
  - <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>
  - Indigo Gender Service. (s. f.). *What is Indigo?* [Página web]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. Indigo
  - Las2Orillas. (2021, diciembre 6). ¿Por qué los 10 millones de cristianos que hay en Colombia no tienen peso? <https://www.las2orillas.co/por-que-los-10-millones-de-cristianos-que-hay-en-colombia-no-tienen-peso>
  - Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano. Forum
  - Magdalena Medio. Centro Nacional de Memoria Histórica, Colombia. 2019.
  - Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional. (2017). Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia: Documento de recomendaciones.
  - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Resolución 1035 de 2022. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=124757>
  - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). *Resolución 2138 de 2023*. Consultado en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=152519>
  - Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Informe sobre tutelas en salud 2023 - orden trigésima sentencia T-760 de 2008*. Consultado el 24/10/2024 en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2023-orden-trigesima-sentencia-T-760-2008.pdf>
  - Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). ABeCe del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>
  - Ministerio del Interior & Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS). (2018). *Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans: un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans en Colombia*.

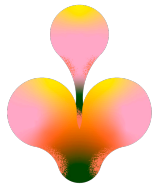


- NHS England. (2024, 5 de septiembre). *Consultation report for the service specification: Referral pathway for the children and young people's gender service*. Recuperado el 15 de agosto de 2025. [england.nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., et al. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Related Content in Undergraduate Medical Education. *JAMA*, 306(9), 971–977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- Olsen, F. (2000). *El sexo del derecho. Identidad femenina y discurso jurídico*, 25, 43. [https://hum.unne.edu.ar/generoysex/seminario2/s2\\_03.pdf](https://hum.unne.edu.ar/generoysex/seminario2/s2_03.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Directrices sobre la atención para el aborto: Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506021>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Advances and challenges towards the recognition of the rights of LGBT people in the Americas (CD56/INF/11). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49649/CD56-INF-11-corr\\_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49649/CD56-INF-11-corr_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. (2017) Changing hearts and minds: Results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS ONE* 12(9): e0184484. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0184484>
- Ramos, J. (2010). *En busca de la esencia perdida: Las identidades desde una perspectiva trans*. Coordinadora Feminista. <https://www.feministas.org/en-busca-de-la-esencia-perdida-las.html>
- Revista Departamento de Ciencia Política. 2018(14):219-22.
- Rojas, D., & Arteaga, D. (2016). Percepción de la calidad y satisfacción del paciente en hospitales peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(1), 57–63. [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2016000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2016000100006&script=sci_arttext)
- Royal College of General Practitioners (RCGP). (2025, marzo). *Transgender care* [Posicionamiento]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. [rcgp.org.uk](https://www.rcgp.org.uk)
- Secretaría Distrital de Planeación – Bogotá. (2023, 20 de diciembre). *Administración Distrital entrega la primera Clínica de Género pública en Bogotá* [Boletín de prensa]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. SDP
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2021). *Atención integral en salud para personas trans y no binarias: Situaciones de salud y caracterización*. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2021a). Lineamiento para la atención en salud de las personas trans y no binarias en Bogotá D.C.: aproximaciones iniciales. [https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At\\_integr/LINEAMIENTO\\_ATENCION.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At_integr/LINEAMIENTO_ATENCION.pdf)
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2021b, junio). Atención integral en salud para personas trans y no binarias: Situaciones de salud y caracterización. [https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At\\_integr/AT\\_INT\\_CHARACTERIZACION.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At_integr/AT_INT_CHARACTERIZACION.pdf)
- Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ). (2017). *Tratamiento hormonal cruzado de personas trans y sus complicaciones*. *Revista SAGIJ*, 24(2). Recuperado de <https://sagij.org.ar/index.php/publicaciones/revista-sagij/ano-2017-n-2/143-profesionales/publicaciones/revista-numero-actual/ano-2017-n-2/1485-tratamiento-hormonal-cruzado-de-personas-trans-y-sus-complicaciones>
- Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes (SOCHED). (2019). Póster 86: Evaluación de intervención clínica en endocrinología.





- Congreso SOCHED 2019. Recuperado de <https://soched.cl/congreso-2019/POSTER/POSTER%2086.pdf>
- Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José (2022). *Disforia de género*. Hospital de San José. <https://hospitaldesanjose.org.co/wp-content/uploads/2022/05/Cartilla-DISFORIA-REV1.pdf>
  - Spade, D. (2015). Una vida “normal”: *La violencia administrativa, la política trans crítica y los límites del derecho* (M. Enguix Tercero, Trad.; R. L. Platero, Rev.). Edicions Bellaterra. <https://www.deanspade.net/wp-content/uploads/2016/02/Una-Vida-Normal.pdf>
  - Streed, C. G., Jr., Ballou, E., Ellis-Hernández, E., Byrd, E., Daniels, M., Friedman, G., et al. (2024). Sexual and gender minority content in undergraduate medical education in the United States and Canada: Current state and changes since 2011. *BMC Medical Education*, 24, 4469. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05469-0>
  - Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (s. f.). *Clínica de Género* [Página web]. Recuperado el 15 de agosto de 2025. Subred Norte
  - Superintendencia Nacional de Salud. (2024). *Circular Externa 20241500000000115 de 2024*. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=162737&dt=S>
  - unPrimerPaso hacia la Construcción de Lineamientos Diferenciales para la Atención humanizada
  - UNESCO. (1998). World Declaration on Higher Education for the Twenty-First Century: Vision and Action. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141952>
  - Van Heesewijk, J., Koehoorn, A., van de Grift, T., Heijndijk, A., & Muijsenbergh, M. E. T. C. (2022). Transgender health content in medical education: A theory-guided systematic review of current training practices and implementation barriers & facilitators. *Transgender Health*, 7(5), 432–448. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0091>
  - World Health Organization. (s. f.). Gender incongruence and transgender health in the ICD. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
  - World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl. 1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
  - Yu, H., Flores, D. D., Bonett, S., & Bauermeister, J. A. (2023). LGBTQ+ cultural competency training for health professionals: A systematic review. *BMC Medical Education*, 23, 558. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04373-3>
  - Zapata Pizarro, Antonio, Muena Bugueño, Cristina, Quiroz Nilo, Susana, Alvarado Villarroel, Juan, Leppes Jenkis, Francisco, Villalón Friedrich, Javier, & Pastén Ahumada, Diego. (2021). *Percepción de la atención de salud de personas transgénero en profesionales médicos y médicas del norte de Chile*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(1), 61-67. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000100061>
  - Zerán, C., & Soto, V. (2018). *Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (FTM)*. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 318-326. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000300318&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000300318&script=sci_arttext)



# Sosteniendo la vida

Barreras de acceso a los servicios médicos de afirmación de género en Colombia

LIGA  
DE  SALUD  
TRANS

[ligadesaludtrans.org](http://ligadesaludtrans.org)