



SIN  
CURAS NI  
REMEDIOS





**Diagnóstico sobre las barreras de acceso a la salud  
para sexualidades y géneros disidentes**

## **Temblores ONG**

### **Codirección Ejecutiva**

- ↳ Alejandro Lanz Sánchez
- ↳ Sebastián Lanz Sánchez
- ↳ Emilia Márquez Pizano

### **Dirección de Área Género y Sexualidad**

- ↳ Emilia Márquez Pizano

## **Autorías del informe:**

### **Coordinación general**

- ↳ Cam López Duarte

### **Equipo de Investigación**

- ↳ Andrea Correa
- ↳ Camila Granados Beltrán
- ↳ Cam López Duarte
- ↳ Emilia Márquez Pizano
- ↳ Laura Becerra González
- ↳ Lucía Carbonell López

### **Escritura**

- ↳ Alejandro Lanz Sánchez
- ↳ Alicia Suaza Parada
- ↳ Cam López Duarte
- ↳ Camila Granados Beltrán
- ↳ Carolina González García
- ↳ Emilia Márquez Pizano
- ↳ Laura Becerra González
- ↳ Sebastián Lanz Sánchez

### **Corrección de estilo**

- ↳ Ari Vélez Olivera
- ↳ Angélica Gómez

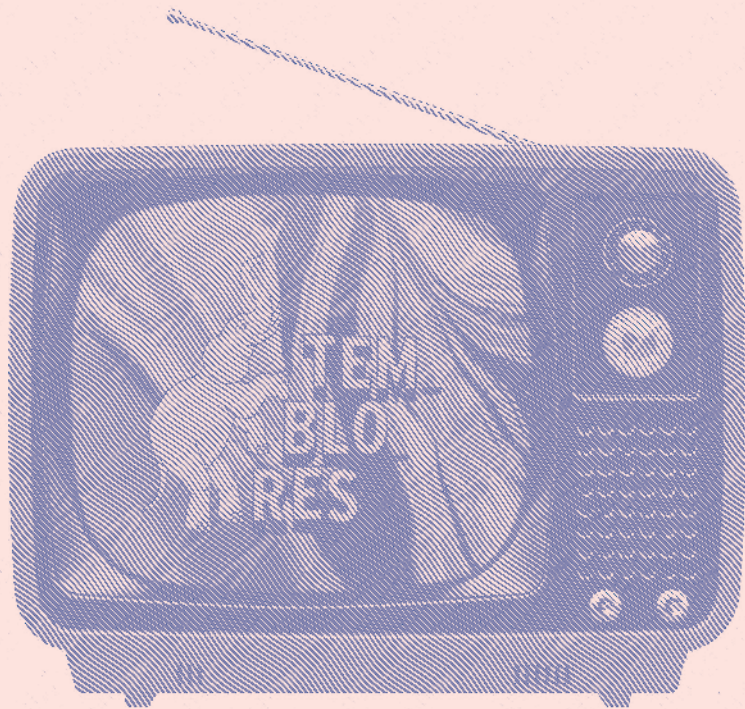
### **Diseño y diagramación**

- ↳ Julián Patarroyo Garzón

ISBN: 978-958-56953-6-8



Publicado en 2021



**Temblores ONG** es una organización de la sociedad civil que busca activar, incitar y movilizar procesos comunitarios para la transformación social. Procesos que pongan a tambalear a las estructuras hegemónicas que garantizan el mantenimiento de la exclusión, la violencia, la discriminación y la negación sistemática de los derechos de las comunidades y poblaciones que han sido históricamente marginalizadas e ignoradas por el Estado.

En nuestra apuesta por la justicia social buscamos promover un diálogo efectivo entre la comunidad académica, la opinión pública, agentes del Estado y actores comunitarios. Este diálogo nos permite visibilizar y denunciar los tipos de violencia que afectan diariamente a las ciudadanías históricamente marginalizadas.



# agradecimientos



**a**gradecemos a Andrea Correa y a las personas que pertenecen a La Fundación Lxs Locxs por el trabajo en conjunto que nos motivó a escribir este informe. Especialmente a Andrea, a quien admiramos por su trabajo incansable y su disposición, aun en las condiciones adversas que ha implicado la emergencia sanitaria por COVID-19, para las labores de salud comunitaria de la fundación y para las instancias investigativas de este informe.

También agradecemos a las personas que se tomaron el tiempo de participar en los instrumentos de investigación que implementamos y compartieron sus experiencias con nosotros; sabemos que no es fácil y valoramos su confianza. A los profesionales en salud Juan Pablo Téllez y Miguel Rueda, gracias.

**Este informe se elaboró con el apoyo de Open Society Foundations**

# DEDICATORIA







En memoria de **Laura Frida Weinstein**, trabajadora incansable por los derechos de las personas con experiencia de vida trans.

**D**edicamos este informe a las personas disidentes de las normas de género y sexualidad cuyos derechos han sido violentados en el acceso a salud en Colombia. A quienes han visto truncado su proceso de reafirmación identitaria por obstáculos en el sistema de salud, a quienes han visto negada su identidad, a quienes han sido burlados y menospreciados en las dinámicas de acceso a la salud en Colombia. Esto es por y para ustedes. Esperamos que sea un vehículo para lograr el cambio.

También dedicamos este informe a los profesionales en salud que tienen disposición de escucha, que atienden a las personas sin prejuicios de género o sexualidad y que buscan procurarles salud, cuidado y bienestar.

# taBLa DE CONTENIDOS

<b><u>12</u></b>	<b>Prólogo</b>
<b><u>14</u></b>	<b>Introducción</b> ¡Qué marcada con nuestro derecho a la salud!
<b><u>18</u></b>	<b>Consideraciones sobre el derecho a la salud</b>
<b><u>26</u></b>	<b>Metodología</b>
<b><u>34</u></b>	<b>Capítulo 1.</b> Experiencias en el acceso a la salud
<b><u>36</u></b>	a. Espacios inseguros
<b><u>48</u></b>	b. Acceso a la salud
<b><u>66</u></b>	c. Experiencias positivas y cómo construirlas
<b><u>78</u></b>	<b>Capítulo 2.</b> Disposiciones estatales para el acceso igualitario a la salud
<b><u>80</u></b>	a. Disposiciones nacionales
<b><u>93</u></b>	b. Disposiciones distritales
<b><u>98</u></b>	<b>Conclusiones</b>
<b><u>106</u></b>	<b>Recomendaciones</b>
<b><u>110</u></b>	<b>Anexos</b>

# 01

## PRÓLOGO



Andrea Correa

En la Fundación Lxs Locxs hacemos un trabajo de salud comunitaria con personas cisheterodisidentes. Esta labor va desde el acompañamiento de pares hasta la consecución de tratamientos para enfermedades de alto costo, tales como retrovirales, que en ocasiones son negados en el servicio de salud. Este proceso de salud comunitaria incluye también acompañar procesos de cedulación y sisbenización, los cuales permiten acercar a la comunidad a los servicios de salud.

Entendemos los procesos de salud comunitaria como bienestar y muchas veces como el primer espacio de salud del que dispone una persona que, de otra manera, no tiene cómo llegar a los espacios médicos institucionales. Nos hemos tenido que formar en salud básica para poder atender las necesidades comunitarias y generar contención y lugares de comunidad necesarios para el mejoramiento de la salud mental y emocional.

Lo que hacemos en la fundación reviste un carácter especial porque las personas TLGB y trabajadoras sexuales no solo somos sujetos de especial protección constitucional, también somos personas con una necesidad especial de acceso a la salud por las dinámicas que implican, por ejemplo, los tránsitos medicalizados. El hecho de que muchas de nosotras nos dediquemos al trabajo sexual también trae unas necesidades muy específicas en salud que están marcadas por el tabú y que impiden que se nos atienda adecuadamente, con lo cual se niega el acceso a salud de calidad.

Es frecuente cuando accedemos a servicios médicos que los profesionales no nos quieran tocar por prejuicios ante nuestra expresión de género o el trabajo que ejercemos para ganarnos la vida. Esta situación tiene dos consecuencias: por un lado, puede significar una práctica médica no exitosa en la medida en que la revisión médica no es tan minuciosa como debería ser. Por otro, marca nuestras experiencias médicas como negativas y violentas, en la medida en que se nos menosprecia y, con ello, se ataca directamente nuestra autoestima y autopercepción. Por esto, es urgente trabajar de la mano del personal de la salud en procesos reales y comprensivos de sensibilización y educación en género. Es urgente que el trato hacia nuestra comunidad sea digno.



No es un secreto que nuestra salud mental se ve comprometida de manera diferencial por los escenarios adversos que tenemos que enfrentar en las diversas esferas de la vida social en Colombia. Somos discriminadas en el acceso a la educación y en el acceso al trabajo, a menudo nuestras familias nos dan la espalda, las instituciones de policía nos agreden y, encima de todo, el ámbito de la salud tampoco es justo. El Estado colombiano no nos cuida.

Esta situación ha empeorado con la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, pues se ha dificultado nuestro acceso a la salud, así como el acompañamiento que brindamos

desde la Fundación Lxs Locxs. No hay una atención real cuando nos vamos a morir; la atención de otras enfermedades se ha puesto en segundo plano y las personas que tienen más riesgo de contagio se tienen que trasladar para recibir tratamientos y medicamentos. No hay una atención integral, el sistema de salud se ha vuelto aún más violento. Las necesidades que existían desde antes se han pospuesto y se ha imposibilitado nuestro acceso.

Desde la Fundación Lxs Locxs creemos que es necesario que se hagan procesos tangibles que superen la burocracia. Está muy bien que desde las altas cortes y en lo normativo haya disposiciones que busquen garantizar nuestro derecho a la salud, pero ya es hora de que esas garantías se pongan en práctica y podamos acceder a salud sin tener que entutelar y estar mandando derechos de petición a las entidades prestadoras. Todos estos procesos son desgastantes y, cuando se trata de salud, el tiempo apremia. Desde la Fundación Lxs Locxs les invitamos a leer este informe y, más allá de eso, a llevar a la acción las reflexiones y preguntas que se formulan a lo largo de este. Nuestras vidas y la posibilidad de vivirlas dignamente están en juego.

**Andrea Correa**

02



Introducción

¡QUÉ MARICADA CON  
NUESTRO DERECHO  
a La saLUD!



En este informe le apostamos a una forma de lenguaje escrito que abarque todas las experiencias de vida e identidades; por esta razón, utilizamos el lenguaje inclusivo. En el lenguaje se materializan prácticas discriminatorias y, por lo tanto, creemos que resulta urgente revisar y comenzar a construir formas de lenguaje más justas y con ello espacios y sociedades libres de violencia.

## De dónde venimos, para dónde vamos

Este informe pretende avanzar en el camino por nombrar las experiencias de carencia y violencia que experimentamos las personas disidentes de la heterocisnorma<sup>1</sup> en los espacios de salud en Colombia. Tiene su origen en espacios de resistencia donde hemos tenido la posibilidad de nombrar las violencias que vivimos y las carencias a las que nos enfrentamos, las cuales se mantienen invisibilizadas y normalizadas en varios aspectos de nuestras vidas como ciudadanos del Estado colombiano.

Hace dos años comenzamos a hilar una conversación sobre experiencias violentas que vivimos las personas disidentes de las normas de género y sexualidad en espacios de prestación de servicios de salud en Colombia. En *Qué maricada con nuestros derechos*,<sup>2</sup> el informe de derechos humanos que se redactó en conjunto con La Fundación Lxs Locxs, dedicamos un capítulo a esbozar algunos puntos relevantes de las experiencias violentas que las personas cisheterodisidentes vivimos cuando intentamos acceder a servicios de salud en el país. Posteriormente, el equipo de Género y Sexualidades Disidentes de Temblores ONG tomó la decisión de hacer una investigación enfocada en el acceso a salud de personas con experiencias de vida que salen de la cisheteronorma. En este informe exploratorio quien lee encontrará una serie de hallazgos sobre expe-

1 En este informe nos referimos a experiencias disidentes de la heterocisnorma y sexualidades y géneros no normativos para hablar de las personas que tienen una identidad o expresión de género o una orientación sexual distinta de las que prescriben las normas heterosexuales y cisgénero que nos rigen. Para una definición más amplia de todos estos conceptos quien lee puede acudir a nuestra página web con el código QR que aparece al final de este informe.

2 Temblores ONG (2019) *Qué maricada con nuestros derechos*. (Temblores ONG: Bogotá, 2019). Disponible en: <https://www.temblores.org/que-maricada-con-nuestros-derechos>

riencias del acceso a la salud, así como una lectura crítica de cada uno que busca explicar estos fenómenos.

Es importante reconocer que este no es el primer texto que se escribe ni la primera investigación que se hace sobre este tema. Varias organizaciones, colectivos e incluso instituciones del Estado han hablado sobre las barreras en el acceso a la salud para las personas con géneros y sexualidades no normativas y han expresado, reiteradamente, la necesidad de implementar normas y disposiciones que permitan superarlas.

### **Rutas de violencia y relaciones de poder en espacios de salud**

En las conversaciones que tuvimos en la Fundación Lxs Locxs identificamos una serie de violencias que se agudizan dependiendo de cómo se dan las relaciones de poder que hay entre los distintos actores del sistema de salud y quienes, siendo pacientes, ocupamos, entre otras, la categoría de ‘marica’, ‘lesbiana’, ‘trans’, ‘machorra’, ‘loca’ o ‘puta’. Las experiencias negativas de salud que vivimos en estos cuerpos no solo se nos imponen por disidir de las vivencias de género y sexualidad hegemónicas, sino también por las profesiones que tenemos, el tipo de servicios de salud a los que podemos acceder en virtud de nuestro capital económico, el hecho de ser o no personas racializadas, entre otros aspectos de nuestras identidades y la manera en que somos percibidos.

El acceso a los servicios de salud siempre está mediado por la relación de poder médico-paciente. De entrada, el rótulo ‘paciente’ señala que una agente del intercambio es receptora, pasiva, y le otra tiene un rol activo. Sin embargo, estar en esa relación de poder

no puede implicar, justificar o excusar una dinámica de violencia. Todo lo contrario, si una persona busca acceder a un servicio de salud, este le debe proveer cuidado, bienestar y tranquilidad.

A pesar de lo anterior, hemos documentado que las personas cishéterodisidentes tienen frecuentemente una experiencia de maltrato simbólico, verbal o físico por parte de diversos actores del sistema de salud, comenzando por los agentes de seguridad y de las recepciones. Esto implica que, desde la entrada al centro de salud, la experiencia está atravesada por temor, inseguridad, molestia e indignación; no es usual sentirse cuidada o segura. Esto configura una relación con el sistema de salud que niega e impide el efectivo goce del derecho a la salud debido a malas experiencias y al temor a repetir las.

Es momento de que el acceso igualitario a la salud sea tangible, de que nuestros problemas dejen de estar en los márgenes, inenunciados e inenunciables, y de que se tomen acciones.

\*\*\*

A continuación, quien lee va a encontrar una conceptualización sobre el derecho al acceso igualitario a la salud, la descripción de la metodología del informe y sus limitaciones. Luego se abre una sección en la que enunciamos y describimos las experiencias en salud que identificamos por medio de nuestros instrumentos de investigación. Allí mencionamos los hallazgos de los instrumentos de investigación a la vez que analizamos esos hallazgos (experiencias) a través del concepto amplio de salud que usa la Corte Constitucional de Colombia, al que nos referiremos más adelante. Después de este análisis traemos a colación las disposiciones, normas y programas

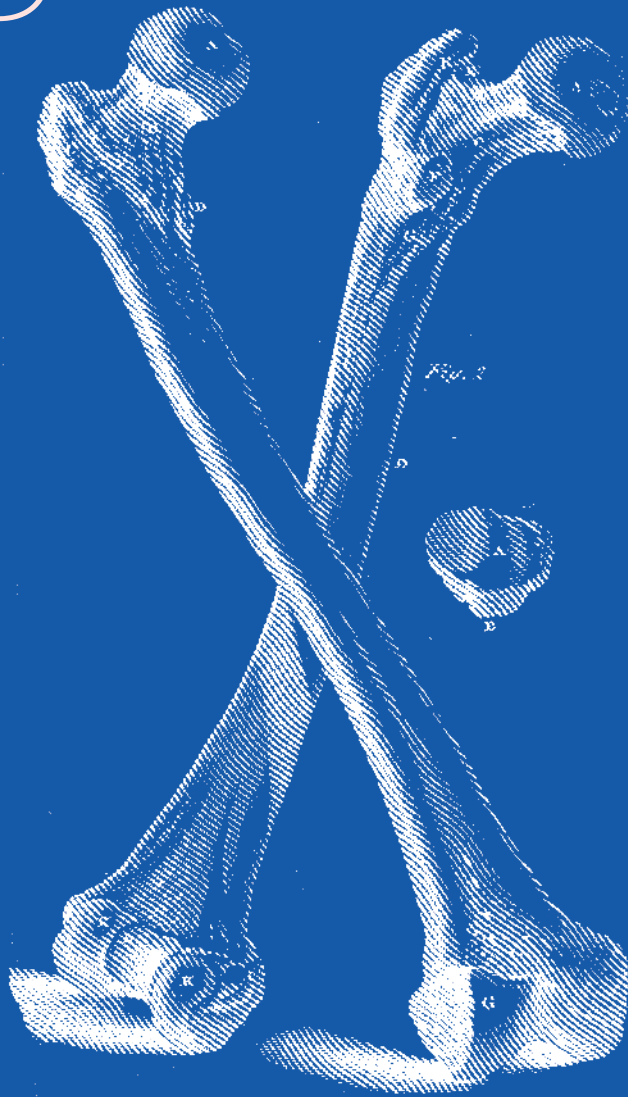


de carácter nacional y local, en Bogotá, en materia de salud LGBT<sup>3</sup> para hacer una lectura crítica de las mismas teniendo en cuenta (i) su marco teórico y discursivo en torno al género y la sexualidad; (ii) la existencia o carencia de acciones y estrategias que aseguren su ejecución; (iii) el estado de su aplicación y sus evaluaciones de impacto y (iv) las posibles razones por las cuales aún hay vacíos en el acceso a la salud, considerando que hay disposiciones en curso que han buscado subsanar estas dificultades.

Finalmente, presentamos una serie de conclusiones a partir de los hallazgos que hicimos a través de nuestros instrumentos de investigación y de lo que encontramos en la búsqueda de disposiciones nacionales y locales a nivel Bogotá en materia de salud para personas TLGB. Con estas conclusiones brindamos una serie de recomendaciones motivadas por esos hallazgos y los vacíos de información.

3 A lo largo de esa sección se privilegia el uso de la sigla LGBT porque es la manera institucionalizada para abordar temas que refieren a experiencias de personas cisheterodisidentes. Preferimos el uso de este último término y de la sigla TLGB, donde sea necesario, en otros apartados porque consideramos que abarca la experiencia de esta población, diversa y múltiple, sin homogeneizarla y sin invisibilizar experiencias.

03



CONSIDERACIONES  
SOBRE EL DERECHO a  
La salud



## ¿Qué es salud o qué decimos cuando hablamos del derecho a la salud?

En este apartado establecemos el marco teórico en términos de salud igualitaria, el cual será el pilar de nuestra lectura crítica y de las sugerencias con que cerramos el informe. Entendemos la salud en un sentido amplio como derecho fundamental, de acuerdo con lo establecido por la Constitución Política de Colombia y reiterado por instancias internacionales. Es importante precisar, además, que identificamos que las experiencias que ubican a las personas cishéterodisidentes en la categoría de sujetos de especial protección están correlacionadas con las experiencias que las hacen sujetos con necesidades especiales en materia de salud.

### El derecho a la salud

La salud es un derecho fundamental en Colombia. Así se ha determinado en repetidas ocasiones por la Corte Constitucional y en instancias internacionales. El derecho a la salud es un derecho complejo que se relaciona con distintos ámbitos de la vida humana y que, por su amplitud, implica diversas obligaciones y acciones a nombre del Estado y de la sociedad. A pesar de dicha complejidad, se tiene establecido que es un derecho que se debe garantizar a todos los seres humanos. La Corte ha sustentado la importancia fundamental del derecho a la salud por tres vías: (i) estableciendo la conexidad con el derecho a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana; (ii) en relación con la garantía del derecho a la salud para sujetos de especial protección constitucional y (iii) estableciendo que es un ámbito básico para la protección de una vida digna.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

Ahora bien, para poder ejercer el goce efectivo de un derecho fundamental se deben considerar los recursos materiales e institucionales disponibles. Para ello, se aplica el concepto de *desarrollo progresivo*, pues el proceso para lograr la cobertura de todos los habitantes del país en seguridad social se debe hacer gradualmente y conforme a los planes presupuestales, sin que ello implique olvidar que debe realizarse con prontitud y eficacia. En consecuencia, es deber del Congreso y del gobierno adoptar todas las medidas económicas, políticas y administrativas necesarias para alcanzar lo más pronto posible la cobertura total de los servicios de salud para la población del país.<sup>5</sup>



Bajo la misma línea, la Corte determinó que lo mínimo que debe hacer la entidad encargada del desarrollo de un derecho fundamental es contar con un programa o un plan encaminado a proteger un derecho constitucional; este debe permitir espacios de participación ciudadana adecuados para su constitución. Una vez creado el plan, la entidad encargada debe realizar todas las acciones necesarias para, de manera progresiva, mejorar el goce del ejercicio del derecho.<sup>6</sup>

Como complemento de la perspectiva nacional, internacionalmente el derecho a la salud ha sido ampliamente reconocido en diferentes instrumentos, a saber: i) párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos

Humanos; ii) el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; iii) el artículo 5º, inciso IV, apartado E de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965; iv) los artículos 11 y 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979; v) el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y vi) el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988,<sup>7</sup> entre otros.

En el caso de Colombia, el país es miembro fundador de la Organización de las Naciones Unidas desde su admisión el 5 de noviembre de 1945. Esta misma organización, a través de la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, dio lugar al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual Colombia firmó, ratificó y adhirió el 29 de octubre de 1969.<sup>8</sup> Dicha ratificación tiene carácter vinculante y los países firmantes adquieren, frente a la comunidad internacional y la propia nación, una obligación de hacer lo que conlleva la responsabilidad de adoptar las medidas contenidas en el Pacto. Por esta razón, la Constitución de 1991 señala en el Título II Capítulo 2º los derechos económicos, sociales y culturales, tal y como los menciona el Pacto. Estos, en palabras de la Corte Constitucio-

5 Corte Constitucional, Sentencia C-130 de 2002. Magistrado ponente: Jaime Araujo Rentería.

6 Corte Constitucional, Sentencia C-130 de 2002. Magistrado ponente: Jaime Araujo Rentería.

7 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>

8 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Capítulo III Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Marco jurídico. Tomado de <https://bit.ly/3oMJc2C>

nal, “implican una prestación por parte del Estado y por lo tanto una erogación económica que por lo general depende de una decisión política”.<sup>9</sup>

El derecho a la salud es mencionado en el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sin embargo, solo se desarrolla de manera amplia en la Observación General No. 14 del 11 de agosto del 2000 del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas. Así, el artículo 12 afirma que “[l]os Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”,<sup>10</sup> y que estos mismos Estados deberán adoptar medidas para asegurar el disfrute de este derecho a través de “[l]a prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas [y] [l]a creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”,<sup>11</sup> entre otras acciones.

El párrafo 1° del artículo 12 del Pacto es claro en que el *más alto nivel posible de salud física y mental* no se refiere únicamente a la atención en salud o a la ausencia de enfermedades. En el párrafo 2° se hace alusión a los factores que promueven las condiciones de las personas a llevar una vida sana, los cuales se extienden a cuidados básicos de salud incluida la salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, vivienda, acceso a agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente sano.<sup>12</sup> Asimismo, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala en su recomendación que el derecho a la salud entraña libertades y derechos:

Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, **con inclusión de la libertad sexual y genésica**, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a **un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales** para disfrutar del más alto nivel posible de salud.<sup>13</sup> (El subrayado es nuestro).

9 Corte Constitucional, Sentencia T-570 de 1992 Magistrado ponente: Jaime Sanín Greiffenstein.

10 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Tomado de <https://bit.ly/30iR1mr>

11 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Tomado de <https://bit.ly/30iR1mr>

12 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14 punto 4. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>

13 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14. punto 8. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>

El derecho a la salud, en todas las formas en la que lo concibe el artículo 12 del Pacto, abarca elementos esenciales cuya aplicación depende de las condiciones que prevalecen en el Estado que hace parte de este. No obstante, existen mínimos al momento de prestar el servicio de salud como la accesibilidad, **la cual debe ser sin discriminación alguna y accesible a los sectores más vulnerables y marginados de la población.** Asimismo, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser culturalmente apropiados, es decir “respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida”,<sup>14</sup> y deben estar pensados para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate:

el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud, orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.<sup>15</sup>

Finalmente, el Comité indica que se deben aplicar medidas relacionadas a la creación de estrategias y programas para eliminar la discriminación en el sector salud a través de inversión financiera, promulgación, modificación o revocación de leyes o a través de difusión de información.<sup>16</sup> Señala además que, incluso en situaciones de graves limitaciones de recursos, es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.<sup>17</sup>

Es evidente que el derecho a la salud tiene un amplio desarrollo a nivel internacional y en la legislación nacional. No obstante, cabe preguntarse si realmente es un derecho al que todos tienen acceso y si las experiencias de acceso a la salud en Colombia materializan este derecho fundamental, especialmente para las personas con sexualidades y géneros contrahegemónicos. En este informe procuramos demostrar que el Estado colombiano continúa presentando falencias en la prestación del acceso al disfrute del más alto nivel de salud física y mental para las personas con sexualidades y géneros contrahegemónicos.

### **Sujetos de especial protección y con necesidades específicas en salud**

En el *amicus curiae* presentado por Temblores ONG en 2018 sobre derechos menstruales en la demanda que luego resultó en la Sentencia T-398/19, recordamos que:

14 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14. punto 12.B.i. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>

15 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14 punto 18. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>

16 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14. Punto 12.B.ii. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>

17 CESCR. Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos. Observación General No. 3 comentarios generales Punto 3. Tomado de <https://bit.ly/3mIKSrb>

La Corte Constitucional se ha pronunciado reiteradamente en las sentencias T-597 de 1993, T-454 de 2008, T-566 de 2010 y T-043 de 2015 sobre el postulado de que la noción de salud no se limita a padecimientos físicos, sino que puede extenderse a un plano mental. Esta garantía ha sido definida como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. En este mismo sentido, en la Sentencia T-152 de 2012 la Corte sostuvo que:

“La salud no equivale únicamente a un estado de bienestar físico o funcional, incluye también el bienestar psíquico, emocional y social de las personas. Todos estos aspectos permiten configurar una vida de calidad e inciden fuertemente en el desarrollo integral del ser humano. Así, el derecho a la salud se verá vulnerado no sólo cuando se adopta una decisión que afecta física o funcionalmente a la persona, sino cuando se proyecta de manera negativa sobre los aspectos psíquicos, emocionales y sociales del derecho fundamental a la salud”.<sup>18</sup>

Puesto en otras palabras, la noción de salud que debería condicionar la construcción de disposiciones de salud pública, y en esa medida determinar las experiencias de salud de todas las personas en Colombia, es una noción amplia que no se enfoca únicamente en prevenir enfermedades, ni en afiliar a todas las personas a alguna EPS. La salud implica tratar bien a una persona cuando llega a la clínica, permitirle entrar al espacio, llamarla por el nombre que ella elige y no aprovechar la posición de poder médico-paciente para abusar verbal, física o sexualmente de ella. Se le niega el derecho a la salud a una persona cuando es perfilada en la entrada, cuando se le impide ingresar en virtud de cómo se viste, cómo habla o de dónde viene. Esta noción de salud amplia es la que tomamos como punto de partida para la elaboración de este informe, así como para las observaciones y recomendaciones que hacemos.

Ahora bien, las personas con experiencias de género y sexualidad contrahegemónicas enfrentamos repetidamente violencias en espacios de acceso a la salud. Encontrar esto en vez de cuidado es, además de descorazonador, inconstitucional. La Corte Constitucional nos reconoce como sujetos de especial protección, pues hemos enfrentado históricamente la discriminación en espacios públicos y privados; los espacios de salud, como exponemos a lo largo del informe, no son la excepción. Como se estableció en la Sentencia T-077/16,

18 Intervención de Temblores ONG en la demanda que resultó en Sentencia T-398 de 2019 con el magistrado ponente Alberto Rojas Ríos. Disponible en <https://bit.ly/3oTA8cm>

La población LGBTI vive luchando contra estigmas y estereotipos que los persiguen y excluyen tanto en espacios públicos como privados, por lo que no pueden vivir tranquilamente en una sociedad cargada de prejuicios, imaginarios colectivos y visuales homofóbicos que hacen que se perpetúe la discriminación. En ese contexto, la población LGBTI permanece segregada en una sociedad que por no aceptar la diferencia prefiere invisibilizarla, acentuando más la problemática de inequidad y desigualdad que afrontan quienes pertenecen a dicho grupo porque como “minoría sexual” quedan al margen de las leyes, políticas públicas, programas de atención, acceso a servicios asistenciales y demás mecanismos de acción del Estado y la sociedad, lo cual significa que todas existen sin un enfoque diferencial.<sup>19</sup>

Las personas disidentes de la heterocisnorma, más allá de ser sujetos de especial protección constitucional, tenemos unas necesidades especiales de salud.<sup>20</sup> Esta necesidad tiene origen en diversas esferas. Por una parte, en ocasiones las personas trans requerimos atravesar tránsitos medicalizados para lo-

grar estados de bienestar y tranquilidad con nuestros cuerpos y dichos tránsitos implican que nuestras visitas al consultorio sean más frecuentes. Por otro lado, muchas personas disidentes de la heterocisnorma tenemos necesidades específicas en salud mental, pues es un factor sobre el cual recae de manera diferencial la discriminación estructural que vivimos.<sup>21</sup> Además, como se verá en este informe, algunas personas que participaron en esta investigación ejercen el trabajo sexual e identificaron que esta ocupación implica unos cuidados específicos en materia de salud sexual y reproductiva. Finalmente, las personas cisheterodisidentes a menudo somos víctimas de violencia física y sexual que requiere de asistencia médica. En nuestro informe *Qué marcada con nuestros derechos* documentamos cómo la cadena de violencias en contra de las personas TLGB y trabajadoras sexuales muchas veces termina en que la persona herida no es atendida o recibe una atención revictimizante en el hospital.<sup>22</sup>

Estos factores serán abordados en mayor o menor medida a lo largo de este informe. Por ahora, es fundamental tenerlos en cuenta como partes constitutivas de la noción de salud a través de la cual vamos a leer (i) las experiencias de las personas que participaron en

19 Corte Constitucional, Sentencia T-077 de 2016. Magistrado ponente: Antonio José Lizarazo Ocampo.

20 La Corte Constitucional respalda este argumento en la Sentencia T 918/12, en la cual hace referencia a las prestaciones específicas en materia de salud que requieren las personas trans.

21 La CIDH, en su *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, apartado número seis y titulado Salud Mental (párrafos 355 a 357), sostiene que los cuadros de discriminación sistemática, el rechazo familiar, la homofobia, la transfobia, entre otros fenómenos, impactan de forma diferencial a las personas TLGB, registrando mayores tasas de depresión, suicidio y autolesiones. Ver: 5 DERECHOS EN CLAVE TRANS. *Análisis sobre la situación de los derechos a la movilidad, la educación, el trabajo, la salud y la vivienda de las personas trans en Colombia*. Grupo de Acción y Apoyo a Personas Trans GAAT, 2021, p. 85.

22 Temblores ONG, *Qué marcada con nuestros derechos*. 2019



nuestros instrumentos y (ii) las disposiciones nacionales y locales que se han dispuesto en materia de acceso a la salud para personas disidentes de la heterocisnorma.

04



metodología



**C**onstruimos este informe a partir de tres fuentes cualitativas que dan cuenta de las experiencias en el acceso a la salud de más de 50 personas con géneros y sexualidades disidentes de la heterocisnorma en Bogotá, Cali y Medellín. Las fuentes fueron: una encuesta sobre el acceso a la salud de la población mencionada, un grupo focal con dicha población y dos entrevistas a profundidad con profesionales de la salud. Adicionalmente, utilizamos fuentes oficiales del Estado, como las páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Interior y la Secretaría de Salud de Bogotá, y construimos una línea jurisprudencial para indagar sobre las caracterizaciones, disposiciones y normas que están disponibles a nivel estatal para atender en salud a la población descrita anteriormente.

Para indagar sobre las disposiciones de salud pública enviamos derechos de petición de información a 13 entidades prestadoras de salud (EPS en adelante) del país,<sup>23</sup> al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio del Interior. Sin embargo, ninguno fue contestado, por lo que tuvimos que hacer una búsqueda exhaustiva de la información pública que existe en los canales de comunicación de distintas entidades. En este ejercicio hicimos énfasis en Bo-

23 Compensar, Famisanar, Capital Salud, Aliansalud, Comfenalco, Convida, Coomeva, Medimás, Mutual Ser, Salud Total, Sanitas, Suramericana y Nueva EPS.

gotá, con el fin de darle continuidad a las inquietudes que surgieron en la investigación de nuestro informe *Qué maricada con nuestros derechos*, en el que encontramos que uno de los grandes obstáculos para la población disidente de la heterocisnorma en Bogotá era el acceso a la salud. Además, Bogotá es la ciudad sobre la que fue posible encontrar más información en canales públicos, quizá porque es la que tiene la política pública LGBT (PPLGBT) más antigua. Sin embargo, reconocemos que un análisis detallado de disposiciones estatales en más espacios del territorio nacional es fundamental para esta discusión que, como muchas dentro del activismo de las sexualidades y géneros disidentes, se ha vuelto injustamente centralizada.

En cuanto a las fuentes cualitativas de investigación, formulamos tres instrumentos que pretendían responder desde distintos ángulos a la pregunta sobre la experiencia de acceso a la salud de las disidencias de género y sexualidad en el país. Primero hicimos una encuesta con 32 preguntas sobre la experiencia en acceso a la salud. Esta fue contestada por 50 personas (los datos demográficos de las mismas se presentan en las gráficas 1 a 4), de las cuales 20 accedieron voluntariamente a través de las

redes sociales de Temblores ONG y 30 fueron contactadas de manera presencial en distintos espacios de participación de disidencias de la heterocisnorma en las localidades de los Mártires y San Cristóbal de Bogotá.

A partir de esta encuesta se realizó un grupo focal con 7 personas, quienes ampliaron sus experiencias personales y colectivas y discutieron posibilidades, deseos e imaginarios sobre lo que podría ser un acceso seguro, igualitario y positivo a la salud. Este grupo focal fue convocado a través de las redes sociales de Temblores ONG y de llamadas y correos de seguimiento con las personas que contestaron la encuesta. Finalmente, los hallazgos que se obtuvieron por medio de estos dos instrumentos fueron contrastados con entrevistas semiestructuradas en las que le preguntamos a dos profesionales en salud sobre su experiencia en atención con enfoque en diversidad de género y sexualidad y sobre las medidas que conocieran o consideraran necesarias para garantizar el acceso igualitario a la salud en estos términos.

\*\*\*

### Demografía de la encuesta:

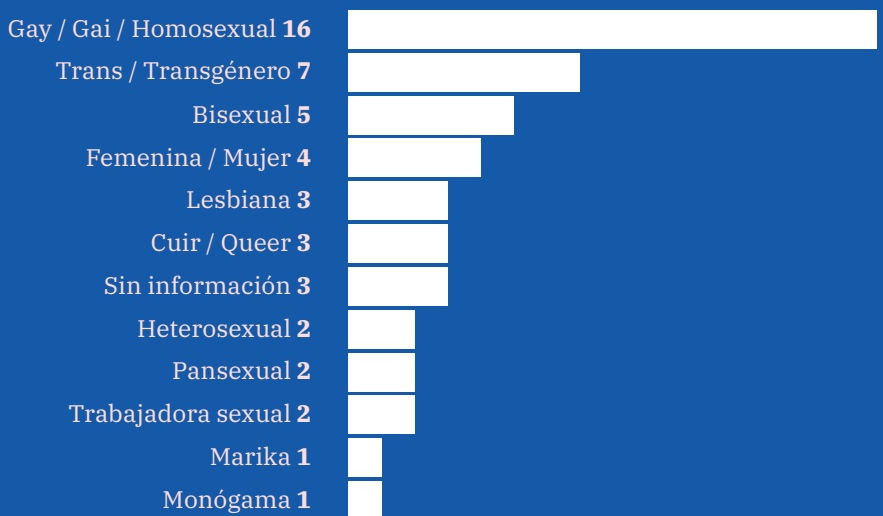
**Gráfica 1. Identidad de género de las personas encuestadas**



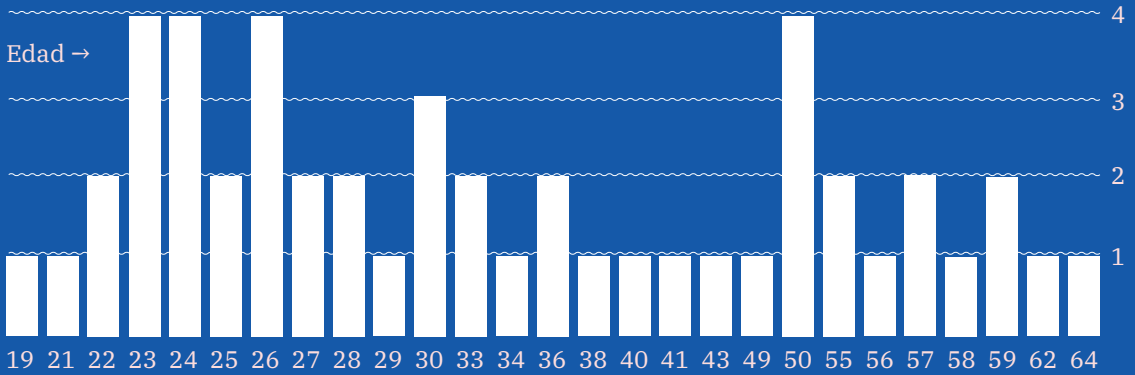
**Gráfica 2. Identidad de género segregadas por orientación sexual/sexualidad**



**Gráfica 3. Orientación sexual/sexualidad de las personas encuestadas**



**Gráfica 4. Edades de las personas encuestadas**



La encuesta sobre el acceso a la salud para las sexualidades y géneros contrahegemónicos fue contestada por 50 personas entre los 19 y los 64 años (Gráfica 4) en el lapso de un mes. Dentro de la misma, las preguntas sobre género y sexualidad fueron abiertas, para que las personas describieran su experiencia de estas categorías sociales, sin verse limitadas por las subcategorías LGBT que se han venido institucionalizando.

Así, para la pregunta *¿qué palabra prefiere para referirse a su identidad de género?* pudimos agrupar 19 respuestas de mujeres trans o transgénero, 13 de hombres cisgénero, 9 de mujeres cisgénero, 4 de personas no binarias o transno binarias, dos personas que se identificaron como cuir o queer, dos que se identificaron solo como trans y un hombre trans. Para la pregunta *¿qué palabra prefiere para referirse a su orientación sexual o sexualidad?* agrupamos 16 respuestas que decían gay, gai u homosexual, 8 trans o transgénero, 5 bisexual, 4 femenina o mujer, 3 lesbiana, 3 sin información, 3 cuir, 2 trabajadora sexual, 2 pansexual, 2 heterosexual, 1 marika y 1 monógama.

Es posible ver que para ambas preguntas hubo una amplia gama de respuestas, lo cual refleja que la experiencia no hegemónica sobrepasa lo descrito por la sigla LGTB. De esta manera, al cruzar las categorías de identidad de género y sexualidad encontramos que algunas de las mujeres trabajadoras sexuales que respondieron la encuesta describen su orientación sexual como femenina y que algunas de las mujeres trans como trans o transgénero. Asimismo, obtuvimos que todos los hombres cisgénero que contestaron la encuesta describieron su sexualidad como gai, gay u homosexual y el único hombre trans como heterosexual, mientras que las mujeres cis y trans tuvieron respuestas mucho más variadas para su descripción identitaria y las personas no binarias se describieron desde sexualidades que abarcan una experiencia no binaria (pansexual, marika, bisexual).

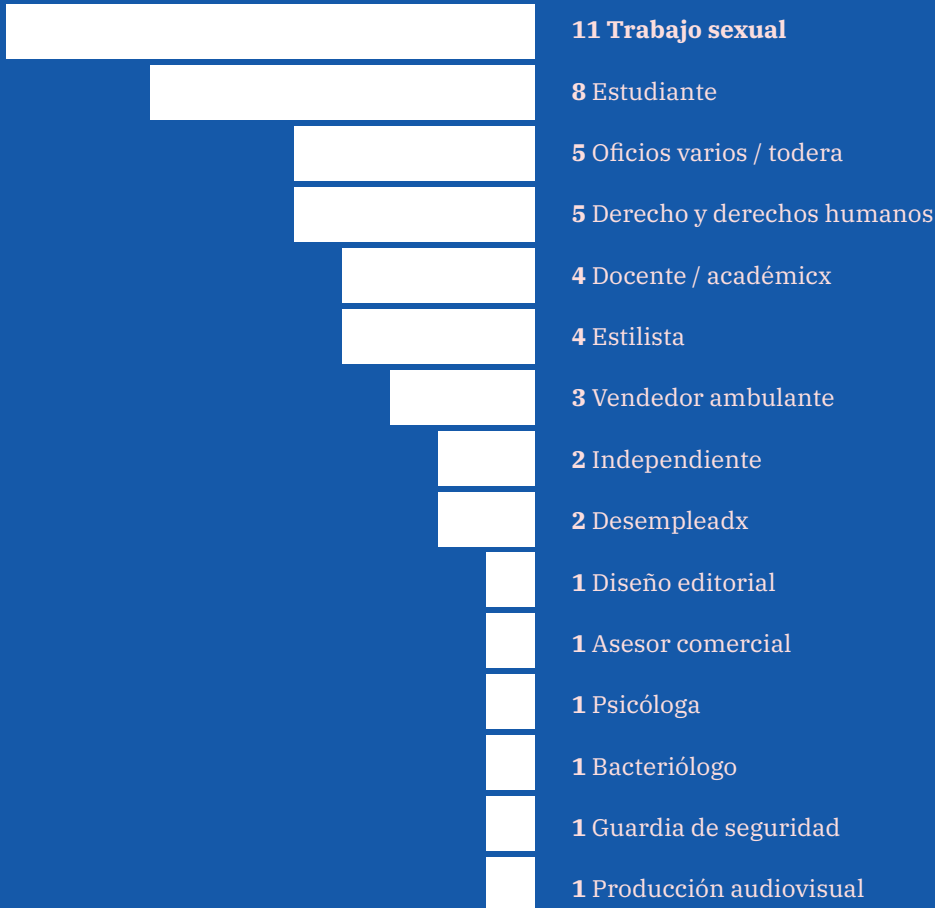
Lo anterior permite ver que la sexualidad y el género son dos experiencias que van de la mano, pues el sistema estructural del género está atravesado en su centro por el binarismo y la heterosexualidad obligatoria.<sup>24</sup> Si bien el

24 Adrienne Rich, "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana" en: Marysa Navarro y Catherine Stimpson (Comp). *Sexualidad, género y roles sexuales* (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1999) 159-211.

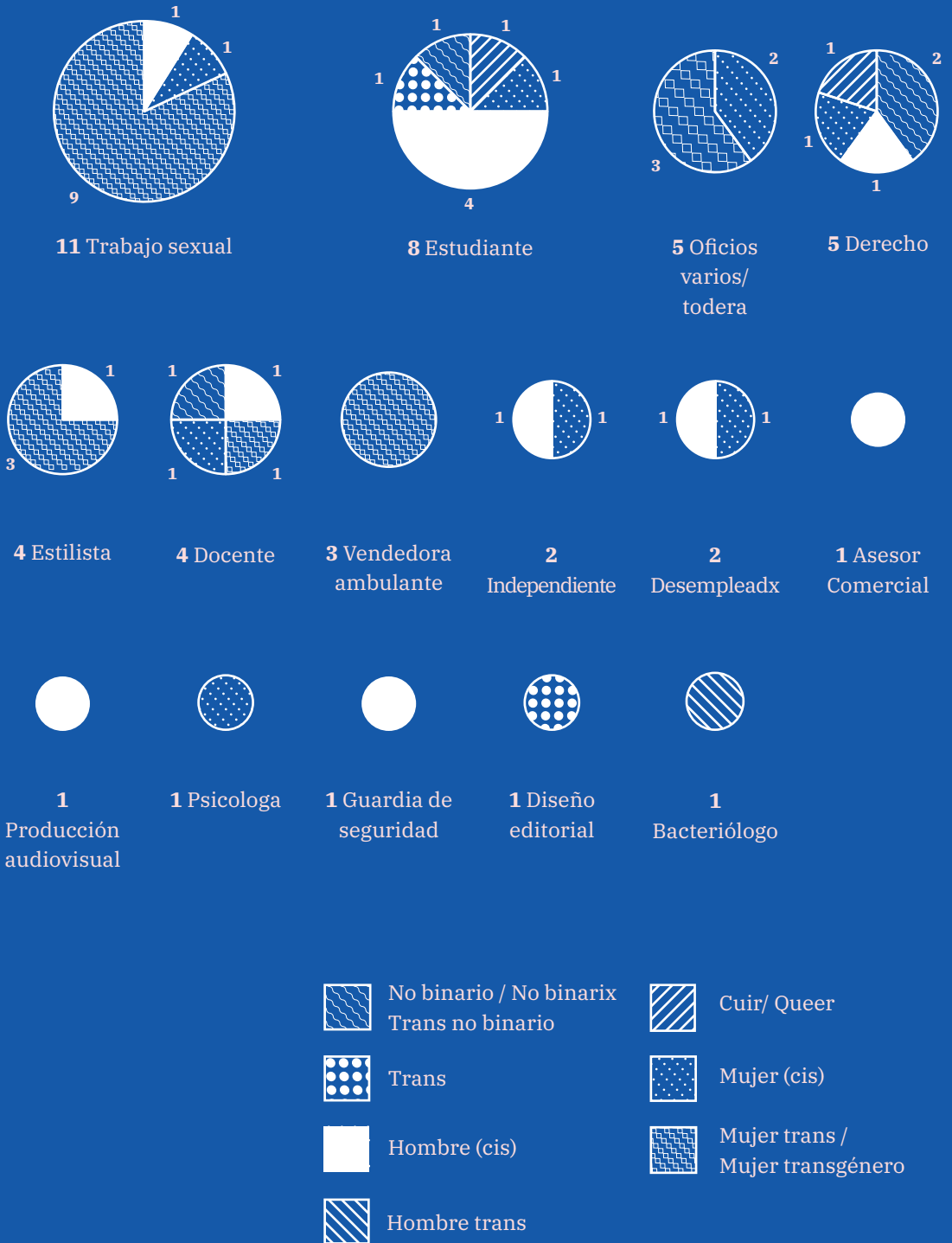
propósito de esta investigación fue explorar las limitaciones en el acceso igualitario a la salud de las personas con sexualidades y géneros contrahegemónicos y no la historia o la diversidad de las categorías con las que se nombran, es importante detenerse un momento sobre lo último, pues de la mano de una comprensión más completa y crítica de la población y las maneras de referirse a ella es posible construir disposiciones estatales más precisas, efectivas y dignificantes.

En la encuesta también preguntamos a las personas por su ocupación. La más común fue trabajo sexual, seguida por estudiante, oficios varios y derecho o derechos humanos (ver Gráfica 5). Otras ocupaciones destacadas son estilista y docente o académique. Ahora, cuando cruzamos las respuestas para ocupación e identidad de género, obtenemos que la ocupación con más variedad de géneros es la de estudiante, seguida por la docencia o academia y el derecho y derechos humanos (ver Gráfica 6).

**Gráfica 5. Ocupación de las personas encuestadas**



Gráfica 6. Ocupación de las personas encuestadas segregada por género



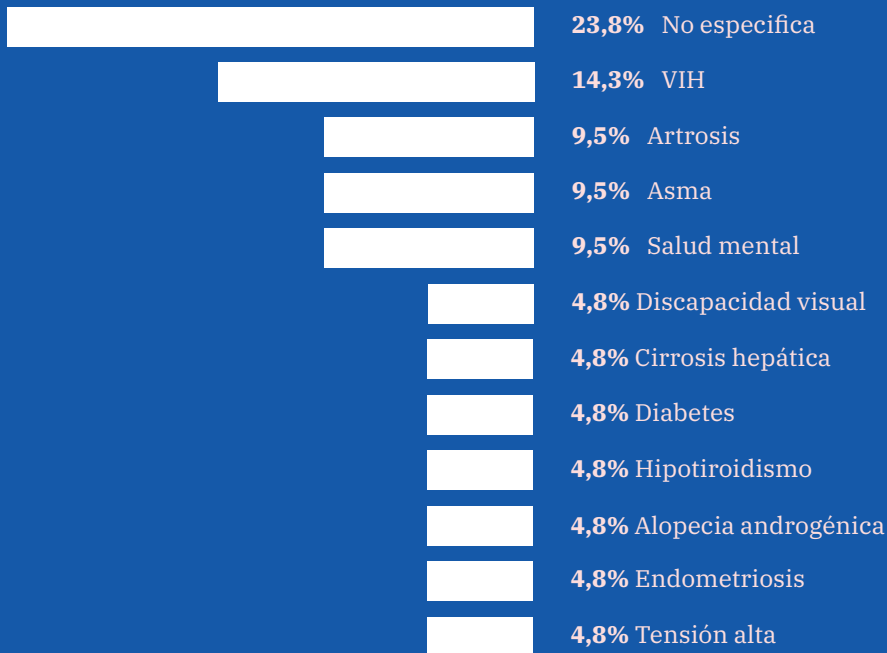


Por otro lado, observamos que la mayoría de las mujeres trans encuestadas ejercen el trabajo sexual, seguido por las ventas ambulantes, el estilismo y los oficios varios, y solo una de ellas tiene una ocupación como docente o académica. Así mismo, los hombres cis son quienes tienen más variedad de ocupaciones, si bien la mayoría son estudiantes, seguidos por las mujeres cis, quienes se ubican mayoritariamente en los oficios varios. La ocupación de las personas trans no binarias se concentra en la academia, ya sea como docente o estudiante, y en derechos humanos.

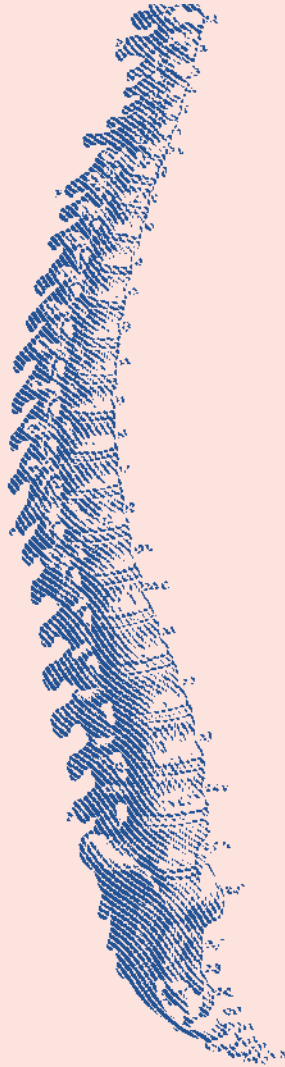
Es importante notar que, aunque esta encuesta no sea representativa de toda la población disidente del género y la sexualidad hegemónica, sí es posible notar un patrón de mayores oportunidades laborales para la población cis que para la trans, al mismo tiempo que más variadas opciones para quienes experimentan la vida como hombres que para quienes lo hacen desde la categoría mujer. La población no binaria —que fue también una de las menos representadas dentro de la encuesta— se ubica más que todo en espacios académicos e investigativos.

Por último, en la sección de demografía de la encuesta preguntamos por las condiciones médicas preexistentes de las personas. Encontramos que la mayoría (el 64%) no tiene ninguna y que entre el 36% que sí, las que más se repitieron fueron VIH, condiciones de salud mental, artrosis y asma. Otras condiciones preexistentes se detallan en la Gráfica 7.

**Gráfica 7. Condiciones médicas preexistentes de las personas encuestadas**

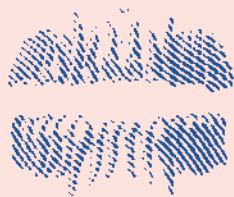


05



Capítulo 1.

# EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD



Como mencionamos anteriormente, este informe es un acercamiento a lo que significa el acceso igualitario a la salud para las personas disidentes de la cisheteronorma en Colombia. Para entender cómo este derecho se ve o no materializado, lo primero que debemos hacer es entender que el acceso a la salud es una experiencia que implica lidiar tanto con la afiliación a un régimen subsidiado o contributivo y todas sus ramas burocráticas, como con la atención en los lugares de prestación de servicios médicos. Estos últimos implican a su vez enfrentarse a quien custodia su entrada, a quien llama un nombre en una sala de espera y a quien hace un examen médico, el cual comprende contacto físico y preguntas sobre la intimidad de cada persona.

La experiencia del acceso a la salud se extiende en el tiempo –antes y después de que ocurra el contacto con el entramado de la prestación del servicio– y se teje a través de tramas espaciales, emocionales, discursivas y corporales. Estas generan una red de encuentros con una institucionalidad que tiene el poder de abrir espacios o recordarles a ciertas subjetividades que no son válidas para la hegemonía cishetero y, por lo tanto, no son bienvenidas.

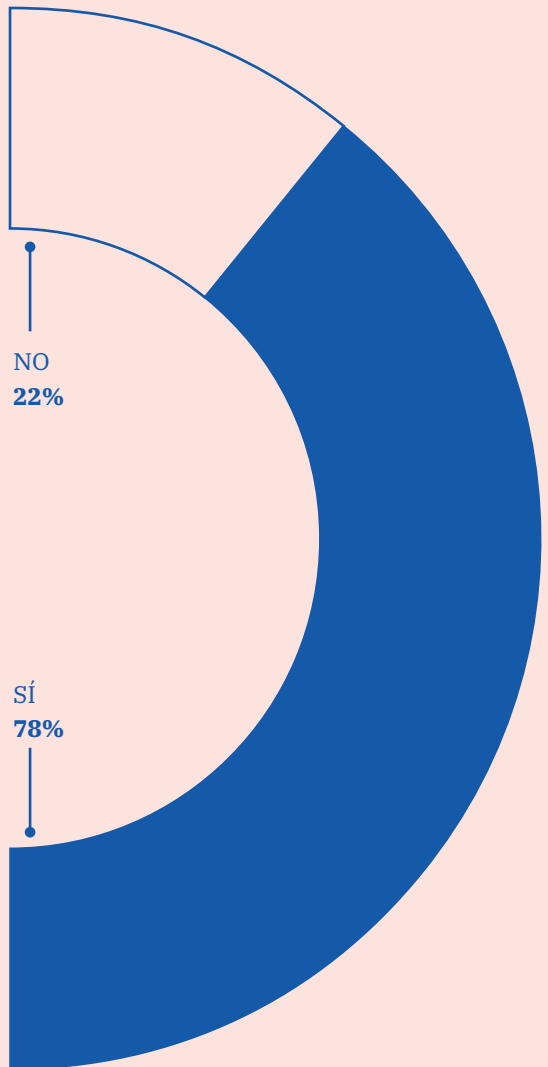
## a. espacios inseguros

En la investigación para este informe pudimos entender que el acceso a la salud es siempre una experiencia mediada por el contacto con un lugar en donde se desenvuelven unas normas culturales específicas. Cuando una persona va a estos lugares se encuentra con ideologías oficiales del Estado, instituciones, definiciones hegemónicas del cuerpo, la ciencia, la verdad, lo deseado y lo deseado. Así, los espacios médicos se configuran fácilmente como inseguros para quienes no entran en los dictámenes corporales o comportamentales deseados por un Estado cisheterosexual. Es necesario que entendamos cómo se experimenta esa inseguridad para proponer estrategias que posibiliten experiencias seguras.

En *Qué maricada con nuestros derechos*<sup>25</sup> documentamos algunas maneras en las que los espacios de atención en salud han sido lugares inseguros para las personas con sexualidades y géneros no hegemónicos. Recopilamos historias de personas a quienes no se les ha permitido la entrada a centros de salud, se les ha violentado verbal e incluso físicamente en los hospitales y se les ha discriminado pidiéndoles exámenes o procedimientos innecesarios porque se asumía que portaban VIH por su orientación sexual/sexualidad o género. En el mismo documento vimos que es una práctica común llamar a las personas trans por pronombres de género incorrectos y por nombres con los que no se identifican, incluso después de que ellas pidan explícitamente que se les llame de cierta manera. También vimos que, según Medicina Legal, los espacios médicos y establecimientos de prestación de servicios de salud son espacios en donde las personas

TLGB y trabajadoras sexuales son violentadas física y sexualmente.

**Gráfica 8. ¿Piensa que para las personas con sexualidades y géneros disidentes es difícil encontrar espacios seguros en el acceso a la salud?**

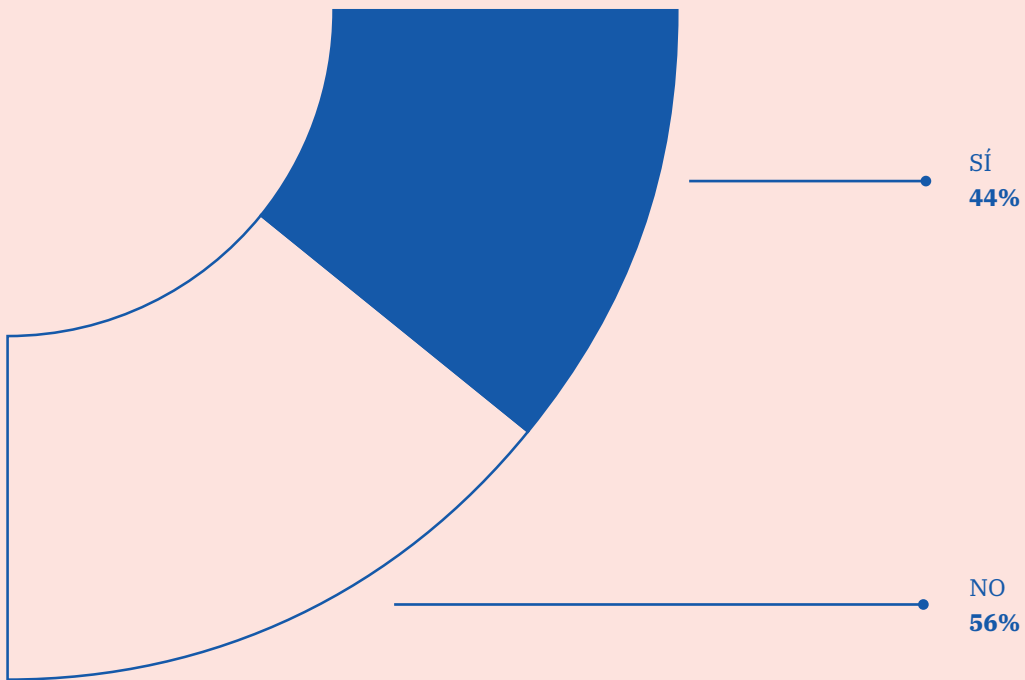


25 Temblores ONG, *Qué maricada con nuestros derechos*. Son los gajes del oficio, 51-53

En las respuestas a la encuesta que aplicamos para este informe encontramos que el 78% de quienes contestaron consideran que para las personas con sexualidades y géneros disidentes de la cisheteronorma es difícil encontrar espacios seguros en el acceso a la salud (Gráfica 8). Esto demuestra una concepción ampliamente negativa de estos espacios para la población mencionada, lo cual puede conllevar a una peligrosa desconfianza institucional, cuyo resultado puede ser la abstención de atender problemas de salud (que para esta encuesta fue el 50%, como se señalará más adelante) y, como consecuencia, el empeoramiento de las condiciones generales de salud.

### Experiencias médicas violentas

Gráfica 9. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia médica incómoda?

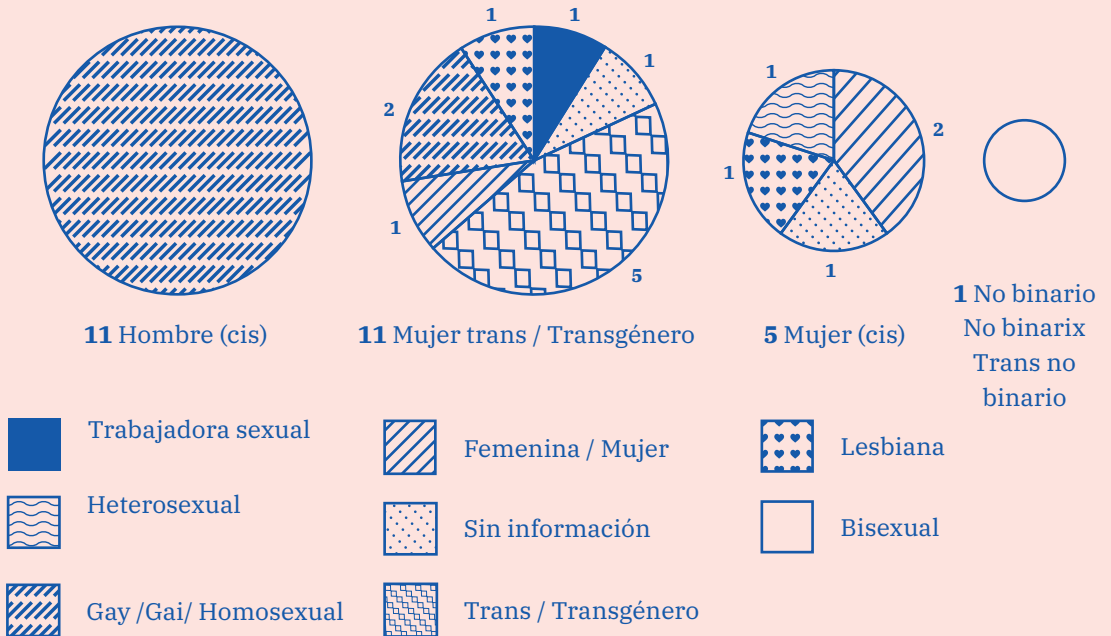


Es evidente que la sensación de inseguridad que rodea los espacios de la salud está estrechamente ligada a las experiencias violentas o incómodas dentro de los mismos. En nuestra encuesta encontramos que el 44% de quienes participaron han tenido experiencias médicas violentas o incómodas (Gráfica 9). Es preocupante que casi la mitad de las personas que contestaron la encuesta hayan tenido este tipo de experiencia, pues pareciera que no han tenido ninguna garantía de que no van a ser violentados cuando han acudido a estos espacios y esto genera la preocupante desconfianza en las instituciones prestadoras de salud que pudimos observar en el punto anterior (Gráfica 8).

**Gráfica 10. Género y sexualidad de las personas que sí han tenido una experiencia médica incómoda o violenta**



**Gráfica 11. Género y sexualidad de las personas que no han tenido una experiencia médica incómoda o violenta**



En las gráficas 10 y 11 ilustramos los géneros y orientaciones sexuales de quienes respondieron que sí y que no respectivamente a la pregunta ¿alguna vez ha tenido una experiencia médica incómoda o violenta? Encontramos que, aunque ligeramente más personas dijeron que no han tenido experiencias médicas incómodas o violentas, la población de quienes respondieron que sí es más diversa. En este sentido, en la gráfica para sí (Gráfica 10) están representadas todas las categorías para descripciones de identidad de género que contestaron la encuesta, mientras que en la del no (Gráfica 11) solo se representan hombre y mujer cis, mujer trans y una persona no binaria. Es decir que todas las identidades tienen alguna probabilidad de ser violentadas, pero no todas de no serlo.

Ahondando en lo anterior, observamos que 13 hombres gay cisgénero contestaron nuestra encuesta y 11 de ellos afirmaron nunca haber tenido una experiencia médica violenta o incómoda, lo que posiciona a esta categoría como la menos violentada por el sistema médico según nuestra encuesta. Por el contrario, las categorías de personas que no se identifican dentro de definiciones binarias del género (esto es las categorías ciur, trans y no binario) son las que más consistentemente han tenido experiencias violentas: 7 de 8 personas que se definen dentro de estas categorías contestaron que sí y solo 1 que no. El único hombre trans que contestó también afirmó haber tenido una experiencia incómoda o violenta. Finalmente, las mujeres cis y trans que contestaron se ubicaron uniformemente en las dos respuestas; sin embargo, al detallar en las respuestas por orientación sexual observamos que todas las mujeres cis que han sido violentadas son lebianas o bisexuales, mientras que entre quienes no lo han sido se encuentra solo una lesbiana y el resto están dentro de categorías asociadas a la heterosexualidad. Lo anterior muestra que para estas mujeres la orientación sexual es un factor de vulnerabilidad, mientras que para los hombres cis parece no serlo.

En cuanto a la forma de las experiencias violentas o incómodas, 14 de las 22 personas que dijeron haberlas tenido dieron más información sobre las mismas y el resto prefirió no hacerlo. Para la lectura de estos datos agrupamos las respuestas que obtuvimos en las categorías<sup>26</sup> que mostramos a continuación (Tabla 1):

26 Algunas de las personas que contaron sus experiencias contaron más de una, por lo que el número de respuestas clasificadas es mayor al número de personas que contestaron.

**Tabla 1. Formas de violencia en las experiencias médicas**

Forma de violencia	# de menciones
Juicio sobre sexualidad	4
Negación de la atención por identidad de género o transfobia	3
Violencia/discriminación sin especificar basadas en género o transfobia	3
Violencia verbal	2
Desinformación	1
Borramiento y discriminación de la identidad de género no binaria	1
Preguntas innecesarias en torno a género o sexualidad	1
Perfilamiento	1
Objetificación/fetichización de los cuerpos trans	1
Negación de nombres y pronombres identitarios	1
Atención deficiente en razón de género	1

En nuestra agrupación de experiencias violentas o incómodas en el acceso a la salud se repiten las mediadas por los juicios de valor de los profesionales respecto a la actividad sexual de las personas, en especial sobre el no uso de métodos de planificación o el número de parejas sexuales. Esta respuesta fue más común entre hombres cis gay, mujeres cis lesbianas o bisexuales y personas no binarias o transmasculinas y se relacionó principalmente con espacios de ginecología y psiquiatría.

Esto es preocupante pues ambos son espacios de especial vulnerabilidad para la persona que acude a ellos y, por lo tanto, deberían ser espacios en donde se garantice la seguridad para expresar preocupaciones o pensamientos sin juicio alguno. Además, los juicios que se hacen están directamente ligados a una expectativa del deber ser heterosexual que se pone sobre les pacientes: se asume que las mujeres cis deben planificar, pues tienen sexo con hombres con pene y que las personas deben tener solo cierto número de parejas. Las personas que contestaron a esta pregunta explicaban que preferían no comunicar cierta

información para no ser juzgadas; esto genera una situación de salud precaria, pues puede ser una barrera para que la persona acceda al tratamiento o recomendaciones médicas específicas para sus necesidades.

La segunda experiencia que más se repite, como se observa en la Tabla 1, es la negación de la atención médica por razones de identidad de género. Una de las personas comentó que “una vez en Cúcuta me iban a atender, pero el médico era transfóbico. Yo misma me mediqué”, y otra dijo “no me quisieron atender por ser travestis[sic]”. Otras personas trans hablaron de violencia y discriminación basadas en género sin especificarlas con más detalles: “cuando he acompañado a amigas trans o personas sin seguro médico, la experiencia suele ser violenta y excluyente”. En relación con esto último, hay personas trans y trabajadoras sexuales que explican que han sido víctimas de violencia verbal y burlas y otras de atención deficiente: “nos atendían muy mal, como siempre regañadas, juzgadas, y la atención era pésima”. Otra persona contó cómo su derecho al nombre identitario fue ne-



gado cuando se hizo una ecografía: “Al momento de entregarme mis resultados, noté que éstos tenían mi nombre anterior (a pesar de ya haberlo cambiado en los registros de la EPS). Me acerqué [...] y solicité la corrección del dato, pero [la persona encargada] se negó”.

Estas respuestas muestran cómo la discriminación en contra de las personas trans genera un ciclo de carencias en el acceso a la salud. En unos casos, desde el primer momento se niega completamente el servicio; en otros, la atención discriminativa causa la automedicación de la población, que puede precarizar aún más su salud y hacer que esta tenga nuevas necesidades de acceso que podrían ser confrontadas con más barreras: “La primera endocrina a la que fui me dijo que no existía la identidad no binaria y que si iba a transitar era para convertirme en un hombre. Que tenía que pasar por hormonas, mastectomía, histerectomía”, contó una persona con identidad no binaria a quien una endocrina le negó el servicio médico con base en sus prejuicios sobre esta experiencia de género.

Aquí no solo es violento el hecho de que ella le dijera que su identidad no existía, ni que le negara el servicio, sino el lugar estructural que ha tenido la medicina en tomar decisiones sobre cómo se deben ver los cuerpos que se niegan a encarnar la binariedad del género. Nos preguntamos: ¿cuántas personas trans no binarias han sido privadas del derecho a la autonomía sobre sus propios cuerpos por médicas que, lejos de acompañarlas a tomar una decisión con información abierta, les han impuesto sus propias formas normativas de cuerpo de maneras sutiles o directas?

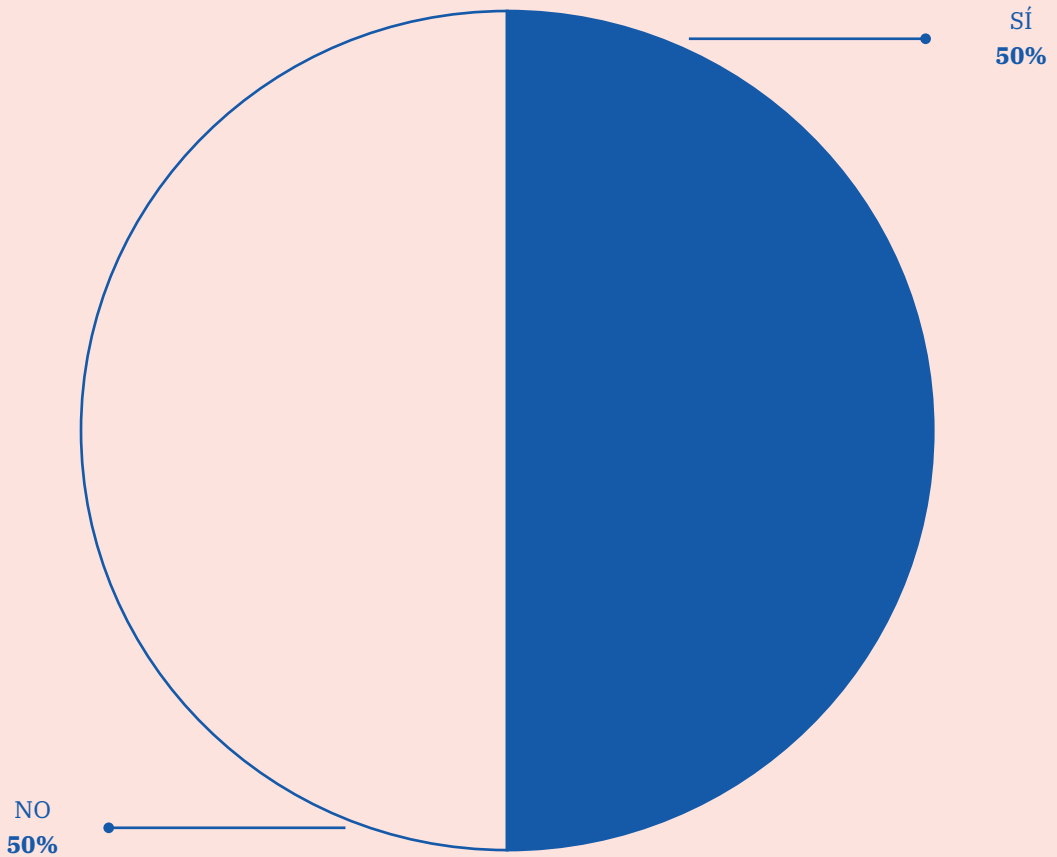
En las respuestas a esta pregunta resalta el hecho de que la violencia y negligencia contra las personas trans se repiten de diferentes formas en la atención médica. El uso incorrecto de pronombres, la negación de la atención, el intento de imponer ciertas creencias sobre el género en el tratamiento del paciente, la fetichización del cuerpo y la violencia transodiante, entre otras prácticas que logramos identificar en esta sección de la encuesta, muestran que la discriminación en contra de la población trans es constante en el espacio médico. Es importante que las instituciones prestadoras del servicio de salud hagan un ejercicio de revisión de sus políticas de inclusión y no discriminación en género y de la información que se está dando a quienes prestan los servicios, pues parece existir una carencia enorme que resulta en violencias sistemáticas contra las personas trans.

Asimismo, la discriminación y desinformación acerca de sexualidades no normativas es también una constante, especialmente en espacios como los ginecológicos, los cuales son cruciales para la materialización de los derechos sexuales y reproductivos. Es preocupante que la atención médica para quienes

no entran en la cisheteronorma sea tan precaria y violenta, casi que garantizándoles un trato discriminatorio.

### Miedo a ocupar espacios médicos

**Gráfica 12. ¿Alguna vez ha evitado atender algún problema de salud por miedo a tener una experiencia médica violenta?**



Las barreras narradas en el apartado anterior hacen que las personas disidentes de la heterocisnorma eviten atender necesidades de salud por miedo a ser violentadas. Por los espacios de acceso a la salud circulan sensaciones de miedo, violencia e incomodidad generadas por la discriminación en razón de género o sexualidad. El 50% de quienes contestaron nuestra encuesta manifestaron haber evitado atender necesidades de salud (Gráfica 12). Esto representa un aumento de 6% frente a quienes dicen haber experimentado violencia o incomodidad (Gráfica 9). Como ex-

plícamos anteriormente, y como se discutió en grupos focales y entrevistas con profesionales de la salud, cuando las personas cisheterodisidentes pensamos en ir a una cita médica, siempre nos enfrentamos a la posibilidad de ser violentadas o discriminadas. Aunque no lo hayamos experimentado en persona, conocemos historias de personas cercanas que han sufrido las consecuencias de los prejuicios y el desconocimiento por parte del personal que trabaja en espacios de prestación de servicios de salud. Si se quiere garantizar el derecho a la salud de esta población es necesario tomar acciones afirmativas que contrarresten la sensación de miedo que genera ir a estos espacios.

En la Tabla 2 agrupamos por categorías las razones que se repitieron en la encuesta para evitar atender necesidades de salud.<sup>27</sup> Las cuatro categorías principales que pudimos identificar en las razones que dieron las personas encuestadas fueron haberse sentido discriminadas o violentadas en el pasado; la existencia de prejuicios sobre la sexualidad en ambientes médicos; el miedo a la discriminación por la identidad de género y la transfobia; la deficiencia del sistema de salud en general y una razón sin especificar relacionada con la ginecología.

**Tabla 2. Razones para evitar atender necesidades de salud**

Razón principal	#	Detalles de razón	#
Miedo a ser discriminade/ violentade por identidad de género	5	Miedo a ser discriminade/violentade por identidad de género	3
		Miedo a consultar sobre temas relacionados con el tránsito médico	2
Haberse sentido agredide en el pasado	5	Irrespeto por parte de personal de seguridad	1
		Preguntas innecesarias/invasivas sobre el tránsito	1
		No especifica	1
		Discriminación por nacionalidad e identidad de género	1
		Violencia sexual	1
Prejuicios sobre sexualidad	5	Relacionados a ITS	3
		Relacionados a orientación sexual	2
Deficiencia del sistema de salud y mal servicio	2	Deficiencia del sistema de salud y mal servicio	2
No especifica	1	Ginecología	1

<sup>27</sup> Algunas de las personas contaron más de una experiencia, por lo que el número de respuestas clasificadas es mayor al número de personas que contestaron.

Así, encontramos que las experiencias pasadas de violencia y discriminación generan traumas que dificultan el regreso de las personas a los espacios médicos. Esto está especialmente presente para las personas trans, quienes dijeron haber sufrido desde discriminación hasta violencia sexual, lo cual hizo que desistieran de acceder a la salud en el futuro. En esta categoría es importante notar que la intersección de la violencia contra las personas trans y la xenofobia aparece como una forma de negación del acceso al espacio médico y que otra gran barrera presente en estos espacios es el maltrato por parte del personal de seguridad través de la intimidación y negación de la entrada.

Es posible trazar una conexión entre las experiencias violentas que han vivido unas personas trans y el miedo a la discriminación en razón de género que reportan otras como razón para evitar los espacios médicos. Para la mayoría de las personas trans, esta experiencia es una constante en muchos otros espacios públicos,<sup>28</sup> lo cual, unido a las experiencias negativas que conocen de otras personas, hace que experimenten el miedo suficiente para no asistir a estos espacios. Para dos de las personas que respondieron dentro de esta categoría, el miedo se sitúa dentro de las consultas que tienen que ver con el tránsito médico. Allí no se sienten seguras, bien sea por la posible desinformación de les profesionales o porque preguntar sobre esto puede exponerlas a situaciones violentas.

Por otro lado, identificamos un miedo constante en las consultas médicas que tienen que ver con la sexualidad, ya sea en el tratamiento de infecciones de transmisión sexual o en

los espacios en donde se debe hablar sobre prácticas sexuales. En ambos casos, las personas reportaron que les profesionales en salud asumen posiciones de prejuicio frente a las prácticas sexuales no heteronormadas y que estar en espacios en donde debían hablar de estas prácticas les hacía sentir en peligro. Es importante notar que esta experiencia, narrada sobre todo por personas cisgénero, se concentra en áreas o problemas médicos más específicos que las anteriores, narradas sobre todo por personas trans. Así, tener que revelar una identidad no normativa y, por lo tanto, vulnerable, es un miedo que inunda los espacios médicos para quienes no hacen parte de la heterocisnorma, pero para quienes no es una opción escoger cuándo lo revelan, por su expresión de género, el miedo está presente en todos los espacios.

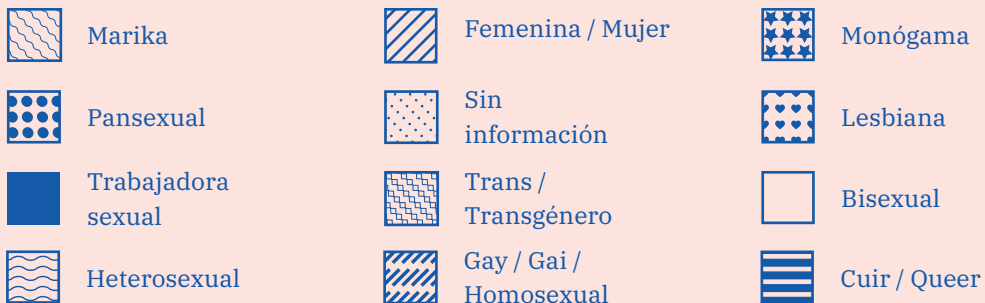
Lo anterior no quiere decir que la discriminación por razones de sexualidad sea menos importante de tratar en el espacio médico, sino que debemos entender que las experiencias para ambos tipos de violencia son distintas. Es importante notar también que, en general, las personas encuestadas hablaron sobre la entrevista médica durante las consultas o los procedimientos como momentos que pueden ser incómodos o peligrosos: “[e]n general, evito ir a un médico cualquiera para citas prioritarias para evitar preguntas que considero innecesarias sobre mi tránsito (tengo amigdalitis y me preguntan si ya me operé los genitales)”. La entrevista médica es un espacio de especial vulnerabilidad porque requiere que les pacientes revelen información privada y, muchas veces, sensible sobre ellos mismos, es la responsabilidad de les profesionales manejar esta información de manera respetuosa y

28 En nuestro informe *Qué maricada con nuestros derechos* (2019) hablamos de cómo el espacio público es un lugar especialmente peligroso e incómodo cotidianamente para la población trans.

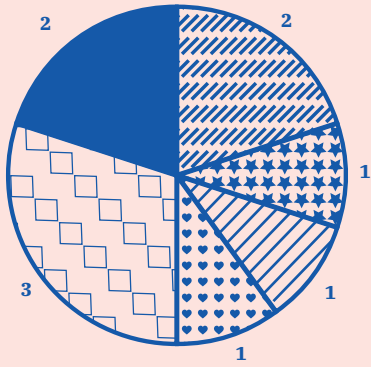
propiciar un espacio seguro para que les pacientes sientan que pueden revelar-la. De lo contrario, se corre el riesgo no solamente de caer en conductas discriminatorias sino de que las personas eviten tratar problemas de salud.

En cuanto al género y la sexualidad de quienes contestaron estas preguntas vemos un patrón similar al de la pregunta anterior: la respuesta para sí comprende casi todas las categorías identitarias, excluyendo la de hombre trans y la de mujeres cisheterosexuales (gráficas 13 y 14). De nuevo, obtenemos que las mujeres trans se dividen más o menos uniformemente en ambas categorías, pero en este caso todas las personas con identidades no binarias se mueven hacia el espacio del sí. Los hombres cisgénero siguen siendo quienes más se ubican en el lugar del no: son menos propensos a evitar atender problemas de salud. Sin embargo, esta vez hay ligeramente más hombres que contestaron que sí y esto puede estar relacionado con el tema de la entrevista médica y la sexualidad: el miedo a tener que revelar su orientación sexual y la sensación de inseguridad dentro de los tratamientos para ITS tienen un resultado directo aquí.

**Gráfica 13. Personas que sí han evitado atender un problema de salud por miedo a ser violentadas**



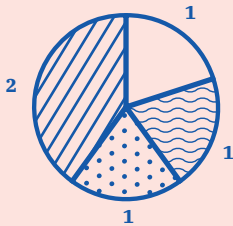
**Gráfica 14. Personas que no han evitado atender un problema de salud por miedo a ser violentadas**



10 Mujer trans



9 Hombre (cis)



5 Mujer (cis)



1 Hombre trans



Marika



Pansexual



Trabajadora sexual



Heterosexual



Femenina / Mujer



Sin información



Trans / Transgénero



Gay / Gai / Homosexual



Monógama



Lesbiana



Bisexual



Cuir / Queer

## CONCLUSIONES Y HALLAZGOS PRINCIPALES:

1. Los hallazgos de este capítulo muestran que los espacios para el acceso a la salud son inseguros para las personas disidentes de la heterocisnorma, y esta inseguridad alimenta sensaciones de miedo y desconfianza institucional. Estas son barreras directas para la materialización del derecho a la salud y es responsabilidad de las instituciones prestadoras y reguladoras del servicio proponer soluciones activas para eliminarlas.
2. Las emociones que rodean los espacios de salud para las personas encuestadas son de inseguridad, miedo e incomodidad: el 44% ha sufrido violencia directamente y esto genera una sensación de inseguridad y desconfianza en el 78%. Lo anterior resulta en que el 50% de las personas encuestadas eviten atender problemas de salud. Esto:
  - Muestra una desconfianza institucional muy alta en los sistemas de salud.
  - Genera un ciclo de inaccesibilidad, inseguridad y salud precaria en la población, lo cual acrecienta cada vez más la inaccesibilidad de la población cisheterodisidente al derecho a la salud.
3. La identidad de género y la sexualidad hacen que las experiencias en el acceso a la salud sean diferentes:
  - Entre quienes contestaron la encuesta, las personas que menos experimentan violencia, inseguridad y miedo en el sistema de salud son los hombres homosexuales cisgénero.
  - Las mujeres trans se dividen más o menos equitativamente entre quienes han y no han experimentado violencia, miedo o inseguridad.
  - Las mujeres lesbianas y biexuales (cis y transgénero) y las personas transmasculinas y no binarias son quienes más reportan ser consistentemente violentadas, así como sentir inseguridad y miedo en espacios médicos.
4. Las experiencias violentas o incómodas ocurren en todos los espacios y momentos del entramado de la salud y no se limitan solo a las interacciones con los médicos u otro actor específico. Estas experiencias van desde la negación del acceso a los espacios hasta la discriminación, la negación de la identidad, la violencia sexual, los juicios de valor y la negligencia médica.
5. Las razones que más se reportan para la violencia, las sensaciones de inseguridad y miedo son las relacionadas con la identidad de género, especialmente en términos de discriminación hacia las personas trans.
6. Para las personas cis homosexuales, la violencia y sensaciones de inseguridad e incomodidad están más relacionadas con momentos en donde deben hablar de su orientación sexual, como la atención en salud sexual y reproductiva y en salud mental. Para las personas trans, el maltrato y el miedo están presentes en más espacios del sistema de salud.

## B. acceso a La salud

En este apartado vamos a hablar de los límites que las personas cisheterodisidentes encontramos en el acceso a los servicios y espacios de salud en Colombia desde varias aristas del problema. Para ello, hablaremos de las experiencias de las personas que participaron en nuestros instrumentos de investigación y traeremos a colación las perspectivas de Miguel Rueda y Juan Pablo Téllez, profesionales que conversaron con nosotres respecto al acceso a salud para personas TLGB, en particular desde su punto de vista como profesionales del área de la salud y personas con experiencias cisheterodisidentes.

Existe una aparente contradicción en las dinámicas en torno al derecho y goce de la salud en Colombia para las personas que viven la sexualidad y el género fuera de la heterocisnorma. Los testimonios y respuestas de las personas que participaron en nuestros instrumentos indican que las experiencias de salud de las personas cishetero disidentes no suelen ser saludables; por el contrario, tienden a generar ansiedad, temor, indignación y, en general, la sensación de ser ciudadanos de segunda categoría.

Comenzamos haciendo un abordaje conceptual de la patologización como origen de muchas conductas discriminatorias hacia personas TLGB en el campo de la medicina. Posteriormente, hablamos de cómo los obstáculos para ingresar a espacios de atención en salud por temas de discriminación impiden a las personas TLGB gozar del derecho a la salud. Luego, hablamos de las posibilida-

des de afiliación al Sistema de Salud y Seguridad Social (SGSSS en adelante) y cómo ese aspecto es necesario, no obstante insuficiente, para gozar plenamente del derecho a la salud; abordamos también las posibilidades de elección de profesionales que tienen las personas encuestadas y los criterios según los cuales hacen dichas elecciones. Terminamos con algunas conclusiones sobre el acceso a la salud.

### Afiliación a la salud

Sabemos que tener una cita médica no es igual que acceder a salud, pues para ver garantizado su derecho fundamental a la salud, las personas deben poder acceder a “un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud” sin ser discriminadas en el proceso.<sup>29</sup> Sin embargo, la afiliación al SGSSS es uno de los primeros requisitos para poder acceder a servicios de salud en Colombia y ver garantizado el derecho.

De las 50 personas encuestadas, 43 están afiliadas a una EPS. Aunque este 86% representa la mayoría de la afiliación, en este punto se puede retomar la respuesta a la pregunta *¿piensa que para las personas con sexualidades y géneros disidentes es difícil encontrar espacios seguros en el acceso a salud?* (ilustrada en la Gráfica 8) en la que 39 de 50 personas encuestadas respondieron que sí. Lo interesante y alarmante de comparar estos datos es que ilustran que el acceso igualitario a la salud es más que estar afiliado a una EPS. Si bien son necesarias las medidas que se han tomado para afiliar a la población, no son suficientes para garantizar el acceso igualitario a la salud. Es decir, toda la experiencia del sistema de salud juega

29 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General No. 14. Punto 8. Tomado de <https://bit.ly/3iREmgR>



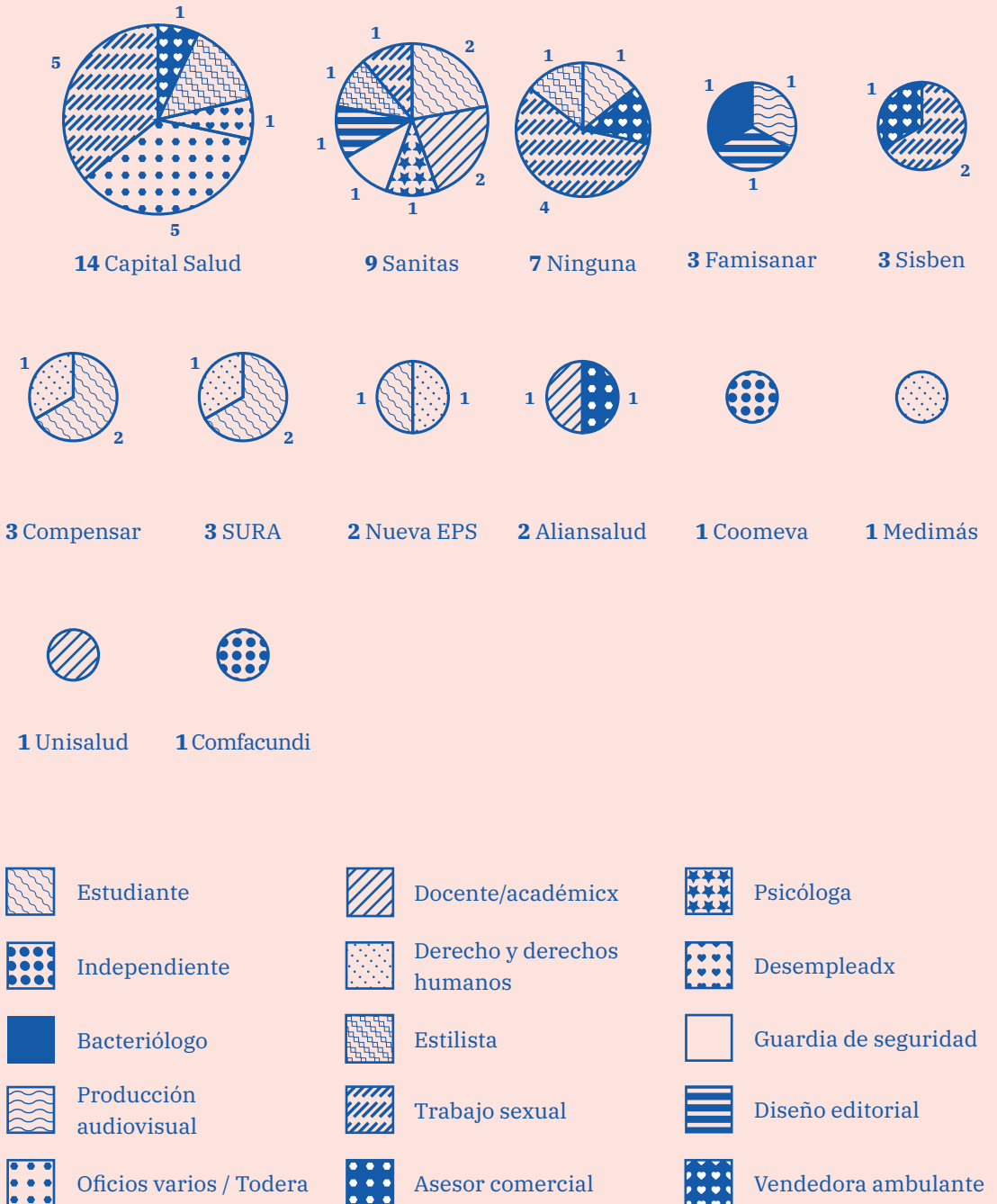
un papel en el goce de ese derecho, no solamente tener la posibilidad de estar afiliado a una EPS.

Más aún, podemos ver una situación de desigualdad entre las identidades y ocupaciones de las personas encuestadas: las 7 personas que no están afiliadas según nuestra encuesta son personas trans y, además, en su mayoría, trabajadoras sexuales (gráficas 15 y 16). Más adelante vamos a retomar la relación capital económico-acceso a salud y cómo hay una precariedad en materia de salud para las personas trans que se agudiza con la dificultad para conseguir un empleo formal.

**Gráfica 15. Afiliación a la salud pública por género de las personas encuestadas**



**Gráfica 16. Afiliación a la salud pública segregada de acuerdo con el trabajo de las personas encuestadas**



Como se muestra en la Gráfica 16, la mayoría de las personas que llenaron nuestra encuesta están afiliadas a Capital Salud. Este grupo se compone casi en su totalidad por personas que ejercen trabajo sexual y oficios varios.<sup>30</sup> Volviendo a la Gráfica 15, podemos observar que las personas afiliadas a esta EPS son en su mayoría mujeres trans, seguidas de dos mujeres y dos hombres cisgénero. Ahora, si buscamos en qué otras EPS están afiliadas las mujeres trans y personas que ejercen el trabajo sexual u oficios varios, encontramos las respuestas *Ninguna y Sisben*.

Vale la pena resaltar los esfuerzos distritales por afiliar a todas las personas al SGSSS, en particular a personas en situación de vulnerabilidad y sujetos de especial protección constitucional. Ahora, también es importante identificar que, según nuestra encuesta, las personas que aún no están afiliadas al SGSSS son justamente personas que no tienen un trabajo formal, se dedican a los oficios varios o el trabajo sexual. Es importante continuar con las campañas de afiliación para superar esa primera barrera en el acceso al derecho a la salud.

Teniendo en cuenta los esfuerzos del distrito y de la EPS Capital Salud por afiliar a poblaciones vulnerables, esta entidad prestadora de salud tiene una ventana de oportunidad para implementar políticas diferenciales que garanticen el buen trato y el acceso a salud de calidad para las personas disidentes de las normas de género y sexualidad hegemónicas en Bogotá. No obstante, para garantizar de manera generalizada el acceso a salud de calidad, es necesario llevar a cabo acciones estructurales que atraviesen el sistema de salud y cuestionen los presupuestos cisheteronormativos del mismo.

## **Negación del acceso a espacios de salud**

Como sustentamos en *Qué maricada con nuestros derechos*,<sup>31</sup> y como se identifica en las experiencias narradas en el primer apartado de este capítulo (tablas 1 y 2), sucede una y otra vez que personas con géneros no normativos no logran ser atendidas en los centros hospitalarios, aun cuando se encuentran en precarias condiciones de salud, porque el personal de seguridad no les permite el ingreso o porque el personal médico se niega a atenderlas en tanto visiblemente no siguen la etiqueta de la heterocisnorma; es decir, son visiblemente TLGB. Esta es otra de las principales barreras de acceso: una manera primaria y básica de acceder a la salud es poder entrar al recinto donde se espera recibir la atención. Esta barrera de acceso representa una clara conducta de discriminación de la población, en la que se le niega la permanencia en un espacio y el acceso a un

30 Cuando hicimos las encuestas observamos que dentro de la denominación de oficios varios también se incluye el trabajo sexual.

31 Temblores ONG, *Qué maricada con nuestros derechos*, 35.

derecho fundamental por prejuicios en su contra. Está ligada, además, al perfilamiento, que es cuando se asume que una persona está ejerciendo una actividad delictiva con base en lo que se interpreta de su apariencia física.

### La Corte Constitucional frente al perfilamiento

La Corte se ha pronunciado en diferentes ocasiones respecto al perfilamiento que hacen ciertos grupos de autoridad sobre las personas para desplazarlas del espacio público, por ejemplo, en la Sentencia T-594 de 2016.<sup>32</sup> En los hechos que dieron lugar a este pronunciamiento de la Corte se narra el constante perfilamiento de la policía a mujeres que transitaban por la Plaza de la Mariposa en Bogotá. La Corte señaló esta conducta como inconstitucional y, entre otras órdenes, instó a la institución a cesar dicho comportamiento.



Algo muy similar está sucediendo en los centros de salud. Les guardas de seguridad, investidos con autoridad, deciden quienes pueden o no entrar a los centros de salud de acuerdo a un prejuicio basado en la apariencia de las personas. Esto impide, a su vez, que ellas gocen de su legítimo derecho a la salud. ¿Hay órdenes explícitas por parte de las administraciones de los centros de salud para que ese perfilamiento suceda? Por su lado, las autoridades de policía se justifican diciendo que las personas que se visten de cierta manera ocupan el espacio público para ejercer trabajo sexual (lo cual no valida el perfilamiento). ¿Cuál es entonces la justificación para impedir la entrada a una persona que requiere atención inmediata de salud? La respuesta es: ninguna. No hay justificación para negar el derecho a la salud a una persona en virtud de la libre expresión de su personalidad. Las personas no llegan vestidas como abogadas, tenderas, filósofas o bacteriólogas a los hospitales, ¿por qué es distinto con las personas que ejercen trabajo sexual? Estas preguntas quedan abiertas.

32 Corte Constitucional Colombiana. Sentencia T-594 de 2016. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado

## Patologización: discriminación hacia las disidencias de género-sexualidad en el consultorio

El estereotipo que hace que las personas con sexualidades y géneros disidentes, en especial personas trans y personas que ejercen el trabajo sexual, seamos discriminadas y perfiladas en los espacios de prestación de servicios de salud está ligado fuertemente a la patologización de la que hemos sido víctimas históricamente. La patologización es una práctica que se mantiene en algunos consultorios y que ha generado estereotipos prejuiciosos que impiden el goce del derecho a la salud. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) aborda esta problemática en su *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* de 2020, señalando que

La patologización ha sido definida como a la práctica psico-médica, legal y cultural de identificar un rasgo, un individuo o una población como “intrínsecamente desordenado” 617. Bajo este entendimiento se conciben y conceptualizan las identidades y expresiones de género diversas, caracterizándolas como fruto de un trastorno o una enfermedad mental 618.<sup>33</sup>

Ejemplos de estos estereotipos prejuiciosos se encuentran en varios espacios de la medicina y en particular con respecto a cuerpos, identidades y prácticas no normativas. Las identidades trans y las experiencias no heterosexuales fueron patologizadas durante mucho tiempo por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El reconocimiento de unas formas de vivir la sexualidad y el género como lo *normal-natural* concluyó, equivocadamente, que lo que no seguía esa misma norma era *anormal*; por lo mismo, resultaba antinatural y enfermo, y tenía que ser normalizado, enderezado, curado. Así, estereotipos prejuiciosos en el campo de la medicina acerca de personas con sexualidades y géneros no normativos, cuyo origen está en la patologización, todavía tienen efectos negativos en su posibilidad de acceso a la salud, aunque la homosexualidad haya salido hace 30 años de la lista de enfermedades de la OMS y la transexualidad hace apenas dos.

Una conceptualización que parte de la patologización da lugar a la conservación de estereotipos sobre nuestras identidades, contribuyendo a que en el consultorio no haya una disposición de acompañamiento del tránsito sino una intención de reubicarnos en lo normativo. De ahí que en esta investigación hayamos recibido testimonios de personas trans no binarias según los cuales los profesionales de la medicina, en lugar de tener disposición de acompañar el tránsito según la voluntad y la identidad de la persona, buscan que ésta atraviese un tránsito binario que la alinee con lo normativo, una práctica que evidencia el origen patologizante de las concepciones de las identidades no binarias.

Con respecto a las consecuencias de la patologización sobre el derecho a la salud de las per-

33 Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* (OEA/Ser.L/V/II.Doc. 239, 2020), 142, párrafo 324. Disponible en: <https://bit.ly/3FA9ivJ>

sonas cishétero disidentes, el Informe de la CIDH dice que

las personas trans y de género diverso ven severamente limitado el goce de su derecho a la salud principalmente como consecuencia de patologización de sus identidades, por la falta de reconocimiento de su identidad de género y por los altos niveles de violencia y discriminación que sufren al buscar atención y cuidados médicos.<sup>34</sup>

Resulta evidente que la patologización es una práctica que vulnera el derecho a la libre expresión de la personalidad, en tanto señala rasgos definitorios de la misma como “enfermos” y reduce a las personas a sus formas de vivir la sexualidad y el género. En respuesta a la pregunta *¿Piensa que para las personas con sexualidades y géneros disidentes/diversos es difícil encontrar espacios seguros en el acceso a la salud? ¿por qué?*, se repiten respuestas que hacen referencia a tratos que evidencian patologización por parte de los profesionales de la medicina: “he leído y conocido casos de gays que van a consulta general y sin razón alguna les ordenan psicología”; “porque cualquier problema de salud será relacionado a su condición de género u orientación sexual, tengo amigos que han experimentado conductas discriminatorias como comentarios tales como ‘le aconsejo no tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo’ o ‘usted tiene que ser consciente que eso no es normal’”; “generalmente les profesionales en salud no están capacitados para tratar con nosotres, sobre todo con las personas trans. Muchas aún nos ven como fenómenos o enfermos, y aun si no, en general poco saben de las necesidades particulares que podemos tener en tema de salud”; “por-

que para ellos el ser homosexual, significa que eres un degenerado, promiscuo”.

La patologización ha mediado la relación entre la medicina y las personas con experiencias de vida que salen de la cisheteronorma de tal manera que el espacio de acceso a la salud se ha vuelto discriminatorio y tremendamente inseguro. Las personas piensan que el acceso es difícil porque serán vistas bajo un lente discriminatorio desde la entrada al consultorio.

Además de los daños a la integridad y a la salud de las personas cisheterodisidentes que puede causar la patologización, encontramos que a menudo también existe un estereotipo que asume que nuestra manera de vivir es enferma e intrínsecamente no saludable. Frente a esto, una persona que respondió nuestra encuesta comentó: “sufro de rinitis y hemorragia nasal frecuente cuando tengo gripa, el médico me dijo que dejara de inhalar sustancias, que eso yo ya lo debería saber. Su tono de voz fue ofensivo y su trato despectivo”.

Es importante precisar que patologizar o estigmatizar nuestras identidades y sexualidades es distinto a que en virtud de ellas tengamos unas necesidades médicas específicas. Una cosa es el acompañamiento médico que necesita una persona si quiere comenzar un tránsito con hormonas o el que requiere una mujer cis que tiene prácticas sexuales con otras mujeres cis y que, por tanto, tiene necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva. Otra cosa muy distinta es que, por tener una identidad o sexualidad contrahegemónica, el cuerpo médico asuma que esa es la causa de los problemas de salud de una persona.

34 CIDH, *Informe sobre personas trans y de género diverso*, 142, párrafo 324.

## Elección de profesionales

Como alternativa ante la inminente posibilidad de ser discriminadas o estigmatizadas, las personas buscan escoger de manera informada a le profesional que las va a atender en el sistema de salud. En respuesta a la pregunta sobre cómo eligen una profesional en salud, las personas encuestadas manifestaron lo siguiente (Tabla 3): la mayoría de ellas busca en las listas de la EPS (17); otras, además de buscar en las listas, piden consejos a conocidos (6) y algunas buscan en las listas, piden consejos a conocidos y también buscan por redes sociales (4). Una de las personas respondió que busca que la profesional sea mujer o que sea una persona trans. Ocho de las personas encuestadas respondieron que la EPS les asignaba le profesional, es decir, que no tienen la posibilidad de elegir de manera informada quién les va a atender. Llama la atención el hecho de que una participante respondió en esta pregunta que es a través de una persona conocida en la Secretaría de Salud que puede acceder al servicio.

**Tabla 3. Proceso de elección de los profesionales en salud**

¿Cómo hace para escoger una profesional en salud cuando tiene que ir al médico?	#
Busco en listas de la EPS	17
La EPS lo asigna	8
Busco en listas de la EPS, pido consejos a conocidos	6
Busco en listas de la EPS, pido consejos a conocidos, busco en redes sociales	4
Pido consejos a conocidos	4
Solicitud de cita a EPS	1
Busco en listas de la EPS, busco en redes sociales	1
Catálogo de la póliza*	1
Busco en redes sociales, pregunto en la IPS (Instituto prestador de salud)	1
Generalmente busco la cita más cercana*	1
Atención por ser extranjera*	1
Trabajadora en la secretaría de salud*	1
Busco que sea mujer o una persona trans*	1
La EPS me da a escoger le profesional*	1
Busco en redes sociales	1
No responde	1

\*Estas respuestas responden a la categoría *otra* que estaba disponible en la encuesta

Es un problema que las personas no tengan posibilidad de elegir de manera informada le profesional que les va a atender si el sistema de salud no puede garantizar que cualquier profesional en salud va a proveer un trato adecuado. Esto también constituye una negación al derecho a la salud, pues si no todos los profesionales van a brindar una atención adecuada, lo mínimo es que las personas tengamos la posibilidad de informarnos sobre quién nos va a atender y elegir. Por supuesto que lo ideal sería que todos los profesionales tuvieran disposición y conocimiento para atender a cualquier persona, pero como no es el caso en la práctica, debería haber alternativas para las personas que se ven afectadas.

**Tabla 4. Criterios para elegir profesionales en salud**

¿Qué criterios tiene para elegir un profesional en salud?	#
Género de le profesional	19
Rapidez con la que se da la cita	17
Experiencia con temas de género y sexualidad	17
Experiencia médica	14
Ubicación geográfica	13
Precio de la consulta	7
El asignado por la EPS	3
Recomendación de conocidos	1

Con relación a los criterios de las personas para elegir le profesional que les va a atender (Tabla 4), podemos observar que las personas le dan mayor importancia a: el género de le profesional (19), que la cita sea pronto (17), que le profesional tenga experiencia con temas de sexualidad y género (17), la experiencia médica (14) y la ubicación geográfica (13).

### **Elección de profesionales mujeres**

Es diciente que 19 personas de las encuestadas elijan le profesional en salud que les va a atender dependiendo de su género. Tres personas que participaron en el grupo focal afirmaron que no agendaban citas médicas con hombres cisgénero, en especial citas donde ellos tuvieran acceso a sus cuerpos, como las citas de ginecología. 6 de las 50 personas encuestadas manifiestan que temen asistir a citas de ginecología en general (ver Tabla 5).

Este detalle no es menor si se toma en cuenta que en el grupo focal buena parte de la conversación se centró en algunas dinámicas y experiencias en ginecología. Por ello vamos a dedicar algunos párrafos para hablar de este problema. Manteniendo la línea de este informe, vamos a referirnos solo a un caso de violencia ginecológica, a saber, el reciente caso de violencia sexual por el que fue imputado el ginecólogo Ernesto Ruíz Ortíz de la EPS Sanitas.<sup>35</sup> Este caso fue abordado por Goldy Levy en CeroSetenta (070) en una nota sobre violencia obstétrica en Colombia.<sup>36</sup>

Como señala Levy, la violencia obstétrica en Colombia se recrudece cuando le paciente se

35 Cindy Castiblanco, "Imputado ginecólogo acusado de violencia sexual a joven en cita médica". Alcaldía de Bogotá, septiembre 14 de 2020. Recuperado de <https://bit.ly/3FCUOL1>

36 Goldy Levy, "Tenemos que hablar de violencia ginecobstrétrica", *CeroSetenta*. Junio 17 de 2019. Recuperado de <https://bit.ly/3iRv18I>



aleja de las identidades hegemónicas. La periodista narra el caso de violencia obstétrica contra un hombre trans en Cali, quien tuvo un embarazo no deseado producto de una violación. El médico ginecólogo que lo atendía lo llamaba en la sala a gritos por un nombre que no era el suyo, revictimizándolo.

Además de haber vivido un episodio de violencia sexual, esta persona se vio obligada a tratar con un profesional que estaba en una clara posición de poder ante él, ante su cuerpo. Un profesional que, además, fue negligente ante la identidad de género del paciente y se negó a llamarlo por su nombre, lo cual podría haber hecho de la experiencia médica algo menos violento de lo que ya implicaba la naturaleza del caso.

De acuerdo con 070, el médico decía que “estaba ahí para atender a la persona en su salud física, *y su cuerpo es femenino y punto*”. Estas palabras y esta actitud van en contra de una experiencia de salud saludable que procure bienestar y que comprenda el cuidado. ¿Qué bienestar puede brindarle un profesional a una persona cuando niega su identidad, cuando deliberadamente se niega a brindar una atención adecuada y que comprenda a la persona en su totalidad? En suma, el médico violó el derecho fundamental a la salud, a la libre expresión de la personalidad e incurrió en delitos de discriminación.

El médico, al negarse a reconocer a este hombre como hombre, está separando la salud ‘del cuerpo’, que supuestamente está para atender, de la persona como unidad que en realidad está acudiendo a la consulta. Esto impide que se provea salud de una manera adecuada. Los procesos de tránsito no suelen ser fáciles para las personas trans, pues suelen generar tensiones y dificultades con sus redes de apoyo, en el acceso a derechos básicos como el trabajo<sup>37</sup> y la educación,<sup>38</sup> entre otras esferas de la vida social y personal. Ahora, ser discriminada y escindida es una violencia extra que ninguna persona debería experimentar y mucho menos por parte de una persona cuya misión como profesional es hacer todo lo que está en sus manos para que le paciente esté bien.

37 Según el *Informe sobre personas trans y de género diverso de la CIDH* (2019) y el *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos* de REDESCA (2019), la discriminación por razones de género y sexualidad genera “interminables ciclos de pobreza” (párrafo 248, CIDH). Para aproximaciones a nivel nacional ver: la Escuela Nacional Sindical y Corporación Caribe Afirmativo, *Raros... y oficios. Diversidad sexual y mundo laboral: discriminación y exclusión* (ENS & Corporación Caribe Afirmativo: Medellín, 2013). Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ens/20140506064520/Raros\\_y\\_oficios.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ens/20140506064520/Raros_y_oficios.pdf) y Grupo de Acción y Apoyo a Personas Trans (GAAT), *5 DERECHOS EN CLAVE TRANS, Análisis sobre la situación de los derechos a la movilidad, la educación, el trabajo, la salud y la vivienda de las personas Trans en Colombia* (GAAT: Bogotá, 2021). Disponible en: <https://fundaciongaat.org/informes/>

38 Ver: GAAT, *5 DERECHOS EN CLAVE TRANS*, parte 2.

## Tiempo y experiencia

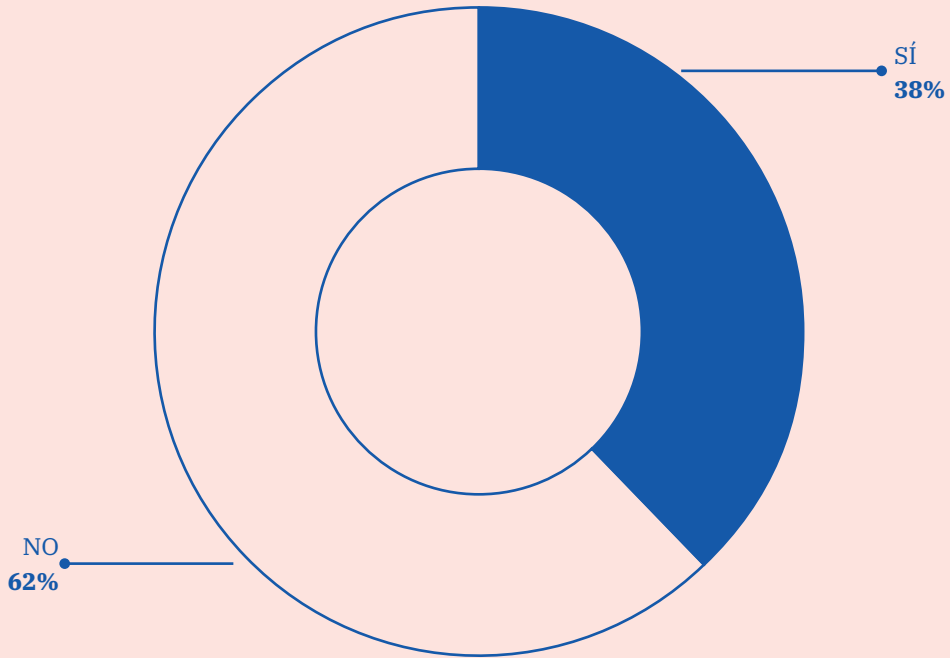
Los siguientes criterios que más se repiten en la elección de profesionales son la prontitud de la cita (17), la experiencia con temas de género y sexualidad (17), la experiencia médica (14) y la ubicación geográfica (13) (ver Tabla 4). Los criterios sobre los tiempos y lugares de las citas y la experiencia médica no son propios únicamente de la población con géneros y sexualidades no normativos. Es lógico que las personas quieran recibir un buen servicio de manera oportuna y sin tener que desplazarse demasiado; todo esto se relaciona con el acceso efectivo a la salud. Sin embargo, es sorprendente que para quienes contestaron la encuesta parece ser más relevante la experiencia en género y sexualidad y el género de quien va a atenderles. El alto volumen de personas que respondió que un criterio para elegir un profesional en salud es la experiencia en términos de género y sexualidad se relaciona con la experiencia de tener que pasar por varios profesionales antes de encontrar alguien que pueda atender la necesidad que motiva la consulta y hacerlo con respeto de la identidad de la persona que consulta. Además, esto también evidencia la existencia de necesidades diferenciales de las personas TLGB en materia de salud con respecto, por un lado, a conocimientos específicos y, por otro, al temor de encontrar profesionales en salud que tengan dinámicas discriminatorias.

Esto remite de nuevo a las razones por las que las personas no sienten que sea fácil encontrar espacios seguros de prestación de servicios de salud, entre las cuales prima la sensación de que el espacio de la salud es primordialmente regido por normas de la cisheterosexualidad y que el personal de atención en salud no está formado correctamente para atender a las personas con géneros y sexuali-

dades no normativas sin incurrir en discriminación o violencia. Como ejemplo de esto, una persona expresó que “los médicos parten del hecho de que todas las personas son heterosexuales. Tener que salir del clóset y a veces justificarse con una profesional de la salud es incómodo, violento y me hace sentir vulnerable. Me da miedo recibir un trato con odio debido a esto”. Otra dijo que “no todos los profesionales de la salud tienen el entrenamiento, y no hay manera de saber si son LGBT+ amigables” y otra que quienes atienden “en la mayoría de los casos, son personas cisgénero o heterosexuales que no han vivido ni conocen sobre sexualidades alternativas o sobre diversidad sexual, entonces los protocolos de asesoramiento suelen ser lugares que propician la discriminación e ignorancia”.

Así, para esta población el conocimiento en temas de género y sexualidad de quien les va a atender busca remendar la sensación de inseguridad que prima en los espacios de salud. Sin embargo, las personas no siempre tienen la posibilidad de averiguar si quien les atiende tiene este tipo de conocimientos, pues las EPS no brindan suficiente información a quien elige a le profesional que le atenderá, por lo que la opción termina siendo buscar por el género de le profesional con la esperanza de que esta sea alguna garantía de buen trato.

**Gráfica 17. ¿Ha evitado alguna área médica especializada por miedo a tener una experiencia incómoda o violenta?**



### **Violencias no físicas dentro del consultorio contra personas disidentes y su relación con las especialidades**

En los consultorios hay violencia verbal y psicológica contra personas que viven su sexualidad fuera de la heteronorma. Como se evidencia en la Gráfica 17, 38% personas de las encuestadas manifestaron haber evitado un área especializada por temor a ser violentadas o tener una experiencia incómoda. Llama la atención el hecho de que son las mujeres disidentes de la heterocisnorma y las personas no binarias quienes más sienten este temor. Dentro de las razones para evitar esas áreas están los prejuicios sobre la sexualidad u oficio de le paciente y preguntas malintencionadas sobre sus prácticas sexuales (ver Tabla 5). En respuesta a la pregunta *¿Alguna vez ha evitado atender algún problema de salud por miedo a tener una experiencia médica violenta?* un participante de la encuesta manifestó que evitaba atender un malestar porque temía que estuviera relacionado con su tránsito y les médicos no supieran a qué especialista direccionarle, en cuyo caso tendría que pasar por muchos profesionales y explicar su tránsito en múltiples ocasiones, situación que le resultaba muy incómoda. El deseo de evitar este tipo de experiencias también ilustra la necesidad de encontrar profesionales con experiencia en género y sexualidades disidentes.

En relación con las áreas médicas que atienden la salud mental, las personas

encuestadas narraron que en sus experiencias suele haber prejuicios sobre su identidad de género o señalamientos de que vivir la sexualidad fuera de la heteronorma es la causa de sus problemas de salud. Estas experiencias, relacionadas en algunos casos con la patologización, hacen que las personas eviten asistir a citas de psicología y psiquiatría. En la Tabla 5 recopilamos, entre otras, una experiencia en la cual una persona tuvo que acudir a un médico particular para hacerse el procedimiento que necesitaba porque en su EPS fue juzgada y no se le dispensaron los medicamentos. Si esta persona no hubiera tenido el capital económico para buscar un servicio privado, habría tenido que desistir o buscar asesoría legal para acceder a la salud.

La Tabla 5 recopila las respuestas a tres preguntas de la encuesta: experiencias relacionadas con evitar atender problemas de salud, evitar especialidades médicas y experiencias violentas o incómodas en el sistema de salud. Lo que buscamos con esta tabla es mostrar en qué especialidades médicas se concentran las experiencias incómodas o violentas y, en esa medida, son evitadas por las personas.

Como se muestra en la Tabla 5, 6 personas evitan el área de ginecología, evitan atender problemas de salud relacionados con esa área o han tenido experiencias violentas en citas de esta. Las experiencias que se repiten son de incomodidad o de temor a prejuicios y a que sus cuerpos sean lastimados. Este temor está

**Tabla 5. Especialidades que las personas han evitado y razones por las que lo han hecho**

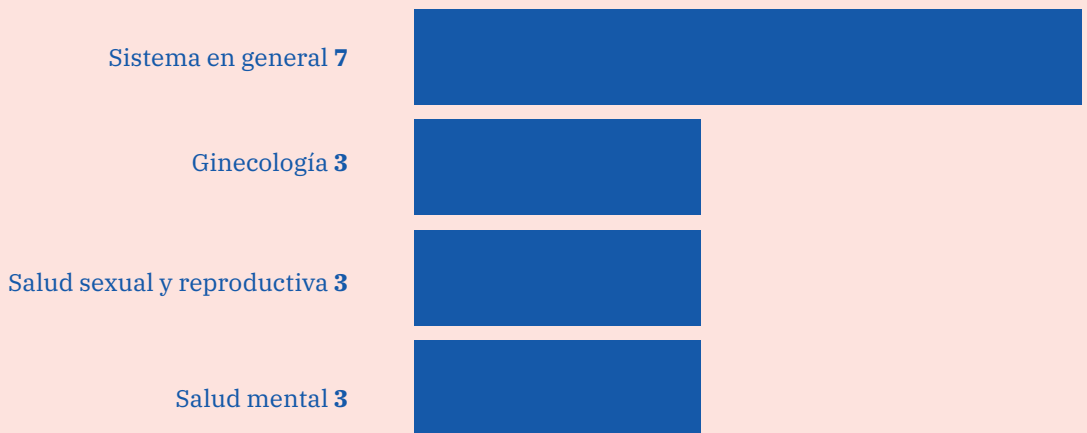
Especialidad	#	Razón para evitarla - experiencia	#
Ginecología	6	Incomodidad	1
		Temor de preguntar por información relevante por miedo a recibir juicios y conductas violentas	3
		“Me dan nervios los ginecólogos/temo que me lastimen”	2
Salud sexual y reproductiva	5	Hay juicios y negligencia por parte de los profesionales, carecen de formación en atención a usuaries	2
		Temor de preguntar y comunicar información relevante por miedo a recibir juicios y conductas violentas	2
		Experiencias con actores del sistema de salud que tuvieron conductas violentas o negligentes	1
Psicología y psiquiatría	3	Prejuicios y tratos abusivos por parte de los profesionales	2
		Temor de preguntar y comunicar información relevante por miedo a recibir juicios y conductas violentas	1
Endocrinología	1	Experiencias de negación de la identidad	1

relacionado con las experiencias de violencia ginecoblástica que ya hemos mencionado y requiere de una atención especial por parte de las entidades e instituciones de salud, pues si el imaginario colectivo en torno a la ginecología es de temor y rechazo y por ende las personas no atienden los problemas de salud relacionados con esa área, las enfermedades podrían agudizarse y, a la larga, la salud de las personas se verá afectada.

Respecto a las áreas médicas que están relacionadas con la salud sexual y reproductiva diferentes a la ginecología, 5 participantes manifestaron haber tenido experiencias violentas o evitar dichas áreas. Las razones que se repiten son experiencias de prejuicios o temor de hacer preguntas relevantes en materia de salud por miedo a ser víctimas de violencias. Un participante manifestó que una persona del personal administrativo no quiso poner su nombre identitario en los exámenes que se le habían practicado, aun cuando él ya había hecho el cambio oficial en la EPS. Por otro lado, tres personas manifestaron evitar atender las áreas de psiquiatría y psicología o haber tenido experiencias violentas mientras las atendían. Dos de estas personas afirmaron haber recibido tratos y preguntas abusivas por parte de los profesionales y una comentó que temía hacer preguntas o comunicar información por miedo a juicios y conductas violentas.

La Gráfica 18 recoge únicamente las respuestas a la pregunta sobre áreas médicas especializadas que son evitadas según la encuesta (por eso discrepa de la información brindada en la Tabla 5).

**Gráfica 18. Áreas médicas evitadas según la encuesta<sup>39</sup>**



<sup>39</sup> Construimos esta gráfica con las respuestas a las preguntas *¿Ha evitado alguna área médica especializada por miedo a tener una experiencia incómoda o violenta?* y *¿alguna vez ha evitado atender algún problema de salud por miedo a tener una experiencia médica violenta?*

En los grupos focales y las entrevistas pudimos ahondar un poco más sobre las áreas que se evitan y las razones para ello. La categoría que más se repite es “Sistema en general”, que agrupa las experiencias que las personas encuestadas no definieron dentro de un área médica específica, sino que refieren a la experiencia general del sistema de salud con palabras como “rechazo de los profesionales”. También se agrupa allí la experiencia de una de las personas encuestadas que señaló específicamente la actitud de los agentes de seguridad de las clínicas y hospitales como un motivo por el cual evitaba asistir a citas médicas. Testimonios de este tipo, como hemos dicho en líneas anteriores, se repiten entre mujeres trans y personas que ejercen trabajo sexual.

También resaltan la salud sexual y reproductiva, salud mental y ginecología. Cuatro participantes del grupo focal y de la encuesta manifestaron sentirse incómodos cuando hablaron con profesionales de salud sobre si planifican o no, pues encontraron a menudo actitudes de incomodidad o apatía ante el hecho de que los pacientes tuvieran prácticas sexuales fuera de la heteronorma. Otro encuestado manifestó que había temido revelar que tenía una ITS en la consulta porque tenía miedo de contar que la había contraído con otra persona de su mismo género. Otra persona manifestó que “en psiquiatría he tenido miedo de hablar sobre mi expresión de género al igual que con ginecología, siento o he sentido inseguridad de comunicar inquietudes sobre protección sexual de mujeres que tienen sexo con otras mujeres y/o con personas trans”. Esto impide la comunicación asertiva entre paciente y profesional

de la salud, negando, a su vez, la posibilidad de intercambios de información exitosos y beneficiosos para ambas partes.

Las barreras comunicativas descritas anteriormente impiden que los pacientes hagan preguntas que pueden ser preventivas y beneficiosas para ellos. El correcto intercambio de información permite que el profesional médico atienda correctamente las necesidades en salud de la persona que consulta. Como hemos podido ver, las personas disidentes de la heterocisnorma tenemos necesidades diferenciales en salud y es deber del sistema de salud informarse adecuadamente sobre las mismas para garantizar nuestro derecho a la salud. La siguiente experiencia fue narrada por un hombre trans y tuvo lugar en una visita a urgencias:

el médico me preguntó “¿qué te estás inyectando?”, o sea, me preguntó, y yo le dije “no es que me puse una inyección en la pierna y bla” y le dije “no, me estoy inyectando testosterona” y él me preguntó “¿por qué?” y yo le dije “no, porque soy un hombre transgénero” y el man quedó en blanco. O sea, el man no tenía ni idea qué decir. Imagínate, si esa es una urgencia, porque este tipo de cosas le pueden pasar a cualquiera básicamente.<sup>40</sup>

Otros participantes manifestaron experiencias similares en las cuales los médicos no tenían la información necesaria para atender sus necesidades ni direccionarles adecuadamente en el sistema de salud.<sup>41</sup> Así, parece

40 Experiencia en Urgencias de un hombre trans que participó en el grupo focal, 2020.

41 En el documento 5 *DERECHOS EN CLAVE TRANS* el GAAT también recoge testimonios sobre la desinformación de los profesionales en salud sobre tránsitos hormonados, sus efectos secundarios y el procedimiento que debe hacer una persona que manifiesta querer comenzar un tránsito y cómo eso constituye una barrera en el acceso al derecho a la salud (p. 87).

que la ausencia de personal con formación y conocimiento en lo relacionado con los tránsitos medicalizados es un determinante en las experiencias de las personas trans.

## CONCLUSIONES Y HALLAZGOS PRINCIPALES

1. Las especialidades en donde más se manifestaron problemas e inconformidad son:
  - Salud mental
  - Endocrinología
  - Ginecología
  - Salud sexual y reproductiva
2. Las experiencias negativas en general son:
  - Negación del nombre identitario
  - Preguntas inadecuadas y mal intencionadas por parte de los profesionales
  - Las mujeres lesbianas no sienten que sus inquietudes en lo referente a la sexualidad sean respondidas adecuadamente.
  - Los hombres gay tienen miedo de preguntar en el consultorio cosas relacionadas con su sexualidad.
  - Hay una práctica generalizada de atribuir los problemas y carencias de salud a la forma de vivir el género y la sexualidad de las personas contrahegemónicas, esto es, se patologizan dichas experiencias.<sup>42</sup>
  - 38% de las personas encuestadas manifestaron haber evitado un área especializada por temor a ser violentadas.
  - La violencia ginecobstétrica en Colombia afecta de manera diferenciada a las personas disidentes de la heterocisnorma con presunta capacidad de gestar. Esta violencia puede ser verbal, física o sexual. Hay que indagar más respecto a este fenómeno para atender el problema.
3. La imposibilidad de elegir de manera informada a un profesional médico es un obstáculo para el acceso igualitario a la salud, en la medida en que el médico asignado por la EPS puede no estar en disposición o no tener la experiencia y conocimientos para atender las necesidades de una persona disidente de la heterocisnorma.
4. Se siguen patologizando las identidades y sexualidades no hegemónicas. Esto hace que los espacios de salud sean ambientes incómodos que se buscan evitar. En algunas ocasiones, esto conduce a negligencia al no atender a tiempo dolencias o malestares por evitar ponerse de nuevo en lugares que se perciben como inseguros, ya sea por experiencias anteriores o referidas por amigos o conocidos.
5. A lo largo del informe constatamos cómo la discriminación en contra de las personas

<sup>42</sup> Distinto a esto es el hecho de que algunas de nuestras experiencias requieran de enfoques y aproximaciones diferentes a las hegemónicas en ciertas áreas médicas. Por ejemplo, los necesarios en la endocrinología cuando se trata de tránsitos hormonados; en las áreas de salud sexual y reproductiva cuando se trata de personas con vagina que tienen sexo con otras personas con vagina.



trans genera un ciclo de carencias en su acceso a la salud. En unos casos se niega completamente el servicio desde el primer momento; en otros, la atención discriminativa causa la automedicación de la población. Esto último puede precarizar aún más su salud, al hacer que la persona pueda tener nuevas necesidades cuya atención podría complejizarse con más barreras de la misma índole.

6. Las áreas de la salud que más evitan las personas disidentes de la heterocisnorma son las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la ginecología, la endocrinología, la psicología y la psiquiatría.
7. Los criterios de tiempo y lugar son importantes para que una persona elija una cita médica, pero se tienen también muy en cuenta el género de le profesional de la salud y la experiencia que tiene en materia de género y sexualidad. Las personas necesitan profesionales con experiencia en sus necesidades diferenciales.

## C. EXPERIENCIAS POSITIVAS Y CÓMO CONSTRUIRLAS

Hasta el momento hemos hablado de experiencias que se convierten en barreras para el acceso a la salud desde distintas aristas del problema. En este apartado vamos a hablar de lo que para las personas que participaron en nuestros instrumentos de investigación constituye una buena experiencia en el acceso a la salud; intentaremos responder a la pregunta ¿qué esperamos las personas disidentes de la heterocisnorma en el acceso a la salud y cómo puede el sistema cumplir con esta expectativa?

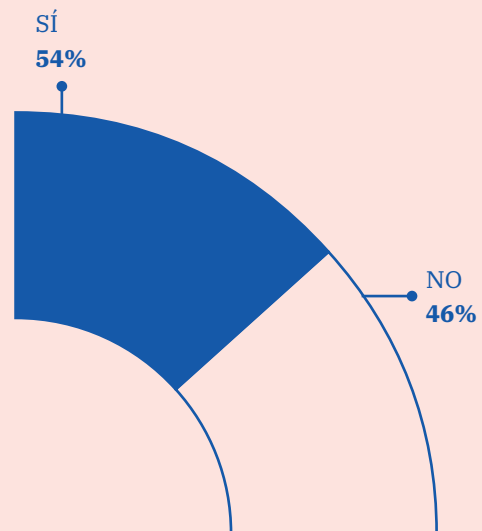
Para este último punto entrevistamos a dos profesionales en salud, quienes tienen formaciones diferenciales en lo relacionado con géneros y sexualidades disidentes y también tienen experiencias de vida que se enmarcan en esas categorías. Por un lado, hablamos con Miguel Rueda, psicólogo, magíster y doctor en psicología, especializado en sexualidad y psicoterapia con diversidad sexual y director de Pink Consultores.<sup>43</sup> Juan Pablo Téllez es un hombre con experiencia de vida trans, bacteriólogo, con conocimientos en atención a pacientes con enfoque diferencial TLGB. También resaltamos algunos esfuerzos para propiciar experiencias positivas de acceso a la salud para la población con sexualidades y géneros no normativos que encontramos en la investigación para este informe.

### Buenas experiencias en salud

Frente a la pregunta *¿Ha tenido alguna experiencia médica muy buena que quisiera resaltar?* (Gráfi-

ca 19) el 54% de las personas contestó que sí. El hecho de que solo la mitad de quienes contestaron la encuesta consideren que alguna vez han tenido una experiencia médica muy positiva es preocupante. En la Tabla 6 se sistematizan las experiencias que este 54% considera positivas. Se mencionaron vivencias con profesionales que las hicieron sentir seguras, que les generaron confianza, en las que se usaron adecuadamente sus pronombres y se les atendió con agrado. Pareciera que las características que conforman una buena experiencia no son extraordinarias; para las personas que participamos en esta investigación parece que un trato digno básico es lo principal para tener un acceso a la salud sin barreras. Nos preguntamos entonces qué es necesario para poder construir espacios seguros en el acceso a la salud.

**Gráfica 19. ¿Ha tenido una experiencia médica muy buena que quisiera resaltar?**



43 Pink Consultores es una firma consultora de inclusión y diversidad, específicamente diversidad sexual, de género y de relaciones, que brinda acompañamientos educativos a organizaciones y también acompañamiento psicosocial a personas que lo requieren con un enfoque diferencial de géneros y sexualidad.

**Tabla 6. Experiencias médicas muy positivas**

<b>Características que hacen positivas las experiencias</b>	<b>Tipo de afiliación a salud</b>	<b>#</b>
Profesionalismo, cuidado, buen trato, conocimiento	Privada	2
Profesionalismo, cuidado y buen trato	Pública	1
Profesionalismo, cuidado y buen trato	Privada	1
Profesionalismo, cuidado y buen trato	Indeterminada	1
Buena labor	Pública	1
Profesionalismo y buen trato	Pública	3
Respeto, cuidado, integridad	Privada	1
Profesionalismo	Indeterminada	1
Conocimiento	Indeterminada	1
Buen trato	Indeterminada	2
Buen trato	Pública	3
“Me salvaron la vida”	Indeterminada	1
Muy buena atención	Indeterminada	1
Hospital San José Urgencias	Pública	1
“Rosita mi doctora”	Indeterminada	1
Buena atención	Pública	1

Las personas que afirmaron haber tenido una experiencia muy buena en salud pública narraron como motivos para esto que les profesionales les generaron confianza, que fueron respetuosos, que fueron amables. Las personas que narraron experiencias muy buenas en salud privada lo relacionaron con la formación de los profesionales médicos en relación con sus necesidades específicas como personas disidentes de la heterocisnorma (Tabla 6). Llama la atención que, de las 20 personas que contaron una experiencia muy buena en salud, cuatro de ellas hicieron referencia a servicios de salud privada especializada en atención a personas TLGB. Solo una persona que habló de una experiencia muy buena en salud pública lo hizo en términos de la formación de quien la atendió para acompañar su tránsito desde el área de ginecología.

### **Formación en materia de géneros y sexualidades no normativas y acceso a salud en Colombia**

En las entrevistas que tuvimos con Miguel Rueda y Juan Pablo Téllez pudimos ahondar un poco sobre las necesidades en la formación de los funcionarios de centros médicos y en la educación que reciben los profesionales del área de la salud en temas de género y sexualidad no normativos. Ambos profesionales en salud dieron cuenta de sus experiencias en los departamentos y facultades de medicina y ciencias de la salud en Colombia y Miguel habló de su experiencia como formador en género y sexualidad de personas que trabajan en la prestación de servicios de salud.

### **Formaciones en IPS**

Miguel Rueda nos comentó cómo desde Pink Consultores hacen formaciones a centros de salud:

Nosotros lo que hacemos es que acompañamos un poco para entender cuáles son las necesidades de las personas y de las organizaciones para, de esa forma, poderles plantear ‘mire, lo que nosotros creemos desde Pink Consultores, en nuestra experticia, si queremos llamarlo así, es que ustedes necesitan más una creación de un protocolo o necesitan formar desde el vigilante hasta el presidente de su clínica. O las dos. O necesitan poner banderas LGBT por todo el establecimiento’. Entonces, no tenemos un solo protocolo para todo el mundo porque, como les digo, iría completamente en contra de los principios básicos que nosotros planteamos en términos de respetar la diversidad [...] Pero esto, además, no es de afán, no es automático para cambiar todos estos prejuicios y para cambiar todos estos sesgos conscientes porque la gente habla de los “*unconscious biases*” [*sesgos inconscientes*]. ¿Qué cuál *unconscious*? Eso es más consciente del prejuicio que tiene enfrente.<sup>44</sup>

El profesional vuelve sobre un aspecto que ya hemos mencionado en el apartado anterior de este informe y es la existencia de sesgos,<sup>45</sup> que

44 Entrevista semiestructurada a Miguel Rueda, 2020.

45 Un sesgo es una predisposición a relacionarse con una persona o grupo de personas de una manera porque existe un estereotipo de algún tipo mediando la interacción. Un sesgo puede ser positivo para una persona o grupo de personas o puede ser negativo. Hay un sesgo cuando un profesor de matemáticas alienta a sus alumnos y no a sus alumnas a inscribirse en las olimpiadas porque tiene la creencia (por un estereotipo) de que los hombres se desempeñan mejor en matemáticas en comparación con las mujeres. En este

en últimas pueden reducirse a estereotipos relacionados con una identidad. Hay que hacer un esfuerzo por revisar esos estereotipos que siguen afectando a las personas que divergen de las normas de género y sexualidad hegemónicas. Este es un trabajo personal, pero que también puede ser abordado y exigido desde el sistema de salud para garantizar el derecho a la salud sin traumatismos para la población en cuestión.

En lo relacionado con formaciones a IPS y entidades, el profesional señaló que hay que tener en cuenta que no todas las entidades, centros de atención en salud y personas del entramado requieren el mismo tipo de formación. Hay que evaluar las necesidades de manera consciente y proceder según las mismas. Miguel Rueda nos comentó que una EPS de Bogotá buscó a Pink Consultores para hacer formaciones a su personal y lograr con eso una atención integral para personas TLGB. Es muy positivo que una EPS identifique sus necesidades de atención y busque recibir esta formación para asegurar un servicio de calidad a todas las personas que atiende. Instamos a que se generen iniciativas desde el Ministerio de Salud y Protección social para reproducir estos ejercicios en todas las EPS e IPS del país.

### **Formación en facultades de ciencias de la salud**

También hablamos con Miguel Rueda sobre las carencias en la formación en materia de género y sexualidades disidentes para profesionales en las facultades de medicina y ciencias de la salud del país. Sobre esto, el Dr. Rueda expresó:

Yo creo que hay un déficit enorme, por ejemplo, en las facultades de medicina, enfermería, psicología, odontología, en la formación desde una mirada diferencial hacia la diversidad sexual de género y de relaciones. Y esto tendría que tener una reforma desde el Ministerio de Educación en la educación superior para que realmente este tema se hable en las clases, en las universidades. ¿Sí? Tendría que existir [...] La única universidad que tiene un tema de diversidad sexual y de género en el, digamos, en el pensum, y es un seminario electivo al final de carrera, es Los Andes con mi clase [...]. Pero de resto, no existe un programa de psicología en el país [...] que tenga una clase de diversidad sexual y de género.<sup>46</sup>

---

caso, el sesgo funciona en favor de los hombres porque les da confianza, etc.; mientras funciona en detrimento de la autopercepción de las mujeres porque las hace sentir incapaces de desenvolverse con éxito en ejercicios matemáticos. De manera similar, en espacios médicos, un sesgo mediado por estereotipos prejuiciosos identitarios genera malas prácticas de salud y traumatismos en las personas que atienden esos espacios y son objeto de esos sesgos.

46 Entrevista semiestructurada a Miguel Rueda, 2020.

En principio, es importante señalar que los esfuerzos en los espacios de formación en salud no han sido suficientes para que en general haya una percepción de buen trato y atención de las necesidades por parte de los profesionales médicos hacia las personas cisheterodisidentes, tal y como hemos mostrado en este informe. En esa medida, debería haber una formación específica y obligatoria para las personas que trabajan en el sistema de salud, construida con la participación de organizaciones de personas cisheterodisidentes que provea a los profesionales en salud con los insumos y herramientas suficientes para tratar con respeto y sin discriminación a las personas, independientemente de su forma de vivir el género y la sexualidad.

### **Información y derecho a la salud**

Qué preguntar y cómo hacerlo es un aspecto importante al momento de brindar información correcta a los pacientes, abordar sus necesidades particulares y construir un espacio de confianza y comodidad. Al respecto, el Dr. Rueda comentó que

[L]os cambios que [el] sector salud tiene que hacer son chiquititos para tener un impacto enorme en la salud y en el acceso al derecho a la salud. Y en cambios chiquiticos: cómo preguntar y qué preguntar. No es otra cosa'[...] Si la gente realmente

viera, el personal médico viera que solamente es cambiar una letra, que solamente es poner... es decirle '¿cómo quieres que te nombre? ¿tú cómo quieres que yo te diga a ti?' 'No, yo quiero que me digas Camila'. 'Perfecto, Camila. No hay ningún problema' ¿Sí? Ahora, si no has hecho el cambio, toca explicarle también, 'si tú no has hecho el cambio legal para todos los documentos legales, pues nos toca ponerte Juan Pablo. Pero desde el celador hasta el gerente de la clínica, tú eres Camila para nosotros'. Así de fácil, ¿sí? <sup>47</sup>

Respecto al mismo tema, Juan Pablo Téllez nos contó su experiencia con un curso que ofrece la Secretaría Distrital de Salud en atención diferencial a personas LGBT. Los profesionales en salud que toman este curso aprenden estrategias que permiten prestar una mejor atención a esta población, como llamar a los pacientes por el apellido en vez del nombre propio<sup>48</sup> y conceptos básicos relacionados con el género y la sexualidad. Juan Pablo Téllez nos comentó sobre el curso que

[...] empiezan como haciendo un preámbulo de todos los temas de género, de bueno, de estas cosas, de definiciones un poquito [...] entonces hacen así como el preámbulo con terminología. Más adelante sí se enfocan un poquito más en ser-

47 Entrevista semiestructurada a Miguel Rueda, 2020.

48 Ante la dificultad que implica no saber si un paciente está registrado en el sistema con su nombre identitario o con un nombre con el que ya no se identifica, se sugiere llamar por los apellidos. Si la persona que acude al consultorio es trans y no ha cambiado su nombre en su cédula, este acto puede evitar situaciones incómodas y permite comenzar la interacción entre doctore y paciente sin tensiones.

vicio, o de características de la población. Digamos qué tipo de violencias están asociadas a alguna población, entonces los hombres gays están asociados a este tipo de violencia; eh, las mujeres trans están asociadas a este tipo de violencia. Entonces son cosas que uno a veces como que toma por obvias, pero que finalmente no lo son tanto, entonces es importante. También mencionan como que, o sea, la importancia de saber qué preguntas hacer para brindar un mejor servicio.<sup>49</sup>

En lo relacionado con la importancia del tipo de información que se intercambia dentro del consultorio, es muy positivo que la Secretaría Distrital de Salud esté ofreciendo este curso, pues a menudo sucede que las personas TLGB que asisten a consultas médicas no reciben la información que necesitan porque no se les hacen las preguntas correctas de la manera más adecuada. La calidad de la información que se recibe está directamente relacionada con la calidad del servicio de salud. Si se asume la cisheterosexualidad de todos los pacientes y, por lo tanto, no se hacen las preguntas adecuadas o se trunca la entrega de la información, no es posible prestar un buen servicio: el paciente no tendrá la información necesaria para cuidar de su salud y el profesional no tendrá información suficiente para hacer un diagnóstico u ofrecer un tratamiento adecuado. En la calidad de la información está una parte importante de un trato cuidadoso y de una atención exitosa, en últimas, del acceso efectivo al derecho a la salud.

Si bien el curso es muy relevante y tiene contenidos que pueden hacer la diferencia en el consultorio, se toma únicamente de manera voluntaria. Hacen falta mayores esfuerzos por hacer que formaciones de este tipo sean obligatorias y que estén formuladas correctamente. No conocemos el proceso mediante el cual fue construido el curso pero, por el testimonio de Juan Pablo, puede reconocerse que se mantienen términos en el lenguaje médico que pueden discrepar de la realidad de las identidades de las personas trans y generar incomodidades,<sup>50</sup> como la diferenciación entre ‘transexual’ y ‘transgénero’<sup>51</sup>. Para evitar este tipo de problemas, es fundamental actualizar las formaciones y en esa actualización deben estar presentes las organizaciones de personas TLGB.

49 Entrevista semiestructurada a Juan Pablo Téllez, 2020.

50 Según testimonios del grupo focal, en ocasiones los profesionales en salud hacen preguntas sobre si la persona ya se hizo la operación de “cambio de sexo”, cuando este aspecto no guarda relación alguna con el motivo de consulta. Para algunos efectos es importante hacer esta pregunta, pero claramente no lo es siempre y para una persona trans puede ser motivo de incomodidad y malestar que se pregunte por sus genitales.

51 Enseñar las categorías de transgénero y transexual debe hacerse siguiendo un marco teórico juicioso y particularmente cuidadoso de cómo se va a usar esa información en el consultorio para no generar traumatismos en el paciente.

Los insumos de esta investigación son suficientes para hacer un llamado de atención al Ministerio de Educación y a las facultades de medicina del país: es necesario que en las aulas se forme a los futuros profesionales en las necesidades de las personas que viven el género y la sexualidad fuera de la norma cishetero. La formación sobre el género y la sexualidad en el ámbito de la salud es fundamental para superar el paradigma del hombre universal. No se trata pues únicamente de incluir a las personas TLGB, como hemos visto en este informe, incluso las mujeres cis heterosexuales se sienten inseguras y no abarcadas dentro de las prácticas médicas usuales. En este sentido, esta formación no puede ser un componente extra, desligado de la totalidad de la educación que reciben las personas que están en el sistema de salud.

Hay que trazar, no obstante, una diferencia aquí: una cosa es una persona profesional en salud con la formación necesaria para brindar una atención de calidad en términos de buen trato y de cuidado y otra es que la persona también tenga conocimientos diferenciales para atender necesidades específicas médicas que tienen las personas con géneros u orientaciones sexuales no normativos. Si bien esto último es fundamental para el acceso a la salud de esta población, a lo que se está llamando en términos de una formación transversal es a lo primero.

### **Tiempo y gastos extra en el acceso al derecho a la salud**

Dicho lo anterior, y de acuerdo con la información que recogimos, la búsqueda de profesionales que suplan necesidades diferenciales de personas TLGB requiere tiempo extra y

una serie de gastos económicos. Al respecto, Miguel Rueda señaló que los espacios con conocimientos especializados para acompañar personas disidentes de la heterocisnorma están en nichos, en instituciones por lo general privadas. Algunos consultorios de terapia psicosocial especializados en atender estos grupos poblacionales tienen tarifas que oscilan entre los 90.000 y los 130.000 pesos por consulta. Las consultas con expertes en endocrinología no bajan de 100.000 pesos.<sup>52</sup> Buscar profesionales en salud calificados para la atención en género y sexualidad implica un gasto de tiempo que no todo el mundo puede permitirse; además, en tanto no hay bases de datos unificadas para ir a la fija, hay que hacer un trabajo de mapeo que puede tardar mientras la necesidad en salud es urgente.

Si la atención que se brinda en salud pública no es adecuada, las personas que estamos fuera de la heterocisnorma quedamos entre la espada y la pared: gastar tiempo y dinero extra en servicios privados de salud o no atender nuestros problemas de salud; atravesar tránsitos medicalizados sin acompañamiento médico o someternos a dinámicas médicas que generan estrés, malestar, rabia y tristeza.

En la conversación que tuvimos con Miguel Rueda, el profesional comentó que “[M]uchas veces la gente prefiere pagar médicos particulares con (...) la fantasía [de] que un médico particular va a tratarla mejor. Eso no es cierto”.<sup>53</sup> Al decir que esto no es cierto, Miguel hace referencia a que no siempre un profesional particular va a tener un buen trato hacia una persona disidente de la heterocisnorma porque es pago. Lo ideal en cualquier caso es que

52 Esta información fue encontrada en los sitios web de varios consultorios de las especialidades mencionadas.

53 Entrevista semiestructurada a Miguel Rueda, 2020.



cualquier régimen de salud, bien sea privado o público, ofrezca profesionales con experiencia y que traten bien a la persona que atiende la consulta.

Además de esto, el doctor Rueda comentó que como parte de la PPLGBT Distrital, en 2006 se hizo un intento por construir una red de profesionales en salud que atendiera personas TLGB. Esta tarea fue imposible porque, como señaló Rueda, “a los médicos y a muchos profesionales, en general a muchos profesionales, les da miedo nombrarse como una persona aliada hacia la diversidad sexual y de género”.<sup>54</sup> Es muy preocupante que este temor impida el acceso a la salud de la población en cuestión y pone de manifiesto que hay un problema estructural más allá del sistema de salud. Hay que cambiar los imaginarios colectivos en torno a las personas con géneros y sexualidades disidentes, los estereotipos prejuiciosos identitarios que permean la educación en nuestra sociedad se encarnan en las violaciones de derechos humanos que a diario vivimos las personas disidentes de la heterocisnorma. Es un problema que excede el sistema de salud pero que tienen que ser atendido por el mismo cuanto antes.

### **Limitaciones económicas para acceder a salud privada**

El hecho de que solo 4 de 100 mujeres trans tengan un contrato laboral formal en Colombia, según la Cámara de comerciantes LGBT de Colombia,<sup>55</sup> sugiere que la situación económica de esta población puede obstaculizar su acceso a servicios de salud privados cuando no pueden atender sus necesidades en los espacios de salud pública. Este dato y las experiencias de discriminación de las personas TLGB trabajadoras sexuales que se describen en *Qué maricada con nuestros derechos*<sup>56</sup> se reflejan en la información de la Gráfica 20, según la cual para las personas que ejercen trabajo sexual resulta muy difícil acceder a pólizas de salud privada y, en general, la mayoría de las personas encuestadas no acceden a este servicio.

Sin tener plena certeza de que la salud privada provee un mejor servicio, la conclusión es que la mayoría de personas TLGB no puede acceder a las alternativas al servicio de salud pública cuando esta es insuficiente, lo cual, en ocasiones, es igual a quedarse sin salud. Este es el caso porque, sino las dejan entrar a las instalaciones,<sup>57</sup> si los profesionales no quieren practicar las consultas adecuadamente porque no las quieren tocar, si sus experiencias con la salud pública se configuran como violentas, entonces, en realidad, **no están accediendo a salud.**

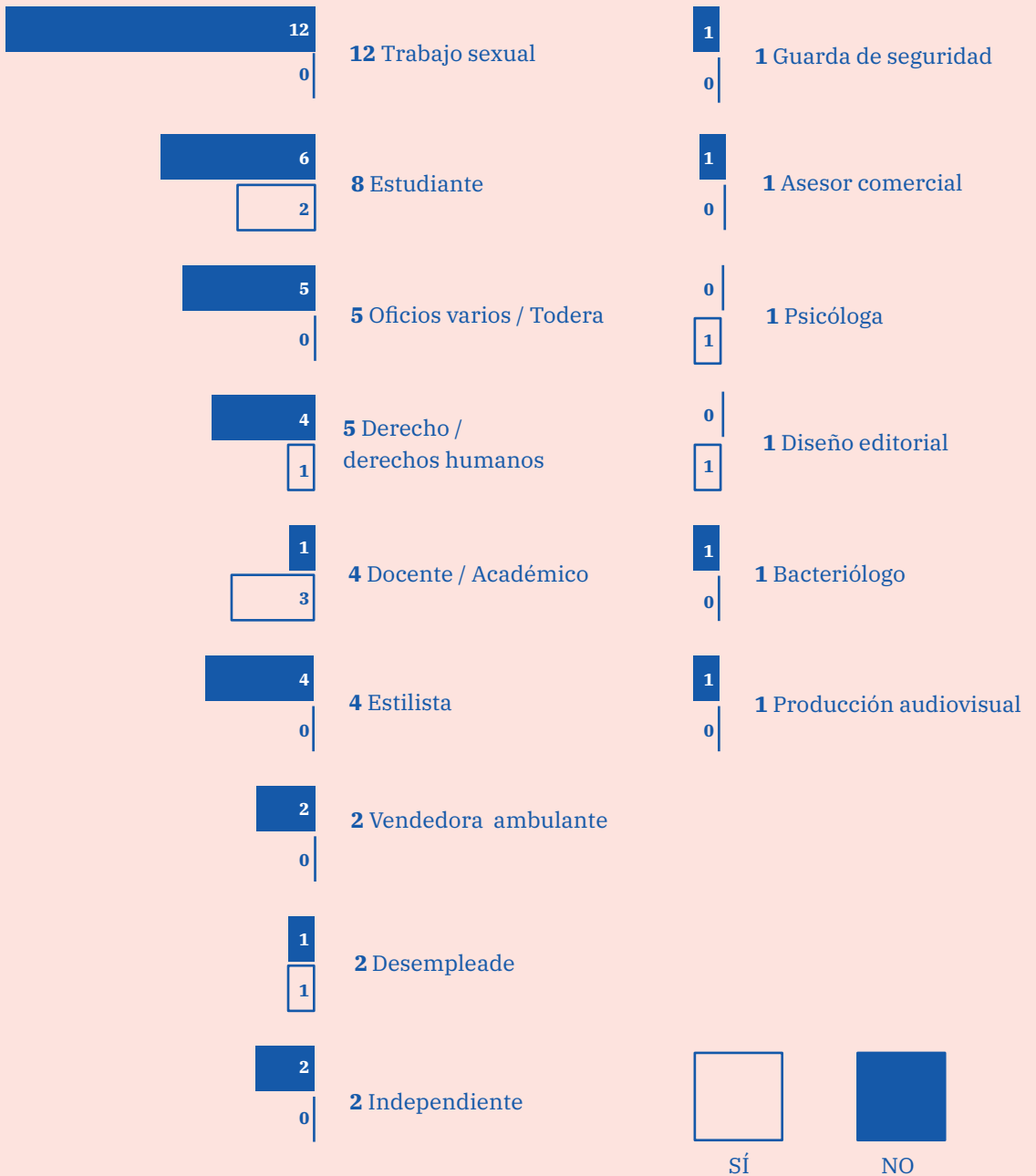
54 Entrevista semiestructurada a Miguel Rueda, 2020.

55 El Empleo, “El panorama laboral para la población LGBT en Colombia”. El Empleo, junio 20 de 2019. Recuperado de: <https://bit.ly/3mHLyx4>

56 Temblores ONG, *Qué maricada con nuestros derechos*.

57 Ver el apartado anterior, Acceso a la salud

**Gráfica 20. Afiliación a póliza de salud privada segregada por ocupación de las personas encuestadas**



## Centralización de conocimientos diferenciales

Si bien buscar profesionales con formación diferencial es una estrategia a la que les pacientes pueden acudir para acceder a un servicio de salud adecuado, hay una serie de dificultades en esta dinámica. Tuvimos la oportunidad de abordar este tema con Juan Pablo Téllez y Miguel Rueda. En algunas instituciones prestadoras de salud, como el Hospital San José y el San Ignacio en Bogotá o la Fundación Valle del Lili en Cali, se han formado equipos de profesionales especializados para acompañar tránsitos médicos de género. Así, se ha generado una reputación alrededor de ellos, de manera que muchas personas trans que desean realizar tránsitos medicalizados buscan o quieren recurrir a estas entidades. También en lo relacionado con la salud mental y la salud sexual y reproductiva se han conformado equipos especializados en atención de personas TLGB, como Pink Consultores, Liberarte, ginecólogas feministas particulares, entre otros.

Sobre el acceso a salud pública, hay que decir que si bien es muy positivo que haya grupos de profesionales en salud que se han interesado por brindar un servicio completo y especializado a la población trans, se ha visto una sobre demanda de estos espacios entre esta población y esto genera también una dificultad en el acceso a ellos. El problema de que solo una IPS tenga un equipo con toda la capacidad para acompañar estos procesos es que la atención se congestiona y que no todas las personas que quieran acceder podrán hacerlo, ni siquiera estando afiliadas a una EPS que tenga convenio con el hospital.



La Clínica de Género para niños y adolescentes en la Fundación Valle del Lili en Cali es la única clínica de género en Colombia. Esta ofrece una serie de servicios con unos enfoques muy cuidadosos de lenguaje, con un marco conceptual no binario y no patologizante de las identidades y expresiones de género no cisnormativas. Además, enfoca sus servicios en niños y adolescentes. Esto le ha traído a la institución una serie de problemas, en tanto el imaginario colectivo de lo que no es cisgénero y no es heterosexual implica algo moralmente incorrecto, y al tratar con menores de edad, la iglesia y algunos sectores de la ciudadanía se han manifestado en contra del funcionamiento de este centro.<sup>58</sup>

58 Ver: *W Radio*, “Polémica por apertura de primera clínica de género para niños y adolescentes en Colombia”. 58 *W Radio*, julio 10 de 2017. Recuperado de: <https://bit.ly/3at0Foh> Durante la breve conversación que sostuvieron Mario Angulo, director de la Clínica, y Edgar Castaño, presidente de la Confederación Evangélica de Colombia con el equipo de la *W Radio*, se hace evidente la postura de Edgar Castaño, al manifestar que la clínica hace propaganda para que las personas transiten en el espectro de género. El presidente de la Confederación Evangélica de Colombia manifiesta que lo correcto sería hacer una terapia para que las personas se identifiquen con su género, implicando que el género es dado y es incorrecto habitarlo y vivirlo fuera de la cisnorma.

## CONCLUSIONES Y HALLAZGOS PRINCIPALES

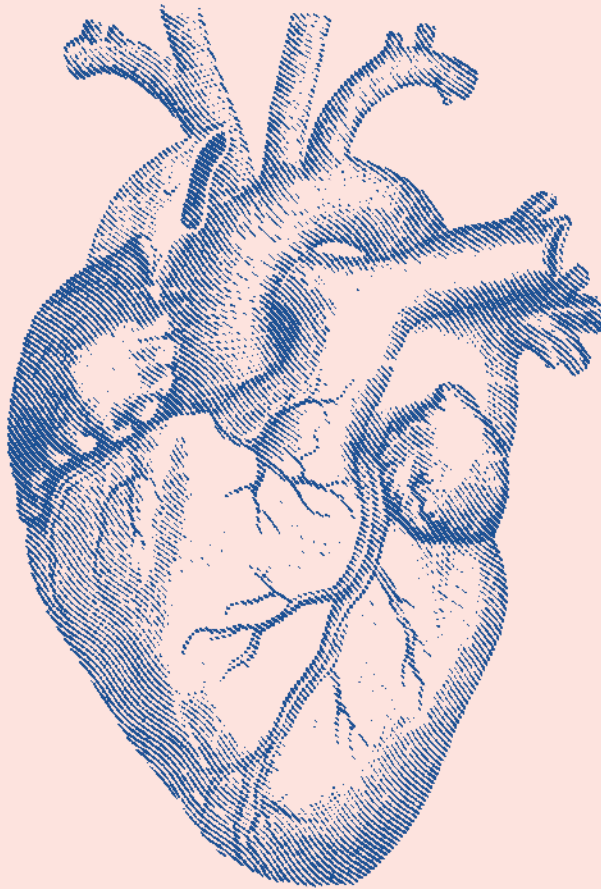
1. Hace falta un profundo trabajo personal de revisión de los estereotipos que perpetúan las personas que trabajan en los diversos espacios del sistema de salud en lo relacionado con personas disidentes de las normas de género y sexualidad, pues de allí provienen muchas prácticas discriminatorias.
2. Debe haber una formación específica y obligatoria para las personas que trabajan en el sistema de salud, construida con la participación de organizaciones de personas cisheterodisidentes, que provea a los profesionales en salud de los insumos y herramientas suficientes para tratar con respeto y sin discriminación a las personas, independientemente de su forma de vivir el género y la sexualidad.
3. Para garantizar el derecho a la salud de la población en cuestión, es fundamental saber qué preguntas hacer y cómo hacerlas para brindar información correcta a los pacientes y abordar las necesidades de la persona que consulta.
4. Es fundamental reconocer la importancia de la información que se pide y cómo se pide. Debe fortalecerse la formación de los profesionales en salud para responder las inquietudes y atender las necesidades de las personas disidentes de heterocisnorma.
5. Si los cuerpos y las prácticas no normativas no están transversalizados en la formación en salud, requiere de muchos esfuerzos por parte de diversos actores del entramado de salud y de entornos corresponsables de la garantía de derechos lograr que haya profesionales con esas formaciones disponibles para toda persona que los requiera.
6. La violencia ginecobstétrica contra mujeres lesbianas y personas transmasculinas y no binarias que atienden la especialidad de ginecología en algún punto de su vida, es un fenómeno que requiere atención y estudio. La ausencia de conceptualización al respecto dentro del sistema de salud evidencia que es un problema invisibilizado.
7. Se está enseñando medicina para atender ciertos tipos de cuerpos y prácticas, las personas que no corresponden ni viven de acuerdo con esas lógicas están quedándose sin acceder al derecho a la salud.
8. Cuando la atención que se brinda en la salud pública no es adecuada, las personas que estamos por fuera de la heterocisnorma debemos elegir entre gastar tiempo y dinero adicional en servicios de salud privados o no atender nuestros problemas de salud; así mismo, la situación actual nos obliga a elegir entre realizar tránsitos medicalizados sin acompañamiento profesional o someternos a dinámicas médicas que nos generan profundo malestar.

9. La mayoría de personas TLGB no pueden acceder a las alternativas al servicio de salud pública cuando este fracasa en garantizar su derecho a la salud, así, sin alternativas, las personas se quedan sin acceso a salud.

#### **Buenas experiencias y qué se espera:**

10. Frente a la pregunta por experiencias de muy buena atención, las personas encuestadas mencionaron vivencias con profesionales que las hicieron sentir seguras, que les generaron confianza, que usaron adecuadamente sus pronombres y que les atendieron con agrado.
11. Las personas que mencionaron una experiencia muy buena en salud pública lo narraron en términos de que les profesionales les generaron confianza, que fueron respetuosos y amables. También se mencionó la formación de los profesionales médicos en relación con sus necesidades específicas como personas disidentes de la heterocisnorma.
12. La práctica de llamar a las personas por los apellidos y no por los nombres, en caso de que una persona no haya hecho cambio de documento, debe implementarse de manera transversal en el sistema de salud.
13. Es necesario que los trabajadores de salud tengan información sobre cómo direccionar personas que buscan tránsitos hormonales. Esto debe ser tenido en cuenta por la Superintendencia de Salud y por el Ministerio para dar claridad a pacientes y profesionales.
14. Que en el núcleo de la formación médica se incluyan los cuerpos de personas no hegemónicas, así como las prácticas sexuales disidentes de la heteronorma; ambas, en términos de género y sexualidad. Para esto es fundamental revisar los planes de estudio que están implementándose en las aulas.
15. Que deje de asumirse en el consultorio que la persona que consulta es heterosexual y cisgénero. Esto se puede trabajar desde las formaciones.

06



Capítulo 2.

## DISPOSICIONES estatales para el acceso igualitario a la salud



**a** lo largo de este informe hemos descrito algunas de las barreras que experimentamos las personas con sexualidades y géneros contrahegemónicos en el acceso a la salud. Ahora nos preguntamos cómo está abordando el Estado este problema de acceso y garantía de salud para estas personas. En este capítulo analizaremos algunas disposiciones<sup>59</sup> que tiene el sistema de salud pública en Colombia para garantizar el acceso igualitario a la salud para las disidencias del género y la sexualidad no normativa.

En primer lugar, presentamos un panorama a nivel nacional en el que exploramos los desarrollos legales que se han dado sobre el tema, así como las políticas nacionales con las que el Estado busca garantizar el derecho fundamental a la salud a esta población. Posteriormente, haremos un énfasis en las políticas dis-

59 Un primer hallazgo de esta investigación es que la información sobre acceso igualitario a la salud es escasa y muchas veces inaccesible para el público general. Como fue mencionado en la sección de metodología, aunque pedimos la información a las instituciones del Estado por medio de derechos de petición, no nos fue entregada y tuvimos que recurrir a la búsqueda en plataformas públicas. En este ejercicio encontramos que los datos públicos son pocos y que, en donde sí hay información sobre planes, medidas o políticas para el acceso a la salud en términos de género y sexualidades disidentes, es común que no se detallen los procedimientos concretos de aplicación ni sus resultados.

triales de Bogotá y el rol que tiene la política pública LGBT en estas.

Analizamos estas disposiciones de salud pública a través de los siguientes criterios:

- i. Su marco teórico y discursivo en torno al género y la sexualidad
- ii. La existencia o carencia de acciones y estrategias que aseguren su ejecución
- iii. El estado de su aplicación o los planes futuros para su desarrollo y sus evaluaciones de impacto
- iv. Las posibles razones para que los vacíos en el acceso a la salud persistan, considerando que hay disposiciones en curso que han buscado subsanar estas dificultades.

## a. DISPOSICIONES NACIONALES

Según la Constitución Política de Colombia, el Estado debe garantizar a todas las personas

el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...] Organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.<sup>60</sup>

Para dar cumplimiento a este deber del Esta-

do, el Congreso creó el Sistema de Seguridad Social Integral mediante la Ley 100 de 1993; sin embargo, el acceso a este servicio todavía presenta barreras. La Defensoría del Pueblo<sup>61</sup> reportó que durante 2018 fueron presentadas 207.734 acciones de tutela por violaciones al derecho a la salud, la cifra por año más alta en la historia del país desde la Constitución de 1991. Entretanto, la Corte Constitucional recibió 207.368 tutelas durante 2019 por transgresiones al derecho a la salud.<sup>62</sup> Es decir, en los últimos dos años la ciudadanía tuvo que acudir a esta herramienta jurídica cerca de 568 veces al día para hacer frente a las barreras que existen en el acceso a la salud.

### **Pronunciamientos sobre salud TLGB desde las altas Cortes**

Para la población TLGB, el acceso al sistema de salud a menudo está atravesado por múltiples acciones de tutela, lo cual pone en evidencia las barreras en el acceso a un servicio de salud completo e incluyente. Ante las fallas en la materialización del derecho a la salud para esta población, la Corte Constitucional ha reiterado los deberes que las EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales de Salud tienen frente a los programas de atención, acceso a servicios y procedimientos para que esta población alcance su máximo bienestar y disfrute plenamente de los servicios de salud. A continuación mostramos los pronunciamientos de la Corte en algunas de estas sentencias que, aunque tienen fallos individuales y no colectivos, han sentado precedentes para la comprensión del derecho a la salud y el acceso igualitario a la misma.

60 Constitución Política de la República de Colombia. Artículo 49. (1991)

61 Defensoría del Pueblo, *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019*. (Colombia, 2020), 65.

62 Ibid



A partir del caso de una mujer trans a quien su EPS le negó la cirugía de reasignación de sexo y otros servicios médicos requeridos para su proceso de transición médica, la Corte Constitucional, por medio de la **Sentencia T 918/12**, reiteró que

las autoridades no le han dado importancia a la protección del derecho a la salud de las personas trans que requieren prestaciones específicas. Esta circunstancia ha llevado a que su salud física y mental pasen desapercibidas por las entidades encargadas de velar por su cuidado, en detrimento del bienestar general de dicha comunidad.<sup>63</sup>

Por ello, la corporación ordenó a la entidad de salud la programación del procedimiento y la valoración de los otros servicios requeridos.

En la **Sentencia 552/13**, la Corte reiteró que el derecho a la salud también implica el derecho a la información. Así, tras estudiar la negación de una cirugía de reasignación de sexo a una mujer trans por no estar comprendida dentro del plan de beneficios del régimen subsidiado, la Corte aclaró que los dos regímenes cuentan con los mismos beneficios y que es deber de las EPS brindar información accesible sobre los servicios que prestan y el acceso a los mismos, así como los beneficios y riesgos concretos y las alternativas de manera oportuna y objetiva. Además, señaló que

en esos términos, debe entenderse que una EPS o EPS-S debe ofrecerle información suficiente a sus usuarios a propósito del Sistema de Salud, sus deberes como entidad responsable y los derechos que asisten a sus afiliados. En cualquier otro caso [...] una EPS incumple sus deberes cuando transmite a sus usuarios “información” incompleta.<sup>64</sup>

Adicionalmente, en otro caso contemplado en la misma sentencia se explicita que no existe una edad determinada para otorgar el consentimiento sobre las intervenciones asociadas a los procesos de tránsito médico.

No puede darse una respuesta tajante a la cuestión de hasta qué edad se debe esperar para que un menor pueda autorizar las intervenciones quirúrgicas y hormonales asociadas a un proceso de definición de identidad sexual. A este respecto, la Corte precisó que “en cada caso concreto, corresponderá a los equipos interdisciplinarios realizar las pruebas pertinentes para evaluar si la

63 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-918 del 2012. Magistrado ponente: Jorge Iván Palacio Palacio.

64 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-552 del 2013. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa.

persona goza de la autonomía suficiente para brindar un consentimiento informado”. Con todo, en esta sentencia la Corte formuló los siguientes criterios a tener en cuenta al decidir este tipo de controversias: (i) “no es necesario esperar obligatoriamente hasta la mayoría de edad, puesto que, como ya se señaló en esta sentencia, no es lo mismo la capacidad legal que la autonomía para autorizar un tratamiento médico, por lo cual, un menor, que es legalmente incapaz, puede ser plenamente competente para tomar una decisión sanitaria”; (ii) en el caso de intervenciones invasivas, como la que estaba en juego en ese caso, el consentimiento del menor debe ser cualificado; (iii) para garantizar esto último, “es deber de estos equipos interdisciplinarios no sólo apoyar psicológicamente a la persona sino también establecer un procedimiento para la adopción de la decisión por la paciente que permita garantizar que la autorización será lo más informada y genuina posible”; (d) se debe atender a los testimonios y los criterios de los propios menores, pues como afirmó entonces la Corte, citando a un especialista sobre la materia, “[e]n últimas, únicamente los niños ellos mismos son quienes pueden y deben identificar quienes y qué son. A nosotros los clínicos y los investigadores nos corresponde escuchar y aprender ”.<sup>65</sup>

Pese a que la CIDH ha señalado las diferentes dimensiones del derecho a la salud, de forma que no se trata tan solo de la ausencia de enfermedades, sino de un complejo de bienestar físico, mental y social, muchos de los requerimientos de la población siguen estando desatendidos,

lo cual ignora la relación entre la salud, el libre desarrollo de la personalidad y la autodeterminación sexual. En consecuencia, en la **Sentencia 771/ 13**, motivada por la negación de un procedimiento médico a una mujer trans por considerarlo estético y no necesario, la Corte señala que la garantía de los servicios a la población trans se vincula estrechamente con otras formas de marginación donde “la feminidad de las mujeres trans es retada por formas estructurales e institucionalizadas de discriminación”,<sup>66</sup> que van desde limitaciones para acceder a lugares separados por género como los baños, hasta la dificultad para los cambios en sus documentos de identidad, entre otras. Por ello, la Corte reitera que “los procedimientos médicos asociados con la transición [...] se erigen como medio indispensable para que pueda garantizarse a este grupo de mujeres bienestar emocional, físico, y sexual”.<sup>67</sup>

Las sentencias más recientes en materia de acceso a salud para personas TLGB fueron emitidas en el año 2020 en los meses de julio y septiembre. Por un lado, frente a una negación de una EPS a prestar un servicio médico que contribuía a la reafirmación de la identidad de una persona trans, la Corte, a través de la **Sentencia T-236 de 2020**, falló cuando la persona tutelante ya había pagado por sus propios medios el procedimiento solicitado a la EPS.

Esta tutela es relevante porque, en primer lugar, indica que hay una transgresión de los derechos identitarios de las personas trans, ya que en varias ocasiones no se reconoce el uso

65 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-552 del 2013. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa.

66 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-771 del 2013. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa.

67 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-771 del 2013. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa.

del nombre identitario del tutelante bajo la justificación que no había efectuado el cambio de nombre legalmente en las instancias anteriores de llegar a la Corte. En segundo lugar, al fallar de esta forma y únicamente advirtiendo a la EPS y al centro de salud involucrado que “en adelante, eviten la imposición de barreras de acceso en relación con los tratamientos y procedimientos médicos que le sean ordenados a [le paciente] como parte del proceso integral de construcción y afirmación de su identidad de género”.<sup>68</sup> Con esta resolución la Corte no evalúa de fondo los hechos, lo cual deja en evidencia una omisión institucional.

Por ello, es importante resaltar el actuar de la magistrada Diana Fajardo Rivera. Por medio de un salvamento parcial de voto, Fajardo Rivera hizo una revisión de fondo señalando los aspectos desconocidos por la Sentencia e incluyó un modelo de decisión en el que propuso ordenar a las entidades tuteladas un diseño e implementación de “un protocolo de atención diferencial para garantizar adecuadamente el acceso y la prestación de los servicios de salud a las personas transgénero”.<sup>69</sup> La Corte, de nuevo, hizo referencia a la importancia de la reafirmación de la identidad de las personas trans y el papel de las entidades de salud en ello. En este sentido, las acciones de las EPS y el sistema de salud en general son de carácter esencial; por ello, tienen la responsabilidad de garantizar a esta población, en la prestación de sus servicios, el derecho a la salud, a reafirmar su identidad y a tener una vida digna y libre de violencias.

En la misma sentencia (T-236) la Corte reiteró que a las personas se las debe llamar por su nombre identitario, sin importar si es el nombre que está consignado en sus documentos oficiales. Este no es el primer llamado que hace la corte en relación con este tema.<sup>70</sup>

Por otro lado, en la **Sentencia T-421/20** la Corte confirma el fallo del juzgado Treinta y Ocho Civil Municipal de Bogotá, donde se ordena a la EPS objeto de la tutela autorizar un procedimiento de feminización facial a una mujer trans. La Corte afirma que no hay un “paquete estandarizado” de tránsito para las personas trans y que un procedimiento que contribuye a la reafirmación de la identidad es vital. Estas son afirmaciones importantes en materia del derecho a la salud para las personas trans y marcan precedentes sobre lo que podemos exigir a la salud pública y lo que ella debe garantizar.

68 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-236 del 2020. Magistrado ponente: Luis Guillermo Guerrero Pérez.

69 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-236 del 2020. Magistrado ponente: Luis Guillermo Guerrero Pérez.

70 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-363 del 2016. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado y Sentencia 447 de 2019. Magistrada sustanciadora: Gloria Stella Ortiz Delgado.

La Corte se ha pronunciado sobre la no discriminación como un elemento central en la garantía del acceso igualitario a la salud. La **Sentencia T 376/19** expone el caso de un hombre gay que vivía con VIH que tuvo que enfrentarse continuamente a actitudes y comentarios ofensivos, burlas, violaciones a la confidencialidad de su historia clínica y tratos displicentes que aludían a su orientación sexual y a su diagnóstico en el hospital y dispensario médico del ejército en Bucaramanga. En la sentencia, la Corte confirmó que “la existencia de un entorno discriminatorio en la institución donde recibe la prestación de los servicios de salud [...] configura una vulneración al derecho fundamental a no ser discriminado”,<sup>71</sup> lo cual tiene un impacto directo en la continuidad y éxito de su tratamiento y su derecho a la salud, pues no se trata de una situación esporádica sino frecuente que compromete su bienestar.

Como resultado, la Corte le ordenó al hospital adoptar un plan de mejoramiento que debe incluir la documentación de las prácticas discriminatorias, protocolos para prevenirlas y tramitar las quejas al respecto, así como mejoras en el manejo y la reserva de la historia clínica. También ordenó adoptar los lineamientos del Ministerio de Salud para la atención a pacientes VIH positivos.

Las anteriores sentencias confirman la necesidad de acciones concretas y efectivas que garanticen los derechos de las disidencias de la heterocisnorma a partir del reconocimiento de que somos sujetos de especial protección constitucional. Estas vulneraciones aumentan la probabilidad de enfrentar tratos excluyentes que están mediados por (i) imaginarios que ven las necesidades relacionadas con la iden-

tidad de género y sexualidad como cosméticas o accesorias, (ii) por la burocratización del sistema de salud y (iii) por la patologización de identidades no hegemónicas que se conciben como síndromes o trastornos.

La medicalización de las sexualidades e identidades de género que no siguen la heterocisnorma ha puesto en el centro de la discusión los diagnósticos, el aseguramiento de procedimientos médicos, el suministro de medicamentos y la valoración de especialistas. Estos aspectos son insuficientes para garantizar el derecho a la salud y el acceso igualitario a la misma, si bien son necesarios en el acceso a la salud de personas cisheterodisidentes. Es importante que los espacios de la salud sean seguros y accesibles, que garanticen el trato digno y que el sistema de salud reconozca y resguarde la multiplicidad de las subjetividades, aspiraciones y cuerpos. Para esto, es fundamental superar la noción de que los tránsitos solo son válidos si son binarios o que una persona tiene que someterse a una serie específica de procedimientos si decide comenzar un tránsito medicalizado.

### **Ministerio de Salud y Protección Social**

A partir de la responsabilidad que le otorga la Constitución, el Ministerio de Salud y Protección Social se encarga de generar y regular las disposiciones necesarias para el cumplimiento del derecho a la salud. Esta gestión institucional debe incluir enfoques diferenciales que permitan garantizar protección especial de los derechos de sujetos vulnerables y la protección de la diversidad social y cultural. El Ministerio cuenta con la Oficina de Promoción Social que se encarga de formular y llevar a

71 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-376 del 2019. Magistrada ponente: Cristina Pardo Schlesinger.

cabo estrategias para el cumplimiento de esta función. Esta oficina ha definido seis enfoques poblacionales para la garantía especial de derechos: víctimas, discapacidad, envejecimiento y vejez, grupos étnicos, población en situación de calle y género.<sup>72</sup>

Según la información disponible en su página web, la Oficina de Promoción Social aborda el enfoque de género a partir de las pautas definidas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Adicionalmente, utiliza definiciones que propone la Escuela de Estudios Feministas y de Género de la Universidad Nacional. Con base en estas tres fuentes, se define género como “los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres”<sup>73</sup> y como:

un estructurador social, es decir un ordenador que agrupa los “arreglos” (acuerdos tácitos o explícitos), que han hecho las sociedades sobre:

- Normas sociales y roles asignados a hombres y mujeres.
- Elementos simbólicos sobre lo masculino y lo femenino.
- Imágenes estereotipadas de mujeres y hombres, y sus diversidades.
- Identidades dominantes asociadas a las relaciones de poder entre lo masculino y lo femenino, e intragéneros.<sup>74</sup>

Además, a partir de las consideraciones de la OPS, la mencionada oficina insiste en que el enfoque de género se debe transversalizar en el Sistema de Salud con el fin de

contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generan inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover el derecho a la salud y la igualdad de género, de mujeres, hombres y personas de los sectores sociales LGBTI.<sup>75</sup>

Para lograr lo anterior, se mencionan como estrategias principales la participación de la población mencionada en el desarrollo de políticas públicas de salud y la formación y capacitación de todas las personas que trabajan en el Sistema General de Seguridad Social.

En este sentido, parece que el enfoque del Ministerio de Salud toma en cuenta tres aspectos importantes: el género como estructura de opresión, la existen-

72 Recuperado de <https://bit.ly/3atuagg>

73 Recuperado de <https://bit.ly/3avhI9b>

74 Ibid

75 <https://bit.ly/3Ay0LWf>

cia de experiencias por fuera de la heterocisnorma que merecen atención especial al ser particularmente marginalizadas, y la necesidad de fortalecer de manera central el sistema de salud para garantizar el acceso igualitario y el trato digno de toda la población.

Siguiendo lo anterior, el enfoque del Ministerio de Salud tiene una posición bastante progresista, tanto en su forma de definir a la población y a las estructuras que mantienen los sistemas de opresión y marginalización en su lugar, como en las estrategias que propone para la garantía del acceso igualitario a la salud. Sin embargo, como veremos a continuación, esto no parece hacer parte explícita de las disposiciones puestas en práctica por el Ministerio; más bien, resulta ser un compilado de pautas dadas por la OPS y la OMS que se ponen a disposición del público nacional. Además, encontramos que el Ministerio anuncia la existencia de unas herramientas para transversalizar el enfoque de género, pero en el sitio web donde estas deberían estar presentadas aparece una página del Instituto Europeo de Género.<sup>76</sup>

Entre las disposiciones y acciones que sí están puestas en práctica a nivel nacional y que el Ministerio pone en conocimiento del público, encontramos tres normas para la atención de mujeres víctimas de violencia (Decreto 1630 de 2019, Ley 1257 de 2008 y Resolución 1255

de 2020) y solo una referente a las disidencias de géneros y sexualidades no normativas (Decreto 762 de 2018).<sup>77</sup> De estas podemos decir que, por una parte, las normas que expone el Ministerio se enfocan más en brindar atención a víctimas de violencia ocurrida en el exterior

del entramado de servicios de salud y no en reducir las que ocurren en su interior. Por otra, la única norma referente a disidencias de la heterocisnorma es la que ordena la puesta en práctica de la Política Pública LGBT a nivel nacional, pero esta no es específica a la salud ni se ha puesto en marcha hasta el momento.

Adicionalmente, en la página del Ministerio se resalta como relevante la Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, pero no habla sobre la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, que es el único espacio en donde se desarrollan con especificidad planes para la atención en salud a las personas TLGB y trabajadoras sexuales.

Por último, encontramos que la Oficina de Promoción Social del Gobierno actual ha propuesto una única acción concreta para el abordaje diferencial de la atención en salud: unos boletines poblacionales en donde se dice caracterizar a las poblaciones vulnerables como un primer paso para la garantía de su derecho a la salud.<sup>78</sup> El boletín que se refiere al género se llama *Boleti-*



76 Disponible en <https://bit.ly/3asHhYv>

77 Disponible en <https://bit.ly/3avhI9b>

78 Boletines Poblacionales: Acceso y Atención en Salud a Poblaciones Vulnerables. Generalidades Oficina de Promoción Social. Disponible en: <https://bit.ly/3Bz1720>

*nes Poblacionales 1: Género - Mujeres, hombres y personas de los sectores sociales LGBTI.*<sup>79</sup>

Sin embargo, la sigla LGTBI, o cualquiera de las palabras que la componen, solo se mencionan en el título, la página de definiciones y una vez en el cuerpo del texto. El boletín se limita a generar comparaciones entre datos sobre hombres y mujeres, entre los que no se diferencia entre población cisgénero y transgénero, ni se habla sobre personas no binarias. Solamente se habla de la población trans cuando se señala que en la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* de 2015 se reconocieron 24 hombres transgénero y 14 mujeres transgénero, una cifra totalmente alejada de la realidad. Esto es algo de lo que es consciente el Ministerio, ya que dentro del boletín en mención se indica que su información está basada en una “clasificación tradicional de hombres y mujeres, conforme al Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018.” Entonces, aunque las definiciones que mostramos al inicio de este apartado se alejan del binarismo, la caracterización del Ministerio se fundamenta en él.

En conclusión, parece haber un discurso bien desarrollado y progresista por parte del Ministerio, pero pocas acciones concretas que lo materialicen pues, como se puede observar, las disposiciones y estrategias que aparecen en su página web no se transversalizan en sus políticas. Aunado a esto, entre las acciones que existen, pocas velan por la garantía de los derechos de las disidencias de la heterocisnorma y, aunque en el discurso del Ministerio se hable de la importancia de transversalizar el enfoque de género, parece que se ha trabajado más desde políticas que se anexan a las acciones centrales del sistema de salud y no que las atraviesan o modifican. En este sentido, falta mucho por recorrer para la garantía de un acceso a la salud igualitario, seguro y libre de discriminaciones.

Un buen ejemplo de ello es el caso de la Política de Derechos Sexuales y Reproductivos, que, entre otras, al enmarcar las acciones diferenciales solamente en derechos sexuales y reproductivos, alimenta la noción de que las necesidades de salud de las sexualidades y los géneros disidentes solo giran alrededor de la sexualidad. Esto tiene el peligro de dejar por fuera necesidades relevantes distintas a estas y seguir permitiendo que el espacio médico sea un espacio inseguro cuando buscamos atención general.

79 Disponible en <https://bit.ly/3BzmlLw>

## **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR)**

La PNSDSDR 2014-2021 hace parte del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. A partir de un enfoque de derechos, esta política considera la sexualidad como una dimensión prioritaria para garantizar el bienestar y el ejercicio pleno de los derechos a la libertad sexual, intimidad, libertad de pensamiento, la vida e integridad personal, información, salud y libre desarrollo de la personalidad, entre otros.

Esta política define la sexualidad como una dimensión de la condición humana que comprende tanto las actividades sexuales como las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, las relaciones y la reproducción, entre otras.<sup>80</sup> En consecuencia, se convierte en un eje fundamental para las acciones en salud pública que promuevan la igualdad y que constituyan medidas afirmativas encaminadas a reducir las inequidades y barreras de acceso a la salud sexual de las personas LGBTI.

Al igual que otros documentos analizados para este capítulo, la PNSDSDR aborda el enfoque de género mayoritariamente desde el enfoque en mujeres. Así, se trabaja principalmente en las vulnerabilidades e inequidades que sufren las mujeres frente a los hombres y hace especial énfasis en situaciones de violencia sexual e intrafamiliar, planificación y embarazo que atraviesan las mujeres cisgénero. No es sino hasta el plan operativo presentado al final del docu-

mento que la violencia de género es conceptualizada de manera más amplia, cuando se define como todas las vulneraciones que significan riesgos o amenazas a la integridad personal asociadas al ejercicio de la sexualidad, la identidad de género, la expresión de género y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Al reconocer que “la construcción del género es diversa y existen personas que transitan por diversas manifestaciones del género, y que no necesariamente se corresponden con las características del sexo biológico”,<sup>81</sup> la política integra las identidades trans a sus objetivos de protección, y establece que:

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.<sup>82</sup>

Sumado a lo anterior, el documento propone un enfoque diferencial que reconozca la diversidad y la interseccionalidad, por lo cual adopta la orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad física, mental, intelectual o sensorial y situaciones generadoras de inequidades sociales como enfoques subdiferenciales.<sup>83</sup>

De manera más concreta, el plan operacional propone metas y estrategias para la gestión y atención en salud con el fin de garantizar

80 Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos* (PNSDSDR). (Colombia, 2014), 142.

81 MSPS, PNSDSDR, 141.

82 MSPS, PNSDSDR 73.

83 MSPS, PNSDSDR, 42.



la apropiación y puesta en práctica de su contenido a diversas escalas. Entre estas estrategias y acciones están:

- La gestión y diseño de procesos pedagógicos que reconozcan la libertad sexual y la libertad reproductiva. Esto incluye la resignificación del cuerpo, la diversidad de opciones para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, la elección de parejas sexuales, experimentar el potencial de la sexualidad a plenitud, disfrutar del erotismo, todo esto dentro de un marco de no discriminación.<sup>84</sup>
- La adecuación de los procesos y espacios de atención, según la identidad de género definida por las personas.<sup>85</sup>
- La flexibilización de los procedimientos administrativos de registro y carnetización de usuaries del SGSSS en relación con la identidad de género.<sup>86</sup>
- El fomento de espacios sociales convocados por el sector salud para formación en sexualidad, equidad de género, nuevas masculinidades, feminidades, derechos sexuales y derechos reproductivos a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.<sup>87</sup>
- La realización de investigaciones cualitativas que den cuenta de los imaginarios y los significados sociales prevalentes en el sector salud y otros sectores frente a la sexualidad y la reproducción.<sup>88</sup>
- La conformación y fortalecimiento de organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, entre otros.<sup>89</sup>

Igualmente, ante los casos de daño a la salud sexual por hechos de violencias de género, es responsabilidad del sector salud asegurar el diseño de estándares de atención integral y el desarrollo de alertas tempranas, en especial cuando se trata de grupos en contextos de vulnerabilidad como las mujeres trans, personas con orientaciones sexuales no hegemónicas y trabajadoras sexuales.<sup>90</sup> También es responsabilidad de este sector la implementación de una respuesta integral inmediata y de rutas de restablecimiento de derechos.

84 MSPS, PNSDS DR, 72.

85 MSPS, PNSDS DR, 122.

86 MSPS, PNSDS DR, 122.

87 MSPS, PNSDS DR, 111.

88 MSPS, PNSDS DR, 141.

89 MSPS, PNSDS DR, 113.

90 MSPS, PNSDS DR, 115.

Por ello, entre las metas figura que

a 2021, en el país se habrá brindado atención integral al 50% de los casos de violencias basadas en el género y en las orientaciones sexuales no hegemónicas; y habrá reducido en 80% los hechos de violencia institucional por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción.<sup>91</sup>

Se espera que para el mismo año el total de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia incluyan en sus planes de formación, capacitaciones y actualizaciones sobre las rutas de atención integral a las víctimas de violencias de género de manera diferencial.

Aunque se mencionan actividades y metas que buscan prevenir la violencia institucional, el texto parece centrarse en la necesidad de contención de la violencia de género que sucede en espacios externos y que llega luego a ser tratada dentro del sistema de salud, como es el caso de las violencias sexuales o quemaduras con ácido como expresión de la violencia de género.

Pero ¿qué pasa cuando los actos violentos suceden dentro del circuito de atención en salud? El 44% de las personas que participaron en esta investigación se han sentido violentadas o incómodas dentro de este. Sin embargo, la política solo conceptualiza las violencias dentro del sistema de salud como *eventos adversos a la salud sexual y reproductiva en relación con la prestación de los servicios de salud*,<sup>92</sup> haciendo referencia a, por ejemplo, la adquisición transfusional de VIH o la terminación inducida de

la gestación. Pero lo que este informe ha mostrado es que muchas de las vulneraciones a las que se enfrentan las personas con sexualidades e identidades de género no normativas en el sistema de salud no son solo impactos negativos de intervenciones médicas, son también consecuencias de la negación de servicios, la discriminación al interior de los espacios médicos y la falta de conocimiento sobre géneros y sexualidades fuera de la heterocisnorma. Entonces, es necesario desarrollar objetivos que refieran directamente a la prevención de situaciones discriminatorias hacia esta población con acciones e indicadores precisos que permitan evaluar su impacto.

Para algunas metas de la mencionada política se plantea como estrategia la implementación de indicadores y el mejoramiento de los instrumentos que permitan medir su impacto, gestión y eficacia. Por ejemplo, el porcentaje de EPS con red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales o el número de modelos de educación y comunicación en salud en temas de conductas saludables con enfoque diferencial. Sin embargo, hasta el momento no hemos encontrado los resultados de dichas mediciones y seguimientos, lo cual pone en cuestión la ejecución de la política, el acceso a la información y la capacidad de veeduría ciudadana.

Por otra parte, mientras en algunos indicadores se habla específicamente de mujeres, adolescentes, personas víctimas del conflicto armado y personas en situación de discapacidad, las personas con sexualidades y géneros diversos raramente se mencionan como un grupo poblacional.

91 MSPS, PNSDSDR, 115.

92 MSPS, PNSDSDR, 132.

Ahora, de acuerdo con los hallazgos de este informe, que los espacios de salud sean experimentados como espacios inseguros o incómodos para las personas con géneros y sexualidades disidentes responde a la ausencia de conocimientos, protocolos y voluntad individual por parte de los diversos actores del sistema de salud. Esto, no solo desde los conocimientos y experiencia de les médicas en género y sexualidad, sino desde un trato digno, amable y libre de prejuicios. Es importante hablar de voluntades individuales porque, como vimos en la pregunta sobre experiencias violentas o incómodas, el éxito de la atención en salud puede reducirse a la voluntad del personal de atención en salud de reconocer el nombre identitario de una persona o de permitirle entrar a las instalaciones.

Por estas razones consideramos importante resaltar una serie de acciones que la PNSDSDR propone para capacitar a les trabajadores de la salud y la importancia de articular esta política a los contenidos y planes de educación superior:

- La exigencia a los prestadores de salud de tener formación certificada y actualización permanente en los temas relacionados con la sexualidad a los prestadores.<sup>93</sup>
- El entrenamiento y desarrollo de habilidades en el personal asistencial para la aplicación integral de las normas, la atención de calidad, el trato digno y solidario de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción.<sup>94</sup>
- La concertación con los centros académicos para la inclusión de contenidos de formación en sexualidad de manera regular en los currículos de pre y posgrado de salud, de acuerdo con los contenidos normativos.

No es un logro menor que estas propuestas estén en el papel y, además, concuerdan con los hallazgos de este informe: por una parte, Miguel Rueda y Juan Pablo Téllez nos hablaron de la escasez de espacios formativos en diversidad género y sexualidad para las personas prestadoras de servicios de salud; por otra, varies participantes de las encuestas y grupos focales expresaron que la falta de conocimiento de les profesionales de salud sobre estos temas representaba una barrera de acceso a la salud para la población cisheterodisidente. Así, es urgente que estos planes que incluye la política se materialicen en acciones concretas, pues hasta el momento de la redacción de este informe no había una aplicación generalizada de ninguno de los planes mencionados anteriormente en las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud ni en las universidades del país.

93 MSPS, PNSDSDR, 122.

94 MSPS, PNSDSDR, 131.

Un buen ejemplo de la falta de materialización de estas propuestas puede verse en que las acciones concretas propuestas en el PNSDSDR para el respeto de los nombres identitarios y la autodeterminación de la identidad de género aún no se institucionalizan y se siguen generando traumatismos de diversa índole que pueden marcar la experiencia en espacios de salud de las personas. En los instrumentos de investigación para este informe se repitieron varias experiencias de personas a quienes no se les llamó por su nombre identitario cuando buscaron acceder a servicios de salud. Incluso, un participante del grupo focal comentó que durante una consulta de endocrinología en la EPS Sanitas le sugirió a la profesional llamar a los pacientes solo por los apellidos, en la medida en que así podía evitar situaciones incómodas para personas que no han actualizado su nombre identitario en el registro de la EPS. La profesional le respondió que Sanitas hacía preceptivo llamar por nombres y apellidos a los pacientes para su ingreso a la consulta. Si bien no pudimos corroborar que esta fuera una política explícita de la EPS, es preocupante que, aunque el Ministerio de Salud y la Corte Constitucional<sup>95</sup> ya se han pronunciado respecto a la necesidad de que se adopten prácticas para el respeto de los nombres identitarios de las personas, todavía haya varias EPS que no lo están haciendo.

Por otro lado, en el más reciente *Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Informe Técnico Periodo 2012-2019*, publicado en octubre de 2020, se puede ver que las metas e indicadores de gestión en la dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos para el año 2021 esperan que entre un 80% y 100% de las entidades territoriales cuenten con un espacio comunitario para la coordinación, promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en el que se garantice la participación de organizaciones y redes de diferentes grupos poblacionales comúnmente vulnerados.<sup>96</sup> Sin embargo, en cuanto a las metas referentes a las violencias basadas en género, a través de las cuales se busca brindar una atención integral por parte de sector salud, protección y justicia para el restablecimiento de sus derechos y la aplicación del protocolo del Ministerio de Salud y protección social regulado en la Resolución 459 de 2012, el porcentaje de cumplimiento está entre un 40% y un 60%.<sup>97</sup> Además, en el anexo sobre metas e indicadores de gestión se señala que “A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación”.<sup>98</sup> El indicador de dicha meta está en un 45% de cumplimiento. Esto permite ver que, en aproximadamente cinco años, no ha habido avances reales frente al tema.

95 Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-363/16 del 2016. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado y Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-236/20 del 2020. Magistrado ponente: Luis Guillermo Guerrero Pérez.

96 <https://bit.ly/3luvNtQ>

97 Ibid

98 Ibid

Si bien es muy valioso que contemos con disposiciones que pretenden garantizar nuestro derecho a la salud, con todo lo que esa garantía tiene que incluir en un sentido amplio, son necesarias acciones estructurales que hagan la experiencia en el entramado de salud algo menos traumático y más amable con las personas que no seguimos la norma cisheterosexual.

## B. DISPOSICIONES DISTRITALES

En la sección anterior mencionamos disposiciones nacionales de carácter general. En esta vamos a detenernos en los organismos encargados de formular e implementar la PPLGBTI de Bogotá, especialmente en lo relativo a las disposiciones que hacen referencia a la garantía y goce del derecho a la salud de esta población.

En Bogotá, la institución encargada de formular líneas de acción para cumplir con los objetivos de la PPLGBTI es la Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Esta se encarga de adelantar investigaciones y redactar informes sobre el estado de la población y la política, así como de crear líneas técnicas con recomendaciones para las entidades encargadas de implementarla. La Secretaría Distrital de Integración Social implementa líneas de acción de su competencia, al igual que otras Secretarías Distritales, como es el caso de la Secretaría Distrital de Salud.

La Secretaría Distrital de Salud tiene la obligación de poner en práctica las disposiciones referentes al goce de salud en el distrito, pero no es la única entidad que lleva a cabo acciones que atiendan esta necesidad. La Secretaría Distrital de Integración Social, por ejemplo, pone a disposición de la ciudadanía dos Centros de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros (CAIDSG). Estos centros prestan atención psicosocial y otros servicios que, entre otros, buscan la garantía y promoción del derecho a la salud para personas TLGB en Bogotá. La importancia y la labor de estos centros es invaluable; no obstante, y como hemos sustentado a lo largo del informe, todavía hay necesidades insatisfechas que requieren de acciones estructurales. Crear apéndices con enfoque diferencial TLGB paralelos al sistema de salud pública no es suficiente para satisfacer las necesidades de todas las personas cisheterodisidentes porque (i) es espacialmente insuficiente y (ii) no se están transformando los problemas al interior del sistema de salud que generan las violencias y la negación del derecho a la salud. En ese sentido, es necesario que la Secretaría de Salud, y a nivel nacional el Ministerio de Salud, formulen disposiciones para el cambio estructural que modifique las dinámicas y dé lugar a experiencias saludables de salud.

## Política Pública LGBTI de Bogotá

En la PPLGBTI se enuncian una serie de componentes que deben abordarse a través de líneas de acción para garantizar los derechos que están siendo vulnerados a las personas TLGB. En estos componentes se menciona el derecho a la salud, entendido de manera amplia y con todas las consideraciones que hemos traído al presente análisis. Como subcomponentes del derecho a la salud encontramos asequibilidad, acceso, aceptabilidad y adaptabilidad.

El *Informe Final. Evaluación de resultados de la Política Pública LGBTI*, elaborado conjuntamente entre la Alcaldía de Bogotá y la Universidad Nacional en el 2019, evalúa los resultados de la implementación de la PPLGBTI a nivel sectorial. Al revisar las acciones y estrategias que se han llevado a cabo en las tres últimas alcaldías en materia de salud con un enfoque diferencial de identidad de género y sexualidad, el informe identifica que estas son ejecutadas por la Secretaría Distrital de Salud a través de tres ejes: (i) acceso y aseguramiento en salud, (ii) promoción, prevención y detección de factores y determinantes sociales que afectan el estado de salud y (iii) atención y acompañamiento integral.<sup>99</sup>

### Acceso y aseguramiento en salud

La primera línea de acción responde a la baja cobertura de los servicios de salud, al aseguramiento intermitente de las personas y a los problemas de acceso por la distribución espacial de las oficinas de aseguramiento y del servicio mismo.

Si bien la desafiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha disminuido entre el 2010 y el 2019, sigue siendo un problema para las personas intersexuales y trans particularmente, quienes tienen un mayor porcentaje de desafiliación (22%, 19%, respectivamente).<sup>100</sup> Las últimas alcaldías han realizado acciones tendientes a disminuir la brecha de aseguramiento.

Durante el periodo 2012-2016, por ejemplo, se incluyeron estrategias restitutivas para el aseguramiento en salud, lo cual significó reconocer la desigualdad estructural y diferencial que ha negado a las personas disidentes de la heterocisnorma el derecho a la salud por medio de programas específicos como *Territorios saludables* y la *Red de salud para la vida desde la diversidad*. En esta misma alcaldía se realizaron acciones territorializadas de aseguramiento con énfasis en la población trans. Entre el 2017 y 2019, por otra parte, se hicieron jornadas distritales en el espacio público, como la *Semana por la igualdad* y la *Semana viviendo en positivo*, para promover el aseguramiento de forma general en la ciudad.

No obstante, las acciones de esta primera línea se encuentran limitadas por normativas nacionales que regulan los requerimientos de afiliación al SGSS, los cuales solo pueden ser modificados en el marco de una intervención estructural legislativa. Por ello, estas acciones a menudo solo tienen un alcance informativo sobre los mecanismos y procedimientos para el aseguramiento, lo cual es insuficiente para garantizar el acceso a los sectores más vulnerables.

99 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final. Evaluación de resultados de la Política Pública LGBTI. Convenio 327 de 2019*. (Bogotá: 2019), 269.

100 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 62.

## Línea de acción de promoción y prevención

Respecto a la línea de acción de promoción y prevención, el informe de la Alcaldía de Bogotá y la Universidad Nacional revela que “cuando priman las acciones y estrategias en prevención y promoción de la salud, la atención y acceso parecen quedar en un segundo plano”.<sup>101</sup> Además, señalan que estas acciones tienen el peligro de afianzar prejuicios y patologizar las relaciones sexo-afectivas fuera de la heterocisnorma, como ocurrió durante el periodo 2016-2019 cuando se privilegiaron las acciones de prevención de infecciones transmisibles como parte de acciones con enfoque diferencial para las personas trans y con sexualidades no heteronormativas.<sup>102</sup>

### Atención y acompañamiento integral

Dentro de la tercera línea se menciona el proyecto “Servicio Amigable LGBTI”, que fue el primero en la historia de Bogotá en implementar acciones en salud específicas en espacios comunitarios y de confluencia de personas disidentes de la cisheteronorma. Por medio de asesorías individuales y actividades colectivas con personas trans, este proyecto abordó temas como la prevención de intervenciones corporales artesanales, la hormonización, el autocuidado y el autoreconocimiento del cuerpo, prevención de ITS, el uso correcto y permanente del preservativo, la planificación y la prevención y atención integral a las violencias.<sup>103</sup>

De acuerdo con el informe, dentro de los resultados en acciones de este servicio entre octubre de 2014 y abril de 2016 se cuentan: 2175 personas vinculadas al servicio a través de 2492 asesorías en medicina, enfermería, psicología y trabajo social; 88 acciones colectivas con la participación de 762 personas para procesos de educación de pares en temáticas de salud y DDHH dirigidas a personas disidentes de la heterocisnorma; 906 canalizaciones desde el equipo de gestores y gestoras; 447 tamizajes de VIH, sífilis, condiciones crónicas y síntomas respiratorios y 91 acompañamientos a casos de urgencias y consultas prioritarias, entre otros.<sup>104</sup>

101 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 286.

102 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 271.

103 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 271.

104 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 288.

## Cambios de administración y rupturas en los programas

El informe advierte que la ejecución de la política se ha visto atravesada por las rupturas y la discontinuidad de los proyectos, en tanto las estrategias finalizan al tiempo que los períodos de gobierno. Es el caso, por ejemplo, del Servicio Amigable LGBTI, el cual se señala en el informe como una de las estrategias más exitosas en la focalización de atención primaria en salud a personas trans. Esta estrategia solo se llevó a cabo entre 2014 y 2016 y cerró con el cambio de administración.

En la administración 2016-2020 se dio un paso a un modelo de atención de salud organizado en subredes. Los Centros de Escucha LGBTI, que se enmarcaban en el programa Servicio Amigable, pasaron a hacer parte del plan de atención primaria resolutoria que amplió su servicio a una variedad de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Así, dejó de ser un espacio fijo de congregación para las personas con identidades de género y sexualidades no normativas y comenzó a funcionar como un servicio móvil que hacía recorridos por la ciudad. Esto ha dificultado la disponibilidad y la continuidad de los servicios por la demanda y la disponibilidad de tiempo, la carga laboral de los profesionales y la intermitencia de la atención.<sup>105</sup>

Los resultados en cifras de las acciones a partir del proyecto de los Centros de Escucha cuentan: 369 personas trans identificadas y abordadas en estos espacios mediante asesorías en salud y psicosociales, tamizajes de VIH, recorridos y acciones de enganche; 169

personas trans fortalecidas como liderazgos desde la estrategia Barrios Promotores de la Salud Urbana y 256 personas trans con procesos de orientación e información para el acceso a servicios de salud que ofrecen las Subredes Integradas y Capital Salud.<sup>106</sup>

Los cambios en los enfoques y el nivel de atención de las diferentes administraciones se hacen visibles en la producción de guías y protocolos de abordaje poblacional. En los años 2012-2014 se crearon y distribuyeron más guías (incluso algunas de ellas hacían referencia específicamente a población LGBTI desplazada y víctima de conflicto armado, población LGBTI indígenas, o habitantes de calle LGBTI) que en el periodo 2016-2020 con un enfoque en población LGBTI. El informe también señala que en todos los periodos hasta el 2019 hubo una ausencia de guías y material respecto a la salud de hombres trans.

Finalmente, esta evaluación señala en sus conclusiones la importancia de espacios físicos donde se atienda diferencialmente a la población LGBTI y la necesidad de una reevaluación del estado del acceso a la salud que vincule instancias y directrices, tanto locales como nacionales, para la implementación de medidas efectivas y completas.<sup>107</sup>

105 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 288.

106 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 289.

107 Alcaldía Mayor de Bogotá, *Informe Final*, 291.

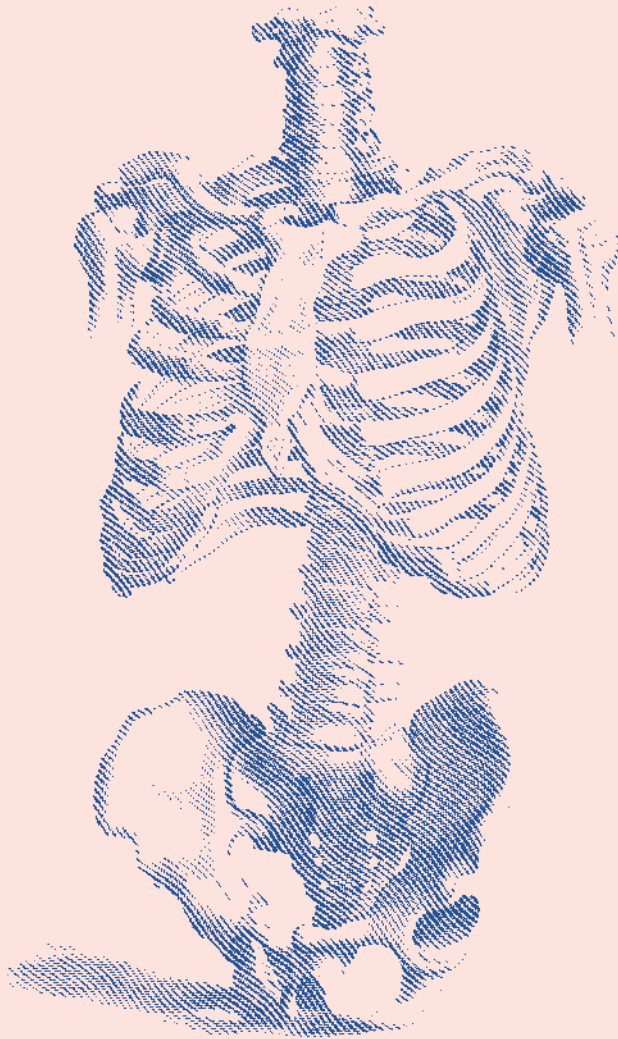


## CONCLUSIONES y HALLAZGOS PRINCIPALES

En consonancia con las conclusiones de la evaluación, los hallazgos de este capítulo ponen en evidencia los siguientes puntos:

1. Es un hecho conocido por varias instituciones del Estado que las personas disidentes de la heterocisnorma tenemos necesidades particulares y que el SGSSS no las satisface. Las dificultades se abordan en las investigaciones y se formulan líneas técnicas y de acción que buscan subsanarlas, pero las experiencias reales aún no concuerdan con estas.
2. A nivel distrital, se llevan a cabo acciones que hasta ahora presentan un balance positivo en la medida en que reconocen el problema y buscan soluciones. Sin embargo, estas son provisionales, pues no modifican las dinámicas estructurales del sistema de salud que en principio dan lugar a la negación del derecho a la salud a la población en cuestión. Además, son volátiles, pues dependen de las voluntades políticas de las administraciones de turno, por lo que el terreno ganado puede perderse en cualquier momento y los procesos están en constante fracturación.
3. Hay un momento de la implementación de las líneas técnicas de la PPLGBTI que parece reducirse a un tema de voluntades individuales. Es necesario preguntar entonces ¿qué responsabilidad y qué alcance tienen las entidades que implementan la PPLGBTI para generar los cambios estructurales necesarios en el sistema de salud?
4. Las instituciones estatales locales y sectoriales han estado haciendo un trabajo amplio en materia de acceso a la salud para personas TLGB; sin embargo, el alcance que estas tienen no es suficiente para generar los cambios estructurales a nivel nacional que serían necesarios para garantizar a cabalidad el derecho a la salud. En este sentido, se están generando apéndices del sistema que, en todo caso, mantienen dinámicas discriminatorias y que no garantizan el derecho a la salud para las personas cisheterodisidentes.

07



## CONCLUSIONES



**a** lo largo de este informe hemos visto que, a pesar de ser sujetos de especial protección constitucional y con necesidades especiales en salud, las personas con géneros y sexualidades disidentes seguimos enfrentando barreras, discriminación y violencia en el acceso a este derecho fundamental. En este sentido no gozamos del derecho a la salud, lo que resulta en una mayor vulneración de nuestros derechos y en una precaria calidad de vida. También hemos podido observar que la principal barrera que encontramos para acceder a la salud es la ausencia de un trato digno en los espacios de prestación del servicio; esta se observa en instancias como el maltrato del personal de seguridad, la reticencia del personal administrativo para llamar a las personas con sus nombres y pronombres identitarios, la violencia verbal discriminativa del personal médico, entre otras. Estos hallazgos no son nuevos; al contrario, repiten lo que ya se ha dicho desde pronunciamientos de activistas, investigaciones de otras organizaciones e informes de las mismas instituciones del Estado. Lo anterior muestra que es urgente que la prestación de servicios de salud se transforme.

Así, es posible afirmar que necesitamos una reforma al sistema de salud que lo atraviese desde lo más básico: la prestación de un servicio digno para toda la población, especialmente la que tiene necesidades y protección especiales. Para esto es necesario que se adopten varias medidas transversales al sistema

que promuevan una prestación de servicios comprensiva frente a la diversidad de experiencias que existen en el territorio colombiano y no solamente enfoquen su mirada (y con ella sus formas de actuar) en un solo tipo de sujeto. El enfoque de género y sexualidad (en toda su diversidad) debe atravesar los protocolos de atención, los sistemas administrativos y la educación académica y no académica que tiene todo el personal de la salud.

A continuación presentamos un resumen de los hallazgos y conclusiones de este informe y una serie de recomendaciones encaminadas a construir un sistema que realmente garantice el acceso igualitario a la salud de toda la población.

### **Experiencias violentas en el acceso a la salud**

- El 79% de las personas que contestaron la encuesta consideran que para las personas con sexualidades y géneros disidentes de la cisheteronorma es difícil encontrar espacios seguros en el acceso a la salud. Lo anterior resulta en que el 50% de las personas encuestadas manifestara que evita atender problemas de salud y el 38% que ha evitado un área especializada por temor a ser violentada.
- Esto muestra una desconfianza muy alta en los sistemas de salud y genera un ciclo de inaccesibilidad, inseguridad y salud precaria en la población, acrecentando cada vez más la negación del derecho a la salud a la población cisheterodisidente. En consonancia con lo anterior, pudimos constatar que esta población tiene un imaginario

colectivo negativo de estos espacios y una peligrosa desconfianza institucional, cuyo resultado puede ser que las personas se abstengan de atender problemas de salud y, como consecuencia, haya un detrimento de sus condiciones de salud.

- Por ello, es claro que es necesario construir estrategias para aumentar la sensación de seguridad en estos espacios. La responsabilidad de mejorar esta sensación de inseguridad y esa desconfianza institucional es del sector salud.
- Las experiencias violentas o incómodas ocurren en todos los espacios y momentos del entramado de la salud y no se limitan solo a las interacciones con los médicos u otro actor específico. Estas van desde la negación del acceso a los espacios, hasta la violencia verbal, la negación de la identidad, los juicios de valor y la negligencia médica.

### **Identidad de género y sexualidad en las experiencias de acceso a la salud**

- Entre quienes contestaron la encuesta, las personas que menos experimentan violencia, inseguridad y miedo en el sistema de salud son los hombres homosexuales cisgénero. Las mujeres trans se dividen más o menos equitativamente entre quienes han y no han experimentado violencia, miedo o inseguridad. Las mujeres lesbianas y bisexuales (cis y transgénero) y las personas transmasculinas y no binarias son quienes más reportan ser consistentemente violentadas, así como sentir inseguridad y mie-

do en espacios médicos. Las mujeres lesbianas no sienten que sus inquietudes en lo referente a la sexualidad sean respondidas adecuadamente y los hombres gais tienen miedo de preguntar en el consultorio cosas relacionadas con su sexualidad.

- Las razones que más se reportan para la violencia, las sensaciones de inseguridad y miedo son las relacionadas con la identidad de género, especialmente en términos de discriminación hacia las personas trans.
- Para las personas cis con orientaciones sexuales no hegemónicas, la violencia y sensaciones de inseguridad e incomodidad están más relacionadas con momentos en que deben hablar de su orientación sexual, como la atención en salud sexual y reproductiva y en salud mental. Para las personas trans, el maltrato y el miedo al mismo están presentes en más espacios del sistema de salud.
- La violencia ginecobstétrica en Colombia afecta de manera diferenciada a las mujeres disidentes de la heteronorma y personas transmasculinas y no binarias que requieren asistir a la especialidad de ginecología en algún punto de su vida. Este es un fenómeno que requiere atención y estudio. La ausencia de conceptualización al respecto dentro del sistema de salud evidencia que es un problema invisibilizado.
- Las especialidades en donde más se manifestaron problemas e inconformidad son salud mental, endocrinología, ginecología y salud sexual y reproductiva.

### **Derecho a la información y derecho a elegir**

- La imposibilidad de elegir de manera informada a un profesional médico es un obstáculo para el acceso igualitario a la salud. Como muestran nuestros instrumentos, el médico asignado por la EPS puede no estar en disposición o no tener la experiencia y conocimientos pertinentes para atender las necesidades de una persona disidente de la heterocisnorma.

### **Patologización y discriminación**

- Aunque la OMS ha eliminado las orientaciones sexuales y experiencias de género no normativas de su lista de enfermedades, estas se siguen patologizando. Esto hace de los espacios de salud ambientes incómodos o violentos y que la población cishéterodisidente evita, pues se atribuyen los problemas de salud a la forma de vivir el género y la sexualidad de las personas contrahegemónicas.
- Que algunas de nuestras experiencias requieran enfoques y apro-

ximaciones distintas a las hegemónicas en ciertas áreas médicas es diferente a que sean patologizadas. Ejemplos de estos enfoques y aproximaciones distintas son los de la endocrinología, cuando se realizan tránsitos hormonados, o en las áreas de salud sexual y reproductiva, cuando se trata a personas con vagina que tienen sexo con otras personas con vagina.

### **Espacios seguros y materialización del derecho a la salud**

- Las áreas en las cuales se han dado avances en la generación de espacios seguros y la ampliación del conocimiento médico sobre temas de género son las especialidades que han tenido que ver con tránsitos médicos, condiciones médicas asociadas a las disidencias sexuales y de género, salud sexual y reproductiva y la psicología. Esto ha sucedido así por dos razones: por un lado, son estas áreas las que tienen que ver más directamente con el género y la sexualidad en términos de necesidades médicas diferenciales y, por esta razón, a les profesionales que las atienden se les ha hecho necesario formarse para brindar un mejor servicio. Por otro, estas han sido históricamente áreas en las que se ha patologizado y, por lo tanto, discriminado a esta población, de manera que hay profesionales que han tomado la decisión de ofrecer servicios especializados y libres de discriminación en los que la población disidente se sienta segura. Estos espacios son ejem-

plos de la dirección que deberían tomar todos los servicios de salud para garantizar este derecho a toda la población sin que esta encuentre barreras.

- Es también en los consultorios de estas especialidades en donde muchas veces se reporta miedo o experiencias negativas y donde puede haber más sensación de inseguridad.
- Los esfuerzos conscientes para generar espacios seguros en estas áreas aún son pocos y algunos suceden exclusivamente en ámbitos de salud privada, por lo que son de difícil acceso. En este sentido, los espacios que han tomado acciones para generar experiencias positivas tienen una alta demanda y, por lo tanto, tiene poca disponibilidad o son poco asequibles económicamente. Esto implica que, aunque significan un avance y son espacios ejemplares de los que todo el sistema debería aprender, no son una solución global para las barreras que enfrenta la población con géneros y sexualidades no normativas en Colombia. Para que el acceso sea completamente igualitario y seguro es necesario que se atraviese el sistema de salud en su totalidad y no parcialmente.
- Con respecto a la pregunta por experiencias de muy buena atención, las personas encuestadas mencionaron vivencias con profesionales que las hicieron sentir seguras, que les generaron confianza, que usaron adecuadamente sus pronombres y que les atendieron con agrado. Esto ocurrió gracias al trato

digno y libre de discriminación, así como a los conocimientos que permiten a los profesionales atender las necesidades diferenciales de la población.

- Las personas heterodisidentes se sienten seguras en espacios de salud cuando se les llama por los apellidos y no por los nombres.
- Para garantizar espacios seguros en los consultorios, es importante que en el núcleo de la formación médica se incluyan los cuerpos y prácticas sexuales de personas no hegemónicas, en términos de género y sexualidad. Para esto es fundamental revisar los planes de estudio que están siguiéndose en las aulas. En últimas, esto implica que hay que dejar de asumir que la persona que consulta es heterosexual y cisgénero, lo cual puede trabajarse a través de la formación.
- Es fundamental reconocer la importancia de la información que se pide y cómo se pide. Hay que fortalecer la formación de los profesionales en salud para responder las inquietudes y atender las necesidades de las personas disidentes de heterocisnorma.

### **Disposiciones estatales**

- Las disposiciones estatales que existen actualmente tienden a ser meramente informativas, tienen el carácter de sugerencia o suponen que la población disidente de las normas de género y sexualidad tiene unas necesidades radicalmente distintas al resto de la población. Sin embargo, hay unas necesidades muy básicas que no se satisfacen, como el trato digno, y esa es la meta más básica a la que habría que apuntarle.
- Hay una producción importante de estudios y conceptos por parte de instituciones estatales, como la Secretaría de Planeación de Bogotá, pero hay también un vacío en la implementación. No es que el Estado no sepa cuáles son las necesidades de la población o cómo proceder para implementar políticas afirmativas para el acceso a la salud de esta. Lo que vemos es que aún con la información y las recomendaciones que se encuentran en varios informes, e incluso en el Plan decenal de Salud Pública, no hay una transversalización de los enfoques de diversidad de género y sexualidad en la prestación de servicios de salud.
- El sistema de salud parece enfocarse más en la medicalización de la sexualidad y del género (con tratamientos para el VIH, para tránsitos hormonales, etc.) que en el trato digno y el acceso libre de barreras y discriminación. Sin embargo, la corte se ha venido manifestando cada vez más sobre estos últimos puntos. Así, podemos ver que hay una tendencia en términos de lo que se observa en demanda y garantía de derechos y esto abre un espacio de oportunidad para me-

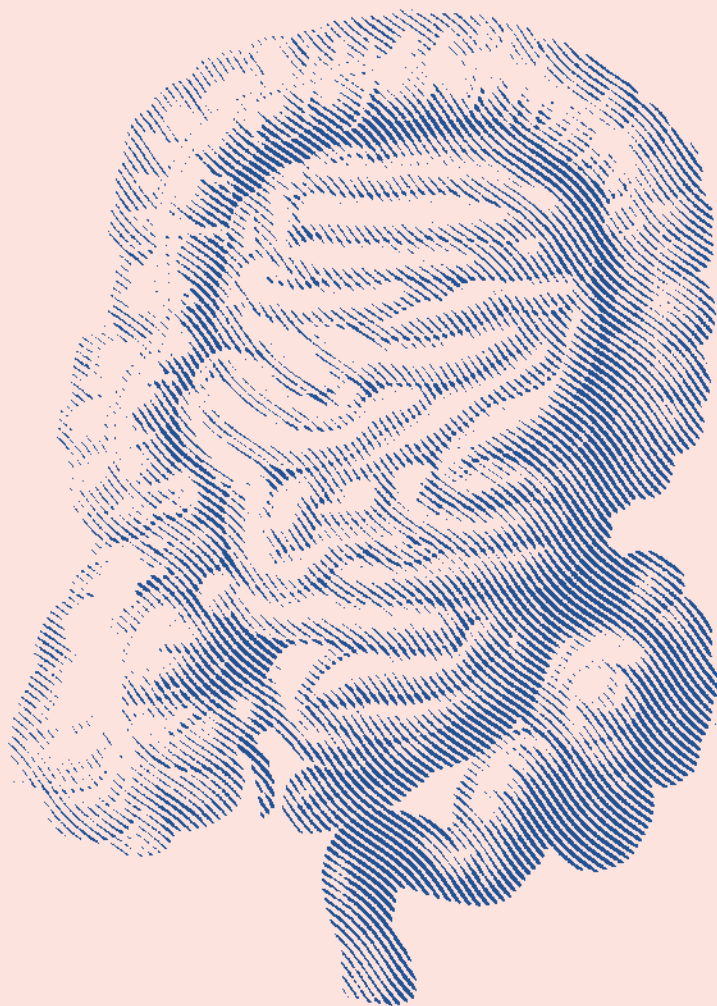
jorar el servicio, sin abandonar las necesidades puramente médicas.

- Las disposiciones, normas y pautas no son transversales, no atraviesan el sistema ni modifican lo que no es adecuado. Por el contrario, se enmarcan en una Política de Derechos Sexuales y Reproductivos que saca al género, y sobre todo a las personas no normativas, de las políticas generales y les agrupa en un espacio aparte. Esto alimenta la pretensión de que las personas disidentes de las normas de género y sexo solo necesitamos acceso a la salud diferenciado cuando se trata de Derechos sexuales y reproductivos.
- Lo anterior, a su vez, tiene el peligro de: (i) conceptualizar la diversidad sexual y de género como una patología y (ii) seguir permitiendo que el espacio médico sea un espacio inseguro e inaccesible cuando buscamos atención general.





05



## RECOMENDACIONES



### **Al Ministerio de Salud y Protección Social:**

**e**s necesario transversalizar el enfoque de género teniendo en cuenta las experiencias de quienes se encuentran por fuera de la heterocisnorma, pues merecen atención especial al ser diferencialmente marginalizadas. Para garantizar el acceso igualitario y el trato digno de toda la población se debe aplicar este enfoque de manera estructural en el sistema de salud. Para ello, sugerimos los siguientes puntos:

1. Crear un programa unificado de formación para todo el personal de atención en salud del país que garantice el trato digno y el acceso igualitario a los servicios de salud de las personas con orientaciones sexuales y géneros no normativos. Recomendamos que en este programa participen las organizaciones sociales y las colectividades de personas con sexualidades y géneros disidentes.
2. Construir, con la participación de organizaciones sociales de personas con sexualidades y géneros no hegemónicos, un marco normativo único para la atención de personas con orientaciones sexuales y géneros disidentes que garantice:
  - a. El trato digno y libre de discriminación para toda

- la población con sexualidades y géneros no normativos en todo el entramado de atención en salud,
- b. estandarización de los procesos de tránsitos médicos,
  - c. atención ginecobstétrica libre de discriminación,
  - d. atención en salud mental con enfoque de género y sexualidad diversos e
  - e. información clara y accesible para la población disidente de las normas de género y sexualidad.
3. Ordenar que todas las EPS cuenten con profesionales expertes en las necesidades médicas específicas de la población con orientaciones sexuales y géneros no normativos.
    - a. Mientras esto se logra, y teniendo en cuenta el déficit de profesionales, las EPS deben poder referir y cubrir la atención de las personas con médiqes que no estén adscrites.
    - b. La información sobre profesionales en salud debe ser clara y accesible para la población y se debe garantizar que esta pueda escoger ser atendida por le profesional experte.
  4. Ordenar a todas las EPS que construyan una ruta accesible que permita a les usuaries modificar sus datos de nombre y género en los registros sin necesidad de haber modificado los datos de sus documentos de identidad.
  5. Transversalizar e informar a la población sobre las órdenes que ha dado la Corte Constitucional para la protección de la población TLGB.
  6. Incluir en su boletín *Boletines Poblacionales 1: Género - Mujeres, hombres y personas de los sectores sociales LGBTI* información sobre la población TLGB.
  7. Tener en cuenta las necesidades de la población para el nuevo Plan Decenal de Salud Pública y formular éste con la participación de organizaciones sociales y colectividades de personas con sexualidades y géneros no normativos.

#### **Al Ministerio del Interior:**

8. Incrementar la participación de organizaciones de la sociedad civil en la implementación de la Política Pública LGBTI Nacional.
9. Acelerar la implementación de la Política Pública LGBTI Nacional.

#### **A la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada:**

10. Exigir que las empresas de seguridad privada provean formaciones en materia de género y sexualidades no normativas a sus trabajadores.
11. Adoptar una política de cero tolerancia frente a la discriminación por parte de quienes prestan servicios de seguridad privada.

12. Construir protocolos eficientes para atender las denuncias que se interpongan por discriminación.

**A la Superintendencia Nacional de Salud:**

13. Llevar a cabo un programa de vigilancia sobre el cumplimiento de las entidades de las disposiciones constitucionales para el amparo del derecho a la salud de las personas TLGB.

**A las universidades e instituciones de formación a profesionales de la salud:**

14. Revisar y actualizar sus planes de estudios con la finalidad de transversalizar el enfoque de género y sexualidad y, como parte de ello, las necesidades en materia de salud de las personas con experiencias de vida no hegemónicas en relación con el género y la sexualidad.

# 06



→ *Solicita asesoría legal a nuestra clínica jurídica Policarpa*

A continuación encontrarás dos herramientas jurídicas que puedes diligenciar e interponer para exigir que se cumpla tu derecho a la salud. El primero es un formato de derecho de petición y el segundo un formato de tutela para proteger los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna.

Para interponer estos recursos, debes llenar los espacios indicados con tu información y:

- En caso de ser un derecho de petición, radicarlo ante la institución según disponga en su página web o en la taquilla presencial de la institución y enviar una copia a la Superintendencia Nacional de Salud.
- En caso de que estés buscando interponer una tutela, puedes radicarla en <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/tutelaenlinea> o ante cualquier juzgado.

Si necesitas asistencia con estos procesos, puedes entrar a [www.temblores.org/policarpa](http://www.temblores.org/policarpa) y solicitar asesoría legal.

## ANEXOS

- Derecho de petición (página 111)
- Tutela (página 113 - 115)



Señores  
NOMBRE EPS-IPS-CENTRO DE SALUD  
DIRECCIÓN  
CIUDAD

CIUDAD Y FECHA

Asunto: Solicitud de acceso a servicio de salud

NOMBRE DE LA PERSONA, mayor de edad, residente en esta ciudad, con número de identificación como aparece al pie de mi firma, en ejercicio de mi derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 1755 de 2015, me dirijo a ustedes para solicitar MENCIONAR QUÉ SE VA A SOLICITAR, bajo los siguientes

### **HECHOS**

EN ESTE ESPACIO HACER UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS INDICANDO SIEMPRE LOS SIGUIENTES:

Me encuentro afiliad<sup>x</sup> a la EPS XXXX bajo el régimen SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO en CALIDAD DE CABEZA DE FAMILIA/BENEFICIARIO/COTIZANTE.

1. Indicar el diagnóstico médico señalando la enfermedad o estado de salud.
2. Mencionar que ordenes médicas se ha dado, tales como orden de medicamentos, insumos, operaciones y/o servicios de salud.
3. Mencionar las acciones realizadas ante la EPS-IPS-CENTRO DE SALUD, es decir que se han intentado solicitar los servicios ordenados.
4. Indicar la negación de la entidad de salud respectiva frente al servicio requerido o la demora en la entrega de insumos/medicamentos o fechas para el servicio requerido.

### **PRETENSIONES**

En este espacio indicar las peticiones puntuales que se tienen.

### **ANEXOS**

COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA • COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA • COPIA DE LA ORDEN MÉDICA DEL SERVICIO O DEL MEDICAMENTO

### **NOTIFICACIONES**

Recibo notificaciones en la dirección XXXXX de la ciudad XXX o al correo electrónico XXXX@XXX.com

Cordialmente,

Firma

Nombre

CC

Teléfono







Señor  
JUEZ DE REPARTO DE CIUDAD  
E.S.D.

**REF:** Acción de Tutela para proteger los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna.

ACCIONANTE: NOMBRE DE LA PERSONA

ACCIONADO: NOMBRE DE LA IPS/EPS/CENTRO DE SALUD

NOMBRE DE LA PERSONA , mayor de edad, vecinx de esta ciudad, identificadx con la cédula de ciudadanía cuyo número y lugar de expedición aparece al pie de mi firma, residente en la DIRECCIÓN, en la ciudad de XXXX, acudo respetuosamente ante su Despacho para promover ACCION DE TUTELA, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política y el Decreto Reglamentario 2591 de 1991, para que judicialmente se conceda la protección mis derechos fundamentales, toda vez que fueron vulnerados por las OMISIONES/ACTUACIONES de la entidad prestadora de salud: NOMBRE DE LA IPS/EPS/CES, identificada con Nit No. XXXXX que mencioné en la referencia de este escrito. Fundamento mi petición en los siguientes:

## I HECHOS

1. Primer hecho debe ir situación frente a los servicios de salud, es decir si está afiliado y en qué calidad NOMBRE, AFILIADO A XXXX EPS, DESDE EL DÍA XXX, POR EL RÉGIMEN XXXX
2. Seguimiento de debe ir el diagnóstico EL DÍA XXX SE LE DIAGNOSTICÓ XXXX
3. Señalar las órdenes médicas según el diagnóstico si son varias que sean en varios puntos El día XXX se le ordenó, como consta en la historia clínica, XXXXX
4. Indicar qué acciones se han adelantado ante la EPS/IPS/CES, es decir si ya se radicó la autorización o si ya se han solicitado los servicios y cuál ha sido la respuesta de la entidad Se obtuvo la autorización respectiva para recibir este servicio el día XXX, sin embargo, a la fecha no ha sido prestado por EPS XXX
5. Hacer mención de las acciones administrativas como radicación de cartas o derechos de petición y la respuesta a estas. El día XXX, se radicó Derecho de Petición dirigido a EPS XXX y a la SECRETARIA DE SALUD, el cual dio una respuesta XXX
6. Si se han presentado nuevos hechos de salud es necesario mencionarlos.
7. Hacer un énfasis en la vulneración que se ha sufrido por parte de la entidad a raíz de la falta de diligencia, así de cómo debido al diagnóstico es de carácter urgente lo ordenado por los profesionales de la salud.

## II FUNDAMENTOS PROCEDIMENTALES

### a. Competencia



El presente juzgado es competente para conocer de la presente acción de tutela, en virtud de lo dispuesto en el decreto 2591 de 1991.

De acuerdo con el Decreto 2591 de 1991 y con el inciso primero del numeral uno del artículo 1 del Decreto 1382 del 2000, a los jueces del circuito o con categorías de tales, le serán repartidas para su conocimiento, en primera instancia, las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier organismo o entidad del sector descentralizado por servicios del orden nacional o autoridad pública del orden departamental.

#### **b. Legitimación en la causa para promover la acción de tutela**

De acuerdo con el Decreto 2591 de 1991 y con el inciso primero del numeral uno del artículo 1 del Decreto 1382 del 2000, a los jueces del circuito o con categorías de tales, le serán repartidas para su conocimiento, en primera instancia, las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier organismo o entidad del sector descentralizado por servicios del orden nacional o autoridad pública del orden departamental.

#### **c. Procedencia de la acción**

Según lo ha establecido la Corte Constitucional, al referirse a la acción de tutela, “la procedencia de la acción está supeditada a que se acredite una afectación subjetiva del derecho fundamental, esto es, que sea posible identificar casos concretos en que la actuación de la autoridad menoscabe las garantías consagradas en el Texto Superior, respecto a una persona en particular o a un grupo de ellas”<sup>1</sup>.

Como se demostrará en los argumentos que a continuación se esgrimen, la presente acción de tutela es procedente por cuanto las actuaciones de NOMBRE ENTIDAD constituyen una violación de mis derechos fundamentales a la salud y a la vida digna.

### **III FUNDAMENTOS DE DERECHO**

#### **a. Derechos fundamentales vulnerados**

Referente a los anteriores hechos estimo que la accionada NOMBRE ENTIDAD está violando los derechos fundamentales a la salud

#### **b. Fundamentos jurídicos**

El derecho a la salud, establecido como derecho autónomo y fundamental sin necesidad de establecer una conexidad con el derecho a la vida, con base en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que lo define como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, así como un servicio público a cargo del Estado, en favor de todos los habitantes del territorio Nacional; también basado en la Constitución Política de 1991 artículo 49.

Es preciso establecer que la falta de cobertura de los procedimientos que necesita sea

1 Corte Constitucional. Sentencia T - 440 de 2004. Magistrado Ponente: Jaime Córdoba Triviño.



suministrada de manera inmediata por la accionada, en este momento debido a su enfermedad, constituye una grave violación al derecho a la salud que constitucionalmente le asiste, y a su calidad de vida digna, según ha determinado el médico tratante en el diagnóstico final emitido y que si no es tratada de esta manera podría ocasionar graves deterioros en la salud y calidad de vida.

Hay una afectación del derecho fundamental a la vida digna consagrado en la Carta Política del 91, ante las omisivas y dilatorias respuestas para la prestación de los servicios de salud dispuestos para el tratamiento de la enfermedad; así como al derecho a la salud como derecho autónomo e irrenunciable.

EN ESTE PUNTO SE PUEDE HACER MENCIÓN DE LA NECESIDAD DE LO ORDENADO Y DE LA FALTA DE DILIGENCIA DE LA ENTIDAD Y DE CÓMO LA DEMORA O NEGACIÓN DE LOS SERVICIOS AFECTA LOS DERECHOS MENCIONADOS

## VI PETICIÓN

Con fundamento en los hechos relacionados, solicito al señor Juez disponer y ordenar a mi favor lo siguiente:

**PRIMERA:** Que se declare que se han vulnerado los derechos a la vida digna y a la salud. Y, en consecuencia;

**SEGUNDA:** Se deben solicitar que se ordene todo lo que se haya ordenado por parte del servicio médico. (Se ordene en forma inmediata a la EPS XXXX, que le preste los servicios médicos necesarios: XXXX).

**TERCERA:** Se puede solicitar que se dé un tratamiento integral (Se ordene en forma inmediata a la EPS XXX el tratamiento integral a XXXX por XXXXX y que le sean prestados todos los servicios accesorios y posteriores a los procedimientos enunciadados en el numeral anterior requeridos para mejorar su estado de salud).

## V MEDIOS DE PRUEBA

1. Copia de la Cédula de Ciudadanía.
2. Copia del estado de afiliación (ADRES)
3. Copia de la historia clínica
4. Copia de las ordenes médicas
5. Copia del derecho de petición radicado el día XXXXX
6. SI hay respuesta a los derechos de petición copia de estos.

## VI JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que, por los mismos hechos y derechos, no he presentado petición similar ante ninguna autoridad judicial.



## VII NOTIFICACIONES

Las mías las recibiré en la secretaria de su Despacho o en la dirección XXXXX en la ciudad de Bogotá, Teléfono XXXXXX y al correo electrónico XXX@XXX.com

El Accionado NOMBRE ENTIDAD en la dirección XXXXXX Teléfono XXXXX y su correo electrónico es XXXX@zzz.com

Del señor Juez

NOMBRE:

C.C.

DIRECCIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONOS DE CONTACTO:

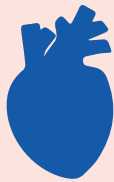
FIRMA





→

*Visita la sección web  
de Salud Disidente de  
Temblores ONG*







¿Será que las barreras de acceso a la salud para las personas con géneros y sexualidades no normativas no tienen curas ni remedios? En este informe argumentamos que, aunque en este momento pareciera lo contrario, sí las tienen. Para remediar hay que nombrar los problemas y este informe es un avance en la identificación y caracterización de las experiencias que constituyen barreras en nuestra posibilidad de existir en bienestar. Sin curas ni remedios es un diagnóstico de esas malas experiencias, pero también es un insumo, aún en construcción, para encontrar los remedios a este mal crónico que aqueja al sistema de salud en Colombia y a las personas que viven el género y la sexualidad fuera de las normas cis y hétero.



ISBN: 978-958-56953-6-8

