

**“YO SIGO EN MI LUCHA”**

**VIVENCIAS DE LA COMUNIDAD TRANS FRENTE A LA  
DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**



**MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI  
CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA  
GINA ALEJANDRA MARTINEZ ANAYA  
DAIANA LIZETH ROJAS LAMUS**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**BOGOTÁ**

**2016**

**JAVERIANA**  
Colombia

**“YO SIGO EN MI LUCHA”**

**VIVENCIAS DE LA COMUNIDAD TRANS FRENTE A LA  
DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

**MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI**

**CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA**

**GINA ALEJANDRA MARTINEZ ANAYA**

**DAIANA LIZETH ROJAS LAMUS**

**Trabajo de grado para optar al título de:**

**Enfermera**

**Asesor:**

**Daniel Gonzalo Eslava Albarracín**

**Rn. MsC. PhD**

**Profesor asociado**

**Pontificia Universidad**  
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**BOGOTÁ**  
**2016**  
**Colombia**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Bogotá D.C. 27 de mayo de 2016**

## AGRADECIMIENTOS

*Existen múltiples personas que con su amor, entrega y cariño se han convertido en seres fundamentales tanto en el proceso formativo llevado a cabo en estos cuatro años, como en la elaboración de este trabajo de grado. A todas ellas queremos dedicar nuestras palabras de agradecimiento pues, aun en las circunstancias más difíciles, con su apoyo y consejos nos han acompañado en este transitar y nos han enseñado la importancia de compartir nuestras experiencias con el otro.*

*A Dios, por brindarnos la paz, la fe y la convicción necesarias para continuar el proceso de formación y culminar satisfactoriamente nuestros proyectos estipulados en el transcurso de la carrera.*

*A nuestras familias, por ser quienes sin importar las situaciones adversas nos brindan todo su aliento y apoyo incondicional, gracias por estar presentes en cada uno de nuestros pasos y enseñarnos los valores del respeto, la responsabilidad y la dedicación.*

*A la Pontificia Universidad Javeriana por transmitirnos aquellos valores cristianos manifestados en la fe de San Ignacio de Loyola y San Francisco Javier y por brindarnos espacios de conocimiento en sus aulas de clase. Así mismo al cuerpo docente y administrativo de la Facultad de Enfermería, quienes durante el transcurso de la carrera nos brindaron todos sus conocimientos, sabiduría y valores, los cuales son base fundamental para nuestro actuar personal y profesional.*

*A nuestro profesor asesor Daniel Gonzalo Eslava, quien con su acompañamiento, dedicación y direccionamiento constante nos brindó todas las herramientas para la elaboración del trabajo de grado y la confianza necesaria para obtener los mejores resultados.*

*Al Servicio Amigable para la comunidad LGBTI del CAMI Samper Mendoza, por abrir sus puertas a los propósitos del proyecto de investigación y brindarnos un espacio ameno.*

*A las personas pertenecientes a la comunidad trans (transgénero y transexual) quienes participaron en la investigación, las cuales nos permitieron conocer, mediante sus vivencias, la importancia del respeto por la diferencia.*

## RESUMEN

La discriminación, segregación y estigmatización en la comunidad trans han sido fenómenos que se han venido presentando en todas las esferas sociales, inclusive en el sector salud. Estudios a nivel mundial sobre esta temática han arrojado en su mayoría una constante discriminación por parte de los profesionales de la salud los cuales no poseen las herramientas básicas para atender las necesidades de dicha población, inclusive se ha encontrado comportamientos de homofobia y mal manejo de la privacidad de parte de los médicos y enfermeras; así mismo se evidencio que la comunidad trans suele no asistir a los servicios de salud por miedo a ser juzgados y excluidos, lo cual ha generado un impacto negativo en la salud de las personas trans.

Es debido a lo anterior que se vio la necesidad de indagar e investigar cuales son las vivencias que presenta un grupo de personas pertenecientes a la comunidad trans que habitan en la ciudad de Bogotá en cuanto a demanda y utilización de los servicios de salud. Mediante una investigación en salud de carácter cualitativo se tuvo la oportunidad de entrevistar a 15 personas pertenecientes a la comunidad trans sobre cómo habían sido sus vivencias respecto a esta temática en específico.

Los resultados obtenidos se clasificaron en tres momentos de la vivencia: antes *“uno siempre va como predispuesto”*, durante *“uno tiene que enfrentarse y esperar lo peor”* y después *“la atención debería ser diferencial, incluyente, amigable y digna”*, cada uno con tres subcategorías que ayudaron en el análisis y comprensión de las vivencias, siendo esta la metodología de análisis con la cual se pudo corroborar lo encontrado en la investigación con los estudios y bibliografía de referencia, debido a que se encontraron vivencias en las cuales los participantes manifestaron ser rechazados y discriminados por los profesionales y en general por todo el personal de los servicios; de igual forma se evidencio que la principal causa del rechazo por parte del profesional es el desconocimiento sobre quien es la comunidad trans por consiguiente no saben cómo suplir las necesidades del paciente trans, ocasionando que el profesional de la salud prefiera no atenderlos o los atienda con rapidez durante las consultas haciendo anamnesis incompletas y superficiales.

Lo anterior genera una inconformidad en la población trans que prefiere acudir a otro tipo de instancias para aliviar sus enfermedades o solicitar los servicios con desconfianza y de manera tardía.

## ABSTRACT

Discrimination, segregation and stigmatization in the Trans community, are phenomenon that have been presenting in all social sectors, including in health field. Mostly of the global studies about this subject have showed a constant discrimination by health professionals, whom don't have the basic tools to deal the needs of this population. Even in some studies found behaviors of homophobia and mismanagement of the privacy by doctors and nurses, also was evidenced that the Trans community usually does not go to health care services because of the fear of being judged and excluded, this has generated a negative impact on transgender person's health.

Due to above, the authors saw the necessity of investigate about experiences that presents a group of people belonging to the Trans community who lives in the city of Bogota in terms of demand and utilization of health services. Through a qualitative study the researcher had the opportunity to interview 15 people belonging to the trans community about how it have been their experiences regarding this specific theme.

The results were classified in three moments of experience: *Before* "I'm always going predisposed", *During* "I have to prepare and expect the worst" and *Then* "the attention must be differential, inclusive, friendly and dignified," each one with three subcategories who helped in the analysis and understanding of the experiences. This was the methodology of analysis that served to corroborate the results with previous studies and literature, since in the investigation found experiences where the participants expressed be rejected and discriminated by professionals and by staff of the services; likewise the results of the research demonstrate that the main cause of rejection by the professional is the lack of knowledge about who is the trans community, therefore do not know how to attend the needs of the trans patient, causing that the professional choose not to serve them or treats them quickly during the consultations making anamnesis incomplete and superficial.

This generates a disagreement in Trans population that prefer to go to other instances to alleviate their illnesses or request the services with distrust and belatedly.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. ANTECEDENTES	13
2. SITUACIÓN PROBLEMA	19
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	20
4.1. VIVENCIA	20
4.2. SERVICIOS DE SALUD	20
4.3. DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	21
4.4. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	21
4.5. COMUNIDAD TRANS	
5. JUSTIFICACIÓN.	22
6. OBJETIVOS	26
6.1. OBJETIVO GENERAL	26
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
7. PROPÓSITOS	27
8. MARCO DE REFERENCIA	28
8.1. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	28
8.1.1. <i>Seguridad social antes de la ley 100</i>	28
8.1.2. <i>Deficiencias y dificultades del Seguro Social</i>	29
8.1.3. <i>Nueva perspectiva: Ley 100 de 1993</i>	31
8.1.4. <i>Deficiencias y dificultades del SGSSS</i>	33
8.2. COMUNIDAD LGBTI	34
8.2.1. <i>Historia de la comunidad LGBTI</i>	34
8.3. COMUNIDAD TRANS	39
8.3.1. <i>Definiciones y terminología</i>	39
8.3.2. <i>Antecedentes históricos</i>	40
8.3.3. <i>Demanda de los servicios en salud por la comunidad trans</i>	41
9. METODOLOGÍA	44
9.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO	44
9.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	44
9.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
9.4. INSTRUMENTOS	44
9.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
9.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	45
9.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	47

<b>10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>48</b>
10.1. ¿QUIENES SON ESTAS PERSONAS?	48
10. 2. CONSTRUYENDO LA VIVENCIA DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	50
10.2.1. “UNO SIEMPRE VA COMO PREDISPUERTO” (ANTES)	50
LO QUE SABEN DE LA SALUD.	51
10.2.1.1. <i>“Casi nada diría yo” (Saberes)</i>	51
10. 2.1.1.1. La salud no es solo física.	51
10.2.1.1.2. Ausencia de enfermedad	51
10.2.1.1.3. Equilibrio	52
LO QUE SABEN DE LA ENFERMEDAD	52
10.2.1.2. Desequilibrio entre lo físico, emocional y espiritual	52
10.2.1.2. Soledad y muerte	53
10.2.1.2. Estresado, triste o perturbado	53
10.2.1.2. Necesitar del médico	53
LO QUE SABEN DEL SISTEMA DE SALUD.	54
10.2.1.3. Servicios	54
10.2.1.3.1. Del sistema no se mucho	54
10.2.1.3.2. Que me atiendan	55
10.2.1.3.3. Sé que existen leyes	55
LO QUE PIENSAN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	56
10.2.2. <i>“Ellos son como unos rayos X portátil, ni lo tocan y ya saben que es lo que uno tiene” (Pensares)</i>	56
10.2.2.1. Atención de los servicios de salud.	56
10.2.2.1.1. Obstáculos tras obstáculos	56
10.2.2.1.2. Nombre jurídico vs nombre deseado	57
LO QUE PIENSAN DE LA ATENCIÓN QUE RECIBEN.	58
10.2.2.2. Atención brindada por los profesionales de salud	58
10.2.2.2.1. Ellos cojean todo el tiempo	58
10.2.2.2.2. Rechazo y falta de contacto personal.	59
10.2.2.3. Necesidades	60
10.2.2.3.1. Al final del largo recorrido lo logran	60
10.2.2.3.2. En definitiva, NO	60
LO QUE HACEN PARA CUIDAR SU SALUD.	61
10.2.3. <i>De lo normal (Haceres)</i>	61
10.2.3.1. Lo normal	61
10.2.3.2. Servicios más usados	62
10.3. “UNO TIENE QUE ENFRENTARSE Y ESPERAR LO PEOR” (DURANTE)	62
LO QUE SIENTEN DURANTE LA ATENCIÓN.	62
10.3.1. <i>Entre la ira, la incomodidad y el temor. (Sentires)</i>	62

10.3.1.1. Incomodidad y temor.	63
10.3.1.2. Trato impersonal.	64
10. 3.1.3. Sentimientos negativos	65
10.3.1.4. Pudor	66
<b>CÓMO ACTÚAN FRENTE A UNA SITUACIÓN QUE AFECTA SU SALUD.</b>	<b>66</b>
10.3.2. <i>Yo soy mi propio médico. (Actuares)</i>	66
10.3.2.1. Remedios caseros	66
10.3.2.2. Automedicarse	67
10.3.2.3. Médico como último recurso.	68
<b>LO QUE MAS LES AFECTA DE LA ATENCIÓN.</b>	<b>68</b>
10.3.3 <i>“No se fijan en mí, soy invisible, soy un número en una planilla”</i> <i>(Padeceres)</i>	68
10.3.3.1. Falta de humanidad.	69
10.3.3.2. Falta de interés.	71
10.3.3.3. Indiferencia.	71
10.3.3.4. Concepción cultural de lo “normal”.	72
10.3.3.5. Lenguaje verbal y no verbal despectivo.	73
10.3.3.6. Acudir al “chisme” con otros profesionales de la salud. No respeto por la intimidad.	75
10.3.3.7. Falta de preparación y conocimientos por parte del profesional de salud.	76
<b>10.4. "LA ATENCIÓN DEBERÍA SER DIFERENCIAL, INCLUYENTE, AMIGABLE Y DIGNA"(DESPUÉS)</b>	<b>77</b>
10.4.1. <i>Les falta mucho (Aprehenderes)</i>	77
10.4.1.1. Servicios de salud.	77
10.4.1.1.1. Mala atención	77
10.4.1.1.2. Falta de capacitación	77
10.4.1.1.3 Lucha continua.	78
10.4.1.2. Profesionales de salud.	79
10.4.1.2.1. Incompletos	79
10.4.1.2.2. No identifican...	79
10.4.1.2.3. ¿Sigue recomendaciones médicas?	79
10.4.2. <i>Atención diferencial pero no preferencial. (Proyectares)</i>	80
10.4.2.1. Condiciones de los servicios de salud para la comunidad trans en 5 años.	80
10.4.2.1.1. Dependientes de la administración	80
10.4.2.1.2. Evolución	80
10.4.2.1.3 Igualitaria	81
10.4.2.2. ¿Consultaría de nuevo?	81
10.4.2.2.1. Sí, claro.	81
10.4.2.3. Atención de los profesionales	82

10.4.2.3.1. Humanizado	82
10.4.2.3.2. Interés por aumento de conocimiento	82
10.4.3. <i>En los zapatos de la comunidad trans (Aconsejares)</i>	83
10.4.3.1. Consejos a los profesionales de salud.	83
10.4.3.1.1. Confianza propia.	83
10.4.3.1.2. Capacitación continua	83
10.4.3.1.3. Ser sensibles	84
10.4.3.2. Sistema de salud	85
10.4.3.2.1. Atención eficaz y capacitación	85
10.4.3.3. Entes territoriales.	86
10.4.3.3.1. Vigencia y continuidad	86
10.4.3.3.2. Nuevos servicios	86
11. CONCLUSIONES.	87
12. RECOMENDACIONES	89
13. CONSIDERACIONES FINALES	91
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	99

## INTRODUCCIÓN

La comunidad LGBTI (nombre relativamente reciente) se conforma por personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales. La comunidad trans a su vez se subdivide en personas transgénero y transexuales las cuales manifiestan características distintas tanto a nivel físico como emocional y psicológico. En este sentido, es importante resaltar que existen personas trans femeninas y trans masculinas que manifiestan una identidad y condición de género distinta a la que les fue asignada al nacer.

Teniendo esto en cuenta y evidenciándose que el Sistema de Salud en Colombia presenta deficiencias en cuanto al acceso equitativo e igualitario a los servicios de salud, surgió la pregunta de investigación relacionada con las vivencias de la comunidad trans al momento de solicitar un servicio de salud. Se pensó además que esto se potencia cuando se pertenece a un grupo vulnerado como lo es la comunidad trans. Para esclarecer las condiciones de las personas trans al momento de acceder a los servicios de salud, se inició un trabajo investigativo que tuvo como propósito escuchar la voz de la comunidad trans y sus experiencias al respecto.

En el siguiente documento se intenta responder a dichos planteamientos y se encontrará un proceso investigativo, perteneciente al trabajo de grado realizado por las estudiantes de enfermería de último semestre de la Pontificia Universidad Javeriana, el cual como se dijo anteriormente tiene como temática central exponer las vivencias de la comunidad trans en cuanto a la demanda y utilización de los servicios de salud.

Durante la revisión de la literatura se evidencia cómo la comunidad trans es constantemente vulnerada e ignorada por el sector salud, varios son los estudios a nivel mundial que reportan el rechazo que presenta el profesional de la salud a la hora de atender a un paciente trans, esto se corrobora con lo encontrado en el proceso investigativo.

El estudio realizado fue en salud de carácter cualitativo puesto que este se acomodaba a los objetivos e intereses del grupo investigativo, lo cual nos permitió conocer las vivencias directamente de los actores implicados, en este caso la comunidad trans de la ciudad de Bogotá. El instrumento utilizado para el estudio fueron entrevistas semiestructuradas las cuales se clasificaron en tres momentos importantes de la vivencia: el antes (compuesta por saberes, pensares y haceres), el durante (donde se encuentran los sentires, actuares y padeceres) y el

después(aprehenderes, aconsejares y proyectares), esta estructura ayudo no solo en la aplicación del instrumento sino también en el análisis de la información.

En el proceso de análisis se encontraron varias situaciones en las que se evidencia cómo la comunidad trans es constantemente juzgada y discriminada debido a su identidad de género, además se encontró que los profesionales de la salud son muchas veces propiciadores de estos comportamientos dentro de los servicios de salud.

## 1. ANTECEDENTES

El hombre desde el inicio de su existencia se ha interesado por el mantenimiento de su salud, en la época primitiva el estar sano se relacionaba con tener buena afinidad o relación con los dioses, si esta relación no era buena la persona se castigaba con una enfermedad. En las culturas primitivas, el Brujo era considerado una persona con el don de curar, pues poseía conocimiento de plantas, de preparación de pócimas y además tenía una relación de cercanía con los Dioses. Posteriormente este concepto de salud fue desapareciendo con la aparición del galeno y el naturalismo hipocrático ya que ellos plantearon que la existencia de ciertas alteraciones se debía a otras causas que no necesariamente estaban ligadas con lo sobrenatural. A finales de la edad media, con la innovación de la ciencia anatómica, se descubrieron principios anatomofisiológicos y químicos vinculados a la alteración de la salud, ayudando a la eliminación de la teoría sobrenatural en el concepto salud-enfermedad (Guiscafré, H; Salmerón, J, 2005).

Para el momento en que sucedió la Revolución Industrial se encontró que no solo la enfermedad se daba por alteraciones a nivel fisiológico, sino también por factores económicos, sociales y políticos. En el año 1876 nace el concepto de unicausalidad gracias a la teoría microbiana y durante el siglo XIX a causa de las investigaciones realizadas a los múltiples microorganismos ambientales este concepto se transformó y pasó a ser la triada descrita como: huésped, hospedero y ambiente. A inicios del siglo XX la causa biológica empezó a observar la salud desde el contexto en que se encuentra inmersa la persona dando origen a la multicausalidad para dar explicación al fenómeno salud-enfermedad(Guiscafré, H; Salmerón, J, 2005).

Posteriormente en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, concepto que ha sido reestructurado en varias ocasiones y ha tomado elementos que han sido mencionados con anterioridad, por lo que actualmente la salud puede considerarse como “El logro más alto del nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”, una definición establecida por Luis Salleras, la cual es importante aclarar que no es la única definición en la actualidad, pero si es bastante completa ya que tiene en cuenta elementos importantes para el abordaje de la salud (Ponte, C, 2009).

La salud en Colombia y como tal el Sistema de Salud tuvo su origen en el año 1945 con el nacimiento de la Caja Nacional de Previsión (CNP) y posteriormente con la construcción del Instituto de Seguro Social (ISS), la primera entidad se encargaba de cubrir los servicios en salud de las empresas pertenecientes al sector público y

el segundo cubría los servicios de los trabajadores del sector privado. La CNP y el Instituto Nacional del Seguro Social trabajaron de manera paralela e independiente. En cuanto al cubrimiento, casi el 95% de los trabajadores públicos se encontraban cubiertos por el sistema de prevención mientras que el 46% de las personas asalariadas y el 20% de la población económicamente activa se encontraban cubiertos por el Instituto de Seguridad Social, esto demostró una ineficacia e ineficiencia en la institución en términos de un cubrimiento mínimo, servicios deficientes y fondos financieros limitados (Cisneros, F,2003).

Cuatro décadas duró aproximadamente el Instituto de Seguridad Social y su estructuración se hizo bajo el modelo cepalino el cual buscaba proteger a los trabajadores con el fin de no crear problemas en los sindicatos, los cuales comenzaban a tener fuerza en el país. El modelo consideraba la salud como una inversión y no un gasto pues con ella se alcanzaría el desarrollo de la sociedad; tan grande fue el impacto de este modelo, que la clase obrera del país mejoró su nivel de vida, la economía creció y se mejoró la educación pública, lastimosamente no se logró una disminución en la desigualdad de las coberturas (Torres V & Chaves R, 2008).

Es así como se observa que en el año 1990 solo un 31% de la población colombiana tenía acceso a la Seguridad Social, de este porcentaje el 72% pertenecía al ISS. Al 70% de la población restante se le prestaba aseguramiento a través del sector público, el cual se financiaba principalmente de los recursos de la Nación. Esto generó una cantidad de tareas exorbitante que conllevó a un sistema ineficiente y propenso a la corrupción. Adicionalmente la Red Hospitalaria Pública era ineficiente debido a que se otorgaba a los empleados de estos hospitales prebendas generosas para aumentarles el salario. Otros inconvenientes fueron los bajos niveles de colaboración, pues no existía un sistema de solidaridad entre el sector privado y público que atendiera a las personas no aseguradas y el alto nivel de desigualdad, ya que se observó que el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías destinadas a la población pobre fueron ofrecidas a personas con acceso económico bastante elevado (Fedesarrollo, 2011).

Ya para la década de los 80 a nivel mundial se estaba dando fin a la guerra fría y con ello se daría paso a un nuevo orden a nivel social y económico lo cual agudizó las competencias comerciales entre y dentro de los países. A nivel del continente Suramericano se presentaron altas alzas en los intereses, se redujo el financiamiento externo y se crearon nuevas políticas basadas en el comercio y la economía. Esta nueva perspectiva económica recibió el nombre de modelo neoliberal y es bajo la cual se creó la nueva Constitución Política de Colombia en el año 1991 y en consecuencia la ley 100 en el año 1993 en la cual se dictaminó el

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que se encuentra en vigencia actualmente (Suarez, E, 2003).

Este sistema, así como el anterior, ha sido fuertemente criticado por su falta de accesibilidad y atención, debido a sus altos costos o por la inexistencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las diferentes zonas del país, los constantes incumplimientos en la prestación de los servicios incluidos en el POS, las faltas en los servicios de referencia y contra referencia, entre otros muchos otros problemas que tienen a la población colombiana inconforme (Martínez, F, 2013).

Paralelamente a lo que estaba aconteciendo en el país en cuanto a la formación del Sistema de salud, en el año 1969 se estaría dando lugar en Estados Unidos un suceso que cambiaría el rumbo de toda una comunidad, el acontecimiento ocurrió más específicamente el 28 de junio del año ya nombrado, en el cual un grupo de policías decidió entrar a un bar con el nombre de StonewallInn solicitando a todos los asistentes que se identificaran. Aquellas personas que presentaban vestimentas inadecuadas o discordantes a su sexo fueron detenidos, incluso aquellos que no quisieron identificarse fueron llevados a las penitenciarías, generando un gran escándalo y rebelión ante estos actos cometidos por la autoridades judiciales, fue en ese momento que nacieron grupos activistas a favor de las personas cuya orientación e identidad era diferente a las socialmente aceptadas (Turizo,J& Almanza, M, 2010). La comunidad gay antes de este suceso mantenía un perfil clandestino en Estados Unidos y en la mayoría de los países del mundo incluso se le asignaba una connotación de inmorales, ilegales y enfermos a las personas pertenecientes a este grupo.

En consecuencia a este suceso en el año 1969 se presentaron movilizaciones dentro del ámbito urbano para hacer valer los derechos de la personas gays y lesbianas. Como un recuento breve se tiene que para la década de los 70 la Asociación Americana de Psicología descarta la homosexualidad de la lista de trastornos mentales, Suecia se vuelve un país pionero en permitir desde su legislación el cambio quirúrgico de sexo para aquellos ciudadanos que lo deseen, en 1974 nace en Londres la línea telefónica de lesbianas y gays con el fin de apoyar a estas personas en condiciones de vulnerabilidad, en 1978 se usa la bandera Arco iris creada por Gilbert Baker con 8 franjas de colores que actualmente se reducen a 6. Ya para los años 90 se comienza a conocer la sigla LGBT a nivel mundial que hace referencia a lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas. En Colombia esta sigla se utilizó solo hasta los años 2000. Al principio de esta década surge también la IGLHRC: Comisión Internacional por los derechos Humanos de Gays y Lesbianas (Gamez,C, 2008).

La primera organización homosexual que se funda en Latinoamérica surge con el nombre de “Nuestro mundo” en el año 1968 en Argentina, la cual se convirtió en un hito de los movimientos de liberación homosexual en el continente. En Colombia se inicia el movimiento homosexual hasta finales de la década de los 60’s en pleno auge de los movimientos a nivel mundial donde surgen ideas de cambio normativo y social relacionado con asociaciones “gay” las cuales fueron lideradas y promulgadas por universitarios, artistas y profesores, así mismo se logró la despenalización de la homosexualidad en el país y el surgimiento de ciclos de protesta importantes como “el Primer encuentro Latinoamericano de grupos gays y lésbicos” y la “Primera marcha por los Derechos de los Homosexuales”(Gámez C, 2008).

En 1970 surge el primer grupo en Medellín llamado GELG (Grupo de Encuentro por la Liberación de los Gays) fundado por León Zuleta quien era un activista encaminado a trabajar con leyes y homosexualidad, esto con el fin de luchar en contra de toda discriminación que se presentaba en ese momento por parte de la Iglesia, la medicina y la moral, catalogando a los homosexuales como enfermos y delincuentes. Este grupo se esparció hasta Bogotá donde Zuleta y Manuel Velandia estudiantes de Filosofía y Psicología hicieron que el grupo se organizara de manera más amplia y lo llamaron “Movimiento por la Liberación Homosexual de Colombia”, desde el cual organizaron la primera marcha gay en 1982.

En los años 90 surgen los grupos de mujeres lesbianas y se empieza a ver la identidad lésbica. En 1994, Juan Pablo Ordóñez se trasladó a Colombia y junto con Germán Humberto Rincón constituyeron la Asociación Colombiana de Lesbianas y Homosexuales, la cual fue la primera en incluir la palabra lesbiana explícitamente (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008).

En cuanto a la población trans, son una población que sufre maltrato debido al arraigo de los roles de género impuestos culturalmente. La aparición de las personas trans es bastante reciente ya que se describe hasta finales de los 90. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008). La transexualidad está definida desde el año 1980 “como un trastorno mental, y actualmente recibe el nombre de trastorno de la identidad de género (TIG)”. Estos trastornos engloban los términos de la transexualidad y el travestismo (Miquel, M, 2008).

En relación con los antecedentes históricos de la población trans en Colombia la información recopilada es muy poca ya que lastimosamente la historia se ha escrito principalmente desde la mirada contextual del sector gay y lésbico, sin embargo se observa que ha sido la comunidad trans quien más ha hecho visible al sector LGBTI mediante diferentes propuestas en la construcción de paz y convivencia, esto se debe precisamente a los hechos de violencia, transgresión, silenciamiento y discriminación de los cuales han sido víctimas. En el año 2001 se crean mayores

organizaciones trans donde es importante destacar: a la Corporación Somos Opción bajo el liderazgo de Diana Navarro quien ha trabajado también con mujeres trans en la localidad de Mártires, el grupo Madonna y sus divas, quienes se constituyen como organización que realiza festivales en pro de la diversidad y el reconocimiento de los derechos de la población trans en la localidad (Ortiz Gómez, A, 2014).

Es así como la comunidad LGBTI surge en 2001, momento en el cual se reúnen por primera vez las Lesbianas, Gays, Transgeneristas y Bisexuales, esto ocurre cuando el Proyecto Planeta Paz es reconocido a nivel nacional, al mismo nivel de sectores con trayectoria amplia e histórica como: campesinos, sindicalistas, mujeres y afrocolombianos. Esta unión les permitió acelerar sus dinámicas internas, llegar a acuerdos, y participar con propuestas y hechos en la resolución del conflicto armado y social que vive el país.

Para el año 2005 Charlotte Schneider Callejas crea Transcolombia quienes promueven el derecho a la identidad cultural y sexual de los transgeneristas en Colombia y promueven la “garantía, restitución y realización plena de los derechos fundamentales, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), los derechos civiles y los derechos sexuales y reproductivos de los y las transgeneristas”. En el año 2009 surge el colectivo Entre- tránsitos quienes pretenden hacer visible las experiencias de aquellas personas que se identifican como hombres trans en Bogotá. En el 2011 surge Redetrans con el fin de articular nuevamente a diversas organizaciones para promover sus derechos, la creación de políticas públicas y otros temas que fortalecen a los y las líderes trans (Ortiz Gómez, A, 2014).

Gracias a estas organizaciones y movimientos a favor de la comunidad detransgeneristas, se han iniciado estudios en materia de salud que incluyen a este grupo poblacional, lo que ha permitido una diferenciación y distinción en cuanto a qué servicios usan o demanda con mayor frecuencia la comunidad, algunos de estos son el servicio de salud mental la cual engloba los servicios de psiquiatría y psicología, puesto que la comunidad trans se ha visto enfrentada a la negativa aceptación de la sociedad y por lo tanto los discriminan y estigmatizan. Todos estos actos tiene un impacto negativo en la salud mental y emocional de las personas trans, generando ansiedad y depresión, e ideas suicidas (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Otros servicios con una alta demanda por parte de esta comunidad son la consejería para enfermedades de transmisión sexual (ETS), consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, dermatología, clínica de heridas, higiene oral, sueño y nutrición (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Respecto a las problemáticas que se han encontrado con anterioridad en cuanto a la atención de los servicios en las personas trans se ha establecido que existen aspectos que condicionan a la comunidad LGBTI, estudios previos que han investigado sobre el tema como el realizado por la Secretaría de Planeación de la Alcaldía Mayor de Bogotá en el año 2008, manifiesta la existencia de discriminación y barreras de acceso a los servicios de salud (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008). En general el grupo LGBTI no acude a los centros de salud o acude de forma tardía, lo que hace que no se lleve a cabo una acción preventiva, un diagnóstico oportuno o un tratamiento eficaz de las múltiples necesidades en salud que presenta esta población. Otro tipo de barreras que manifiesta esta población son vergüenza, ocultamiento y temor a la reacción del profesional de la salud, lo cual genera la no asistencia a los servicios médicos.

Otros documentos como el de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General expone que en el profesional de la salud puede presentarse incomodidad, falta de entrenamiento en cuanto a qué o cómo preguntar a la hora de realizar una anamnesis, homofobia, desconocimiento de conductas del paciente, desinformación y mal manejo de confidencialidad, Incluso este desconocimiento por parte de los profesionales de salud no solo se presenta en Latinoamérica, un estudio realizado en Canadá en el año 2009 arrojó información respecto a la falta de conocimientos de los cuidadores en salud respecto a quien es una persona transgénero y que posibles necesidades de salud tiene esta población en particular (Ross. K, 2014). De igual forma se ha encontrado que las personas trans no se encuentran vinculados al sistema de salud, una investigación realizada en Santiago de Cali por la fundación Santa María en el 2006 encontró que menos de la mitad de las mujeres trans no están afiliadas a una EPS. A esto se suma que el modelo de atención en salud, no cuenta con servicios que incluyan a los grupos LGBTI, una guía o un protocolo específico y de obligatorio cumplimiento para los centros de salud que permita brindar a la comunidad LGBTI una atención integral y humanizada (Terrasa ,S, Mackintosh, R & Pinero, A, 2011).

## **2. SITUACIÓN PROBLEMA**

La situación problema se describe a partir de la necesidad encontrada mediante la revisión bibliográfica de dar voz y escuchar las vivencias de la población trans en

cuanto a la utilización y demanda de servicios de salud, ya que se ha encontrado mediante la revisión de la literatura que existe discriminación, segregación e invisibilización de las personas trans en los servicios de salud, lo cual se relaciona con los pocos conocimientos del personal de salud acerca de la forma adecuada de atender a dicha población. De esta manera consideramos necesario unificar la voz de la comunidad trans, ya que se identifican como sujetos importantes a la hora de comprender la verdadera situación que vive esta comunidad, relacionada no solo con la demanda y utilización de servicios sino también con la atención en salud que se les brinda. Es imperativo intervenir en esta problemática ya que de no ser así las condiciones de vulnerabilidad y maltrato que ha soportado la población trans a la hora de la utilización y demanda de servicios de salud se intensificarán, dando como resultado una situación de salud inestable y deficiente para dicha población. Es así como al conocer las vivencias de la población trans se brinda un aporte importante al conocimiento de aquellos factores que dificultan el acceso a servicios de salud por parte de la misma, incentivando la continuación en la investigación para mejorar las condiciones de salud de la población transexual.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las vivencias de un grupo de personas de la comunidad trans en la ciudad de Bogotá, frente a la demanda y utilización de servicios de salud?

### **4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS**

**4.1 VIVENCIA:** conocimiento de un acontecimiento vivido, sufrido o sentido en un individuo a lo largo de la vida. (Escobar, K, 2009). Se entiende también como aquella

experiencia vivida por una persona, la cual contribuye en la formación de la personalidad y el carácter del sujeto. (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007). Para la presente investigación las vivencias se entienden como aquellos relatos de las experiencias vividas por parte de la comunidad trans en el momento de la demanda y utilización de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Estas experiencias están comprendidas en tres momentos específicos los cuales son:

1. **El antes**, donde se identifican los conocimientos y pensamientos de la comunidad trans frente al concepto de salud, el sistema de salud y los servicios de atención, comprendiendo las acciones que adopta la comunidad trans relacionadas con la demanda y utilización de servicios de salud. Esto se traduce en los ítems saberes, pensares y haceres.
2. **El durante**, donde se describen los sentimientos y comportamientos de la comunidad trans en cuanto a la atención brindada en los servicios de salud, teniendo en cuenta su grado de aceptación de los mismos indicando aspectos positivos y negativos en la atención. Esto se describe en los ítems sentires, actuares y padeceres.
3. **El después**, donde se describen los aprendizajes que ha adquirido la comunidad trans relacionados con la atención en salud, las opiniones en cuanto a aspectos a cambiar en la atención y las ideas a futuro que plantea la comunidad trans en cuanto al sistema de salud y los servicios de atención en salud. Esto se traduce en las subcategorías aprehenderes, proyectares y aconsejares. (Eslava Albarracín, D, Rodríguez, S, 2008)

**4.2. SERVICIOS DE SALUD:** Son todas aquellas entidades públicas, privadas y mixtas, que prestan atención en salud a la población en cuanto a promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y rehabilitación (Guiscafré, H; Salmerón, J, 2005).

**4.3. DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD:** Hace referencia a la cantidad de servicios que las personas están dispuestas a conseguir para satisfacer sus necesidades en salud (Maldonado, M, 2007).

**4.4. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:** Se define como el transcurso de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada (Arredondo & Meléndez, 1992)

**4.5. COMUNIDAD TRANS:** hace referencia en este proyecto de investigación a las personas cuya identidad de género no corresponde a las socialmente aceptadas y

asociadas a su sexo al nacer, es decir que incluye tanto a transexuales como a transgénero y travestis.

- **Transgénero:** se entiende como aquel grupo de personas que difieren en diversas formas al sexo que les fue asignado al nacer pero que no han alterado o modificado sus caracteres sexuales primarios de nacimiento.
- **Transexual:** hace referencia a aquellas personas que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o secundarios por medio de intervenciones médicas ya sean hormonales o quirúrgicas con el fin de feminizarse o masculinizarse, acompañado de un cambio permanente del papel de género asignado culturalmente al nacer; es decir una mujer trans hace referencia a la persona que se identifica como mujer pero sus características sexuales son masculinas, en caso contrario el hombre trans es aquella persona que se identifica como hombre pero sus órganos sexuales son femeninos (Organización Panamericana de la Salud, 2012) .
- **Travesti o travestido:** se entiende como aquella persona que viste prendas de ropa diferentes al género que culturalmente se le asignó a su sexo. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).
- **Transición:** periodo mediante el cual la persona realiza modificaciones en su apariencia física cuyo fin es sentirse conforme con su identidad de género (transgénero, 2012).
- **Terapia hormonal u hormonización:** Es la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización (transgénero, 2012).

## 5. JUSTIFICACIÓN

En Colombia, el derecho a la salud está estipulado en el artículo 48 de la Constitución Política como un derecho fundamental para todas las personas habitantes del país sin distinción alguna. El derecho a la salud en el país tiene como plataforma de soporte el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se estableció mediante la ley 100 de 1993, el cual, tiene como pilar fundamental,

regular la prestación del servicios de salud y crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención. Además en este sistema se estipula los regímenes de atención en salud según las condiciones específicas de cada individuo (Congreso de la república de Colombia, 1993).

El SGSSS, viene funcionando desde 1993 hasta la fecha, trayendo consigo diferentes perspectivas, positivas o negativas. Un estudio realizado por FEDESALUD en 2013, expone los diversos problemas o crisis a las que se ve enfrentado el SGSSS, algunas de ellas hacen referencia a problemas de accesibilidad, incumplimiento en los servicios, restricciones en medicamentos, carencia de especialistas, entre otros (Martínez, 2013).

Estos problemas pueden presentarse en diferentes actores sociales, desde profesionales, trabajadores, estudiantes, amas de casa, mujeres, hombres niños entre otros; además es un problema que también se puede presentar en grupos minoritarios e interculturales como es el caso de la comunidad de lesbianas, gay, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI), especialmente la comunidad transexual o transgénero.

La comunidad LGBTI ocupa un porcentaje importante en la población Colombiana, y por consiguiente es una población que también es beneficiaria del derecho a la salud y necesita de la atención por parte del SGSSS, cabe aclarar que encontrar unas cifras confiables acerca de la cantidad personas pertenecientes a este género, es difícil, ya que no se encuentra un apartado específico en los censos del DANE, y por otro lado porque muchas de las personas pertenecientes a este género, no lo declaran abiertamente.

Colombia Diversa que es una organización que se centra en investigar y documentar la situación de los derechos humanos de la población LGBTI, refiere que esta población se enfrenta a diferentes tipos de discriminación, pero en este punto la que interesa, es la discriminación en cuanto a atención de servicios de salud, pues constantemente durante la prestación de estos servicios, se ven enfrentados, a burlas, miradas juzgantes e inclusive a la negación y exclusión del servicio de salud (Colombia diversa, 2015)

En Colombia específicamente en Bogotá, la Alcaldía mayor realizó un estudio en donde se observa que existen barreras de acceso a los servicios de salud y que estas son más marcadas en el subgrupo transgénero que en los bisexuales, gay y lesbianas. (Mejía& Benavides, 2008).

Un documento de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, habla acerca de la atención brindada a pacientes LGTBI, en este documento se evidencia la falta de herramientas para la atención a este grupo de población y de las percepciones negativas por parte de esta comunidad acerca de la prestación de los servicios de salud (Terrasa ,S, Mackintosh, R & Pinero, A, 2011).

Un estudio realizado en Panamá en 2013 a 234 mujeres trans, muestra que la mayoría de las personas trans acuden a los servicios de salud porque los profesionales tienen los conocimientos adecuados para atenderlos. Sin embargo, algunas encuestas relatan la experiencia de rechazo por parte de los profesionales de la salud hacia personas de la comunidad trans (Tallada, Ramírez, Heather, Toro, & Hembling, 2013). Así mismo en un estudio realizado en Ontario, Canadá se evidencio la importancia del respeto a la hora de entablar una conversación con el paciente trans y los conocimientos con cual cuenta el profesional para atender las necesidades específicas de la comunidad, en el mismo estudio se expuso la falta de formación en el cuidado diferenciado a la población LGBTI en las escuelas de enfermería, lo cual genera desconfianza en los profesionales generando barreras a la hora de brindar la atención (Ross K, 2014) .

El estudio realizado por National Center for Transgender Equality junto a The National Gay and Lesbian Task Force en el año 2010, presentó resultados de desigualdad en la atención a la comunidad transgénero y en la entrega de medicamentos, evidenciándose mayores tarifas en los medicamentos e inadecuada atención en las mujeres transgénero en comparación a los hombres transgénero, en la investigación también se preguntó respecto a la negación de la atención debido a su condición de género, la cual arrojó que el 19 % de las personas encuestadas en algún momento de su vida se les negó la atención en un servicio de salud debido a su identidad de género, lo cual pone en manifiesto una situación de discriminación a esta comunidad dentro de sistema de salud (Grant J. *et al.*, 2010).

Una audiencia realizada por fundaciones LGBTI en Perú, Bolivia y Ecuador muestra que en Ecuador se observa que debido a las pocas políticas y protección a la comunidad trans, la mayor demanda de servicios de salud en esta comunidad es por salud mental. En Perú hay una gran prevalencia de VIH en la población trans, ya que de cada dos mujeres trans una tiene VIH y son invisibilizadas en los servicios de salud sexual (PROMSEX, 2014).

En cuanto a Colombia se encontró un estudio realizado en Santiago de Cali en la fundación Santa María donde muestra en el 2006 que casi la mitad de las mujeres

trans no se encuentra vinculada al sistema de salud (Alcaldía de Santiago de Cali, 2014).

En Colombia, este problema ha tomado más fuerza, y diferentes entidades tanto locales, territoriales y nacionales, han implementado normas y leyes que buscan disminuir estas inequidades y estas barreras de acceso, tal es el caso de la sentencia C-044 de 2004, sentencia importante es la C-371, sentencia C-075 de 2007, Ley 54 de 1990, Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género en el Distrito Capital 2004-2016, decreto 482 de 2006, por el cual se adopta la Política de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2006).

Estas políticas y decretos, tienen como objetivo disminuir la discriminación, pero en ninguna de ellas, se establece un protocolo, una guía de atención o la instauración de acciones educativas hacia el personal de salud, con el fin de sintetizar y orientar la atención integral hacia este grupo de poblaciones, siendo esto último una motivación importante para realizar nuestra investigación.

A partir de esto surge el interés de realizar un trabajo investigativo que nos permita conocer las vivencias que tienen estas personas a la hora de acceder a un servicio de salud.

Son muy pocos los estudios que abarcan las vivencias y percepciones de la comunidad LGTBI en cuanto a la demanda y utilización de los servicios de salud, es por esto que esta investigación busca interactuar con las personas pertenecientes a la comunidad LGTBI, específicamente la población trans (transgénero y transexual) para conocer las vivencias por las que han pasado a la hora de demandar un servicio de salud.

Esta investigación llamó nuestra atención, ya que después de una revisión bibliográfica, se identificó que muchas de las personas Trans no asisten a servicios de salud reconocidos y reglamentados, por miedo a ser discriminados o porque simplemente no encuentran en estos centros de atención los servicios que demandan.

Al realizar esta investigación se quiere contribuir en el complemento de las investigaciones ya realizadas, además de ampliar la información para que los profesionales de la salud puedan conocer un poco más a fondo como se puede abordar en la atención de salud a la población trans.

Este trabajo pretende darle voz a la comunidad trans para conocer cómo es la situación o lo que sucede al momento de solicitar o demandar un servicio de salud, ya que de acuerdo a lo que el actor social exprese se pueden identificar algunas situaciones particulares que pueden ser sujeto de mejoramiento o de refuerzo en la atención de salud para esta población.

Por otro lado a lo largo de nuestra formación como enfermeras, no se tuvo la oportunidad o la posibilidad de tener una experiencia de trabajo con la población trans y dado que es una realidad, y por los que hemos observado durante nuestra experiencia como estudiantes, sabemos que más adelante en nuestro ejercicio profesional nos veremos enfrentados a atender a las personas trans y es por esto que queremos aportar algunos elementos que orienten a la atención y cuidado de enfermería dirigido a esta población, ya que este tema en mención no es un tema que se maneje a profundidad en los currículos de la mayoría de las facultades de enfermería del país.\*

Este trabajo a futuro podría aportar elementos importantes para quienes no han tenido la oportunidad de tratar con este grupo poblacional, que cada día toman más fuerza y hacen valer sus derechos. Por otro lado, desde los resultados de este trabajo puede ser posible plantear algunas alternativas tendientes a optimizar la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población trans, disminuyendo algunas barreras que se presentan en los mismos.

---

\* Estuvimos de manera desprevénida buscando algunos currículos de cuatro universidades que ofertan la profesión de enfermería, exactamente 2 privadas y dos públicas, y en ninguno existe una asignatura o módulo dedicado al abordaje para este grupo poblacional.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir las vivencias en cuanto a la utilización y demanda de servicios de salud por parte de un grupo de personas pertenecientes a la comunidad trans (transgénero y transexual) en la ciudad de Bogotá.

## **6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los conocimientos y pensamientos que tiene la comunidad trans frente al concepto de salud, el sistema de salud y la prestación de los servicios de salud, comprendiendo sus acciones ante la presencia de la enfermedad.
- Comprender el sentir y actuar de la comunidad trans frente a la atención brindada en los servicios de salud, teniendo en cuenta lo que ellos consideran como aspectos positivos y negativos en la atención.
- Conocer los aprendizajes que la comunidad trans ha adquirido relacionados con la atención en salud, teniendo en cuenta los aspectos a cambiar en dicha atención y las ideas a futuro que tiene la población trans en cuanto al sistema de salud y los servicios de atención en salud.

## **7. PROPÓSITOS**

- Aportar conocimientos mediante la investigación académica en relación con las vivencias en la atención en salud que experimenta la comunidad trans.

- Contribuir a los profesionales de salud, en especial a enfermería, en el acercamiento a la comunidad trans con el fin de conocer sus necesidades y vivencias en la atención de servicios de salud, generando conciencia sobre la aceptación y no discriminación a este grupo poblacional.
- Incentivar la realización de posteriores investigaciones que contribuyan a la generación de un conocimiento más amplio e integrado de las necesidades y vivencias en salud de la población trans.
- Motivar a las Instituciones de Educación Superior que brindan programas académicos en salud, hacia la inclusión de asignaturas relacionadas con la atención en salud a la comunidad trans.

## **8. MARCO DE REFERENCIA**

### **8.1. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

#### ***8.1.1. Seguridad Social antes de la ley 100***

La historia de la Seguridad Social en Salud en Colombia se remonta desde el año 1945 con el nacimiento de la Caja Nacional de Previsión (CNP) y posteriormente con la construcción del Instituto de Seguro Social (ISS), la primera entidad se encargaba de cubrir los servicios en salud de las empresas pertenecientes al sector público y el segundo cubría los servicios de los trabajadores pertenecientes al sector privado, existían también las Cajas de Compensación Familiar (CCF) las cuales además de prestar servicios de salud también ofrecían servicios como recreación y educación a los usuarios y sus familias. La CNP y el ISS trabajaron de manera paralela e independiente, ya que incluso desde las cajas de previsión existió una desarticulación debido a que se creó una por cada empresa existente en el país, lo que conllevó a que en el año 1991 existieran más de 1200 cajas de previsión. En cuanto al cubrimiento, casi el 95% de los trabajadores públicos se encontraban cubiertos por el sistema de prevención mientras que el 46% de las personas asalariadas y el 20% de la población económicamente activa se encontraban cubiertos por el ISS, esto demostró una ineficacia e ineficiencia en la institución en términos de un cubrimiento mínimo, servicios deficientes y fondos financieros limitados. (Cisneros, F, 2003).

La financiación del ISS y CNP era de la siguiente manera: las cajas de previsión se financiaban del 5% de los ingresos de los trabajadores públicos, estos recursos y el 7,3% del producto interno bruto (PIB) que aportaba el Estado se utilizaban para cubrir costos de salud y pensiones, mediante este sistema el trabajador podía acceder a un servicio completo de salud, mientras que su familia tenía una accesibilidad limitada; por otro lado, para el sector de la seguridad social el 7% de los ingresos laborales de cada trabajador financiaba al ISS, esta cotización permitía un acceso total a los servicios solamente al afiliado, pues al cónyuge y a los hijos menores de 1 año se les permitía un acceso de manera parcial. (Acosta, P, García, F, González, J & Mujica, A, 2011).

Cuatro décadas duró aproximadamente el ISS en Colombia, el cual desde su estructuración estaba basada en el modelo de salud cepalino el cual buscó proteger a los trabajadores asalariados con el fin de no crear problemas desde los sindicatos que iniciaban a tener fuerza en el país y así mismo se incentivara el trabajo en mano de obra e industria, el modelo consideraba la salud como una inversión y no como un gasto pues con ella se alcanzaría el desarrollo de la sociedad. Tan grande fue el impacto de este modelo que la clase obrera del país mejoró su nivel de vida, se generaron nuevas estructuras económicas y el sector industrial se expandió a tal nivel que la región se urbanizó. En los años setentas las políticas creadas desde este modelo permitieron el crecimiento económico y el mejoramiento en la educación pública, aunque no se logró una disminución en la desigualdad de las coberturas. (Torres, V & Chaves, R, 2008).

En respuesta a esta situación en el año 1974 se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) el cual intentó pobremente ampliar las coberturas a nivel nacional y disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, razón por la cual esta entidad se tornó asistencialista y centrada en los hospitales del Estado los cuales debían ofrecer los servicios de salud y encargarse de las actividades de Salud Pública. En 1970 el 7,5% de la población estaba cubierta gracias al ISS; para el año de 1990 la cobertura no fue la esperada pues no alcanzó a cubrir ni siquiera el 40% de la población Colombiana (Martínez, F, 2013).

### **8.1.2. Deficiencias y dificultades del Seguro Social**

Debido a lo anteriormente descrito, se observó que surgieron varios problemas en el funcionamiento del sistema donde uno de los más importantes fueron las bajas tasas de cobertura. Es así como se observa que en el año 1990 solo un 31% de la población Colombiana tenía acceso a la Seguridad Social, de este porcentaje el 72% pertenecía al ISS. Al 70% de la población restante se le prestaba aseguramiento a través del sector público, el cual se financiaba principalmente de los recursos de la Nación. Los recursos se dirigían a los departamentos para que allí fueran administrados por los Servicios Seccionales de Salud quienes controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (hospitales universitarios) y los de segundo nivel (hospitales regionales), estos a su vez controlaban a hospitales locales, centros y puestos de salud. Esto generó una cantidad de tareas exorbitante que originó un esquema inoperante y propenso a la corrupción. Adicional a esto la Red Hospitalaria Pública era ineficiente debido a que se otorgaba a los empleados de estos hospitales prebendas generosas para aumentarles el salario. Dicha ineficiencia llevó al aumento de recursos destinados al sector salud sin asegurar la cobertura y la calidad en los servicios. Es así como se asignaba un presupuesto muy elevado para los servicios de salud que no estaban relacionados con la cantidad de pacientes que se debía atender ni con la calidad de los servicios y el volumen de estos que se ofrecía a los usuarios.

El Sistema de Salud presentaba otros inconvenientes además de la baja cobertura y los gastos: se encontró un alto nivel de desigualdad y se presentaron bajos niveles de solidaridad en el sistema. El asunto de la desigualdad se observó cuando el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías que debían ofrecerse a la población pobre fueron recibidas por el 20% de la población rica. En cuanto a la solidaridad, aunque existían aportes de acuerdo al nivel de ingresos de las personas no existía un sistema de solidaridad entre el sector público y el privado para atender a aquella población que no estaba asegurada (Acosta,P, García, F, González,J& Mujica, A, 2011).

De la misma manera había una falta de motivación por las prácticas eficientes donde existiera un adecuado manejo del riesgo y los recursos, esto se reflejó en dos indicadores: a) la existencia de un bajo rendimiento de la hora- medico, es decir el número en el sector público era de 1,46 en relación con las 3 visitas por hora en el sector privado, y b) la baja tasa ocupacional de los hospitales que alcanzaba solamente el 47% de la capacidad total. También se presentaba una baja calidad en los servicios ya que incluso un 40% de la población pobre no asegurada preferían la atención ambulatoria en el sector privado a pesar de que les correspondía la obtención de servicios de atención en salud en el sector público (Acosta,P, García, F, González,J& Mujica, A, 2011).

Es importante anotar que no todo fue deficiente bajo este sistema de salud, ya que el Sistema Nacional de Salud fue exitoso en la atención primaria especialmente en vacunación y la prevención y control de enfermedades infecciosas y tropicales. Bajo este sistema se le dio prioridad al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), mediante jornadas de vacunación logrando coberturas del 95% a nivel nacional (Torres, V & Chaves, R, 2008).

Debido a este lento crecimiento en cobertura, la falta de articulación y coordinación de las diferentes entidades, los altos costos que debió asumir el Estado y la deficiencia en general del sistema, en los años 80 nacen los seguros privados que después de 10 años de funcionamiento tenían ya afiliados más de un millón de colombianos.

Igualmente para esta época a nivel mundial se estaba dando fin a la guerra fría lo que daría paso a un nuevo orden social el cual agudizó las competencias comerciales pues los países se vieron sometidos a los designios de las instituciones financieras mundiales como el Banco Mundial Internacional, y a nivel del continente latinoamericano se presentaron grandes alzas de intereses, reducción en el financiamiento externo y la creación de políticas basadas en el comercio y la economía. Esto afectó al país llevándolo a una crisis financiera que obligó al Estado a reestructurar su sistema a nivel político y social pues este adquirió un carácter privado y descentralizado, lo cual afectó al sector salud en el sentido de que este perdió apoyo del gobierno y se tornó en otra estrategia de mercadeo, convirtiéndola en un negocio rentable (Suárez, E, 2003).

### **8.1.3. Nueva perspectiva: Ley 100 de 1993**

La nueva perspectiva económica recibió el nombre de modelo neoliberal y es bajo la cual se creó la nueva Constitución Política de Colombia en el año 1991 y en consecuencia la Ley 100 en el año 1993 en la cual se dictaminó el Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que se encuentra en vigencia actualmente (Suarez, E, 2003). El SGSSS tiene como fundamento proteger a la totalidad de la población Colombiana, independiente de la vinculación laboral individual (Tafur, L, 2011). Este debe prestar servicios de salud, los cuales se entienden como todas aquellas entidades públicas, privadas y mixtas, que prestan atención en salud a la población en cuanto a promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y rehabilitación (Guiscafré, H; Salmerón, J, 2005).

Estos servicios de salud se prestan a nivel nacional y son de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales se guían por una serie de principios orientadores comprendidos en la Ley 100 dentro de los cuales se escogen como pertinentes para la presente investigación los siguientes: universalidad, entendida como la protección integral a todas las personas sin ningún tipo de discriminación durante el ciclo vital e integralidad donde se garantiza la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud de la población; y la eficiencia, entendida como la utilización social y económica de aquellos recursos administrativos y técnicos disponibles para prestar de forma adecuada, oportuna y eficiente de aquellos beneficios a los que da derecho la Seguridad Social (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Así mismo se definen dos conceptos importantes a tener en cuenta los cuales integrarán el SGSSS, en primera instancia se encuentra el de Seguridad Social descrito en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia como:

*“Es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”* (Congreso de la República de Colombia, 1991)

En segunda medida se describe el concepto de aseguramiento como: *“Conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo”* (Congreso de la República de Colombia, 1991).

El SGSSS está integrado por diferentes entes que logran articular y engranar los proyectos y los objetivos por el cual fue creado, como lo son las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación, el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a todos sus afiliados. Otro ente que hace parte del sistema son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los cuales hacen parte los hospitales,

clínicas y laboratorios, entre otros, encargados de prestar la atención a los usuarios afiliados al sistema de salud; en cuanto al Estado este se hace presente por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, actuando como organismo de coordinación, dirección y control (Congreso de la República de Colombia. , 1993).

Las principales fuentes de financiación que utiliza el sistema para su mantenimiento son las cotizaciones realizadas por los empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado, el cual también obtiene su mantenimiento por medio de un subsidio cruzado aportado por parte del régimen contributivo más otros fondos fiscales.

El SGSSS se encuentra dividido en dos partes, el régimen contributivo y el régimen subsidiado, el primero tiene como objetivo la afiliación de las personas que laboran y poseen una vinculación laboral certificada, y que tienen una capacidad de pago como lo son los trabajadores formales, independientes, los pensionados y sus familias correspondientes. El segundo régimen es el encargado de afiliar a todas las personas que no poseen una capacidad de pago suficiente para cubrir la cuota de un servicio de salud particular, caso contrario al régimen contributivo en donde sus afiliados asumen el costo de los servicios de salud recibidos, dentro de él están los trabajadores, cuyos ingresos se encuentran en una línea igual o inferior a un salario mínimo (Congreso de la República de Colombia. , 1993).

También podemos encontrar otro tipo de régimen catalogado como especial, como los son los trabajadores de las fuerzas militares (policías, militares, fuerza armada, INPEC ), empresas privadas como empresas petroleras ( ECOPETROL), el magisterio y las universidades públicas. La afiliación a los diferentes entidades de salud es de carácter obligatorio y se realiza por medio de las Entidades Promotoras de Salud ( EPS ) sean públicas o privadas, estas son las encargadas de ceder las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) el cual a su vez se encarga de devolver el monto equivalente a la Unidad de Pago por Capitación, ( UPC ) esto dependiendo de la cantidad de afiliados que posean (Congreso de la República de Colombia , 1993).

#### **8.1.4. Deficiencias y dificultades del SGSSS**

Sin embargo se evidencia en la cotidianidad la inconformidad general en la población colombiana en cuanto al acceso a servicios de salud de manera equitativa y oportuna. Se entiende como barrera en el acceso a servicios de salud como la incapacidad de los usuarios para buscar, acceder y obtener atención en salud

(Acosta,S, 2010), estas barreras pueden ser de tipo económico , geográfico, étnico, laboral, de género y cultural. Teniendo en cuenta algunos de los problemas más representativos y evidentes que se presentan en el sistema dentro de los cuales observamos (Martínez, F, 2013):

- Falta de accesibilidad y atención en salud ya que existen poblaciones apartadas y dispersas tales como la Orinoquia, el Pacífico y el Amazonas. De la misma manera en Bogotá también se evidencia falta de accesibilidad en sectores extremos de la ciudad como Ciudad Bolívar y Usme y limítrofes a la ciudad como Soacha, entre otros.
- Inaccesibilidad geográfica en diferentes partes del país ya que las EPS no desean aumentar gastos en el transporte de pacientes desde sus sitios de vivienda hacia los centros de salud. Por este motivo los ciudadanos más pobres deben cubrir estas altas tarifas de transporte (en especial el fluvial desde sitios apartados), lo cual representa la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales.
- Constante incumplimiento y falencias en la prestación de servicios incluidos en el POS, especialmente relacionados con la entrega de medicamentos a los afiliados, por lo cual los afiliados deben realizar un proceso jurídico mediante la acción de tutela lo que retrasa el tratamiento y aumenta los gastos económicos y de tiempo.
- Restricciones en la accesibilidad a los servicios médicos por parte de los hospitales contratados por capitación.
- Graves faltas en los servicios de referencia y contra- referencia de pacientes.
- Impedimentos a la hora de atender a los pacientes en los puntos señalados para tal fin.
- Falta de creación de instituciones hospitalarias que vayan de la mano del crecimiento de la infraestructura de diferentes ciudades capitales del país como en el caso de Bogotá. Las IPS y EPS en este sentido han tomado instituciones viejas y abandonadas para remodelarlas, de esta manera se evitan los costos y la inversión en instituciones hospitalarias nuevas.
- Los sistemas de contratación para los trabajadores de salud se convierten en limitantes para la prestación de servicios ya que estos se ven en ocasiones poco incentivados a realizar su trabajo. Esto se debe a que las contrataciones por prestación de servicios no les garantiza a los trabajadores una estabilidad laboral ni económica, esto ocasiona fatiga en el profesional de salud al verse obligado a trabajar por jornadas extensas y en instituciones distintas.
- La crisis social y financiera del sector salud se ve influenciada por los recobros al FOSYGA por medicamentos.

- Sometimiento de usuarios y pacientes a largas jornadas de espera para su atención, o condiciones inhumanas en donde los pacientes llegan a ser atendidos en pasillos, o en habitaciones en condición de hacinamiento.
- Falta de acceso a especialidades médicas en ciudades pequeñas e intermedias, lo que incurre en largos tiempos de espera para el manejo de enfermedades y en traslados desde distintas partes del país a la ciudad de Bogotá.
- Por último se observa que a la prestación de servicios de salud se le considera un negocio el cual está basado en la “competencia regulada”. Esto trae consigo corrupción y desviación de estos dineros a otros aspectos que no se relacionan con la salud de los colombianos.

## **8.2. COMUNIDAD LGBTI**

### ***8.2.1. Historia de la comunidad LGBTI***

Durante el siglo XIX se realizaron diversos cambios en cuanto a la percepción y aceptación de la comunidad a la que pertenecían las personas que gustaban de las personas de su mismo sexo (homosexuales). La sodomía (término utilizado para describir el acto del sexo anal entre homosexuales) se consideraba como un delito en diversos países, castigado con penas en prisión que iban desde los 5 a los 10 años y en algunas ocasiones cadena perpetua. Algunos de los países que no penalizaban la sodomía, era a causa de que solo consideraban digno de penalizar los delitos en donde los comportamientos afectarían a un tercero, ejemplo de ellos fueron Francia, España, Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Italia y Baviera, en América lo fueron Brasil, México, Guatemala y Argentina.

A causa de estos episodios de castigo a finales del siglo XIX comenzaron a emerger iniciativas para lograr despenalizar la homosexualidad. En un principio las acciones fueron de índole individual de algunos activistas como las de Heinrich Hösli (1784-1864), Karl Heinrich Ulrichs (1825-1895) o Károly Mária Kertbeny (1824-1882). A finales del siglo XIX en Alemania, se presentaron acciones en la formación de asociaciones con el mismo objetivo de la despenalización de la homosexualidad, especialmente de homosexualidad masculina, se originó, durante la República de Weimar, el movimiento de reivindicación de los derechos de los homosexuales más fuerte del mundo. En 1897 se creó en Berlín el Comité científico humanitario para combatir en contra del artículo 175 del Código Penal y por el reconocimiento social de los homosexuales y los transexuales. Este comité en el año 1898 consiguió reunir unas 5000 firmas de ciudadanos notables, en pro de la eliminación del artículo 175 y llevándolas al Reichstag, sin embargo esta no fue aprobada, ya que sólo la apoyaba una minoría del Partido Socialdemócrata. El Comité Científico Humanitario no se dio por vencido y buscó apoyo de diferentes organizaciones homosexuales,

presentando nuevamente en el año 1929 al Reichstag la despenalización, consiguiendo que se votara a favor de la retirada del artículo 175 (Noir, 2010).

Después de la Segunda Guerra Mundial, entre 1945 y finales de la década de 1960, surge el movimiento Homófilo «homófilo», del griego (homos, igual y filia, amor), fue adoptado como alternativa a la palabra homosexual, para lograr que se entendiera como un acto de amor y no de sexo y de esta forma lograr cambiar la imagen negativa que se tenía hacia los homosexuales. Su objetivo era conseguir la aceptación de los homosexuales y que además fueran miembros respetables de la sociedad por medio de la transmisión de un conocimiento científico claro de lo que significa la homosexualidad a través de dos medios: a) La difusión del conocimiento científico sobre la homosexualidad y b) lograr a partir de lo anteriormente dicho que la sociedad considerara que a pesar de las diferencias los homosexuales eran personas “normales” (Noir, 2010).

Uno de los momentos que marcó sustancialmente la historia de esta comunidad LGBTI fue el 28 de junio de 1969 en los Estados Unidos cuando un grupo de policías decidió entrar a un bar con el nombre de StonewallInn solicitando a todos los asistentes que se identificaran. Aquellas personas que presentaban vestimentas inadecuadas o discordantes a su sexo fueron detenidos, incluso aquellos que no quisieron identificarse fueron llevados a las penitenciarías, generando un gran escándalo y rebelión ante estos actos cometidos por la autoridades judiciales, fue en ese momento que nacieron grupos activistas a favor de las personas cuya orientación e identidad era diferente a las socialmente aceptadas (Turizo, J & Almanza, M, 2010). La comunidad gay antes de este suceso mantenía un perfil clandestino en Estados Unidos y en la mayoría de los países del mundo incluso se le asignaba una connotación de inmorales, ilegales y enfermos a las personas pertenecientes a este grupo.

Durante los años 60 se generaron otros movimientos sociales de índole político y cultural paralelamente al suceso de Stonewall, algunos de estos fueron la revolución estudiantil de Mayo del 68 en Francia, el hipismo, el Movimiento de Liberación Femenina en Occidente, la Revolución sexual y el feminismo y el movimiento afro. Nuevamente en Estados Unidos en el año 69 se presentaron movilizaciones dentro del ámbito urbano para hacer valer los derechos de las personas gays y lesbianas, lo cual representó para las organizaciones homosexuales momentos significativos y de gran importancia.

Ya para los años 70 se presentan los siguientes acontecimientos: la Asociación Americana de Psicología descarta la homosexualidad de la lista de trastornos mentales; Suecia se vuelve un país pionero en permitir desde su legislación el cambio quirúrgico de sexo para aquellos ciudadanos que lo deseen; para el año de 1974 nace en Londres la línea telefónica de lesbianas y gays con el fin de apoyar a

estas personas en condiciones de vulnerabilidad; en 1978 se usa por primera vez la bandera Arco iris creada por Gilbert Baker con 8 franjas de colores que actualmente se reducen a 6. Ya para los años 90 se comienza a conocer la sigla LGBTI a nivel mundial que hace referencia a lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales, en Colombia se utilizó la sigla solo hasta los años 2000. Al principio de esta década surge también la IGLHRC: Comisión Internacional por los derechos Humanos de Gays y Lesbianas (Gamez,C, 2008).

La primera organización homosexual que se funda en Latinoamérica surge con el nombre de “Nuestro mundo” en el año 1968 en Argentina, la cual se convirtió en un hito de los movimientos de liberación homosexual en el continente, sin embargo eventos como los de Stonewall invisibilizan los hechos que se estaban desarrollando en Latinoamérica y en otras partes del mundo. En el año 1978 se crea la organización ILGA (Asociación Internacional de Gays y Lesbianas, en sus siglas en inglés, International Lesbian and Gay Association) la cual establece alianzas a nivel internacional incentivando la creación de grupos homosexuales en el mundo, en Latinoamérica se han creado diversos grupos pertenecientes a la red ILGA en cada país dentro de los cuales es importante destacar las organizaciones Colombia diversa y Transcolombia. Ya para los años 80 es importante destacar que los distintos gobiernos en los países latinoamericanos estaban realizando la transición de un estado dictatorial a uno democrático, lo cual incentivó la visibilización de algunos movimientos homosexuales (Gamez, C, 2008)

En Colombia se inicia el movimiento homosexual hasta los años 60 y 70 en pleno auge de los movimientos a nivel mundial donde surgen ideas de cambio normativo y social relacionado con asociaciones “gay” las cuales fueron lideradas y promulgadas por universitarios, artistas, profesores entre otros. Esta etapa fue una apertura al ciclo de protesta que se ha desarrollado en el país en cuanto a los derechos y libertades sexuales y de género. A partir de esta década la comunidad LGBTI ha atravesado por múltiples adversidades en la promulgación de sus derechos donde se reconocen cambios normativos importantes como la despenalización de la homosexualidad en el país, también se encuentra el surgimiento de ciclos de protesta importantes como “el Primer encuentro Latinoamericano de grupos gays y lésbicos” y la “Primera marcha por los Derechos de los Homosexuales” (Gamez,C, 2008).

En 1970 surge el primer grupo en Medellín llamado GELG (Grupo de Encuentro por la Liberación de los Gays) fundado por León Zuleta quien era un activista encaminado a trabajar con leyes y homosexualidad, esto con el fin de luchar en contra de toda discriminación que se presentaba en ese momento por parte de la Iglesia, la medicina y la moral catalogando a los homosexuales como enfermos y delincuentes. Este grupo se esparció hasta Bogotá donde León Zuleta y Manuel

Velandia estudiante de Filosofía y Psicología hicieron que el grupo se organizara de manera más amplia y lo llamaron “Movimiento por la Liberación Homosexual de Colombia”, desde la cual organizaron la primera marcha gay (1982) y la promulgación de que los gays ya existían en el país (1979).

En los años 80 con la aparición de VIH- SIDA el “movimiento gay” en Colombia se divide en dos, por un lado los hombres crearon redes de apoyo entre ellos y buscaron ayuda del Estado por medio del Ministerio de Salud, lo que hizo que se reconocieran a la sociedad pero con una gran carga de estigmatización.

En los años 90 surgen los grupos de mujeres lesbianas por lo cual se empieza a ver la identidad lésbica. En 1994, Juan Pablo Ordóñez se trasladó a Colombia y junto con Germán Humberto Rincón constituyeron la Asociación Colombiana de Lesbianas y Homosexuales, esta fue la primera en incluir la palabra lesbiana explícitamente. En 1995 debido a esta asociación se crea un grupo de Solidaridad Lésbica (SOL) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008).

Debido a que el movimiento de los diferentes tipos de condiciones sexuales se trasladó a Bogotá, SOL y Feministas Autónomas, fundaron un grupo llamado Triángulo Negro en septiembre de 1996. En 1997 este grupo es conocido como el pionero en reconocer la participación de cualquier mujer lesbiana en diferentes ámbitos. Este grupo alcanzó uno de los logros más importantes para su comunidad el cual fue la demanda por institucionalidad donde refutaron acerca del hecho de que los docentes eran juzgados por su homosexualidad estableciéndoles penas por mala conducta e iniciación de procesos disciplinarios por medio de los cuales los docentes podían perder el reconocimiento de su profesión. La demanda fue ganada gracias a la gran participación de las integrantes del grupo y personas del gremio de docentes. A finales de los 90, Bogotá se convirtió en un ejemplo excepcional de la organización femenina lésbica en Colombia.

Así entonces, la comunidad LGBTI surgió en 2001 donde se reúnen por primera vez las Lesbianas, Gays, Transgeneristas, Bisexuales e intersexuales, esto ocurre en el momento en el que es reconocido por el Proyecto Planeta Paz, al mismo nivel de sectores con trayectoria amplia e histórica como: campesinos, sindicalistas, mujeres y afrocolombianos. Esta unión les permitió acelerar sus dinámicas internas, llegar a acuerdos, y participar con propuestas y hechos en la resolución del conflicto armado y social que vive el país.

En cuanto a la población trans, se puede reconocer como una de las poblaciones más maltratadas debido al arraigo de los roles de género impuestos culturalmente. El reconocimiento público de las personas trans es bastante reciente ya que surgen a finales de los 90 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008). La transexualidad está definida desde el año 1980 “como un trastorno mental, actualmente recibe el nombre de

trastorno de la identidad de género (TIG)”. Estos trastornos engloban los términos de la transexualidad y el travestismo (Miquel, M, 2008).

El endocrinólogo Harry Benjamín en 1954 es uno de los médicos que más se interesa por este trastorno e incluye la palabra transexualismo para definir a este grupo de personas, convirtiéndose en uno de los médicos pioneros en la atención a personas transexuales. Ese mismo año en USA, El Dr Benjamín presenta un estudio oficial a la comunidad médica acerca de este trastorno. En la década de los sesenta se empiezan a fundar clínicas de tratamiento a personas con «trastornos de identidad de género (Charlotte, G, 2008)

En 1966 el Dr. Harry Benjamín, presenta un documento oficial que indicaba de forma muy explícita como debería ser el tratamiento endocrinológico y quirúrgico de las personas trans. Suecia fue el primer país Europeo, en hacer legal la corrección del sexo en el documento de identidad en las personas con transexualismo y en cubrir por ley las cirugías reconstructivas necesarias por la sanidad pública sueca en 1972 (Miquel,M, 2008).

En Estados Unidos para el año 1979 se crea la *Harry Benjamin International GenderDysphoriaAssociation*, institución que produce los Estándares de Tratamiento del Transexualismo seguidos en todo el mundo. En 1989 la Recomendación de la Unión Europea a sus Estados miembros ordena legislar a favor de los derechos civiles y sanitarios de las personas nacidas con Transexualismo, con el fin de poner fin así a la histórica discriminación que sufren estas personas (Charlotte, G, 2008).

Desde los años setenta se han ido aprobando leyes en algunos países europeos para regular los cambios de nombre y mención de sexo en la documentación oficial de las personas donde se encuentran países como: Suecia, Turquía, Reino Unido, Alemania, Italia, Austria, Finlandia y los Países Bajos y recientemente Bélgica (Miquel, 2008)

## **8.3. COMUNIDAD TRANS**

### **8.3.1. Definiciones y terminología**

Dado que el trabajo investigativo se enfoca en la comunidad *trans* es imperante definir que esta comprende las personas transexuales y transgénero. La palabra travesti en inglés surge a principios del siglo XX y el término transexualismo nace en 1953 por el endocrinólogo alemán Harry Benjamin quien lo definió como “la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo”, posterior a esto la notoriedad social de este grupo se da en la década de los

ochenta. Desde este momento han aparecido diferentes definiciones y enfoques para designar este fenómeno, entre ellos se puede nombrar la disforia de género que lo define como “situación en la que hay un desacuerdo entre el sexo biológico o de nacimiento de una persona y su sexo psico-social o género de acuerdo con lo que socialmente se espera” (Biker, S; Herrero, I; Díaz,C, 2009).

Para entender un poco lo que significa ser transgénero, a continuación se presenta un breve explicación de lo que es sexo y género; La palabra sexo hace referencia al componente biológico de la persona, es decir a su genitales tanto externos como internos, en el caso del hombre los testículos, pene y próstata; en el caso de la mujer la vagina, ovarios, trompas de falopio y útero. Por otro lado el género es una construcción social al que se le añade un componente cultural, como los roles, los valores, los papeles sociales y la percepción psicológica y física que cada persona posee de sí misma (Biker, S; Herrero, I; Díaz,C, 2009).

Ya habiéndose aclarado estos términos otras definiciones importantes son trans, la cual es un adjetivo utilizado en este documento para referirse a las personas cuya identidad de género no corresponde a las socialmente aceptadas y asociadas a su sexo al nacer; transgénero se entiende como aquel grupo de personas que difieren en diversas formas al sexo que les fue asignado al nacer pero que no han alterado o modificado sus caracteres sexuales primarios de nacimiento, por otro lado transexual hace referencia a aquellas personas que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o secundarios por medio de intervenciones médicas ya sean hormonales o quirúrgicas con el fin de feminizarse o masculinizarse, acompañado de un cambio permanente del papel de género asignado culturalmente al nacer, finalmente una persona travesti se entiende como aquella persona que viste prendas de ropa diferentes al género que culturalmente se le asignó a su sexo (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Desde el enfoque cultural y social, este es un fenómeno que existe en todas las sociedades del mundo, pero su aceptación es diferente dependiendo de la cultura. En occidente los trans se consideran personas con desviación de la conducta y es tratada como tal, esto incluye legislaciones que los excluyen, los rechazan o los patologizan (Biker, S; Herrero, I; Díaz,C, 2009).

El término mujer trans o transfemenina se utiliza para referirse a aquellas personas trans que se identifican como mujeres es decir son aquellas personas a las que se le asignó el sexo masculino al nacer pero que se identifican como mujeres. El termino hombre trans o transmasculino es el que se utiliza para describir a aquellas personas trans que fueron asignadas al momento de nacer como mujeres pero que se identifican como hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

### **8.3.2. Antecedentes históricos**

En relación con los antecedentes históricos de la población trans en Colombia la información recopilada es muy poca ya que lastimosamente la historia se ha escrito principalmente desde la mirada contextual del sector gay y lésbico, sin embargo se observa que ha sido la comunidad trans quien más ha hecho visible al sector LGBTI mediante diferentes propuestas en la construcción de paz y convivencia, esto se debe precisamente a los hechos de violencia, transgresión, silenciamiento y discriminación de los cuales han sido víctimas. Las mujeres transgeneristas se han configurado como “antecesoras invisibles” en la historia del movimiento LGBTI, es así como sobresale una mujer llamada Trina quien defendió a transgeneristas y travestis en la década del 70. Ya en la década de los 80 sobresalen dos mujeres trans llamadas Ingrid y Mahana quienes en compañía de Trina lideran procesos ciudadanos en la localidad de Mártires incentivando a los travestis a hacer visibles sus derechos y políticas culturales (Ortiz Gómez, A, 2014)

En el año 2001 se crean mayores organizaciones trans donde es importante destacar: a la Corporación Somos Opción bajo el liderazgo de Diana Navarro quien ha trabajado también con mujeres trans en la localidad de Mártires, el grupo Madonna y sus divas, quienes se constituyen como organización que realiza festivales en pro de la diversidad y el reconocimiento de los derechos de la población trans en la localidad y la formación de la organización *Trans-ser* que nace como el producto de un trabajo investigativo de la psicóloga Marina Talero quien a partir de los resultados encontrados conforma un grupo terapéutico que funciona como red de apoyo a personas transgeneristas y actualmente tienen como objetivo la transformación de aquellos imaginarios sociales sobre la población trans, y además la creación de políticas públicas relacionadas con orientación de género e identidad sexual (Ortiz, A, 2014)

Para el año 2005 Charlotte Schneider Callejas crea Transcolombia quienes promueven el derecho a la identidad cultural y sexual de los transgeneristas en Colombia y promueven la “garantía, restitución y realización plena de los derechos fundamentales, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), los derechos civiles y los derechos sexuales y reproductivos de los y las transgeneristas”. En el año 2009 surge el colectivo Entre- tránsitos quienes pretenden hacer visible las experiencias de aquellas personas que se identifican como hombres trans en Bogotá (Ortiz, A, 2014)

Más recientemente se ha querido articular a las diferentes organizaciones trans, por tal motivo se crea la Mesa de Trabajo Trans, la cual convoca a dichas organizaciones trans activas en el momento, sin embargo la organización se desintegró luego de un año de trabajo. En el 2011 surge Redetrans con el fin de articular nuevamente a diversas organizaciones para promover sus derechos, la

creación de políticas públicas y otros temas que fortalecen a los y las líderes trans (Ortiz, A, 2014)

### **8.3.3. Demanda de los servicios en salud por la comunidad trans**

Luego del cambio de sistema de salud al SGSSS con la ley 100 de 1993, la estructura institucional generó igualmente una transformación en cuanto al reemplazo de la oferta por la demanda enfrentándose a la necesidad de producir recursos de una manera diferente, por lo tanto se decidió empezar una competencia con el fin de que hubiera una mayor sostenibilidad en el Sistema de Salud. A partir de este momento, se establece la demanda de los servicios de salud, la cual hace referencia a la cantidad de servicios que las personas están dispuestas a conseguir para satisfacer sus necesidades en salud, los cuales poseen la capacidad de pago para adquirir estos servicios a un precio determinado (Maldonado, M, 2007).

La salud es una finalidad en todos los seres humanos con el fin de desarrollar de una manera adecuada sus capacidades y llevar una calidad de vida satisfactoria. Sin embargo, como lo vimos anteriormente hay un momento en el que las personas se ven afectadas por una enfermedad o llevan estilos de vida los cuales afectan negativamente su salud. En este sentido, es necesario conocer los servicios en los cuales hay mayor demanda de servicios de salud por parte de la comunidad trans a partir de aquellos problemas de salud preponderantes en la población, puesto que se han visto de alguna forma desatendidos por los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La demanda de servicios de salud de la comunidad trans se encuentra en relación con los problemas de salud más comunes que presenta la población según diferentes estudios realizados por asociaciones trans en América Latina y el Caribe, donde se encuentran los siguientes:

- **Salud mental:** La comunidad trans se ha visto enfrentada a la negativa aceptación de la sociedad y por lo tanto los discriminan y estigmatizan. Todos estos actos son denominados “disforia de género”, esto al igual que la preocupación por tener una pareja para compartir una relación amorosa y la preocupación por la aceptación e inclusión a la sociedad suele generar un impacto negativo en la salud mental y emocional de las personas trans como la ansiedad y depresión, además de las ideas suicidas. Es importante aclarar que las personas trans acuden a este servicio por las condiciones anteriormente nombradas y no porque tener este tipo de identidad sexual sea una patología.
- **Consejería en VIH y otras ITS:** Es un punto fundamental para tratar ya que según los estudios realizados evidencian que la prevalencia de ITS como el VIH se encuentra notablemente en las mujeres trans, incluso tiende a ser

mayor en relación con la población en general, estas cifras son similares a las de la sífilis. Este tipo de servicio marca una pauta importante ya que dentro de esta comunidad existe el trabajo sexual y por lo tanto una probabilidad mayor de contagio o adquisición de ITS en dado caso de que no haya una protección adecuada.

- **Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas:** A pesar de que no hay muchos estudios relacionados al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en esta población, algunos informes muestran que las mujeres trans que son trabajadoras sexuales tienden a ser los mayores consumidoras de alcohol y drogas psicoactivas en relación con aquellas personas de la misma población que no son trabajadoras sexuales. Además de esto, el consumo de estas sustancias se relaciona con la situación de trabajo, la violencia que esto les pueden generar, la manera de enfrentar el trato de los clientes o por alentar a los clientes a beber. Es importante intervenir en este tipo de servicio ya que la persona alcoholizada o drogada pierde la capacidad de raciocinio por lo que es un factor de riesgo para transmisión de ITS y violencia física.
- **Auto administración de hormonas, inyecciones de relleno y otras formas de modificaciones corporales:** Debido a que la identidad de género de las personas trans se caracteriza por lograr una apariencia física deseada, ya sea de mujer o de hombre, acuden a la administración de hormonas las cuales causan tanto efectos deseados como adversos puesto que es un método invasivo y puede afectar seriamente la salud. De acuerdo a esto es necesario que la administración de estas hormonas sea con una técnica apropiada y evaluada donde se realice un seguimiento por profesionales especializados que monitoreen los efectos que puedan referir. Otros de los procedimientos que la comunidad trans suele utilizar son el relleno de tejidos blandos, que se realiza usualmente con silicona líquida con el fin de alterar diferentes partes del cuerpo, como por ejemplo las nalgas, piernas, labios, mejillas en el caso de las mujeres trans y en los hombres trans recurren más a inyecciones que alteran sus brazos y pecho. Lo realmente importante en este tipo de procedimientos es que por lo general no son realizados por personal calificado, ni en condiciones adecuadas de higiene, lo que conlleva a que esta intervención se contamine y produzca infección ya sea por hongos o bacterias. Las complicaciones no se basan únicamente en la técnica del procedimiento sino también porque el solo hecho de inyectarse silicona industrial (dimetilpolisiloxano) o aceites de parafina directamente en el tejido celular subcutáneo puede conllevar a una alteración importante de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2012)
- Otros problemas de salud que la población trans ha mencionado son: problemas dermatológicos (por erupciones, prurito, infestación parasitaria

como causa por prendas de vestir con materiales sintéticos, falta de higiene); problemas dentales, alteraciones del sueño, problemas nutricionales (trastornos alimenticios), clínica de heridas (derivadas de la violencia sexual y física), y problemas de salud asociados con el trabajo sexual (Organización panamericana de la salud, 2012)

Es necesario resaltar que la comunidad LGBTI al ser una población considerada como minoritaria y marginada socialmente por tradiciones culturales hegemónicas que son renuentes a aceptar la diferencia, experimentan mayores inequidades y desigualdades a la hora de acceder a servicios de salud que se enmarcan dentro del ámbito cultural (mencionado anteriormente), social, político, económico y personal, y que dependen del nivel educativo de la persona y/o de la identidad de género (Mejía, A; Benavides, L, 2008).

## 9. METODOLOGÍA

El trabajo realizado fue una Investigación en salud con enfoque cualitativo, puesto que este pretende identificar y describir un suceso o fenómeno en salud mediante la investigación de las experiencias de los participantes (García, J, 2004); el cual se realizó en el primer trimestre del año 2016 a personas pertenecientes a la comunidad *trans* que habitan en la ciudad de Bogotá.

**9.1. PARTICIPANTES:** Las personas entrevistadas pertenecen a la comunidad trans, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión. La población del estudio fue de 15 participantes, y el método de selección fue mediante el criterio de saturación de la muestra, cuando se encontró un patrón repetitivo en las respuestas.

**9.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** personas pertenecientes a la comunidad trans (transgénero y transexual), mayores de 18 años, que manifestaron de manera verbal y escrita mediante consentimiento informado su deseo de participar en el estudio y los cuales asistieron en el último año a algún servicio de atención de salud.

**9.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Personas que no pertenecían a la comunidad trans.
- Personas que pertenecían a la comunidad trans menores de 18 años.

- Personas que pertenecían a la comunidad trans y que no demandaron atención en salud en el último año a una institución prestadora de servicios de salud.
- Personas de la comunidad trans que no autorizaron debidamente su participación en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

#### **9.4. INSTRUMENTOS**

Este proceso se realizó a través de entrevistas individuales semiestructuradas confidenciales, que contenían preguntas abiertas y flexibles, las cuales se adaptaron a cada actor social y a su situación en particular. Las preguntas se desarrollaron teniendo en cuenta tres momentos específicos de la vivencia en salud: antes, durante y después, por medio de una serie de preguntas orientadoras en cada momento, las cuales ayudaron a la comprensión de las vivencias en salud de las personas trans(Ver anexo 1). Estas entrevistas fueron grabadas en sistema de audio las cuales tienen una duración promedio de 30 a 45 minutos y posteriormente fueron transcritas para su análisis. Se realizaron en escenarios reales en donde se desenvuelve la comunidad trans, como el Centro Amigable para personas LGBTI ubicado en la localidad de Mártires, en una Universidad privada en el centro de Bogotá y en los diferentes domicilios donde residen las personas participantes.

#### **9.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Con el fin de encontrar a los participantes del estudio, se realizó una búsqueda por diferentes páginas web y directorios telefónicos de organizaciones que apoyan a la comunidad trans. Posteriormente se enviaron correos electrónicos a distintas organizaciones en las cuales se brindaba información acerca de la investigación y se solicitaba un encuentro, en el cual se pudieran concretar las citas. Teniendo en cuenta la dificultad para concretar las citas, se decidió realizar visitas a varias ESE que brindan atención en salud a la comunidad LGBTI tanto en la localidad de Kennedy como en Mártires, en este último sitio fue donde finalmente se concretaron la mayor parte de las entrevistas con el apoyo de los profesionales de salud del Servicio Amigable para la comunidad trans.

Luego, se habló con los gestores de los servicios a los cuales se les dio a conocer los objetivos de la investigación y la metodología de recolección de la información, a partir de este momento los gestores se convirtieron en un puente de comunicación para conformar un grupo de participantes. Sin embargo la población necesaria para realizar el estudio no se encontraba completa, así que se optó por utilizar el método “bola de nieve” en el cual se le explica a un participante los objetivos y la metodología del estudio con el fin de que este sea un reproductor de dicha

información, propiciando encuentros con aquellas personas que deseaban participar.

## 9.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Posterior a la realización de las entrevistas y su transcripción, se procedió a realizar el análisis de los datos. Inicialmente se realizó una lectura mediante la elaboración de matrices estructuradas donde se agruparon las respuestas en los tres momentos estipulados: antes, durante y después, de acuerdo a cada pregunta planteada tomando frases textuales de cada uno de los participantes (Ver anexo 2). En un segundo momento, se clasificó lo más relevante de cada pregunta definiéndose las unidades de sentido mediante una lectura vertical (donde se buscó establecer una voz común en relación con las respuestas a las preguntas) y una lectura horizontal (donde se analizó a partir de cada pregunta la visión individual de cada participante) de las respuestas encontradas. (Ver anexo 3)

Posteriormente en la segunda matriz se realizó una relectura de la información con el objetivo de clasificar las respuestas en diferentes categorías o ejes de sentido que nos proporcionaron de una manera más ágil y sencilla los elementos relevantes de cada respuesta, consolidándose en una tercera matriz mucho más práctica que las anteriores (Ver anexo 4). A partir de esto se elaboró un análisis de la información de manera escrita de los resultados obtenidos clasificándolos en categorías predefinidas de acuerdo a la conceptualización propuesta de vivencias y a las emergentes en la información recolectada, esto se realizó utilizando como soporte los hallazgos obtenidos en la revisión bibliográfica.

Esto se describe en el siguiente cuadro explicativo donde se establecen los componentes básicos de la vivencia:

<p style="text-align: center;"><b>“YO SIGO EN MI LUCHA”</b>  <b>VIVENCIAS DE LA COMUNIDAD TRANS FRENTE A LA DEMANDA Y</b>  <b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.</b></p>		
<b>MOMENTOS</b>	<b>COMPONENTES</b>	
<b>ANTES</b>	-Saberes	Hace referencia a los conocimientos, pensamientos y acciones de la comunidad trans

	-Pensares -Haceres	en la demanda y utilización de servicios de salud
<b>DURANTE</b>	-Sentires -Actuares -Padeceres	Hace referencia a los sentimientos, comportamientos y el grado de aceptación relacionada con la atención en salud recibida por parte de los profesionales en salud, que se describe mediante aspectos positivos y negativos de la atención.
<b>DESPUÉS</b>	-Aprehenderes -Proyectares -Aconsejares	Hace referencia a las enseñanzas aquellos aspectos que las personas toman para sí mismas y comprenden al ser atendidos en un servicio, las opiniones y las ideas a futuro que tiene la comunidad trans en relación con el sistema de salud y los servicios de atención en salud.

**9.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:** Se tuvo en cuenta los aspectos éticos que se encuentran estipulados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, donde se establecen las condiciones para realizar investigación en seres humanos. A este respecto se observa que el trabajo de investigación no presenta ningún riesgo para las personas participantes.

Los participantes en la investigación manifestaron de manera libre y por voluntad propia el deseo de participar en el trabajo de investigación. De igual forma se respetaron las creencias culturales y religiosas de los participantes.

Los datos obtenidos en el proceso de investigación se manejaron de manera privada y respetuosa utilizándose solo con fines investigativos, se mantuvo la privacidad de la entrevista, el anonimato de los nombres de los participantes y la confidencialidad de sus datos.

Se realizó un consentimiento informado en el cual se explicó a los participantes del estudio el objetivo general del mismo y el propósito de la investigación, donde los participantes otorgaron su autorización en el desarrollo y posterior publicación del estudio. (Ver anexo 5).

## **10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

### **10.1. ¿QUIENES SON ESTAS PERSONAS?**

El grupo de participantes de la investigación son personas pertenecientes a la comunidad trans, los cuales se encuentran en un rango de edad de 19-51 años. El lugar de residencia de todos los participantes es Bogotá, algunos son procedentes de la costa (Montería y Cartagena), Tolima y una persona es de Cali. Además de esto la mayoría de las personas son solteras, solamente dos personas viven en unión libre. En cuanto a la profesión, existen dos personas las cuales cuentan con estudios profesionales, la proporción de estudiantes y estilistas es igual (5 personas), tan solo una persona se encuentra desempleada en este momento. Dentro de las ocupaciones que las personas mencionan se encuentra que existe gran variedad, 4 personas se desempeñan como estilistas o peluqueros, una de las personas que profesionalmente es estilista no ejerce dicha profesión, sino que por el contrario ejerce la prostitución y la venta de dulces de manera ambulante, otras personas se ocupan en labores del servicio de salud como auxiliar de enfermería y gestores en centros amigables para la comunidad trans; algunas personas se encuentran estudiando, dentro de los cuales se encuentran terminando la educación básica y otros realizando carrera profesional.

En relación con su transición, es evidente que para algunos de los participantes que hicieron la transición de hombre a mujer inician desde muy pequeñas, como ellos

mismos argumentan, desde esta etapa empezaron a tener cierta atracción por el sexo masculino, esto se puede evidenciar en las siguientes declaraciones:

*“yo me di cuenta desde que tengo uso de razón de que me gustan los hombres, desde que tengo uso de razón...” E4*

*“bueno pues, desde muy pequeña sentí atracción a los hombres...” E14*

Por otra parte para algunos participantes este proceso no inicia por la atracción al mismo sexo, algunos refieren que desde la infancia sabían que eran de sexo femenino, esto apoyado por frases como:

*“Mira que no es tanto aceptar lo que soy, porque desde muy chiquita yo supe que era niña...” E5*

*“todo empezó porque yo siempre me consideré una niña...” E10,*

De igual forma algunos de los participantes refieren la participación de la sociedad en este cambio: *“Mi historia es totalmente diferente y un poco larga. Yo no soy de esas trans que dicen que nacieron así, en mi caso a mí me hicieron poco a poco transexual” E7.*

Esto se sustenta con la literatura encontrada donde se puede observar que en las personas transexuales (de hombre a mujer) se conoce que existe un defecto genético congénito, en este caso se trata de los genes de metabolismo y genes receptores de los andrógenos y la aromatasa. (López, 2012). En cuanto a la transición de mujer a hombre, presentan categorías similares a las personas que hicieron su transición de hombre a mujer, así mismo desde la infancia empezaron a sentir atracción por personas del mismo sexo, sin embargo en este caso, algunos refieren que realizaron su transición en la adolescencia.

En la convivencia actual, los participantes refieren vivir solos, algunos otros viven con familiares como padres y tíos, otros pocos conviven y pasan el tiempo con sus amigos. Por esta razón, después de que los familiares se enteraran sobre su identidad de género la relación con ellos en la mayoría de los casos es nula, ya que se han alejado o los han expulsados de sus casas, otros por el contrario están viviendo con sus padres ya que recibieron el apoyo total y la aceptación, algunos

otros consideran que tienen familia emocional como amigos o redes de apoyo los cuales siempre están presentes aunque no tengan lazos de consanguinidad:

*“familia sanguínea no tengo. Tengo familia emocional, la red de apoyo, que no te puedes imaginar lo grande que es” E5*

Y tan solo una persona aun no le ha comentado a familiares acerca de su identidad de género: *“el paso a seguir era mantener las personas cercanas hacia mí, porque es diferente la sociedad la gente que no conoces, pero ya con la gente que en realidad te importa y quieres, ha sido como ¿qué pasará si yo le digo?, y pues todavía estoy como en ese proceso de decir y ya hay algunos que ya saben, se han enterado, les he dicho y pues hay algunos que lo asimilan que ya sabían que iba para allá, y una parte de ellos se alegran por mí y hay otros que no lo asimilan pero igual están ahí apoyándome, como hay otros que se fueron y son esas personas que al parecer no valían la pena” E13.*

Según la Organización Panamericana de la Salud, el rechazo por parte familiares como madres, padres y otros es muy común en la población trans lo que hace que se pierda ese grupo de apoyo (2012)

Por otro lado, los participantes mencionan que su tratamiento inició con la terapia hormonal u hormonización, la mayoría sigue realizando este tipo de tratamiento, algunos sin vigilancia médica. Otros por el contrario en el caso de transición de hombre a mujer comentan que no se han realizado completamente modificaciones corporales, únicamente implantes de mama y en el caso de los hombres trans la mastectomía e histerectomía.

En cuanto a la disforia de género se tiene que en la actualidad, es un término utilizado por los profesionales de la salud para diagnosticar la transexualidad, por lo tanto, algunos participantes difieren en cuanto a si la transexualidad debe ser identificada como una enfermedad mental o deben ser tratados independientemente de su condición de género. Los participantes en su mayoría, están en desacuerdo con el diagnóstico instaurado para la atención en salud que ellos necesitan, por el contrario solo una persona expresa que si está de acuerdo y reconoce que las personas trans son “enfermos mentales”, argumentándolo de la siguiente manera: *“si, somos enfermos la verdad, si uno se pone a mirar el, el que tu cerebro sea incapaz de reconocer tu cuerpo como propio pues realmente es una enfermedad” E9.*

## **10.2. CONSTRUYENDO LA VIVENCIA DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Para el análisis de las vivencias estas se dividieron en tres momentos importantes, el *antes* que hace referencia a los saberes, pensares y haceres que presentan la comunidad trans antes de acudir a un servicio de salud, el *durante* que está explícitamente relacionado con el momento en que son recibidos en los servicios de salud y el cual está compuesto por sentires, padeceres y actuares, y finalmente el *después* que habla específicamente de las enseñanzas que les ha dejado asistir a los servicios, este último también se conforma por tres momentos que son aprehenderes, aconsejares y proyectares.

### **10. 2.1. “UNO SIEMPRE VA COMO PREDISPUERTO” (ANTES)**

El momento de la vivencia que está constituido por el *antes* como se mencionó en el párrafo anterior hace referencia a aquellos saberes y pensamientos que la comunidad trans presenta frente a conceptos de salud, sistema de salud y atención del profesional de salud, así mismo este momento describe los haceres, el cual involucra las acciones que realizan las personas trans frente a la enfermedad y cómo ante los síntomas de la enfermedad las personas trans hacen uso de los servicios de salud.

#### **LO QUE SABEN DE LA SALUD**

##### **10.2.1.1. “Casi nada diría yo” (Saberes)**

Durante el análisis de las entrevistas se observaron tres variantes o conceptos que constantemente se repetían en el momento de preguntarles a las personas que significaba para ellos el estar sano.

##### **10.2.1.1.1. La salud no es solo física.**

Para las personas trans entrevistadas en la investigación el estar sano implicaba no solo tener salud física, sino que también involucra el sentirse bien espiritual y emocionalmente, así mismo el término estar sano se relacionó con tener calidad de vida, el poder ser feliz y estar tranquilos, elementos que también comprenden la salud emocional del ser humano, es así como el estar sano en la comunidad trans va más allá de estar sin dolor físicamente. Lo anterior lo podemos observar en las siguientes proposiciones realizadas por los entrevistados

*“pues es que la salud no es solo física sino espiritual, entonces si uno se siente tranquilo en esos aspectos me imagino que se siente sano.” E1*

*“Poder estar emocional y afectivamente tranquilo” E12*

*“es como no tener algo como perturbante en un grado alto como para alterarlo como la cotidianidad” E9.*

Lo anteriormente mencionado se puede relacionar con el término de salud propuesto por Ponte (2009) el cual la define como el nivel más alto de bienestar no solo físico sino que también mental y social, así mismo incluye la capacidad de funcionamiento del individuo o el colectivo de acuerdo a lo permitido por los factores sociales en los cuales vive inmerso.

#### **10.2.1.1.2. Ausencia de enfermedad**

Para una pequeña proporción de las personas entrevistadas el estar sano se relaciona con el no tener enfermedades o dolores que les impida realizar sus actividades diarias, algunos consideran que el estar sano es no tener enfermedades de transmisión sexual y el no necesitar acudir a un médico para ser tratado por algún tipo de dolor. Es así como un hombre transgénero la define:

*“pues no tener SIDA, no tener ¿sí?, digamos que... Mmmmm... No tener como infecciones ¿sí?” E2,*

Esto se puede reforzar con la respuesta dada por otra mujer transgénero

*“básicamente es que no siente dolor que no se enferma a repeticiones, que no tienen que asistir a un servicio médico seguido” E14.*

El significado de estar sano para ellos se relaciona con una parte de la definición de salud realizada por la OMS en el año 1946, la cual dentro de su definición consideran la variante de ausencia de enfermedad.

#### **10.2.1.1.3. Equilibrio**

Para algunas de las personas entrevistadas pertenecientes a la comunidad trans el estar sano involucra el estar en equilibrio, es decir, encontrarse bien tanto a nivel físico como metafísico, esto comprende que el interior debe estar en tranquilidad y felicidad y en el exterior no se debe presentar ningún tipo de dolor para considerarse sano. Es así como lo presenta una de las personas entrevistadas *“Puede ser un equilibrio general, sentirse bien, socialmente, sentirse bien con uno mismo, y hacer también cosas que lo hagan sentir bien y que no lo perjudiquen a uno mismo” E3.*

Esta categoría también se relaciona con la definición realizada por Ponte desde la perspectiva de los determinantes de la salud, pues como ya se mencionó no solo tiene en cuenta la ausencia de la enfermedad sino que también considera el bienestar mental y emocional del individuo (2009).

## **LO QUE SABEN DE LA ENFERMEDAD.**

Para la pregunta realizada respecto a qué significa estar enfermo, surgieron cuatro categorías que resumen las respuestas dadas por los participantes en el estudio.

### **10.2.1.2. Desequilibrio entre lo físico, emocional y espiritual**

Para una cantidad considerable de las personas entrevistadas el estar enfermo significa todo lo contrario a estar sano, en ese sentido varias de las personas pertenecientes a la comunidad trans refirieron que el estar enfermo es el desequilibrio que se presenta cuando una de las esferas de la vida, ya sea física, emocional, espiritual o social no están bien y debido a ello hay algo que perturba de manera general a la persona lo cual hace que se manifieste en una enfermedad. Es así como lo manifiestan las siguientes personas entrevistadas

*“pues... Es lo mismo jajaja... si, es lo contrario a eso... si porque igual no sé yo puedo tener... dolor de cabeza, pero anímicamente puedo estar bien y puedo sentirme feliz pero con dolor de cabeza” E1*

*“Para mi estar enferma, es cuando alguna de las partes de mi vida está afectada, no solo cuando mi cuerpo físico, se afecta, también cuando estoy depre, o cuando estoy baja de nota.” E7*

### **10.2.1.2. Soledad y muerte**

Una cantidad muy pequeña de las personas entrevistadas manifestaron que estar enfermo implica el tener algo dentro de sí que los llevará a la muerte, *“algo que me va a llevar a la muerte” E2*. Así mismo, hubo otra cantidad que expresaron que el sentirse solo es estar enfermo, pues en ese sentido no habría nadie quien cuidara de ellos:

*“pues sería terrible, una depresión macabra, yo creo que la ansiedad y la soledad que sentiría serian demasiadas... lógico porque pues yo estoy solita, a mí nadie me colabora con nada y pues sería terrible si yo me llevo a enfermar, para mi sería macabro, Dios mío protégame de eso” E4.*

### **10.2.1.2.3. Estresado, triste o perturbado**

Para algunas de las personas transgénero entrevistadas el estar enfermo implica el sentirse triste o deprimido, así mismo manifiestan que el tener estrés hace que su salud empeore y se enfermen, este estrés proviene de un mal ambiente social en el cual son excluidos por las demás personas. Esto se puede corroborar en las siguientes afirmaciones realizadas por las personas trans

*“¿Enfermo? Sería estar triste, si esos sería.” E6*

*“tener mal ambiente en todo lado, eso causa que uno esté mal, esté enfermo” E10.*

#### **10.2.1.2.4. Necesitar del médico**

Otra categoría que surge del análisis realizado a la pregunta qué significa estar enfermo, está relacionada con el uso de los servicios de salud, en ese sentido para algunas de las personas entrevistadas el estar enfermo también implica el necesitar tratamiento médico para alguna enfermedad, a continuación se presenta una de las afirmaciones realizada por una mujer transgénero *“una persona que requiere tratamiento médico, una persona que requiere de un seguimiento médico” E14*, incluso para algunos el estar enfermo también se relaciona con el tener alguna ETS como se observó en la entrevista número 2 en la cual la persona manifiesta que el estar sano implica no tener infecciones o SIDA, esta categoría se relaciona con la definición de enfermedad que presenta el diccionario de Taber el cual define la enfermedad como la falta de “tranquilidad”, o la presencia de una condición patológica que altera las funciones del organismo (Schoenbach ,2000).

### **LO QUE SABEN DEL SISTEMA DE SALUD.**

**10.2.1.3. Servicios:** las categorías que se presentan a continuación agrupan las preguntas realizadas respecto a los conocimientos que poseen del sistema de salud, los derechos en salud y los programas y políticas públicas que cobijan y protegen a la comunidad trans en el país y a nivel distrital.

#### **10.2.1.3.1. Del sistema no se mucho**

En general las personas entrevistadas refirieron no conocer o conocer muy poco sobre cómo funciona o está estructurado el sistema

*“no mucho... no pues realmente, no mucho... casi nada diría yo” E1*

*“ayyyy de eso dieron una clase pero yo no... (Niega con la cabeza) no se hablaban de leyes y la ley... 91... ¿sí?... pues es corrupto, y mal pago entonces como... ¿Cómo puedes pedir algo bueno si le pagan mal a la gente?” E2*

Así mismo desconocen cuáles son sus derechos como ciudadanos y por la misma razón ignoran cuáles son sus derechos en salud, es así como lo manifiesta la

mayoría de los entrevistados *“mmm no, no sé muy bien sobre eso. Supongo que a que me atiendan, es el principal.” E2.*

Al mismo tiempo fueron pocos los que manifestaron conocer algún tipo de programa que cobije a la comunidad transgénero en el país, algunos justificaron sus desconocimientos del sistema de salud debido a que prefieren mantenerse los más alejado de los hospitales y centros de salud que para ellos son solo caos y corrupción, por lo que eligen pagar médicos particulares o simplemente no acudir a los servicios en absoluto. El siguiente es un comentario hecho por una de las personas entrevistadas en la investigación *“Conozco poco, ya que por mi condición prefiero pagar todos mis tratamientos de manera particular. Por información que me da mi esposo... Y por lo que se ve en los noticieros, la atención como que no es muy buena, porque mucha gente se muere en la puerta o en la sala de espera” E7.*

Esto deja al descubierto como muchas veces las personas trans prefieren solicitar servicios particulares y evitar la asistencia a los centros de salud, así mismo se puede observar que el desconocimiento del sistema y su funcionamiento también se debe a una desafiliación por parte de esta comunidad que no conoce sus derechos y por ende no exigen los mínimos requisitos que es el estar vinculado al SGSSS, esto se puede corroborar con el estudio realizado en Santiago de Cali en el cual se observó que casi la mitad de las personas incluidas en el estudio no se encontraban vinculadas al sistema (2014).

#### **10.2.1.3.2. Que me atiendan**

Los pocos conocimientos que presentan la gran mayoría de los entrevistados refieren que a pesar de no conocer a la perfección sus derechos son conscientes que tienen algunos y que entre ellos uno de los más importantes y el mayormente mencionado fue el derecho a ser atendidos en los servicios de salud, en este sentido los entrevistados manifestaron tener muy claro que a ellos no se les debe negar la atención a pesar de que en la mayoría de los casos este derecho es violado.

*“yo conozco que tengo derecho a ser atendida como cualquier persona, tengo derecho a tener una atención inicial de urgencias por un especialista certificado, eso es lo que yo tengo entendido” E10*

*“no es que sepa mucho mis derechos, sino que simplemente siento que los tengo y por lo mismo los tengo que exigir, a mí no me tienen que privatizar ni negar nada” E13.*

#### **10.2.1.3.3. Sé que existen leyes**

En cuanto a los conocimientos que refieren tener de las leyes que protegen a la comunidad transgénero, se evidenció que son muy pocos los que conocen estas leyes y programas, en general no están informados respecto al tema, y aquellos que

saben sobre estas, sienten que en esta nueva administración la dirección e implementación de estos programas ha cambiado y han sido más visibilizados, por lo que su situación respecto a la atención en salud puede empeorar en los siguientes años. Esto lo manifiestan las siguiente personas *“yo si sentí que teníamos más herramientas en la anterior administración, fuimos escuchados, ósea la gente trato de darnos esa importancia, así hubiese habido gente que intento adueñarse del tema y sacar beneficio de ello”* E13.

Por otro lado algunos refieren que el único programa que conocen es el de los Centros Amigables para la Comunidad LGBTI, *“si, por ejemplo esto de la Red Amigable, me parece algo espectacular, no me han negado el examen del VIH en ningún lado, en ningún centro de salud”* E4.

## **LO QUE PIENSAN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**10.2.2. “Ellos son como unos rayos X portátil, ni lo tocan y ya saben que es lo que uno tiene” (Pensares)**

**10.2.2.1. Atención de los servicios de salud:** respecto a la pregunta realizada a la comunidad trans relacionada con sus pensamientos antes de asistir a los servicios de salud sobre lo que creían que se encontrarían en dichos servicios, la mayoría de los entrevistados respondieron de acuerdo a experiencias y sucesos pasados, a continuación se describen las dos categorías que surgieron de esta pregunta en especial.

### **10.2.2.1.1. Obstáculos tras obstáculos**

La gran mayoría de las personas entrevistadas piensan que el sistema presenta una gran cantidad de obstáculos que les impide recibir una atención de calidad, el problema no está solo en cómo el médico los atiende, sino que éste surge desde el momento en que deciden asistir a algún servicio de salud puesto que tanto el portero como todas las personas dentro del servicio, ya sean personal del centro de salud o pacientes que se encuentran en la sala de espera hacen que las personas trans se sientan excluidas y rechazadas. Así mismo consideran que los trámites son demorados y la atención es inadecuada por lo que muchos prefieren no ir al médico y acudir a otro tipo de alternativas, aquí se presentan las respuestas realizadas por dos personas de la comunidad:

*“ehh... rechazos. Pues es que en mi caso es el pasar desde el vigilante, desde explicarle al vigilante... que no tendría por qué hacerlo, ya que él no es el que me va atender... hasta la persona de... los médicos... ósea desde ese momento es llegar a explicarles que necesito entrar, que aunque el carnet... ósea vuelve y juega... que el carnet y la cedula... ¿sí? Entonces, es ese rechazo*

*de las personas, de llegar a un lugar donde no saben ni siquiera que es un hombre trans, por ejemplo. Donde le van a empezar a preguntar a uno cosas como:” ¿Cómo así usted es un hombre pero es una mujer? o ¿es una mujer pero es un hombre?... no entiendo”*  
**E1.**

*“Muchas veces la atención que he recibido. Adelantándome, es bastante agresiva empezando por el portero, tal cual como lo he dicho varias veces, el portero muchas veces ni deja entrar porque se siente el dueño del edificio, después de salvar ese obstáculo se encuentra uno con obstáculos todavía muchísimos más fuertes, porque te van a tratar como señor, cuando pese a que tu cedula diga otra cosa, pese a que te veas diferente, la gente, -señor, señor, señor-. No solamente conmigo sino con otras personas, ya mi cedula y mis documentos están al día, pero hay otras personas tienen todavía la o sus documentos con el nombre macabro... hay choques, porque hay personas administrativas que dicen - no es que la voy a llamar como dice la cédula pero señorita, vea un momento por favor-, es una chica trans a quien debemos de tratarle, por respeto a la persona de una forma de género diferencial... yo quiero que me llamen de una forma educada, respetuosa y recibir una atención específicamente igual.”* **E5.**

En el estudio realizado por FEDESALUD (2013), se evidenció una situación muy parecida a la que presentan las personas entrevistadas en esta ocasión, tanto en la investigación de FEDESALUD como en la expresada por los entrevistados, manifestaron presentar problemas en la accesibilidad y cumplimiento de los servicios por parte del sistema, así mismo en la de FEDESALUD se evidencia una verdadera crisis en el SGSSS el cual no solo atiende de manera inoportuna e inadecuada a la comunidad LGBTI, sino que esta problemática es evidente en todos los actores sociales desde profesionales hasta niños, adultos mayores entre otros, lo que sucede es que esta situación se agrava en grupos minoritarios como la población transgénero pues existe un desconocimiento respecto a cuáles son sus necesidades en particular.

#### **10.2.2.1.2. Nombre jurídico vs nombre deseado**

La mayoría de las personas entrevistadas en el estudio manifestaron no haber realizado aún los trámites necesarios para cambiar su nombre de nacimiento (jurídico) al nombre por el cual desean ser llamados (identitario), esto genera que

constantemente sean expuestos y llamados por el micrófono por sus nombres jurídicos lo cual genera incomodidad, burla y señalamiento:

*“cuando tenía mi nombre jurídico, alguna vez fui a una consulta y hablé con la persona pues que cuando me fueran a llamar pues me llamaran por pues por mi nombre por Laura y pues pego a grito herido el nombre Carlos, el señor Carlos Pedreros que pase por favor a la consulta y fue muy incómodo pues yo ya me veía diferente la gente te mira, pues no faltan las personas que están ahí en la recepción que se miran y se ríen, y luego hacen comentarios entonces fue un poco incómodo, entonces uno siempre va como predispuesto, queda esa marca.” E3*

De igual forma refieren que los médicos, enfermeras y demás personas pertenecientes al sector salud no saben cómo referirse hacia ellos y en ese sentido muchos han sido irrespetados, ridiculizados o juzgados por los profesionales de la salud los cuales muchas veces tienden a llamarlos por su nombre de nacimiento durante la consulta sin antes preguntarle a la persona trans como desea ser llamada, es así como lo expresa este hombre transgénero *“lo ven a uno como es una niña o es un niño, porque yo todavía tengo el nombre jurídico no el identitario y pues me llaman por el jurídico y no me gusta” E8.*

Lo encontrado en el estudio también se ha reflejado en otras investigaciones que ha realizado la organización Colombia Diversa (2015) y la Alcaldía Mayor de Bogotá (2008), los cuales evidenciaron que las personas trans y en general la comunidad LGBTI se enfrentan a diferentes tipos de discriminaciones en los servicios de salud, el maltrato va desde la burla y las miradas juzgadoras, hasta la negación de los servicios y exclusión.

## **LO QUE PIENSAN DE LA ATENCIÓN QUE RECIBEN.**

**10.2.2.2. Atención brindada por los profesionales de salud:** para la pregunta que piensan las personas trans respecto a la atención que les va a brindar el profesional de la salud antes de ir a la consulta, surgieron dos categorías que se presentan a continuación.

### **10.2.2.2.1. Ellos cojean todo el tiempo**

La gran mayoría de las personas entrevistadas piensan que la atención ofrecida por los profesionales se quedará y se ha quedado corta en el sentido de que no atienden todas sus necesidades, las cuales muchas surgen debido a su proceso de transición, varios refieren que de acuerdo a sus experiencias pasadas creen que el profesional se encontrará desinformado respecto a quien es una persona transgénero y en ese sentido ya no sabrán ni si quiera cómo tratarlos por lo que el

profesional solo se limitará a preguntar y no a examinar de manera adecuada a la persona enferma, es así como lo manifiesta una de las mujeres trans entrevistadas.

*“Yo siempre tengo a los médicos en un altar, porque yo pienso que son unos tesos...siempre he pensado que ellos son como unos rayos X portátil, jajajaja, ambulatorio, porque a veces medio lo miran a uno, a veces ni te tocan y ya saben lo que tienes. Yo pienso que el trato debería ser cordial y profesional, pero en verdad, ese trato solo lo encuentro en mis médicos particulares, como a ellos les pago yo directamente... pero lo médicos de los hospitales y clínica, noooooooooo, terrible, ahí sí que ni te tocan, a veces hacen cara de sorpresa, y no saben ni cómo llamarte o cómo examinarte, a mí eso me molesta” E7.*

Incluso se presentan casos en los que la persona transgénero termina educando al profesional de salud respecto a cómo deberían referirse y quienes son las personas trans; así mismo refieren que son pocos los profesionales preparados en el tema y que los tratan bien, y esto último se debe a que son médicos particulares a los cuales se les paga por prestar una atención de calidad elevada o porque son médicos que trabajan en los centros amigables para la comunidad LGBTI y en ese sentido tienen experiencia atendiendo a la comunidad.

*“Normalmente, como te dije antes, en la respuesta anterior, que piensa uno que se va a encontrar con profesionales educados integralmente, pero siempre son cojos, entonces darles la otra patica, o darles la muleta para que caminen mejor, y tengan una atención complementaria, es un poquito complicado.” E5.*

*“Primero uno tiene que entrar por médico general siempre, entonces yo llegué y eso se vuelve una mamera porque es llegar y contar su historia todas las veces siempre a todos los médicos y termina uno es educándolos porque es que los médicos no tienen un enfoque diferencial hay unos que no tienen ni verraca idea de que es un hombre transgénero” E12*

Lo expuesto anteriormente también se ha encontrado en estudios realizados en diferentes países del mundo, para este caso en particular se tomarán dos, el primero es el realizado por la Federación Argentina de Medicina Familiar y General y el segundo es el realizado en Canadá por la Universidad de Brock, ambos manifestaron que los profesionales de salud tienden a sentirse incómodos ante la presencia de una persona trans, debido a que no poseen herramientas en cuanto a qué o cómo preguntar a la hora de realizar la anamnesis. Así mismo en el país se han presentado estudios en los cuales las mayores problemáticas que presentan las personas trans asociadas a la atención prestada por el profesional de salud, es la falta de sensibilidad e información respecto a las necesidades particulares que

presenta esta comunidad, lo cual como ya se ha mencionado genera barreras de acceso a los servicios de salud (Colombia Diversa, 2010).

#### **10.2.2.2.2. Rechazo y falta de contacto personal.**

Debido a que ser una persona transgénero no es algo común de encontrar en los servicios de salud, por lo general se observa que son rechazados no sólo por otros pacientes sino también por el profesional inexperto y desconocedor del tema, es debido a ello que una parte de las personas entrevistadas refirieron que el profesional de salud a la hora de prestar su cuidado hacia ellos su comportamiento es de rechazo o indiferencia hacia las personas transgénero, lo cual genera inconformismo en la atención prestada.

*“ehhh... rechazos, de los médicos... de los profesionales...” E1.*

*“a veces lo miran a uno raro, preguntan o simplemente mantienen como el contacto visual en su computador tomando la historia entonces pues, como que tratan de ser más indiferentes como son un poco fríos, en el trato.” E3.*

Lo anterior se puede corroborar con los estudios realizados por la federación Argentina de medicina familiar y General y el estudio realizado por la National Center for Transgender Equality junto a The National Gay and Lesbian Task Force en el año 2010, que reportaron la presencia de tratos inadecuados y desiguales hacia la comunidad trans.

**10.2.2.3. Necesidades:** En la pregunta realizada a los 15 entrevistados respecto a si sus necesidades han sido cubiertas durante la atención brindada en los servicios de salud, surgieron dos categorías.

#### **10.2.2.3.1. Al final del largo recorrido lo logran**

Casi la mitad de las personas entrevistadas refirieron que a pesar de tantos tropiezos, a la final los profesionales de salud logran suplir sus necesidades en cierta medida. En la mayoría de los casos, las personas manifestaron que si el médico era alguien que tuviese experiencia tratando personas transgénero o si era un médico que los hubiese atendido con anterioridad, este se enfocaría en sus necesidades más específicamente y por lo tanto lograrían cumplir su objetivo; en otros casos comentan que a pesar de que el médico es inexperto y que la persona perteneciente a la comunidad transgénero tiene que ayudarlo o apoyarlo durante la consulta, para que el profesional logre suplir las necesidades de la persona trans. A continuación se presentan algunas situaciones comentadas por los entrevistados:

*“si, deben hacerlo. No, pues después de la explicación y de darle y darle vueltas a lo mismo y que pregunten cosas así pues en últimas tienen que atenderme.” E1.*

*“no se hay veces en que lo hace por lo general cuando voy y hablo con el endocrino y eso siempre me ayudan y son más colaborativos” E15.*

#### **10.2.2.3.2. En definitiva, NO**

La otra mitad de las personas que fueron entrevistadas refirieron que sus necesidades no son cubiertas cuando asisten a un servicio médico, y esto se debe a que el profesional de salud no sabe cómo atenderlos, a eso se le suma que el sistema (debido a la cantidad de pacientes y el tiempo limitado que establecen para cada consulta) no permita realizar una anamnesis y examen físico exhaustivo por lo que muchas veces el médico termina prescribiendo medicamentos que no curan las dolencias o padecimientos de las personas, así lo manifiesta las siguientes personas: *“No, mis amigas, o la gente que conozco de este medio, no van al médico, prefieren preguntarle al de la farmacia o pagar médico particular. Para qué ir a un lugar en donde te sientes mal. No....Para nada.” E7.*

Así mismo, refieren que el sistema no es solo malo con las personas transgénero sino que este lo es con todos, debido a lo anterior incluso prefieren ir al farmaceuta del barrio para que este les venda el medicamento que el médico le va a prescribir siempre al final. *“no creo que completamente pues yo creo que no solo en mi caso, sino en el caso de todos los colombianos, muchas veces no se suple la necesidad como que tú tienes una dolencia y toma esta pastilla y te dan por lo general lo mismo siempre” E3.*

### **LO QUE HACEN PARA CUIDAR SU SALUD**

#### **10.2.3. De lo normal (Haceres)**

En la sección de haceres se reunió cuáles son los servicios de salud que más usan las personas trans y cuáles son las patologías o afecciones que más presentan y qué servicios de salud más demandan, a continuación se presenta el análisis de estas preguntas.

##### **10.2.3.1. Lo normal**

Las personas transgénero refirieron que en la mayoría de los casos se enferman de enfermedades comunes y corrientes, en la mayoría de las entrevistas refirieron presentar dolencias o problemas a nivel de vías respiratorias altas, como cuadros gripales, rinitis o asma, en otros casos refirieron enfermarse a nivel del sistema gastrointestinal, en ese sentido muchos de ellos presentan diarreas, indigestión o síndrome de colon irritable, muy pocos refirieron presentar otro tipo de dolencias como migraña progresiva y dermatitis atópica. *“pues de lo normal creo, gripe sobre*

*todo con estos cambios de clima, mmm también sufro como mucho de mi estómago pero eso ya es como genético porque mi mamá y mis abuelos sufren del colon” E15.*

Lo encontrado en la entrevista se puede comparar con lo hallado por la Organización Panamericana de la Salud, la cual reporta que los mayores problemas que presentan las personas trans son enfermedades mentales debido al rechazo, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, además de la autoadministración de hormonas y otros problemas dermatológicos (2011); en este caso se puede evidenciar diferencias entre ambos estudios pues aunque sí existió en la investigación una persona que refirió hacer uso de sustancias psicoactivas, la mayoría refirió enfermarse de patologías comunes.

#### **10.2.3.2. Servicios más usados**

Se les preguntó a las personas entrevistadas cuales eran los servicios de salud que más usaban cuando solicitaban una consulta a su EPS, en la mayoría de los casos refirieron usar de manera constante medicina general y endocrinología, pues la consulta con medicina general es un paso obligado para pasar a endocrinología. Esto se debe a que la mayoría de las personas entrevistadas ya se encuentran haciendo parte de un proceso de transición mediante el consumo de hormonas sintéticas. En una pequeña proporción algunos refirieron usar servicios de psiquiatría, gastroenterología, consulta externa, odontología, urgencias, entre otras; solo uno de ellos refirió usar servicios de rehabilitación debido a problemas de drogadicción, *“por el momento, médico general, médico psiquiatra y por psicología...hasta el momento he ido más bien por problemas de drogadicción eh eh pues para entrar a un centro de rehabilitación en algunos centros como por ejemplo el Santa Clara exigen varios exámenes, para entrar allá, entonces debido a eso es que he ido al médico, no porque no pueda tal cosa ” E4.*

### **10.3. “UNO TIENE QUE ENFRENTARSE Y ESPERAR LO PEOR” (DURANTE)**

En el transcurso de la investigación el durante, como se ha descrito anteriormente, se planteó desde tres momentos concretos, los cuales se desarrollaran a continuación en relación con las categorías específicas que se obtuvieron del análisis de los resultados.

#### **LO QUE SIENTEN DURANTE LA ATENCIÓN.**

##### **10.3.1. Entre la ira, la incomodidad y el temor. (Sentires)**

En este momento específico, se evidencian los sentimientos que se producen en los participantes al momento de llegar al servicio de salud y de enfrentarse en las consultas médicas a los profesionales de salud. En este sentido se obtienen cuatro categorías específicas las cuales describen el sentir de cada uno de los participantes.

#### **10.3.1.1. Incomodidad y temor:**

Expresiones como:

*“Cuando estoy en el centro de salud siento, mucho temor, e incomodidad, está siempre uno a la defensiva porque no sabe con qué se pueda encontrar. Como les dije antes, uno tiene que enfrentarse y esperar lo peor, desde el celador y de ahí en adelante, con los siguientes” E5*

*“La primera preocupación es la cara, y la reacción, que tal sea uno de esos médicos tradicionales, de la derecha y empiece a gritarme, o a insultarme, ese es mi primer temor, definitivamente...” E7.*

Evidencian los sentimientos que tienen las personas trans cuando llegan tanto al centro de salud como a la consulta médica. En la investigación se obtuvo que por lo general las personas trans que acuden a los servicios de salud se sienten intimidadas, asustadas e inseguras al ingresar a una consulta médica y que además poseen un miedo al prejuicio, pues no saben cómo será la reacción del profesional de salud que los atiende. Esto se evidencia no solo en las consultas sino que desde su ingreso, la población trans debe vencer barreras importantes en la comunicación con aquellas personas que ejercen diversas labores en el servicio.

Al respecto, Charlotte Callejas, mujer trans especialista en aspectos de salud para la comunidad LGBT quien trabaja desde el programa Territorios Saludables de la Secretaría de Bogotá, describe mediante una entrevista que evidentemente existe discriminación y prejuicios en el trato hacia la comunidad trans específicamente desde el ingreso al centro de salud, hasta el momento de la consulta.

*“en el sector salud la población LGBT históricamente ha tenido unas barreras, desde que llega a una institución de salud hay porteros, o personas que te deben dar el ingreso, o te pueden dar el ingreso a la institucionalidad, que producto de esos imaginarios, mitos y prejuicios que tienen, terminan violentando a la persona, e inclusive negándole el ingreso a lo que tiene que ver con la institución de salud... y eso afectaría o termina afectando a la persona y su atención. Entonces, además del portero también hay*

*dificultades con las personas que se encuentran en información o las personas que te tienen que dar el acceso ya directamente al médico tratante o a la enfermera o al enfermero tratante...” (Canal Capital, 2015).*

Se puede decir que dichos sentimientos de intimidación, vulnerabilidad e inseguridad que describen los participantes en la investigación, se derivan del miedo al prejuicio que posee la comunidad trans al enfrentarse a un profesional de salud, lo cual se traduce en una discriminación hacia este colectivo. Según un estudio realizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá, estas conductas de estigma y discriminación hacia la comunidad trans se identifican como una barrera de acceso a los servicios de salud (Mejía & Benavides, 2008).

#### **10.3.1.2. Trato impersonal.**

Dentro de los aspectos en los cuales enfatiza la población trans se encuentra el trato impersonal en la relación profesional de salud- paciente. Los participantes de la investigación lo refieren en conductas como el no mirarlos a los ojos cuando se está en la consulta y el trato frío y distante. Por lo general los participantes relacionan esto con su condición de género, aunque algunos manifiestan que esto no solo sucede con ellos como población trans sino que también la población colombiana en general se ve afectada por dicha problemática. Esto se evidencia en frases como

*“¿Qué puedo sentir?... es que es algo absolutamente impersonal...No lo miran a uno a los ojos, nada, nada, no hay contacto personal...”E2*

*“son como frías, en el trato entonces uno se siente... si se siente uno feo, incómodo” E3.*

Al respecto y según un estudio realizado en Argentina, se encontró que los médicos que atienden a las personas trans manifiestan “llevarse bien” con los pacientes trans, sin embargo muchos expresan en sus comentarios conductas de discriminación y reafirmación de aspectos negativos en la atención. La manifestación por parte de los profesionales de salud de que las personas trans son mucho más exigentes y demandantes que los pacientes heterosexuales, ya que llegan a las consultas predispuestos y en actitud defensiva, el no saber cómo llamar a la persona en cuanto a la utilización del nombre jurídico o el identitario, entre otros,

se constituyen en aspectos que fomentan la discriminación, el trato frío e impersonal y la incomodidad en las consultas de atención en salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

### 10. 3.1.3. Sentimientos negativos.

Los sentimientos expresados por los participantes al momento de la consulta con el profesional de salud se relacionan con la ira o tristeza que les produce el enfrentarse a situaciones negativas durante la consulta. Estas situaciones se reflejan en hechos como las miradas despectivas o comentarios malintencionados que hacen tanto los profesionales de salud como las personas que se encuentran en los servicios, aspecto que se desarrollará posteriormente.

Lo anterior se evidencia cuando se les pregunta a los participantes por aquellas experiencias negativas que han tenido que padecer en el servicio a lo cual responden:

*“me molesto muchísimo, mal genio porque se supone que ellos son docentes de la salud y ellos tienen que estar bien enterados de lo que está pasando ahorita” E10*

*“sentí ganas de pegarle” E1.*

Refiriéndose al sentimiento que provocó en él la consulta con una profesional del área de medicina. En cuanto a las expresiones de tristeza que manifiesta la comunidad trans, una mujer participante nos comenta que *“hubo un momento en el que tuve un ataque como... osea... como... de nervios, y comencé a llorar a llorar a llorar y pues solo quería llorar y estar sola, y una enfermera lo único que hizo fue sacarme de ahí y me dijo que si yo seguía llorando que me inyectaban o me ponían camisa de fuerza” E4.*

Al respecto no se encuentran documentos que muestren los sentimientos negativos que experimenta la comunidad trans en el momento de las consultas con el profesional de salud. Sin embargo se evidencia que esta tendencia hacia la expresión de sentimientos negativos no solo se refleja en la comunidad trans, sino que es padecida por la población en general. Es así como un estudio realizado en México muestra aquellos sentimientos que tiene la población ante una atención negativa vivenciada en un servicio de salud, la cual se relaciona principalmente con la negación de los servicios. En este sentido, las personas manifiestan que, como se describió anteriormente, son sujetos de malos tratos por parte del personal administrativo del centro de salud y que al respecto experimentan sentimientos de “enojo, impotencia, coraje, desolación, frustración, tristeza, culpa y preocupación”

(Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez O, 2013). Sentimientos que se relacionan con los que vive la comunidad trans al momento de la consulta con el profesional de salud.

#### **10.3.1.4. Pudor**

En última instancia con relación a los sentires que experimenta la comunidad trans al momento de la consulta con el profesional de salud, se evidencia una sensación de pudor en relación con la exposición del cuerpo. Ante esto los participantes comparten que poseen sentimientos de expectativa ante la consulta pues no saben en primera medida cuál será la reacción del profesional de salud al saber que son personas trans y en segunda medida se sienten intimidados ante la idea de que el profesional toque o mire su cuerpo, al respecto una mujer trans nos comparte: *“La primera preocupación es la cara, y la reacción, que tal sea uno de esos médicos tradicionales, de la derecha y empiece a gritarme, o a insultarme, ese es mi primer temor, definitivamente. Segundo, como me va a tocar, que me va a tocar, aunque muchas personas piensan que nosotros somos relajados con nuestro cuerpo, con nuestra intimidad, nooooo, todo lo contrario, uno se vuelve más pudoroso, más celoso y más tímido con su cuerpo, entonces me da cosa, que me hagan algo, en donde me toque desnudarme, o que me hagan un tacto...” E7.*

En este sentido según la literatura encontrada se observa que uno de los problemas en cuanto a la percepción que tienen las personas trans de los servicios de salud, se relaciona con el temor a ser expuesto, es decir, al momento de la consulta sienten incomodidad frente a un posible examen físico que expone su cuerpo públicamente ante un profesional de salud, esta situación es más difícil cuando deben exponerse a más de un profesional, lo cual se expondrá más adelante (Colombia Diversa, 2010).

### **COMO ACTÚAN FRENTE A UNA SITUACIÓN QUE AFECTA SU SALUD.**

#### **10.3.2. Yo soy mi propio médico. (Actuares)**

En los actuares se explora aquellas conductas o acciones que realiza la población trans al momento de sentirse enfermos contándonos sus experiencias puntuales del quehacer al sentir los síntomas. Dentro de los actuares se encontraron tres categorías que nos muestran el actuar de las personas trans al sentirse enfermas.

##### **10.3.2.1. Remedios caseros**

En primera medida las personas participantes del estudio manifiestan que al sentir algún síntoma de dolor acuden a su experiencia personal en el control de

enfermedades, esta experiencia se relaciona con la elaboración de remedios caseros tradicionales que en cierta medida controlan los síntomas y evitan un deterioro en el estado anímico de la persona, esto se ve reflejado en frases como

*“Remedios caseros, por internet.” E6.*

*“La verdad remedios caseros, enseñados por mi abuela, en última opción mi médico particular o urgencias.” E7.*

*“pues mi mamá me hacía algunos remedios caseros” E10.*

Esto obedece a que en experiencias pasadas los participantes han evidenciado una mejoría en su estado de salud al acudir a dichos recursos que se encuentran al alcance de la mano.

### **10.3.2.2. Automedicarse.**

Con relación a la automedicación todos los participantes concuerdan en que como segunda opción acuden al farmacéuta de la droguería más cercana:

*“No, mira normalmente, mira por ejemplo, precisamente la semana pasada estuve muy mal, pero yo dije, no como último recurso si voy a ir, pero la persona que me atiende así de emergencia, emergencia, emergencia, es el farmacéuta de la esquina” E5.*

Otra persona nos comparte:

*“Pues yo me medico sola, pues yo voy a la droguería y no sé si me duele la cabeza me compro un acetaminofén o compro un sevedol o algo” E14.*

Esto concuerda con lo mencionado anteriormente sobre la experiencia que han tenido al automedicarse como una estrategia rápida y efectiva para controlar los síntomas de alguna enfermedad, ya que como se mencionó existen barreras de acceso a servicios de salud para la totalidad de la población donde se encuentran como aspecto fundamental las demoras en la atención, las largas filas y algo que cabe destacar, la creencia por parte de la población de que la atención que obtienen mediante el farmacéuta en las droguerías es la misma a la que recibirán en las consultas médicas debido a que ambos trabajadores de la salud manejarán los síntomas de la persona con los mismos medicamentos, en este sentido a la persona que presenta alguna dolencia, en este caso las personas pertenecientes a la comunidad trans, se les facilita acudir con mayor facilidad a las droguerías de barrio. Esto se refleja en opiniones como:

*“nada, voy a la droguería, le pregunto al señor: me duele la cabeza, ¿tiene algo para el dolor de cabeza?, y el señor de la droguería siempre me da, un*

*medicamento. Digamos el señor de la droguería si ve que yo, me corte, o tengo una infección, me da pues un antibiótico. O me da... así. Es que eso es lo otro, ¿yo para qué voy a ir al médico?, a que me den un antibiótico, si allá me van a dar lo mismo. ” E2.*

### **10.3.2.3. Médico como último recurso.**

En última instancia las personas participantes en la investigación manifestaron que acuden al médico sólo en caso de que sea estrictamente necesario, cuando los síntomas que presenta no pueden ser tratados por medio de la automedicación o los remedios tradicionales. Es así como se obtienen expresiones que lo sustentan tales como: *“Ya si se sale de las manos pues si ir al médico.” E1*; *“...si yo veo que ya es algo que se sale como de lo cotidiano por ejemplo lo de las masitas de la pierna que te decía, yo dije bueno esto no es, no es normal tengo que consultar a un especialista...” E3*; *“Primero remedios caseros, al médico asisto ya cuando veo que ya estoy que no puedo, como que no me pasa la gripa o algo así, (Risas)” E6*; *“primero remedios caseros, después la droguería y por último iba a urgencias cuando me sentía muy mal” E10.*

Si comparamos lo encontrado en estas categorías con los estudios realizados hacia la comunidad trans como el ejecutado por la Secretaría de Planeación de la Alcaldía Mayor de Bogotá (2008), podemos evidenciar que los resultados no fueron alejados entre ambas investigaciones, ya que tanto en la realizada por la Alcaldía como en los resultados obtenidos en el proceso de investigación del presente trabajo, se expone que la personas transgénero de la ciudad atienden de manera tardía a los servicios de salud o simplemente deciden no acudir, lo que obstaculiza las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte del profesional de salud el cual está llamado a atender, mediante los distintos programas estipulados por el distrito, las múltiples necesidades que presenta la población (Mejía & Benavides, 2008).

## **LO QUE MAS LES AFECTA DE LA ATENCIÓN.**

### **10.3.3 “No se fijan en mi, soy invisible, soy un número en una planilla” (Padeceres)**

Dentro de los padeceres como parte de la experiencia que vive la comunidad trans en los servicios de salud, se obtienen una serie de aspectos negativos en la atención que obstaculizan el adecuado diagnóstico de las necesidades en salud que tiene la población trans. Por tal motivo y de acuerdo a los resultados obtenidos a partir de las vivencias expresadas por los participantes de la investigación, se clasificaron estas experiencias en 7 categorías que describen aquellos aspectos

negativos que han tenido que padecer las personas trans en las consultas con los profesionales de salud.

#### **10.3.3.1. Falta de humanidad.**

La falta de humanidad en los servicios de salud, especialmente en el momento de la consulta, hace parte de uno de los aspectos negativos fundamentales que manifiestan las personas trans al momento de consultar con el profesional de salud. Al respecto los participantes de la investigación comparten sus experiencias:

*“si, cuando yo empecé con la hormonización yo quería hacerlo bien, asistido, y con... eso fue una doctora... y fue en el Hospital Militar. Ella dijo: “es que a mí no me importa lo que usted sea”, y fue bastante grosera... “si es un perro, si es un gato, si quiere o no quiere, yo simplemente le estoy dando esta orden vaya pase con el psiquiatra, ¿Por qué?, por disforia de género”, entonces hay personas que no...no tienen un trato humanizado” E1.*

*"yo sé que nosotros estamos muy aparte de la gente de abajo, están ellos allá y nosotros por allá y eso no me parece, como les digo todos somos iguales ¿cuál es el dilema?, es que acaso se van a contagiar si se sientan en la misma silla del gay y de la lesbiana” E13.*

Como se puede apreciar este tipo de trato hace que muchas de las personas que asisten a las consultas decidan llevar procesos importantes (tal como lo es la transición mediante la ruta de hormonización) de una manera solitaria, esto en cierta medida afecta la salud de las personas trans y los aleja de los servicios de salud.

Aunque existen personas que consideran que este trato deshumanizado se relaciona con su condición de género, se evidencia que se describen otros móviles para que un profesional de salud tenga un trato insensible. Dentro de estas razones dos participantes nos comentan que el buen trato que se le ofrezca a una persona que asiste a un servicio de salud, es directamente proporcional a la cantidad de dinero que esta ofrezca por obtener dichos servicios:

*“No, se relaciona... ¿sabes con que se relaciona? Con que soy pobre...porque tengo conocidos que tienen mi misma situación y son de mucho dinero, llegan en un súper carro: “¡hola!, como esta doctor, ¿cómo le va?, siga licenciado, siga ingeniero, siéntese, ¿Cómo le ha ido?, ¿Cómo van sus cosas?, cuénteme, ¿Qué tiene?, ¿Qué le pasa?”. Porque paga, el día en que esa persona quede en bancarrota le va a tocar ir a un servicio en donde sea y lo van a tratar como tratan a todos los seres humanos en esos hospitales, muy mal...” E2.*

*"Estuve asustado cuando me hicieron la histerectomía, con la mastectomía no estaba preocupado porque yo estaba pagando un montón de dinero entonces sabía que la atención que me estaban dando era la mejor..." E12.*

Un participante manifiesta que un aspecto importante por el cual se recibe un trato deshumanizado, es que en realidad dicho trato no solamente es hacia él como persona trans, sino con todas las personas que asisten a un centro de salud, tal como se mencionó anteriormente en el análisis del antes, por lo cual nos comenta:

*"mira algunos amigos me dicen: no es que porque a mí no me pueden llamar Tatiana, si es que yo soy... yo digo, si es que eso son pendejadas, a todo el mundo lo tratan como mierda, a todos. A los abuelitos, a la señora en embarazo, dos segundos: señora pase, señora siéntese, que tiene... ahhh bueno. No lo miran a uno a los ojos, nada, nada, no hay contacto personal... eso es así con todos los pobres, así de sencillo, ya, así. Porque son muchos." E2.*

De la misma manera comparte que las condiciones laborales de los profesionales de salud, en ocasiones no son óptimas por lo cual el servicio que brindan se encuentra influenciado por dichas problemáticas globales que posee el sistema de salud: *"... eso no es una cuestión de... si a ti te pagan 40 millones por sonreirme, tú me vas a sonreír y vas a ser hasta mi amiga, pero si te pagan mil pesos..." E2.*

En última instancia un participante comparte que en ocasiones el trato deshumanizado no se relaciona con la condición de género sino por cuestiones de personalidad de los mismos trabajadores:

*"Si pero también es por la personalidad del doctor, lo que les conté del cirujano plástico es así con todo el mundo y como que me tome las cosas personal, como que me miró mal por ser trans, no nunca" E9.*

*"si tuve una cita con una psicóloga eso fue, sí, apenas estaba empezando una psicóloga que me dijo travesti y ya, pero pues igual me dio risa porque fue como que señora tan estúpida, no igual es muy particular porque en las consultas se ponía a contarme sus borracheras por sus ex novios y así, una persona bien particular, entonces creo que la verdad no fue en mi contra sino que era ignorancia." E9.*

En relación con la literatura se encuentra que la falta de humanización o sensibilidad se consolida como un problema asociado a los prestadores de servicios de salud, el cual se consolida como un factor importante que genera un menor acceso a los servicios de salud por parte de las personas trans y por ende una disminución en la atención para servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Colombia Diversa, 2010).

### 10.3.3.2. Falta de interés.

A este respecto los participantes de la investigación manifiestan: *“Y es que lleguen esas personas que... pues nosotros lo que menos esperamos es luchar y combatir esta sociedad, para llegar a luchar y a combatir con un profesional... y pues por más que uno quiera darles la información, ellos se nieguen, es esa falta de interés”*

**E1.** La falta de interés a la cual se refieren se relaciona con que los profesionales de salud no consideran importante saber sobre la comunidad trans y esto se evidencia en las consultas médicas cuando intentan compartir sus experiencias. De la misma manera manifiestan incompreensión por parte del profesional ya que muchas veces explican su condición de género, más sin embargo el profesional de salud reitera no comprender lo que la persona está describiendo:

*“si porque hay que explicarle una y mil veces y uno es como: “por eso, le estoy diciendo que biológicamente nació mujer pero hice un tránsito a lo masculino”, y el queda como (expresión facial de persona confusa que no comprende de lo que se le está hablando), y uno: “¿usted me está entendiendo?”... “no, ¿ósea, usted es hombre pero...”* **E1.**

Sin embargo esta situación no siempre se presenta de una forma negativa, ya que uno de los participantes manifiesta que en realidad disfruta su rol como educador de los profesionales de salud: *“mira para mí ha sido agradable y satisfactorio el poder llegar a la consulta y terminar haciéndole la consulta yo al médico, y terminan diciendo que han aprendido bastante conmigo entonces ha sido bueno”* **E12.** Cabe aclarar que este rol de la persona trans como educadora se relaciona con el grado de empoderamiento y conocimientos que tenga sobre su condición de género y sus derechos en salud.

### 10.3.3.3. Indiferencia.

Tal como resalta el título de esta sección la frase que más nos muestra esta dificultad es: *“no se fijan en mí, soy invisible, soy un número en una planilla, no me miran la cara, no les importo.”* **E2.** De la misma manera otra participante de la investigación nos describe que: *“en médicos mayores pero es más común con los médicos mayores o las mujeres también mayores, son como frías, en el trato entonces uno se siente... si se siente uno feo, incómodo”* **E3**

Con respecto a esto, ya se describió anteriormente lo encontrado por un estudio realizado en Argentina en el año 2010 donde los profesionales de salud, aunque manifiesten tener una relación buena con sus pacientes, presentan distintas barreras que impiden un acercamiento adecuado a la población trans (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

#### **10.3.3.4. Concepción cultural de lo “normal”.**

Existe un concepto prevalente en el contexto socio cultural en el cual transitan las personas en su diario vivir, este concepto se relaciona con aquel modelo patriarcal que prevalece en las sociedades y que se constituye como un elemento importante en la creación de actitudes de estigma y discriminación frente a las personas que pertenecen a la comunidad LGBTI y especialmente a la comunidad trans. Tal como lo estipula Mejía y Benavides, existe cierta dificultad en la separación de los imaginarios y las creencias que posee una persona, las cuales han sido producto de un contexto social, cultural y familiar específico, enmarcados en una visión heterosexista y tradicional de la sociedad. Esto se traslada al ámbito de la salud cuando los mismos profesionales incorporan dichas creencias en su quehacer profesional creándose de esta forma barreras en la formación académica, lo que sin duda afecta la calidad con que se prestan los servicios de salud a la comunidad trans (Mejía & Benavides, 2008).

Se crea entonces una estigmatización a través de la heteronormatividad, la cual se entiende como “las normas, valores y creencias producidas socialmente que se fundan en la definición de lo masculino y de lo femenino como complementarios, excluyentes y mutuamente deseables” (Ministerio de la Salud de la Nación, 2010).

Esto se plantea como un elemento hegemónico, histórico y moral que plantea lo que se concibe como “natural”. Por lo cual, todo aquello que se desvía de esta forma única es visto como “anormal o enfermo” (Ministerio de la Salud de la Nación, 2010)

*Con relación a esto una participante nos manifiesta: “yo creo que culturalmente, normalmente uno desde pequeño: ay esa persona es gorda, ay esa persona no tiene un brazo, entonces siempre están condicionando el pensamiento de la gente a que ser diferente está mal. Que es anormal que, no es natural, entonces la gente, y en este caso el personal de salud, todavía es muy cerrada en su pensamiento. Ha cambiado pero es un problema que aún existe en la sociedad, y que se refuerza, hay gente que lo refuerza negativamente” E3.*

#### **10.3.3.5. Lenguaje verbal y no verbal despectivo.**

Al respecto la gran mayoría de los participantes nos comentan sus experiencias vividas en relación con comentarios y gestos corporales despectivos que realiza el profesional de salud en el momento de la consulta:

*“si pues una vez fui a una consulta por una lesión que tuve en la rodilla y el doctor me dijo como bueno por favor pase a la camilla, entonces pues, uno asocia que va para la camilla y se recuesta, yo me recosté en la camilla, me dijo: le dije que se hiciera en la camilla no que se acostara, cuando uno le dice que va a la camilla usted se acuesta entonces, entonces fue un comentario como, fue muy abusivo, porque me viene a mí a hacer ese tipo de comentarios...” E3*

*“ese fue el mas, como el más explícito, con relación al otro, era lo que te decía que como que uno está en bata y... lo miran raro, o hacen, el gesto raro o miran para otro lado, o te están examinando y es como acabemos rápido. sí, no con todos vuelvo y reitero, pero si, si ha sucedido. Como que ven y te hago rápido el examen me miran rápido y ya.” Otra participante nos comparte: “...además otra cosa... allá fueron a... a explicarnos cómo es eso del VIH, todas las pruebas de enfermedades venéreas que hay, entonces yo hice una pregunta y... yo no me acuerdo que pregunta fue la que yo hice... el caso es que la señorita que estaba diciendo la charla me dijo: “es que esa clase de sexo no debería existir”, esa fue otra cosa en la que yo me sentí muy agredida...” E4*

*“Normalmente hacen gestos, cuando no saben cómo dirigirse a ti, Normalmente hacen gestos despreciativos donde se muestra, ¡hay que jartera como me voy a dirigir a esta cosa!, y terminan haciendo una pregunta muy fría, simplemente sin artículos ni nada, hace tal cosa, y terminan en cierta forma no agrediendo a la persona, pero no es una relación muy cómoda, paciente-médico” E5*

Otro aspecto importante a resaltar donde no solo se evidencian comentarios y gestos despectivos hacia las personas trans es el siguiente, donde nos enseñan que en algunas ocasiones dicho trato no solamente muestra violencia verbal sino también física, cuando el médico se siente con el derecho a vulnerar y exponer el cuerpo del paciente, sometiéndolo a exámenes físicos innecesarios y victimizando a la persona trans como responsable en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual relacionadas con su condición de género:

*“Alguna vez pase con un médico, que fue muy brusco conmigo, primero me saludó bien, cuando yo empecé a hablar cambió la cara y empezó a ser muy basto, me dijo yo no sé ni que hacerle, si es que ni siquiera sé si es mujer o hombre. Eso me arrebató el genio, le explique por lo que venía que efectivamente era una tos*

*de varios días y tenía flemas y fiebre, Yo no creo que para eso me tenga que quitar la ropa, y ese doctor me hizo quitar la ropa completamente, me tocó todo el cuerpo, me dijo que yo era fuente de muchas enfermedades, me hizo un tacto anal de una manera muy brusca, me examinó los senos, mi pene, mejor dicho, nunca un médico se había demorado tanto conmigo, me hizo parar en frente de él y girarme varias veces. La verdad me sentí como acosada, porque a la final lo único que me receto fue una inyección y un jarabe naturista. La verdad me sentí violada” E7.*

Con relación a esto no solo ella como mujer trans nos comparte su experiencia, también otra participante nos explica que es incómodo cuando durante las consultas los médicos consideran que la información en salud que pueden brindar a la población trans, solo puede enmarcarse dentro de la prevención de enfermedades de transmisión sexual: *“Y normalmente piensan eso y normalmente la atención médica, va a prevención VIH, que vea que use el preservativo, que exige el preservativo, que se haga la prueba rápida, que se haga la prueba confirmatoria. Cuando muchas personas no tenemos siquiera una relación sexual, Que VIH vamos a tener, hay personas que no tienen relaciones sexuales, hay personas que tienen prácticas sexuales muy diferentes, muy seguras en todo sentido, entonces también hay que abrir un poquito más la mente” E5.*

Los estudios sobre este tema nos muestran una amplia información, ya que la gran mayoría coinciden en que las personas trans se sienten vulneradas al momento de estar en una consulta con los profesionales de salud, debido a los gestos y miradas que estos hacen a dicha población. Esto es evidente cuando el estudio de la Alcaldía Mayor de Bogotá revela que las formas en las cuales se manifiesta la discriminación fueron de tipo verbal, en expresiones como burlas y comentarios inapropiados, seguidas por cambios de actitud en el médico, ponerse tenso, la negación de la atención o afiliación de la pareja, la mala cara y la realización de preguntas inapropiadas (Mejía & Benavides, 2008).

Otro estudio realizado en Argentina describe que las miradas burlescas y las risas que deben soportar en las salas de espera, por parte de las personas y del mismo personal de salud es algo que se constituye como un maltrato (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

El estudio de la Alcaldía de Bogotá en el año 2008 muestra que la obligatoriedad del examen del VIH es una manifestación del estigma y la discriminación a la cual son sometidas en especial las mujeres trans, aspecto que se puede evidenciar en los resultados de la investigación, puesto que por lo general las mujeres trans fueron quienes se pronunciaron al respecto (Mejía & Benavides, 2008)

### **10.3.3.6. Acudir al “chisme” con otros profesionales de la salud. No respeto por la intimidad.**

Un aspecto que resaltaron las personas participantes de la investigación es el no respeto por la intimidad cuando son sometidos a consultas médicas con varios profesionales de la salud. A este respecto una de las participantes manifiesta: *“Pues como te dije en la pregunta anterior, una de las cosas feas que me ha pasado, es que empiecen a llamar a otros médicos para mostrarme como si fuera un fenómeno, no sé si por que físicamente soy muy linda, que se aterran” E7.*

Esto se constituye en un factor que genera discriminación ya que se vulnera el derecho a la intimidad de la persona y además el médico tratante está faltando al secreto profesional.

Un estudio realizado en Guatemala revela que para las personas trans es importante contar con un profesional que mantenga en secreto su identidad sexual, ya que esto propicia el continuar asistiendo a los servicios de salud (AIDSTAR-One, 2013)

En relación con esto, el estudio citado anteriormente desarrollado en Argentina describe que la presencia de varios profesionales durante la consulta es un factor por el cual la persona trans se siente incómoda y con malestar, pues esto se traduce en un sentimiento de humillación (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

### **10.3.3.7. Falta de preparación y conocimientos por parte del profesional de salud.**

Por último y como aspecto no menos importante, los participantes hacen un especial énfasis en la necesidad de que el profesional de salud adquiera conocimientos en cuanto a la comunidad trans y se eduque en la diferencia. Esto genera que existan profesionales de la salud con amplios conocimientos en las necesidades en salud de la población trans.

Así, algunos de los entrevistados se pronunciaron compartiendo experiencias como:

*“creo que definitivamente lo negativo de la atención es que los profesionales no están preparados para atender a una persona diferente a lo que ellos consideran normal, ellos no saben cómo referirse a uno y ni siquiera preguntan” E15.*

*“de pronto que hay profesionales de salud que todavía no están como bien relacionados con el tema y pues si no están preparados para atender a las*

*personas como yo, eh muchas veces en la consulta ellos empiezan a hacerle preguntas a uno, porque como tal no conocen bien lo de la población trans" E14.*

En este sentido también se pueden encontrar estudios que manifiestan las opiniones a este respecto, evidenciándose falta de conocimientos por parte de los profesionales de salud. Es así como un estudio realizado en Guatemala evidencia que para la mayoría de los entrevistados en su trabajo de investigación (61%) era sumamente importante que el profesional tuviera conocimientos sobre cómo proveer servicios a las poblaciones trans, esto tiene mucha influencia en la decisión de volver a asistir a un servicio de salud (AIDSTAR- One, 2013)

Así mismo el estudio realizado en Argentina, relacionado con condiciones de vulnerabilidad y problemas de acceso a la atención de salud de las personas trans, demuestra que se constituye como un aspecto negativo el desconocimiento y la falta de formación profesional en aspectos relacionados con las necesidades en salud de dicha población. En este sentido también se presenta desconocimiento por parte del profesional de salud en cuanto a aspectos como los procesos de hormonización y el uso de siliconas (Ministerio de la Salud de la Nación, 2010)

#### **10.4. "LA ATENCIÓN DEBERÍA SER DIFERENCIAL, INCLUYENTE, AMIGABLE Y DIGNA"(DESPUÉS)**

Como último momento en la expresión de la vivencia se encuentra el después, el cual se constituye por los aprehenderes, proyectares y aconsejares. Es decir son todas aquellas enseñanzas, planteamientos a futuro y consejos que surgen de la experiencia vivida y que son útiles para plantear estrategias de fortalecimiento o de cambio en el evento a evaluar.

##### **10.4.1. Les falta mucho (Aprehenderes)**

**10.4.1.1. Servicios de salud:** como se ha dicho anteriormente los servicios de salud presentan múltiples inconsistencias y deficiencias las cuales se clasifican en las siguientes categorías.

###### **10.4.1.1.1. Mala atención**

A lo largo de la realización de las entrevistas a los diferentes participantes, se observa con gran preocupación que el común denominador de los entrevistados al preguntar acerca de las enseñanzas que les deja la atención de los servicios de salud, es que primeramente existe una atención deficiente, poco humanizada, indigna e irrespetuosa y burlesca. *"Que les falta muchísima educación, desde el*

*vigilante hasta el médico más encumbrado, el que tiene todos los títulos del mundo, en atención médica diferencial” E5.*

#### **10.4.1.1.2. Falta de capacitación**

Después de la consulta en salud se detecta falta de conocimiento por todos los funcionarios que integran los servicios de salud, tanto del personal administrativo, como el personal asistencial, lo que incurre en una pésima orientación hacia la comunidad trans. Esto se evidencia en frases como: *"Es que yo creo que si se debe esto capacitar o preparar gente para que entienda que hay condiciones diferentes con los usuarios que pues toman el servicio pues para que uno no sienta que no le están dando lo que requiere o que por su condición hay algún tipo de discriminación, entonces yo creo que si se debe fortalecer este tipo de servicios de cara a los usuarios que los consulta” E3.*

Estas afirmaciones coinciden con un estudio realizado por la Alcaldía de Bogotá en el año 2008 a la comunidad LGTBI, que afirma que una de las principales barreras en los servicios de salud para la comunidad trans es *"La configuración de un sistema de salud es excluyente y poco sensible a las necesidades en salud de estas personas, su invisibilización en todos los contextos, al parecer la discriminación en los servicios de salud, afecta más a las personas trans"* (Mejía y Benavides, 2008).

Muchos de los entrevistados refieren que luego de salir de la consulta consideran que los profesionales de salud no poseen un conocimiento sólido acerca de cómo abordar e identificar las necesidades de la comunidad trans, lo que ocasiona que los profesionales de la salud no tengan empoderamiento acerca del desarrollo de la atención y del cubrimiento de las necesidades de la población trans, además de mostrarse inseguros y no brindar confianza a su paciente. Esto se evidencia en frases como: *" Pero a todos les hace falta exactamente el mismo denominador común, conocimiento en cuanto a atención médica diferencial” E5.*

Un documento realizado por la Federación Argentina de Medicina familiar y General en el año de 2011, describe después de un estudio realizado a la comunidad LGTBI, "El profesional de la salud que atiende una persona trans puede sentirse incómodo al atenderla y/o puede sentir que no está capacitado para responder a alguna de sus inquietudes y/o para dar algún consejo de salud". Por otro lado, afirma que la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud y el no cubrimiento de sus necesidades ocasiona que no cumplan a cabalidad las recomendaciones emitidas por los profesionales y el abandono de los tratamientos implementados para sus patologías - *"no, no, porque ellos no saben lo que necesito. Ellos no saben... osea yo llego y les expongo mi caso y ellos no saben mis necesidades,*

entonces me dicen: “bueno si, vaya donde Pepito”, y llegó donde Pepito y Pepito me manda donde Juanito... y entonces me ponen a pasear de un lado para otro...” E1.

#### **10.4.1.1.3 Lucha continua.**

Para algunas de las personas entrevistadas el asistir a los servicios de salud les ha dejado como aprendizaje, que el hacer valer sus derechos se consolida como un aspecto fundamental en el reconocimiento de los mismos, basados en el concepto de que la lucha es continua y es contra el sistema que constantemente impone barreras en la atención en salud como se ha observado anteriormente. Es así como lo manifiestan algunos de los entrevistados:

*“yo salgo de la consulta y sigo en mi lucha. No solo por mi sino, vuelvo y te digo, por los chicos que vienen detrás, por los que... por ejemplo nosotros, no todos tenemos hominizaciones, y no en todos se ven los cambios” E1.*

*"Que nosotros por miedo no podemos dejar de exigir y ejercer nuestros derechos, que también no podemos permitir que este sistema nos haga desistir de nuestros derechos y en eso he sido muy enfático con los muchachos, si no les dan algo y tengo que entutelar yo tengo el abogado" E12.*

**10.4.1.2. Profesionales de salud:** al analizar la pregunta sobre los aprendizajes que obtuvieron al salir de la consulta en relación con los profesionales de salud surgieron dos categorías.

#### **10.4.1.2.1. Incompletos**

Dentro de la incompletitud que describen las personas trans al salir de la consulta se encuentra que las personas trans manifiestan que los médicos no son tan buenos a la hora de la atención, pues les hace falta experiencia y principalmente capacitación en la atención diferencial, especificando que esta preparación debería ser desde el pregrado. De esta manera se encuentran manifestaciones como:

*“es que yo creo que si se debe esto capacitar o preparar gente para que entienda que hay condiciones diferentes con los usuarios, que pues toman el servicio, pues para que uno no sienta que no le están dando lo que requiere o que por su condición hay algún tipo de discriminación, entonces yo creo que si se debe fortalecer este tipo de servicios de cara a los usuarios que los consultan” E3.*

*“Si yo de una le voy diciendo porque es así, porque un médico general que no sepa que es una persona transgénero le hizo falta academia,. Un enfermero que lo atiende a uno y yo le digo- no me puede poner eso porque es que yo soy una persona transgénero y me estoy hormonizando con testosterona y si usted me da*

*eso, no ve que eso es malo para mi salud- ¿usted es qué?- hermano vuelva que le robaron la plata, vaya edúquese en la Universidad” E12.*

#### **10.4.1.2.2. No identifican...:**

Al respecto ellos manifiestan que no identifican las necesidades de la comunidad trans, tal como lo vimos anteriormente y que además no hay una identificación de las necesidades físicas diferentes que tiene cada ser humano, por el solo hecho de ser distinto como individuo. Esto se evidencia en frases como: *“...porque los médicos se vuelven insensibles frente a los que tienen al frente, y más que una atención diferencial, más que el hecho de ser una minoría somos seres humanos y yo no le pido a nadie que me trate diferente, lo único que les pido es que me traten con dignidad y eso es algo que merecen todos los seres humanos sea un habitante de la calle, una prostituta, un gay, una lesbiana, un heterosexual, sea un abuelo, una niña; todos merecemos dignidad” E12.*

#### **10.4.1.2.3. ¿Sigue recomendaciones médicas?**

Durante el estudio se encontró que las opiniones son divididas en cuanto a si siguen las recomendaciones médicas brindadas por el profesional de la salud, casi la mitad de las personas manifestaron seguir las recomendaciones que les brindaba el profesional, en especial si este era su médico particular o es el médico el cual los ha tratado con anterioridad. Aquellas personas pertenecientes a la comunidad trans que refirieron no seguir las recomendaciones, alegaron que no lo hacían ya que el profesional que los atendía no tenía pleno conocimiento de las necesidades que presentaban o aluden no tener tiempo o deseos de seguir lo recomendado por el profesional de la salud, pues los tramites son demorados para adquirir los medicamentos. Lo anterior lo podemos observar en el comentario realizado por una de las personas entrevistadas *“no. no, porque ellos no saben lo que necesito. Ellos no saben... ósea yo llevo y les expongo mi caso y ellos no saben mis necesidades, entonces me dicen: “bueno si, vaya donde Pepito”, y llegó donde Pepito y Pepito me manda donde Juanito... y entonces me ponen a pasear de un lado para otro...” E1.*

#### **10.4.2. Atención diferencial pero no preferencial. (Proyectares)**

En cuanto a su visión a futuro se les preguntó a los participantes su visión acerca de los servicios de salud para la comunidad trans dentro de 5 años, como creen que debe ser el trato por parte o de los profesionales de salud a la comunidad trans y si consultarían de nuevo los servicios de salud a pesar de los obstáculos que se les presentan. Al respecto se obtuvieron los siguientes resultados.

##### **10.4.2.1. Condiciones de los servicios de salud para la comunidad trans en 5 años.**

#### **10.4.2.1.1. Dependientes de la administración:**

Los entrevistados muestran gran preocupación acerca de la continuidad de los logros obtenidos durante la Administración de Gustavo Petro, pues argumentan que la evolución de nuevos programas y servicios de salud especializados en la población Trans depende de la administración, del presupuesto y del recurso monetario destinado a fortalecer la atención de esta comunidad: *“uyyy eso depende mucho... empezando por los gobernantes del país. Porque con Petro en 5 años las cosas hubieran sido muy diferentes... porque si, como te digo, dependiendo del gobernante pues estaríamos jodidos, literalmente jodidos...” E1.*

#### **10.4.2.1.2. Evolución:**

Visualizan los sistemas de salud con personal asistencial, de apoyo y administrativo capacitado en atención diferencial, con profesionales íntegros y humanizados dispuestos a profundizar en las necesidades de esta población. Los entrevistados argumentan que es necesario que los tratamientos de hormonización, cambio de sexo, entre otros se incluyan dentro del Plan Obligatorio de Salud, ya que esto coadyuvaría a la disminución de la automedicación y auto tratamiento de la comunidad trans, evitando posibles complicaciones: *“hay muchos chicos que se auto medican como yo y pues eso no es bueno, uno no sabe qué tumor tenga por ahí, o que consecuencias pueda tener. Que puede tener y pues a mí me gustaría que la EPS entendiera eso, que la salud entendiera todo eso para que de aquí mañana, otras personas no pasen por lo mismo y después tener consecuencias debido a eso todo porque ellos no le brinden esa atención a uno” E6.*

Un estudio en la Ciudad de México D.F realizado a la comunidad transexual, corrobora que, esta población padece de discriminación en los servicios de salud, y que por tal motivo, prefieren la no asistencia y la automedicación: *“En el caso de las transexuales, la automedicación llega a ser la única vía para poder modificar su cuerpo y realizar el proceso trans, por la insuficiencia de recursos públicos y servicios especializados en dicho proceso, la ausencia o precariedad de recursos económicos propios, pero también por desconfianza y por el temor a la incomprensión y al rechazo”, “La discriminación del personal de salud es uno de los abusos más reportados por la población participante, la cual menciona haber sido estigmatizada tanto por sus prácticas sexuales o su apariencia de género, como por su condición VIH-positiva” (Boivin, R, 2014, p.16).*

#### **10.4.2.1.3 Igualitaria**

Los participantes proyectan en 5 años la atención en los servicios de salud como un sistema incluyente, e igualitario, refiere que no necesitan una atención

preferencial, porque de esta manera se sentirían diferentes y discriminados; pero sí necesitan una atención diferencial que cubra todas sus necesidades; *"una atención diferencial y no preferencial, debe ser para todos "* E12.

#### **10.4.2.2. ¿Consultaría de nuevo?**

##### **10.4.2.2.1. Sí, claro.**

Algo muy preocupante de esta situación, es que al preguntarle a los participantes si asistirán al servicio de salud nuevamente, ellos contestaron con una respuesta positiva relacionada únicamente a la necesidad, es decir, solo asistirían a los servicios de salud en caso de ser estrictamente necesario, más no porque se sientan a gusto con la atención; porque a pesar de presentarse constantemente las problemáticas ya mencionadas con anterioridad, se ven en la obligación de acudir a los servicios de salud para el tratamiento de sus enfermedades ya que para ellos prima la vida por encima de cualquier otro aspecto o sentimiento. Al respecto manifiestan: *"si claro, primero mi salud"* E8.

#### **10.4.2.3. Atención de los profesionales.**

##### **10.4.2.3.1. Humanizado**

En este sentido las personas trans al salir de la consulta manifiestan que el trato debe ser digno, amable, respetuoso y amigable. Manifiestan: *"yo lo repito y lo repito, el respeto, la humanidad"* E1.

*"Pues que sea un trato amigable, igualitario, cálido, pues que desde el principio te estén recibiendo con un excelente pues trato humano. Nosotros somos iguales, entonces que nos traten como igual, que siempre que cuando una vaya a la consulta te estén mirando, te estén hablando, te hagan sentir bien, pero creo que es más que todo en el tema del trato, que no se manifieste mucho la desigualdad, sino que te estén tratando bien. Si yo pido que me llamen por tal nombre, que me llamen por ese nombre, si yo pido, pues si me están atendiendo que por favor me estén mirando todo el tiempo, que sean personas que estén, como se diría... interesadas sí, que estén interesadas en nosotros, que conozcan nuestra comunidad..."* E3.

*"Hablo de la parte de humanización , porque la parte de humanización es importante, los conocimientos de todos los profesionales desde el auxiliar, desde el vigilante que tiene sus conocimientos en cuanto a vigilancia y seguridad, en cuanto a la*

*persona administrativa que está atendiendo el teléfono lo que sea, la auxiliar, la jefe, todo el profesional médico...” E5*

#### **10.4.2.3.2. Interés por aumento de conocimiento**

En el análisis de la investigación se observó un patrón repetitivo respecto a como esperaban o proyectaban que fuera la atención en los servicios de salud y en los profesionales, en general las personas trans expresaron que el profesional debería presentar un mayor interés en informarse respecto a la comunidad trans pues el conocimiento les dará las herramientas necesarias para prestar una atención adecuada y oportuna, en la cual el profesional se enfocará en las necesidades específicas de cada individuo siempre teniendo en cuenta el enfoque diferencial, es así como lo expresa la siguiente persona *“todo el profesional médico, tiene sus conocimientos y todos son valiosos y todos enriquecedores en diferentes áreas, pero a todos les hace falta exactamente el mismo denominador común, conocimiento en cuanto a atención médica diferencial”*. E5

#### **10.4.3. En los zapatos de la comunidad trans (Aconsejares)**

Los aconsejares hacen referencia a todos aquellos consejos que plantea la comunidad trans para el mejoramiento de la atención en salud hacia ellos. En este sentido se plantean tres categorías importantes relacionadas con los consejos para los profesionales de salud, para el sistema de salud y hacia los entes territoriales.

##### **10.4.3.1. Consejos a los profesionales de salud.**

###### **10.4.3.1.1. Confianza propia.**

En este aspecto los profesionales de salud deben tener confianza en sí mismo para poder inspirar lo mismo en sus pacientes, es así como una persona manifiesta: *“confianza, pues como tal de acercarnos a ellos que en el momento de la valoración nos la hagan completa como una persona normal, que no vayamos a sentir ningún rechazo por parte de ellos, de pronto pues que en el momento de hacer la valoración física, que no sean excluyentes con personas como yo y pues básicamente eso”* E14.

Así mismo aconsejan que los profesionales de salud deben dar siempre lo mejor de sí y amar su trabajo: *“Sean realmente profesionales, no se vuelvan tan ogros, siempre quieran su trabajo, ámenlo, y entreguen lo mejor a sus clientes o pacientes”* E7.

###### **10.4.3.1.2. Capacitación continúa**

Los participantes de este estudio, aconsejan que los profesionales de la salud, deberían formarse de manera especializada en cómo se debe manejar y abordar a la comunidad trans, pues en muchas ocasiones se presentan cambio de roles, en donde el paciente trans pasa a educar al profesional de la salud, en temas sobre lo que significa ser transexual y las necesidades específicas de las mismas. Es así como uno de los consejos más importantes que brindaron la mayoría de las personas entrevistadas, fue que el profesional se prepare y se forme desde el enfoque diferencial, así lo manifiesta la siguiente persona: *“Que les informen un poquito más a los médicos, porque hoy me paso por ejemplo esta mañana que fui donde la doctora y ella no sabía que era un chico trans, y me tocó empezar explicarle y todo y ella no sabía qué procedimiento seguir”* E6. En la primera entrega del documento de la Federación Argentina de Medicina familiar y General acerca de la atención de pacientes LGTBI (2011), recomienda que :

*“Es importante que frente a esta eventual situación pueda admitir sus limitaciones, comunicarlas a su paciente y eventualmente decirle que va a investigar el tema o discutir con otros colegas. No debería alarmarse porque ocurra esto ya que seguramente el paciente va a sentir que nos estamos preocupando por él y probablemente sea una de sus mejores experiencias con el sistema de salud”*

#### **10.4.3.1.3. Ser sensibles**

Al respecto los participantes de la investigación describen la importancia de que el profesional sea sensible a sus necesidades y siempre se ponga en los zapatos de la persona que cruza la puerta. *“que no se dejen llevar por la persona que cruza la puerta. Antes de que esa persona termine de cruzar la puerta yo creo que, desde ese momento hay que ver cómo quisiera esa persona que lo trataran o la trataran, que, no sé, traten de ver las necesidades que tenemos todos y todas, porque nosotros salimos de una sociedad que lo único que hace es señalarnos y lo que menos esperamos es que en una consulta médica, que es algo privado, recibamos lo mismo que la sociedad nos da, que sean un poco más humanos, no más”* E1

Consideran que es necesario que los profesionales de la salud, los tomen como personas normales, es decir como hombre o mujer heterosexual, pero con una condición de género diferente, argumentan que es necesario que entreguen un trato humanizado y cálido, en donde durante la atención se tomen el trabajo de hablarle a las personas trans mirándolos a los ojos, o que simplemente les pregunte cómo desean ser llamados.

*“pues que sea un trato amigable, igualitario, cálido, pues que desde el principio te estén recibiendo con un excelente pues trato humano. Nosotros somos iguales, entonces que nos traten como igual, que siempre que cuando una vaya a la consulta te estén mirando te estén hablando, te hagan sentir bien, pero creo que es más que todo en el tema del trato, que no se manifieste mucho la desigualdad sino que te estén tratando bien. Si yo pido que me llamen por tal nombre” E3,*

El estudio realizado por el Ministerio de Salud de Argentina acerca de las experiencias en la atención médica por parte de la población Transexual, muestra que los trans entrevistados se sienten agredidos al ser llamados por el nombre asignado e impuesto y no por el elegido “Nombrarlas en masculino supone no reconocer su derecho al ejercicio libre y pleno de su sexualidad. Un buen trato, en cambio, supondría llamarlas por el nombre con el que ellas se presentan (nombre de género) y no con el que fueron registradas en sus documentos”.(Terrasa, S., Mackintosh, R., & Piñero, A, 2011)

#### **10.4.3.2. Sistema de salud**

##### **10.4.3.2.1. Atención eficaz y capacitación**

Aconsejan al Sistema de salud, la necesidad de entrenar y capacitar al todo el personal que trabaja en las instituciones prestadoras de servicio de salud en atención diferencial, pues consideran que esta ya no es una población minoritaria, y que las leyes establecen que es necesario el reconocimiento y el manejo adecuado hacia la comunidad trans; además creen que no solo el médico y la enfermera deben estar capacitados en el abordaje a la comunidad transexual, pues la primera barrera a la que se ven enfrentados son el personal de vigilancia y posteriormente el administrativo, pues no tiene un conocimiento o información sólida de cómo tratar o manejar la atención de la comunidad trans: *“pues yo creo que deben fortalecer el conocimiento de lo que verdad nos sucede a nosotras las personas trans porque algunos no saben de qué se trata” E10.*

Como medida siguiente, aconsejan que el sistema de salud, debe mejorar en general el trato y la atención hacia los usuarios, pues afirman que la atención humanizada debe entregarse a cada una de las personas que demandan servicio de salud, consideran que es necesario que cada una de las personas que participan en la prestación de servicios de salud, trate a las personas como quisieran que ellos mismos fueran tratados

*“Mira que yo no lo pensaría tan cerrado, tan obtuso, simplemente comunidad trans, yo pienso que para toda la comunidad, para todos los seres humanos,*

*porque si tu cuentas cuantos seres humanos hay aproximadamente en el mundo, así de diversidad sexual hay, la manifestación sexual del ser humano es tan grande y tan diversa como seres humanos hay en la tierra. Yo pensaría uno ponerse en los zapatos del otro, y dos pensar que lo que yo haga tarde o temprano me lo van a devolver a mí o a personas que dependen de mí, mis hijos, y siempre me va a doler, por eso haz el bien y no mires a quien” E5.*

También aconsejan que los procesos de autorización de los diferentes trámites referentes a cambios físicos, sean menos arduos y complejos así mismo que se elimine el paso obligatorio de valoración por Psicología y que se remitan directamente a endocrino y cirugía, para los procesos correspondientes.

#### **10.4.3.3. Entes territoriales.**

##### **10.4.3.3.1. Vigencia y continuidad**

Durante las entrevista los participantes atribuyen gran importancia a que los programas que ya están instaurados y funcionando adecuadamente en la ciudad de Bogotá mantengan su continuidad y su calidad, igualmente refieren que estos programas deben ser implementados en cada uno de los municipios de Colombia. Al respecto manifiestan:

*“sí me parece pues por lo que te decía anteriormente que estos programas lleguen al país en general” E8.*

*“sí claro, es importante mantener vigentes estos servicios para nosotros porque por lo general tienen profesionales entrenados en el tema que comprenden a la comunidad trans. Entonces es importante mantenerlos y promover nuevos servicio” E3.*

##### **10.4.3.3.2. Nuevos servicios**

Como último consejo, reclaman que los entes territoriales, deberían crear más programas en beneficio de la atención a la comunidad trans, así mismo manifiestan que deben crear más centros de apoyo en los cuales la comunidad se sienta cómoda y visibilizada, al respecto refiere *“Que sigan el ejemplo de Petro, que nos tomen en cuenta, cuando crean las leyes, pero que no solo las creen sino que además, velen por que sean aplicadas y cumplidas” E5.*

## 11. CONCLUSIONES

- En cuanto a los conocimientos que presenta los participantes se observa que ellos desconocen sobre el funcionamiento del sistema de salud, los derechos que poseen y los programas que los cobijan como grupo minoritario, lo cual genera que estos actores sociales no demanden una mejor atención y acceso a los servicios de salud pues desconocen los medios para exigirlos.
- Por medio de lo analizado en la información, se deduce que los participantes presentan una concepción negativa de los servicios y los profesionales de la salud, pues desde sus experiencias han sido pocas las veces que han manifestado sentirse cómodos y complacidos por la atención brindada en los servicios.
- Para los participantes la forma más sencilla de aliviar sus malestares o controlar sus enfermedades es por medio de remedios caseros, además de esto la automedicación con el farmaceuta más cercano, es un común denominador en este tipo de actuaciones al momento de estar enfermos. Como última instancia, los participantes de la investigación acuden al médico cuando es estrictamente necesario o cuando los anteriores medios no funcionan.
- Debido a los aspectos descritos en la conclusión anterior los participantes recurren a la automedicación para el manejo de sus enfermedades con medicamentos de venta libre o remedios caseros, además se observa con preocupación que muchas de las personas pertenecientes a la comunidad trans inician su proceso de transición por medio de la auto hormonización sin tener la asesoría de un profesional especializado.
- Por lo general, los participantes pertenecientes a la comunidad trans presentan múltiples sentimientos negativos como el temor, susto e inseguridad al momento de llegar a un servicio de salud, al igual que en el momento de la consulta. Otro aspecto importante es que esta población siente ira, tristeza y pudor cuando están en la consulta, ya que los profesionales de la salud no los miran a la cara, dicen comentarios mal intencionados y en ocasiones les hacen gestos despectivos, todo esto como resultado del prejuicio que tiene la población en general hacia las personas trans.
- La falta de humanización, de interés, los gestos de desagrado y los comentarios despectivos son algunos de los factores que más incomodan y desaniman a los participantes, pues esto hace que se sientan juzgados y discriminados durante el momento de la atención en salud.

- Los participantes consideran que la atención en salud y las consultas con los profesionales de la salud siempre están dirigidas a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, específicamente el VIH Sida y hacia la promoción de prácticas sexuales seguras, encasillando a la mujeres trans como trabajadoras sexuales.
- A lo largo de la realización de este trabajo investigativo, observamos que los participantes se ven enfrentados constantemente a diversas barreras en cuanto al acceso y utilización de los servicios de salud, ya sean de tipo social, cultural, estructural o por una formación académica incompleta en el profesional de la salud.
- Por lo tanto, una de las principales barreras que encuentran los participantes es la organización y estructura del sistema de salud en general, ya que para ellos como para la población en general es difícil el conseguir una cita médica o muchas veces los dirigen de un lugar a otro sin conseguir respuesta.
- Se observa que existe un vacío en la formación académica de los profesionales de la salud, pues en diversas ocasiones, los entrevistados concluyeron que los profesionales no saben cómo abordar a la población trans, existe deficiencia en la identificación de sus necesidades. Así mismo, refieren que muestran poca seguridad al momento de la atención, además de mostrar despreocupación por hacer sentir cómodo al paciente y un conocimiento poco claro acerca de los procesos a los que deben remitirlos, lo que ocasiona que la población trans prefiera recibir recomendaciones de personas ajenas al sector salud, tales como los farmacéutas de las droguerías, familiares y amigos.
- En el análisis de la información se observó que una barrera de acceso a los servicios de salud es que la comunidad trans no acude a los servicios por miedo a ser rechazados y juzgados por el profesional, es decir, muchas veces la comunidad trans no asiste a los servicios ni solicita de ellos lo que impide un primer acercamiento del profesional con la persona.
- Los participantes sugieren que es de vital importancia, que los profesionales de la salud, amplíen sus conocimientos en atención diferencial para la comunidad trans, a igual indican que deben adquirir información clara, acerca de lo que comprende tener una condición de género diferente como lo es ser trans, para que a partir de ahí se mejore la atención en salud hacia esta población.
- Se observa que los participantes anhelan que los trámites para el inicio de su proceso de hormonización, sean menos tediosos y complicados, pues ellos consideran que les debe eliminar la remisión a consulta con los psicólogos o los psiquiatras, para poder tener atención por endocrinología, así mismo manifiestan que las EPS (Empresas promotoras de salud), deberían incluir tratamientos quirúrgicos para su proceso de transición.

## 12. RECOMENDACIONES

- Es importante que los servicios de salud comprendan que las personas trans son un grupo que existe y que por tal motivo presenta unas necesidades en salud que deben ser cubiertas, por consiguiente es relevante que los profesionales de la salud reciban capacitación y se formen en la atención diferencial, para poder brindar una atención digna e información completa a las personas trans que asisten a la consulta, lo cual satisfaga las necesidades en salud de dicha población.
- Es importante realizar programas de sensibilización tanto a nivel social como a nivel de las instituciones de salud que brinden información sobre la comunidad trans, esto con el fin de disminuir el estigma y la discriminación de la cual son víctimas muchas de las personas trans mediante el desmantelamiento de aquellos mitos y prejuicios que posee la comunidad en general sobre dicha población.
- Consideramos que las instituciones de educación superior deberían incluir dentro de su currículo académico para la formación de profesionales de la salud, asignaturas que permitan a los estudiantes tener un conocimiento más concreto acerca del abordaje y la identificación de necesidades de la comunidad trans, así como un acercamiento en la práctica asistencial por medio de la socialización directa con esta población. Así mismo es importante que las instituciones de salud permitan facilidades en cuanto a charlas y horarios de capacitación, a aquellos profesionales de la salud que deseen formarse en atención con un enfoque diferencial.
- Durante el transcurso del trabajo de investigación, se evidenció que muchas de las personas trans no tienen conocimiento sobre sus derechos en salud, por lo tanto consideramos que el profesional de salud tiene la posibilidad y oportunidad de brindar en este sentido educación a la población trans. Esto con el fin de propiciar elementos que permitan el empoderamiento de la población trans en la defensa de sus derechos en salud como ciudadano colombiano.
- Como aspecto fundamental es necesario que el equipo de salud mantenga un trato humanizado no solo con las personas trans o pertenecientes a la comunidad LGBTI, sino que dicho trato sea para con toda la población que acude a los servicios de salud. Esto incluye el comprender que cada individuo posee necesidades diferentes independientemente de su condición de género, lo cual ayuda en la disminución de la discriminación a la población LGBTI y específicamente a la comunidad trans.
- Es importante que los profesionales de salud, como se dijo anteriormente, mantengan un trato digno hacia las personas trans y además realicen un

seguimiento permanente a dicha población con el fin de disminuir los índices de deserción de los servicios de salud.

- Se recomienda fortalecer los programas y proyectos relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad enfocados en la atención a la comunidad trans, con el fin de que se establezcan modelos de atención digna y respetuosa. Sin embargo es importante resaltar que dichos programas no deben convertirse en focos de discriminación donde se excluya a la comunidad trans de la población en general residente en el país.

### 13. CONSIDERACIONES FINALES

Durante la realización de este trabajo de investigación nos embarcamos en un viaje donde experimentamos múltiples emociones, desde la duda e inseguridad, hasta el temor, la angustia y el desconuelo. Comprendimos que las experiencias relatadas por los participantes se convirtieron en enseñanzas invaluable por su alto contenido vivencial y emocional.

Es así como en un inicio tuvimos sentimientos de “culpabilidad” ya que como futuros profesionales de la salud, hacemos parte de ese gran grupo que ignora las necesidades de la comunidad trans y por lo tanto en ocasiones de manera indirecta, nos convertimos en propiciadores de conductas discriminatorias y juzgativas. De esta manera se consolidó una de las premisas planteadas durante el trabajo investigativo donde se observa que los profesionales en salud no saben atender a la comunidad trans.

Posteriormente durante el transcurso de las entrevistas, nos encontramos con seres humanos excepcionales, con inmensas cualidades humanas, abiertos a contarnos sus experiencias de una manera libre y desinteresada, dándole voz a sus experiencias. Esto nos brindó enseñanzas tanto a nivel profesional como personal.

Al concluir las entrevistas experimentamos sentimientos de tristeza, al comprender que hacemos parte de un pequeño grupo de profesionales de salud que se interesa por el cuidado de estas personas, siendo este un tema tan relevante que se convierte en una necesidad vital para la comunidad trans, pues como lo comentó una de las personas entrevistadas todos en algún momento de la vida necesitamos ser cuidados por un profesional de la salud.

Finalmente, esperamos que con la realización de este trabajo de investigación muchos otros profesionales se incentiven a continuar con el proceso investigativo que brinden herramientas sobre el tema y disminuyan conductas de estigma y discriminación hacia la población trans.

El presente trabajo se convirtió en una experiencia única e invaluable para nosotras, pues escuchar las experiencias de la comunidad trans fue un privilegio que pocos pueden lograr y sentir. Es así como acudimos a una frase que nos regaló una mujer trans con respecto a nuestro trabajo investigativo: “*no hay tesis pequeña*”.

Y, en relación con la importancia que tuvo para ellos el que su voz fuera escuchada, un participante nos dice:

*“para nosotros también es muy importante ver que ustedes se interesen en nosotros. Gracias a ustedes. “*

Esta maravillosa experiencia nos enseñó la importancia de la Enfermera como ser que brinda un cuidado integral a la persona, no solo en el ámbito clínico sino también en el colectivo, donde estas presentan múltiples necesidades en salud que deben ser comprendidas y abordadas con amor, respeto y tolerancia. Esto se logra a partir de un simple hecho: escuchar, oír las voces y experiencias de las personas las cuales nos dejaron enseñanzas incalculables. Por lo tanto el trabajar mancomunadamente en el desarrollo de estrategias de cuidado que involucren al ser humano en todos los ámbitos en los cuales se desenvuelve (mediante la escucha atenta y el interés por el otro), se consolida como un aspecto fundamental para comprender las necesidades individuales generándose un respeto por la diferencia.

Finalmente, como ciudadanas, mujeres, estudiantes y profesionales de salud, queremos decirle a la comunidad trans:

*“Gracias por permitirnos escuchar y vivir sus experiencias.  
Por compartir con nosotras una parte de sus vidas y enseñarnos la  
importancia de escuchar al otro, ser tolerante y tratar a los demás  
con dignidad y respeto”*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, P., García, F., González, J. L., & Mujica, A. V. et al. (2011). *Efectos de la ley 100 en salud*. Recuperado de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/08/Efectos-de-la-Ley-100-en-salud-Libro-Salud-web.pdf>
2. Acosta, S. R. (2010). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. E-08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) , 34. Recuperado de <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>
3. AIDSTAR- One. (2013). *Diagnóstico de necesidades de salud y servicios disponibles para la población trans de Guatemala*. Recuperado de: [http://www.portalsida.org/repos/AIDSTAR Guatemala Assessment web.pdf](http://www.portalsida.org/repos/AIDSTAR_Guatemala_Assessment_web.pdf)
4. Alcaldía de Santiago de Cali. (2014). *Un estigma doble discriminación: “ser mujer trans no es un delito, y mucho menos ser trabajadora sexual”*. Recuperado de [http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014\\_Publicaciones/DOCUMENTO%20UN%20ESTIGMA%20PAULA%20ROJAS.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014_Publicaciones/DOCUMENTO%20UN%20ESTIGMA%20PAULA%20ROJAS.pdf)
5. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2006). *Decreto 482 de 2006*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22240>
6. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2008). *Estado del arte sobre las practicas culturales de la poblacion LGBTI en Bogota, DC*. Recuperado de <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/files/estadosartes/Estado%20del%20Arte%20LGBT.pdf>
7. Alzate, S., Arias, L., Chinome, G., Pérez, A., Londoño F, Monsalve, J., Pérez, K., & Agudelo, A. (2014). *Percepción sobre discriminación de la población LGTBI por parte del personal de la salud bucal*. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/41602>.
8. Arredondo, A., Meléndez, V. (1992). *Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis*. *Redalyc*, 36-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10634105.pdf>

9. Biker, S., Herrero, i., & Díaz, C. (2009). *La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi*. Euskadi: Ararteko. Recuperado de [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1\\_1719\\_3.pdf](http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1719_3.pdf)
10. Boivin, R. (2014). *Se podrían evitar muchas muertes: discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México*. En sexualidad, salud y sociedad recitas Latinoamérica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2933/293330166006.pdf>
11. Omar Neira (productor). (2015). *El sofá: Atención en salud para personas LGBTI*. (DVD). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=WkV7ls4Zihc>
12. Charlotte, G., (2008). *La Historia del Transexualismo*. Recuperado de: <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>.
13. Cisneros, F. (2003). *Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia*. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/SistemaSeguridadSocialColombia.pdf>
14. Colombia Diversa (2010). *Provisión de servicios informativos de salud para la comunidad LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)*. Recuperado de <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/otros-documentos/provision-de-servicios-salud.pdf>
15. Colombia diversa. (2015). Recuperado de <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/index>.
16. Concejo de Bogotá. (2003). *Acuerdo 79 de 2003*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6671>
17. Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.constitucioncolombia.com/indice.php>
18. Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1503/LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%20201993.pdf>
19. Diccionario Manual de la Lengua Española. (2007). Recuperado de <http://es.thefreedictionary.com/vivencia>
20. Escobar, K. (2009). *Vivencias de los familiares de adolescentes consumidores de sustancias ilícitas, frente al consumo de las mismas en el segundo semestre de 2008* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC, Colombia. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis17.pdf>

21. Eslava Albarracín, D, Rodríguez, S. (2008). “*Estamos muy jóvenes para tener hijos*”: vivencias de la planificación familiar de un grupo de adolescentes en un municipio de Risaralda. (pp 121). Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1605>
22. Fedesarrollo. (2011). *Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En: Efectos de la ley 100 en salud. (pp. 30-34)* . Recuperado de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/08/Efectos-de-la-Ley-100-en-salud-Libro-Salud-web-.pdf>
23. Gámez, C. (2008). *Logros y desafíos del movimiento LGBT de Bogotá para el reconocimiento de sus derechos*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/politica/tesis178.pdf>
24. García, J. (2004). *Estudios descriptivos*. Recuperado de <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf>
25. Grant, J., Mottet, L., Tanis, J., Herman, J., Harrison, J. , y Keisling, M. (2010). *National Transgender Discrimination Survey Report on health and healthcare*. The National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force. Recuperado de [http://www.thetaskforce.org/static\\_html/downloads/resources\\_and\\_tools/ntds\\_report\\_on\\_health.pdf](http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/resources_and_tools/ntds_report_on_health.pdf)
26. Guiscafré, H; Salmerón, J. (2005). *Historia natural y curso clínico de la enfermedad*. En L. Moreno, F. Cano, & H. García, *Epidemiología clínica* (págs. 117- 130). Ciudad de México: McGraw Hill. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spiii/spiii/guiscafre.pdf>
27. Liz, H., Fuentes, R., Aguirre, R., Ramírez, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. Distrito Federal, Mexico. (pp. 107). Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
28. López, N. (2012). *Dinámica cerebral y orientación sexual, nace, o se hace, homosexual: una cuestión mal planteada. Cuadernos de Bioética Número 78*, 18-19.
29. Maldonado, N. (2007). *Departamento Nacional de Planeación*. Recuperado de Archivos de economía [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/338\\_Eficiencia\\_tecnica\\_hospitales.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/338_Eficiencia_tecnica_hospitales.pdf)

30. Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?*. (pp 17- 53). Recuperado de: [http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD\\_15\\_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf](http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf)
31. Mejía, A., & Benavides, L. (2008). *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexual y transgénero de Bogotá D.C.* Bogotá D.C, Colombia. Recuperado de: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/políticasLGBTI/Observatorio/Barreras\\_acceso\\_servicios\\_salud\\_personas\\_LGBT\\_2008.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/políticasLGBTI/Observatorio/Barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBT_2008.pdf)
32. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS. (2010). *Representaciones y prácticas del equipo de salud en la atención de personas homosexuales, bisexuales y trans en la ciudad de Buenos Aires. Diversidad sexual: herramientas para la prevención del VIH.* Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.onusida-latina.org/images/DOCUMENTOS/argentina/investigacion%20GTB%20y%20area%20DivSex.pdf>
33. Ministerio de salud de la Nación: Dirección de Sida y ETS. ( 2010). *Las experiencias de atención médica y los cuidados del cuerpo en personas travestis/ trans. Condiciones de vulnerabilidad al VIH-SIDA e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina.* Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06\\_experiencias-atencion-medica.pdf](http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_experiencias-atencion-medica.pdf)
34. Miquel, M. (2008). *La lucha por la despatologización trans y perspectivas de futuro del.* Recuperado de <http://fundacionbetiko.org/wp-content/uploads/2012/11/La-lucha-por-la-despatologizaci%C3%B3n-trans-y-perspectivas-de-futuro-del-movimiento-trans-en-Barcelona.pdf>
35. Noir, R. (2010). SOBRE EL MOVIMIENTO LGBT. *Revista Electrónica de Psicología Política*, Pp 130-133. Recuperado de [http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril2010\\_Nota8.pdf](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril2010_Nota8.pdf).
36. Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Por la Salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.* (pp 22-40). Recuperado de: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
37. Ortiz, A. (2014). *Tránsitos como experiencia e identificación. Análisis de las experiencias trans localizadas en cuerpos asignados mujeres en Bogotá desde una perspectiva biográfica y feminista.* . Bogotá,

- Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/45371/1/53062675.2014.pdf>
38. Ponte, C. (2009). *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*. Recuperado de: [http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado\\_7/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_SALUD\\_HISTORIA\\_PONTE.pdf](http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf)
  39. PROMSEX. (2014). Voces andinas: situación de los derechos humanos de las personas LGBTI en Ecuador, Perú y Bolivia ante la CIDH. Recuperado de <http://promsex.org/images/docs/Publicaciones/vocesandinasenlacidh.pdf>
  40. Ross, K. (2014). *Exploring healthcare experiences of transgender individuals*. Faculty of Applied Health Sciences, Brock University . Ontario. Recuperado de : [https://dr.library.brocku.ca/bitstream/handle/10464/5976/Brock\\_Ross\\_Katie\\_2014.pdf?sequence=1](https://dr.library.brocku.ca/bitstream/handle/10464/5976/Brock_Ross_Katie_2014.pdf?sequence=1)
  41. Schoenbach (2000). *El fenómeno de la enfermedad*. Recuperado de <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/FenomenoDeLaEnfermedad.pdf>
  42. Suárez, E. (2003). *Políticas de la salud colombiana en los modelos de desarrollo*. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/45.pdf>
  43. Tafur, L. (2011). *El sistema de salud en Colombia: desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud*. Cali, Colombia. Recuperado de [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/documento\\_previo\\_4to\\_foro.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf)
  44. Tallada, J., Saleh, A., Bergmann, H., Toro, J., & Hembling, J. (2013). *Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para La Población Trans de Panamá*. Recuperado de [http://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Toro-Alfonso2/publication/259043640\\_Diagnostico\\_de\\_necesidades\\_de\\_salud\\_y\\_servicios\\_disponibles\\_para\\_la\\_poblacion\\_Trans\\_de\\_Panam/links/00463529d10f0dadd3000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Jose_Toro-Alfonso2/publication/259043640_Diagnostico_de_necesidades_de_salud_y_servicios_disponibles_para_la_poblacion_Trans_de_Panam/links/00463529d10f0dadd3000000.pdf)
  45. Terrasa, S., Mackintosh, R., & Piñero, A. (2011) .*La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (segunda parte)*. Buenos Aires, Argentina. (pp 104-105). Recuperado de: <http://www.foroaps.org/files/lesbi%20y%20gay.pdf>.
  46. Terrasa, S., Mackintosh, R., & Piñero, A. (2011) .*La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte)*. Buenos Aires, Argentina. (pp 57-61). Recuperado de <http://www.famfyg.org/biblioteca/documentos/GuiaFamfygMinoriasSexuales.pdf>
  47. Torres, V., & Chaves, R. (2008). *Salud en Colombia. En: La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: Secretaría*

- Distrital de Salud, EPS y medios de comunicación.* (pp 37- 41). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis39.pdf>
48. Transgénero, A. (2012). *World Professional Association for Transgender Health*. Obtenido de Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género: [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf)
49. Turizo, J., & Almanza, M. (Junio de 2010). *Comunidad LGBT: Historia y reconocimientos jurídicos. Barranquilla, Colombia*. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/JusticiaBarranquilla/2010/no17/7.pdf>

## **ANEXOS**

### **LISTA DE ANEXOS**

- **ANEXO 1. Entrevista semiestructurada.**
- **ANEXO 2. Matriz 1. Respuestas específicas a las preguntas realizadas a la comunidad trans.**
- **ANEXO 3. Matriz 2. Análisis vertical y horizontal de la información obtenida a partir de las preguntas planteadas.**
- **ANEXO 4. Matriz 3. Clasificación de la información por categorías o ejes de sentido.**
- **ANEXO 5. Consentimiento informado al grupo de participantes de la comunidad trans.**
- **ANEXO 6. Carta de autorización de los autores (licencia de uso)**

## ANEXO 1. ENTREVISTA

### 1. ANTES

#### 1.1. Saberes

- a. Para usted, ¿qué significa el término salud o estar sano?
- b. Para usted, ¿qué significa estar enfermo?
- c. ¿Qué sabe usted del sistema de salud?
- d. ¿Conoce sus derechos en salud como ciudadano Colombiano?
- e. ¿Conoce políticas, programas o proyectos dirigidos a la atención en salud en la comunidad trans?

#### 1.2. Pensares

- a. Antes de obtener una atención en salud, ¿cómo cree usted que será la atención brindada por parte del centro de salud?
- b. Antes de obtener la atención en salud ¿cómo piensa que será la atención dirigida por parte de los profesionales de salud hacia usted?
- c. ¿Usted cree que la atención brindada en los servicios de salud cubre sus necesidades en salud?

#### 1.3. Haceres

- a. Usted ¿de qué se enferma?
- b. ¿Cuáles son los servicios de salud que usted más utiliza?

### 2. DURANTE

#### 2.1. Sentires.

- a. ¿Cuáles son sus sentimientos cuando llega al centro de salud?
- b. ¿Cuáles son sus sentimientos durante la consulta con el profesional de salud (enfermera y/o médico)?
- c. ¿Podría comentarnos una situación particular en la cual nos exprese sus sentimientos durante la consulta con el profesional de salud?

#### 2.2. Actuares.

- a. ¿Qué hace cuando se enferma?
- b. ¿Podría comentarnos una situación particular en la cual nos exprese su actuar cuando se siente enfermo?

### **2.3. Padeceres**

- a. ¿Cuáles son los aspectos negativos durante la atención en salud a los cuales se ha visto expuesto?
- b. ¿Durante la consulta le han hecho algún tipo de comentario despectivo en relación con su condición de género? Si es así, ¿nos podría compartir dicha experiencia?

### **3. DESPUÉS**

#### **3.1. Aprehenderes.**

- a. ¿Qué enseñanza le ha dejado a usted la asistencia a los servicios de salud?
- b. ¿Qué enseñanza personal le dejó la consulta con el profesional de salud?
- c. ¿Sigue las recomendaciones médicas dadas por el profesional de salud en la consulta?

#### **3.2. Proyectares.**

- a. ¿En qué condiciones cree usted que se encontrarán los servicios de salud para la comunidad trans en 5 años?
- b. ¿Asistiría o solicitaría usted una nueva consulta o servicio en salud?
- c. ¿Cómo cree usted que debería ser el trato y la atención del personal de salud dirigida a la comunidad trans?

#### **3.3 Aconsejares.**

- a. ¿Qué consejo le daría usted a los profesionales de salud, para lograr que ustedes se sientan cómodos al momento de la atención en salud?
- b. ¿Qué aspectos cree usted que debe reforzar o fortalecer el sistema de salud en relación con la atención y cuáles aspectos debe mantener?
- c. ¿Qué consejo daría a los entes territoriales con relación a la realización y aplicación de programas y proyectos en salud para la comunidad trans?

**ANEXO 2 (primera matriz)**

**ANEXO 3 (segunda matriz)**

**ANEXO 4 (tercera matriz)**

## ANEXO 5. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS**



Consentimiento informado para la población trans con vivencias en salud relacionadas con la demanda y utilización de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

**Título de la investigación:** Vivencias de la comunidad trans frente a la demanda y utilización de servicios de salud.

**Persona a cargo del estudio:** Estudiantes de enfermería. VIII semestre Mayra Baez, Claudia Camacho, Gina Martínez y Daiana Rojas.

**Dónde se va a desarrollar el estudio:** Bogotá D.C.

**Información General del Estudio de Investigación:** Estudio de carácter cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo, que se realizará en el primer trimestre del año 2016 a personas pertenecientes a la comunidad *trans* que habitan en la ciudad de Bogotá. Este proceso se realizará a través de entrevistas individuales semiestructuradas, que contienen preguntas abiertas y flexibles, que se adapten a cada actor social y a su situación en particular.

**El propósito de esta investigación:** El propósito principal de la investigación es conocer de boca del actor social (comunidad transgénero), cuáles son sus vivencias, pensamientos y sentimientos acerca de la atención por parte de los servicios de salud y los profesionales de la salud, con el fin de lograr dar a conocer a diferentes actores sus opiniones y lograr dar paso a otras investigaciones, que puedan contribuir a la mejora de la atención en salud.

**Plan del Estudio:** Se entrevistarán a personas pertenecientes a la comunidad trans mayores de 18 años que deseen participar en el estudio y que hayan asistido en el último año a algún servicio de atención en salud. Se les solicitará que respondan unas preguntas acerca de los saberes, pensares, haceres, sentires, actuares, padeceres, aprehenderes, proyectares y aconsejares que han surgido en la vivencia relacionada con la demanda y utilización de servicios de salud. Se grabarán las entrevistas en formato de audio con un tiempo de duración de 30 minutos a 1 hora. Posteriormente se realizará análisis de la información, obtención de conclusiones y comunicación de los resultados a los participantes.

**Beneficios de Participar en este Estudio:** Participar en este estudio permitirá conocer las vivencias y comprender la atención dirigida hacia la comunidad trans, así como permitir una expresión directa por parte del participante, lo cual servirá como una pequeña contribución para el mejoramiento paulatino y continuo de la atención hacia esta comunidad.

**Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación:** La participación en el estudio no representa ningún riesgo adicional para la salud. Sin embargo se debe tener en cuenta que en algunos casos se puede presentar alguna clase de riesgo de tipo emocional, sin que esto se convierta en un problema de mayor impacto en la salud del participante.

**Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato:** Con el objetivo de mantener la confidencialidad de la información obtenida su nombre no será utilizado durante la investigación ni al obtener los resultados de la misma, la privacidad se garantizará durante el desarrollo de las entrevistas y mediante el conocimiento y estudio de la información solamente por parte de los investigadores del estudio.

### **Participación Voluntaria**

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

### **Preguntas y Contactos**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Investigadores:

- Daiana Lizeth Rojas Lamus: Celular: 3156980218. Correo electrónico: daiana.rojas@javeriana.edu.co.
- Gina Alejandra Martínez Anaya: Celular: 3146468588. Correo electrónico: martinez.gina@javeriana.edu.co
- Claudia Viviana Camacho Falla: Celular: 3003905726. Correo electrónico: claudia.camacho@javeriana.edu.co
- Mayra Stephanie Baez Echeverri: Celular: 3108567270. Correo electrónico: mayra.baez@javeriana.edu.co

**Asesor de la investigación:**

- Daniel Gonzalo Eslava Albarracin. Tel: 3208320 ext: 2655- 2657.

**Consentimiento**

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

**Declaración del Investigador**

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

Nombre del participante

Fecha

cc

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS**

Consentimiento informado para la población trans con vivencias en salud relacionadas con la demanda y utilización de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

**Título de la investigación:** Vivencias de la comunidad trans frente a la demanda y utilización de servicios de salud.

**Persona a cargo del estudio:** Estudiantes de enfermería, VIII semestre Mayra Baez, Claudia Camacho, Gina Martínez y Daiana Rojas.

**Dónde se va a desarrollar el estudio:** Bogotá D.C.

**Información General del Estudio de Investigación:** Estudio de carácter cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo, que se realizará en el primer trimestre del año 2016 a personas pertenecientes a la comunidad *trans* que habitan en la ciudad de Bogotá. Este proceso se realizará a través de entrevistas individuales semiestructuradas, que contienen preguntas abiertas y flexibles, que se adapten a cada actor social y a su situación en particular.

**El propósito de esta investigación:** El propósito principal de la investigación es conocer de boca del actor social (comunidad transgénero), cuáles son sus vivencias, pensamientos y sentimientos acerca de la atención por parte del servicio de salud y los profesionales de la salud, con el fin de lograr dar a conocer a diferentes actores sus opiniones y lograr dar paso a otras investigaciones, que puedan contribuir a la mejora de la atención en salud.

**Plan del Estudio:** Se entrevistarán a personas pertenecientes a la comunidad trans mayores de 18 años que deseen participar en el estudio y que hayan asistido en el último año a algún servicio de atención en salud. Se les solicitará que respondan unas preguntas acerca de los saberes, pensamientos, haceres, sentimientos, actitudes, padecimientos, experiencias, proyectos y consejos que han surgido en la vivencia relacionada con la demanda y utilización de servicios de salud. Se grabarán las entrevistas en formato de audio con un tiempo de duración de 30 minutos a 1 hora. Posteriormente se realizará análisis de la información, obtención de conclusiones y comunicación de los resultados a los participantes.

**Beneficios de Participar en este Estudio:** Participar en este estudio permitirá conocer las vivencias y comprender la atención dirigida hacia la comunidad trans, así como permitir una expresión directa por parte del participante, lo cual servirá como una pequeña contribución para el mejoramiento paulatino y continuo de la atención hacia esta comunidad.

**Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación:** La participación en el estudio no representa ningún riesgo adicional para la salud. Sin embargo se debe tener en cuenta que en algunos casos se puede presentar alguna clase de riesgo de tipo emocional, sin que esto se convierta en un problema de mayor impacto en la salud del participante.

**Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato:** Con el objetivo de mantener la confidencialidad de la información obtenida su nombre no será utilizado

