

Artículo Original

Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia

Access to Health Services for Transgender Women in the City of Cali, Colombia

Acesso a serviços de saúde para mulheres transgêneros na cidade de Cali, Colômbia

Claudia Marcela Domínguez *

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Sandra Viviana Ramírez **

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Marcela Arrivillaga-Quintero *** marceq@javerianacali.edu.co

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia

MedUNAB, vol. 20, núm. 3, pp. 296-309, 2017

Universidad Autónoma de Bucaramanga



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Recepción: 15 Abril 2016

Aprobación: 17 Octubre 2017

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>

Resumen:

Introducción: La población transgénero enfrenta retos en cuanto a la garantía del derecho a la salud y el acceso efectivo a los servicios de salud en todos los países. **Objetivo:** Describir y analizar el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos, de atención específica, y asociados al gasto de bolsillo, en mujeres transgénero de Cali, Colombia. **Metodología:** Estudio observacional de tipo transversal con muestreo probabilístico. Se aplicó una adaptación de la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos a un total de 109 personas que se auto identificaron como transgénero, mayores de 18 años. Se efectuó un análisis univariado de la totalidad de las variables evaluadas. **Resultados:** Si bien el 71.6% de las mujeres transgénero encuestadas se encontraban cubiertas por el sistema de salud, esto no garantiza el acceso oportuno a los servicios. Existe debilidad institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para promover servicios preventivos; el acceso a consulta con especialista y a medicamentos tuvo resultados desfavorables en oportunidad y calidad; no se atienden necesidades relacionadas con su identidad de género ni procesos de transformación corporal. **Discusión:** Tal como se ha reportado en otros estudios para población general, los hallazgos son coherentes con la estructura del sistema de salud colombiano que está diseñado para invertir los recursos en la atención de la enfermedad y no en la prevención. **Conclusiones:** Se requieren protocolos de atención diferencial dados los riesgos para personas transgénero por falta de atención médica y psicosocial. De esta manera, se garantiza el pleno derecho a la salud y el respeto por el libre

desarrollo de la personalidad, establecido constitucionalmente en el país. [Domínguez CM, Ramírez SV, Arrivillaga-Quintero M. Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB 2017-2018; 20(3): 296-309*].

Palabras clave:

Personas Transgénero, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Identidad de Género, Acceso Universal a Servicios de Salud, Colombia.

Abstract:

Introduction: Transgender population faces challenges in terms of guaranteeing the rights to health and an effective access to health services in every country. **Objective:** To describe and analyze the access to preventive, healing, specific care, and associated out-of-pocket health services for transgender women in Cali, Colombia. **Methodology:** An observational cross-sectional study with probability sampling. An adaptation of the Survey on Access to Health Services for Colombian Homes was applied to a total of 109 people who identified themselves as transgender, and all of them were over 18. A univariate analysis of all variables evaluated was carried out. **Results:** Although 71.6% of transgender women surveyed were covered by the health system, this percentage does not guarantee timely access to services. There is an institutional weakness regarding to the Health Promoting Entities (EPS) to promote preventive services; the access to consultation with a specialist and medicines had unfavorable results in opportunity and quality; also, the needs related to their gender identity or processes of corporal transformation are not treated. **Discussion:** As reported in other studies, for the population in general, the findings are coherent with the Colombian health system structure which is designed to invest resources in treating diseases but not preventing them. **Conclusions:** Differential care protocols are required given the risks for transgender people due to the lack of medical and psychosocial care. In this way, the full right to health, and the respect for the free development of personality are guaranteed, which were constitutionally established in the country. [Domínguez CM, Ramírez SV, Arrivillaga-Quintero M. *Access to Health Services for Transgender Women in the City of Cali, Colombia. MedUNAB 2017-2018; 20(3): 296-309*].

Keywords:

Transgender Persons, Health Services Accessibility, Gender Identity, Universal Access to Health Care Services, Colombia.

Resumo:

Introdução: a população transgênera enfrenta desafios em relação à garantia do direito à saúde e ao acesso efetivo aos serviços de saúde, em todos os países. **Objetivo:** Descrever e analisar o acesso aos cuidados preventivos, curativos e específicos, como também, aos relacionados com os serviços de saúde próprios para as mulheres transexuais em Cali, Colômbia. **Metodologia:** estudo transversal de observação com amostragem probabilística. Uma adaptação da Pesquisa de Acesso aos Serviços de Saúde para Casas Colombianas, foi aplicada a um total de 109 pessoas que se identificaram como transexuais, com mais de 18 anos de idade. Uma análise univariada, de todas as variáveis avaliadas, foi realizada. **Resultados:** Apesar de 71,6% das mulheres transexuais entrevistadas, serem cobertas pelo sistema de saúde, isso não garante o acesso oportuno aos serviços. Existe uma fraqueza institucional por parte das Entidades Promotoras da Saúde (EPS), para promover serviços preventivos; o acesso à consulta com especialistas e medicamentos teve resultados desfavoráveis em oportunidade e qualidade; não são atendidas às necessidades relacionadas à sua identidade de gênero ou processos de transformação corporal. **Discussão:** conforme relatado em outros estudos para a população em geral, os achados são coerentes com a estrutura do sistema de saúde colombiano, projetado para investir recursos no cuidado da doença e não na prevenção. **Conclusões:** os protocolos de cuidados diferenciais são necessários, dado os riscos para pessoas transexuais devido à falta de cuidados médicos e psicossociais. Desta forma, é garantido o pleno direito à saúde e o respeito pelo livre desenvolvimento da personalidade, constitucionalmente estabelecido no país. [Domínguez CM, Ramírez SV, Arrivillaga-Quintero M. *Acesso a serviços de saúde para mulheres transgêneros na cidade de Cali, Colômbia. MedUNAB 2017-2018; 20(3): 296-309*].

Palavras-chave:

Pessoas Transgénero, Acesso aos Serviços de Saúde, Identidade de Género, Acesso Universal a Serviços de Saúde, Colômbia.

Introduction

La garantía del derecho fundamental a la salud está directamente relacionada con el acceso efectivo a los servicios de salud, con la forma en que están organizados y con la oportunidad

e integralidad de la atención, tal como se ha declarado en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en salud. A pesar de esto, 22 años después de la entrada de la reforma a la salud en Colombia y dos años después de la entrada de la Ley Estatutaria, el sistema sigue teniendo retos para garantizar este derecho, y el acceso real y efectivo a los servicios.

La mayoría de los estudios sobre equidad en el acceso a los servicios de salud en Colombia defienden la tesis de que como resultado de la Ley 100 de 1993 (1) puede considerarse que hay mayor equidad debido a la ampliación de la cobertura, en especial de la población más pobre. Sin embargo, datos regionales o por ciudades específicas como Bogotá, señalan la persistencia de inequidades en el acceso tanto en población cubierta como la no cubierta por el sistema (2). Estas inequidades se incrementan en sectores de la población que enfrentan barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta (3), y pueden ser más visibles en los grupos sociales diversos por sus características étnicas, sociales o de orientación sexual.

Entre las situaciones que tienen que enfrentar las diversas minorías sexuales en cuanto al acceso a servicios de salud se encuentran la discriminación, estigma y menosprecio a que son sometidos; estos grupos llegan a categorizarse como “pintorescos”, atípicos y extraños (4). A su vez, enfrentan mayor vulnerabilidad social, económica y de salud, pues históricamente han experimentado desventajas e inequidades en el acceso a bienes y servicios que puedan favorecer su bienestar integral y su calidad de vida.

Uno de los grupos diversos que ha venido reconfigurando su lucha por la garantía de derechos son los movimientos de Lesbianas, Gay, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI). En particular, las personas transgénero son aquellas cuya identidad y expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer (5). Muchos de los conceptos relativos al género que se utilizan en las culturas occidentales se basan en una concepción binaria del sexo, que considera que existen dos polos opuestos: hombre-mujer, masculino-femenino y hembra-macho. No obstante, las personas transgénero son una población de individuos que cruzan o trascienden categorías de género culturalmente definidas (5, 6). Las identidades transgénero incluyen el tránsito de hombre a mujer y de mujer a hombre (mujeres y hombres, que feminizan o masculinizan sus cuerpos a través de la terapia hormonal o cirugía), travestis (que utilizan vestimenta típicamente usada por otro género como medio de expresión erótica), *Drag Queens/Kings* (imitadores femeninos o masculinos), y otras personas que se consideran *Queer*(7). En Colombia y en el mundo las personas transgénero representan una de las poblaciones menos favorecidas, por la carga de enfermedades que experimentan, el estigma y la discriminación (8, 9). Esto agudiza los riesgos y obstaculiza el disfrute pleno de derechos en general, y por supuesto, del derecho a la salud.

En cuanto a estadísticas, algunas cifras señalan que a nivel global existen alrededor de 1,100.000 hombres que se sienten mujeres y 1,200.000 mujeres que se consideran hombres (10). En 2013 se realizó la primera revisión de estudios publicados en mujeres transgénero, mostrando afectación consistente en 15 países del mundo, entre ellos cuatro de América Latina: Argentina, Brasil, El Salvador y Perú (4). En Colombia, en el año 2012 se reportó una prevalencia de VIH para este grupo de 17% para Bogotá, 10% para Medellín, 13% Barranquilla y 19% Cali (10).

Si bien es cierto que la tendencia en la investigación ha estado concentrada en población transgénero y Virus de Inmunodeficiencia humana/Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) (10), se conoce que existen otra serie de riesgos que afectan su salud. La automedicación de hormonas y los procedimientos estéticos no realizados por personal médico (8), el consumo de sustancias psicoactivas, la vinculación laboral al trabajo informal, que en la mayoría de los casos es trabajo sexual con sus consecuentes implicaciones, y la violencia a la que se exponen a causa del estigma y la discriminación (11-13), son otras condiciones de vida que ameritan un abordaje diferencial en cuanto al acceso a los servicios de salud. No obstante, este fenómeno, aún en contextos donde las prevalencias de VIH/SIDA son elevadas, no ha sido analizado en Colombia. Esto impide avanzar en la comprensión de las necesidades de esta población y por ende proponer estrategias de intervención efectivas en promoción, prevención y atención.

Considerando lo anterior, este estudio tuvo como objetivo describir y analizar el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos, de atención específica y gasto de bolsillo, en

mujeres transgénero en la ciudad de Cali, Colombia, e identificar prioridades específicas en salud para formular recomendaciones que promuevan la atención integral de esta población.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional, descriptivo-transversal. Previamente aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Se utilizó un muestreo probabilístico, por conglomerados y polietápico. De acuerdo con el número de la población estimada de 1,267 mujeres transgénero para la ciudad de Cali (14). Se calculó una muestra de 109 mujeres transgénero, que fueron ubicadas en cinco zonas de convergencia, que para el caso del estudio fueron definidas como paradas o sitios de encuentro y tránsito. Estas fueron: 5 clubes y reservados, 5 peluquerías, 12 zonas de tolerancia para el ejercicio del trabajo sexual y convergencia de socialización, 2 fundaciones, y 5 cyber.

La selección de las participantes se desarrolló por etapas sucesivas a través de un muestreo aleatorio. En cada una de las 5 zonas se seleccionaron 22 mujeres transgénero hasta lograr el número estimado de la muestra. Los criterios de inclusión fueron: Considerarse principalmente mujer transgénero, sexo masculino asignado al nacer, mayores de 18 años, residencia en Cali, sin importar el lugar de procedencia, y expresar su voluntariedad de participar del estudio mediante firma del consentimiento informado. El criterio de exclusión fue estar bajo el efecto del alcohol o sustancias psicoactivas al momento de la encuesta.

Para la recolección de los datos se utilizó una adaptación realizada por las autoras de la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos -EASS, 2016- diseñada y validada en Colombia por Arrivillaga y colegas en 2016 (15). La encuesta original cuenta de 5 módulos así: perfil sociodemográfico, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos y gasto de bolsillo en acceso. Para este estudio se diseñó y validó por jueces y prueba piloto el módulo de acceso a la atención específica donde se evaluó el acceso a servicios de acuerdo con las necesidades de salud de las mujeres transgénero. La encuesta final, EASS-MUJERES TRANS, tuvo un total de 88 ítems.

La encuesta fue aplicada por personal previamente capacitado, entre los meses de agosto y noviembre del año 2015. Antes de la aplicación se realizó el procedimiento relacionado con el consentimiento informado. El tiempo de aplicación por encuesta fue en promedio de una hora, y al final de la recolección de la información cada participante recibió un kit de aseo a manera de compensación por el tiempo dedicado a la entrevista.

Se efectuó un análisis univariado de la totalidad de las variables evaluadas. La información fue organizada y resumida a través de tablas de frecuencias, cálculo de medidas de tendencia central, variabilidad y dispersión de acuerdo con el nivel de medición de cada variable. Una interpretación conjunta de los resultados obtenidos permitió el desarrollo del análisis descriptivo de la información recolectada. El procesamiento estadístico se realizó utilizando como recurso el software SPSS, versión 20.

Resultados

Características sociodemográficas

Fueron encuestadas un total de 109 mujeres transgénero. El 91% se reconoció como mujer transgénero, la edad del 87% estuvo entre los 20 y los 44 años; el 53.2% solo terminó algunos años de secundaria; el 51.8 % estaba dedicada al trabajo sexual y el 29.5% a la peluquería; los ingresos económicos del 75.2% estuvo por debajo del salario mínimo legal vigente colombiano (\$644,350 pesos colombianos). El 98.1% de las mujeres transgénero encuestadas reportó que vivía en estrato socioeconómico 1 a 3 (niveles bajo y medio- bajo, según la clasificación colombiana).

El 71.6% de las encuestadas se encontraban afiliadas al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS); el 61.5% estaba en el régimen subsidiado, el 9.2% en el régimen contributivo, de las cuales el 70% era cotizante y 30% beneficiaria; y el 0.9% en régimen especial. El 28.4% de las mujeres transgénero no tenía afiliación a ningún régimen de salud, y cuando se les preguntó sobre las razones para ello, el 38.7% planteó no tener claro cuál era el procedimiento que debía realizar para afiliarse.

Sobre el diagnóstico previo de una o más enfermedades se encontró que el 26.6% refirió haber sido diagnosticada previamente con una enfermedad así: 73.4% VIH/SIDA, 6.7% gastritis crónica, y el 3.3% artritis crónica, colon irritable, hepatitis, hipertensión, diabetes y/o tuberculosis (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas, Acceso a servicios de salud de Mujeres Trans, Cali, Colombia, 2015, (n=109)

Tabla 1
Características sociodemográficas Acceso a servicios de salud de Mujeres Trans Cali
Colombia 2015 n109

Característica	n	%	n (%)	
			SI	NO
Edad				
18 a 19 años	12	11.00%	7%	29%
20 a 29 años	55	50.40%	37%	64%
30 a 44 años	32	29.30%	14%	45%
Más de 45 años	10	9.10%	9%	27%
Identidad de género				
Mujer	1	0.90%	18%	19%
Mujer Trans	100	91.70%	86%	97%
Persona Trans	3	2.80%	16%	21%
Travesti	1	0.90%	18%	19%
Transfeminista	4	3.70%	16%	22%
Estado civil				
Casada	1	0.90%	18%	19%
Unión libre	11	10.10%	8%	28%
Viuda	3	2.80%	16%	21%
Soltera	92	84.40%	77%	92%
MS/NR	2	1.80%	17%	20%
Etnia				
Indígena	4	3.6%	15%	22%
Afrocolombiano	26	23.8%	8%	40%
Mestizo	78	71.2%	63%	82%
Nivel de educación				
Algunos años de primaria	10	9.21%	9%	27%
Toda la primaria	19	17.40%	0%	34%
Algunos años de secundaria	58	53.20%	40%	66%
Toda la secundaria	13	11.90%	6%	30%
Técnica o tecnología	6	5.50%	13%	24%
Universidad completa	2	1.80%	17%	20%
Ninguno	1	0.90%	18%	19%
Ingresos				
Menos de 1 SMMLV	82	75.00%	66%	84%
Entre 1 y 3,5 SMMLV	27	25.00%	9%	41%
Situación laboral				
Pequeña, estafeta	41	29.50%	16%	43%
Trabajo informal	2	1.40%	-16%	18%
Propietaria de pequeño negocio	1	0.70%	-16%	17%
Vinculación con empresa	2	1.40%	-15%	18%
Líder/líderesa comunitaria	4	2.90%	-14%	19%
Prostitución	72	51.80%	40%	63%
Simplease	2	1.40%	-15%	18%
Cyber show	8	5.80%	-10%	22%
Independiente	7	5.10%	-11%	21%
Estrato socioeconómico				
Estrato 1	31	25.00%	10%	40%
Estrato 2	46	44.00%	30%	58%
Estrato 3	30	29.00%	13%	45%
Estrato 4	1	1.00%	-19%	21%
Estrato 5	1	1.00%	-19%	21%
Tipo de vivienda				
Propia pagada	15	14.00%	-4%	32%
Propia pagando	8	6.00%	-10%	22%
Arriendo	52	48.00%	34%	62%
Familiar	2	2.00%	-17%	21%
Pieza arriendo	13	12.00%	-6%	30%
Pieza por noche	1	1.00%	-19%	21%
En un cuarto de hotel	18	17.00%	0%	34%
Con quien vive				
Sola	40	37.00%	22%	52%
Con su pareja	11	10.00%	-8%	28%
Con sus padres y hermanos	24	22.00%	5%	39%
Con sus padres	19	17.00%	0%	34%
Otro familiar	5	5.00%	-14%	24%
Con un amiga/o	10	9.00%	-9%	27%
Débil de salud				

Contributivo	10	9.00%	-9%	27%
Subsidiado	67	61.00%	49%	73%
No afiliado	31	29.00%	13%	45%
Especial	1	1.00%	-19%	21%
Tipo de afiliación				
Cotizante	7	70.00%	36%	104%
Beneficiario	3	30.00%	-22%	82%

Acceso a servicios preventivos

En este componente se describe el acceso a servicios preventivos por grupos de edad de acuerdo con la norma nacional, Resolución 412 de 2000. En términos generales, se encontró que existe una baja promoción de servicios de salud mental en el grupo más joven de 18 a 19 años; que la promoción y el uso de servicios se presentaron en valores similares entre los 20 y los 44 años, y que a medida que se incrementa la edad hubo mayor promoción de servicios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) reportadas y mayores servicios utilizados.

Al 25% de las encuestadas entre 18 y 19 años de edad en el último año les han ofrecido consulta médica preventiva; solo al 8% consejería psicológica para trastornos de ansiedad, depresión y alimentación. En este grupo, el mayor uso fue por salud oral. En el grupo de 20 a 29 años, tanto la promoción por parte de las EPS como el uso de servicios mostraron valores similares. Aunque en un bajo porcentaje, el servicio más promovido fue el de la toma de tensión arterial con un 14%. Se destaca que al 89% de las mujeres transgénero, las EPS no les ofrecieron servicios preventivos de pruebas de detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de VIH/SIDA que están contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como tampoco se encontró mayor utilización.

En el grupo de 30 a 34 años la promoción de servicios preventivos y el uso fueron similares en cuanto a consulta médica, tensión arterial, toma de colesterol total y glicemia, con valores entre 34 y 50%. La promoción del servicio de tacto rectal y antígeno prostático estuvo en niveles bajos de 12% y 9%, respectivamente; solo un 9% de las encuestadas utilizó estos servicios.

En el grupo de mayores de 45 años se encontró mayor promoción de servicios preventivos por parte de las EPS, y también mayor utilización. Lo que más se promueve y se utiliza es toma de colesterol total y colesterol HDL, uroanálisis, triglicéridos, creatinina, glicemia y toma de tensión arterial. Se evidenció baja promoción de servicios preventivos de colonoscopias, y se elevó el uso de antígeno prostático y tacto rectal al 30% y 40% (Tabla 2).

Tabla 2. Acceso a servicios preventivos por grupos de edad conforme a Resolución 412 de año 2000. Mujeres Trans, Cali, Colombia. 2015.

Tabla 2
Acceso a servicios preventivos por grupos de edad conforme a Resolución 412 de año 2000 Mujeres Trans Cali Colombia 2015

Consulta médica preventiva	3	25.00%	-24%	74%	1	8.00%	-45%	61%
Control por enfermería	2	24.00%	-35%	83%	0	0.00%	0.00%	0.00%
Consejería uso de drogas, alcohol, tabaco	2	24.00%	-35%	83%	0	0.00%	0.00%	0.00%
Consulta médica o psicológica por algún trastorno de alimentación (anorexia, bulimia)	1	8.00%	-45%	61%	0	0.00%	0.00%	0.00%
Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio	1	8.00%	-45%	61%	0	0.00%	0.00%	0.00%
Valoración por agudeza visual	1	8.00%	-45%	61%	0	0.00%	0.00%	0.00%
Consulta por salud oral (limpieza)	2	24.00%	-35%	83%	2	24.00%	-35%	83%
Toma de presión arterial	2	24.00%	-35%	83%	1	8.00%	-45%	61%
Toma de glicemia	2	24.00%	-35%	83%	0	0		
De 20 a 29 años (n = 55)								
Consulta médica preventiva	6	11.00%	-14%	36%	6	11.00%	-14%	36%
Toma de tensión arterial	6	14.00%	-10%	38%	7	13.00%	-12%	38%
Prueba ELISA para VIH	6	11.00%	-14%	36%	7	13.00%	-12%	38%
Prueba VDRL para sífilis	6	11.00%	-14%	36%	6	11.00%	-14%	36%
De 30 a 44 años (n = 32)								
Consulta médica	14	43.00%	17%	69%	16	50.00%	26%	75%
Toma de tensión arterial	15	47.00%	22%	72%	14	43.00%	17%	69%
Toma de colesterol total	11	34.00%	6%	62%	12	37.00%	10%	64%
Toma de glicemia	12	37.00%	10%	64%	12	37.00%	10%	64%
Toma de tacto rectal	4	12.00%	-20%	44%	3	9.00%	-23%	41%
Toma de antígeno prostático	3	9.00%	-23%	41%	3	9.00%	-23%	41%
De 45 años o más (n = 25)								
Consulta médica del quinquenio	4	40.00%	-8%	88%	4	40.00%	-8%	88%
Sangre oculta en heces	2	20.00%	-35%	75%	1	10.00%	-49%	69%
Colonoscopia	1	10.00%	-49%	69%	0	0		
Toma de tacto rectal	4	40.00%	-8%	88%	3	30.00%	-22%	62%
Toma de antígeno prostático	4	40.00%	-8%	88%	4	40.00%	-8%	88%
Densitometría ósea	4	40.00%	-8%	88%	3	30.00%	-22%	62%
Toma de colesterol total y colesterol HDL	6	60.00%	21%	99%	5	60.00%	6%	94%
Uroanálisis	6	60.00%	21%	99%	5	60.00%	6%	94%
Triglicéridos	6	60.00%	21%	99%	5	60.00%	6%	94%
Creatinina	6	60.00%	21%	99%	5	60.00%	6%	94%
Glicemia	6	60.00%	21%	99%	5	60.00%	6%	94%
Toma de presión arterial	6	60.00%	21%	99%	5	60.00%	6%	94%

Acceso a servicios curativos

En este componente se describe el acceso a los servicios curativos en cuanto a la utilización de los servicios de urgencias, consulta por médico general, especialista y hospitalización.

En acceso a servicios de urgencias se observó que las mujeres transgénero en un 23% requirieron atención; respecto al tiempo de espera entre el momento de llegar a urgencias y la atención de consulta médica, en un 32% fue inmediata, un 52% esperó de 30 minutos a una hora. El 84% manifestó que su problema de salud fue resuelto, aunque la calidad de la atención fue calificada mala y muy mala en un 32%. Un 24% reportó haber costado la atención con recursos propios y/o familiares.

Por su parte, la consulta con médico general en los últimos 6 meses estuvo en un 18%; el 60% fue remitido a especialista. Al 27% la EPS no le entregó medicamentos y al 19% solo algunos medicamentos; la principal razón para ello fue que no estaban incluidos en el POS. El 25% calificó la atención por médico general o especialista como mala o muy mala. Por el contrario, la calidad de la hospitalización fue valorada positivamente por un 88% de las encuestadas (Tabla 3).

Tabla 3. Acceso a servicios curativos. Mujeres Trans, Cali, Colombia. 2015

Tabla 3
Acceso a servicios curativos Mujeres Trans Cali Colombia 2015

Tabla 3. Acceso a servicios curativos. Mujeres Trans, Cali, Colombia. 2015				
Respuesta	n	%	IC95% inferior	IC95% superior
En los últimos 6 meses, acudió al servicio de urgencias				
No	84	77.00%	0.68	0.86
Si	25	23.00%	0.07	0.39
Tiempo entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la consulta médica				
Inmediatamente	8	32.00%	0.00	0.64
En máximo 30 minutos	4	16.00%	-0.20	0.52
Entre 31 minutos y una hora	9	36.00%	0.05	0.67
Entre una hora y dos horas	1	4.00%	-0.34	0.42
Más de dos horas	3	12.00%	-0.25	0.49
Asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud				
No	3	12.00%	-0.25	0.49
Si	21	84.00%	0.68	1.00
NS/NR	1	4.00%	-0.34	0.42
La calidad del servicio de urgencias fue				
Muy buena	3	12.00%	-0.25	0.49
Buena	14	56.00%	0.30	0.82
Mala	6	24.00%	-0.10	0.58
Muy Mala	2	8.00%	-0.30	0.46
Fuentes utilizadas para cubrir los costos de atención en urgencias				
EPS contributivo	1	2.00%	-0.25	0.29
EPS subsidiado	18	72.00%	0.51	0.93
Recursos propios y/o familiares	6	24.00%	-0.10	0.58
EPS contributivo	1	2.00%	-0.25	0.29
En los últimos 6 meses cuando ha tenido algún problema de salud, ha consultado a médico general				
No	34	31.00%	0.15	0.47
Si	20	18.00%	0.01	0.35
No ha tenido problema de salud	54	50.00%	0.37	0.63
NS/NR	1	1.00%	-0.19	0.21
Fuentes utilizadas para cubrir los costos de la consulta médica general				
EPS contributivo	1	5.00%	-0.38	0.48
EPS subsidiado	17	85.00%	0.68	1.02
Recursos propios y/o familiares	1	5.00%	-0.38	0.48
Otro	1	5.00%	-0.38	0.48
Fue remitido a especialista por el médico general				
No	8	40.00%	0.06	0.74
Si	12	60.00%	0.32	0.88
Especialista al que fue remitido				
Infectólogo	1	8.00%	-0.45	0.61
Internista	3	25.00%	-0.24	0.74
Cirujía	2	17.00%	-0.35	0.69
Dermatólogo	2	17.00%	-0.35	0.69
Psiquiatría	1	8.00%	-0.45	0.61
Urólogo	1	8.00%	-0.45	0.61
Traumatólogo	1	8.00%	-0.45	0.61
Neumólogo	1	8.00%	-0.45	0.61
Ortopedista	1	8.00%	-0.45	0.61
Endocrinólogo	1	8.00%	-0.45	0.61
Gastroenterólogo	1	8.00%	-0.45	0.61
Fuente utilizada para cubrir los costos de atención por especialista				
EPS contributivo	1	8.00%	-0.45	0.61
EPS subsidiado	10	84.00%	0.61	1.07
No fue atendido	1	8.00%	-0.45	0.61
Por la situación consultada, le formularon medicamentos				
No	1	8.00%	-0.45	0.61
Si	11	92.00%	0.76	1.08

Estos medicamentos fueron entregados por la EPS				
No	3	27.00%	-0.23	0.77
Sí, todos	6	54.00%	0.14	0.94
Sí, algunos	2	18.00%	-0.35	0.73
Razón por la que no fueron entregados los medicamentos				
No estaban incluidos en el POS	2	67.00%	0.02	1.32
Acudió a médico particular	1	33.00%	-0.59	1.25
La calidad de la prestación del servicio de salud medicina general o especializada fue				
Muy buena	3	15.00%	-0.25	0.55
Buena	12	60.00%	0.32	0.88
Malas	4	20.00%	-0.19	0.59
Muy Mala	1	5.00%	-0.38	0.48
En los últimos 6 meses, ha tenido alguna hospitalización				
No	94	92.00%	0.87	0.97
Sí	8	8.00%	-0.11	0.27
La hospitalización fue				
Por urgencias	7	88.00%	0.64	1.12
Programada	1	12.00%	-0.52	0.76
Durante la hospitalización le brindaron la asistencia médica necesaria para solucionar el problema de salud				
No	1	12.00%	-0.52	0.76
Sí	7	88.00%	0.64	1.12
La calidad de la hospitalización fue				
Muy Buena	2	25.00%	-0.35	0.85
Buena	5	63.00%	0.21	1.05
Malas	1	12.00%	-0.52	0.76

*EPS: Empresa promotora de salud, POS: Plan obligatorio de salud

* EPS Empresa promotora de salud POS Plan obligatorio de salud

Acceso a servicios específicos para atender necesidades de mujeres transgénero

Se encontró que un 67.5% manifestó haber tenido problemas de salud en el último año, siendo el dolor de cabeza, la fiebre, el dolor de espalda, los problemas digestivos, las condiciones de salud que más las afectan. Un 25% de los entrevistados buscó atención acudiendo a farmacias y droguerías, por el contrario, el 61% buscó atención en centros de salud, puestos de salud y hospitales, de los cuales solo un 48% recibió tratamiento médico.

Para el proceso de transición corporal se indagó por el uso de hormonas, y se identificó que un 91% las utilizan, pero solo un 6% recibe atención médica para su uso. El 98% lo hace por fuera de los servicios de salud. Sobre el uso de sustancias inyectables, el 70% se realizó algún procedimiento estético, siendo la silicona fluida la sustancia más utilizada, seguida de aceites vegetales. La administración de estas sustancias se dio en un 40.3% por medio de una esteticista, 23.4% con amigos y amigas, y un 5.2% auto administrada. Con respecto al acceso a cirugías plásticas el 37% alguna vez se realizó una cirugía estética, el 93% de este grupo lo hizo en clínicas y centros especializados de cirugía plástica.

Respecto al acceso al condón, el 89.7% reportó adquirirlo en las organizaciones no gubernamentales, solo un 2.8% lo obtuvo del sistema de salud. Sobre el acceso a la atención por psicología, el 72.4% indicó no tener necesidad de este servicio, el 17.4% manifestó haber accedido por depresión y 4.4% por ansiedad (Tabla 4).

Tabla 4. Acceso a servicios específicos. Mujeres Trans, Cali, Colombia. 2015

Tabla 4
Acceso a servicios específicos Mujeres Trans Cali Colombia 2015

Tabla 4. Acceso a servicios específicos. Mujeres Trans, Cali, Colombia, 2015

	N	%	IC 95%
¿Tiene o ha tenido problemas de salud alguna vez?			
No	45	49.00%	34% 64%
Si	62	68.00%	58% 80%
NS/NR	2	2.00%	-17% 21%
¿Qué tipo de molestias ha presentado?			
Respiratorias	10	16.00%	-7% 39%
Dolor de cabeza	22	35.00%	15% 55%
Fiebre	17	27.00%	6% 48%
Falta de energía, cansancio	8	13.00%	-10% 36%
De espalda	17	27.00%	6% 48%
De la visión	1	2.00%	-25% 29%
Del oído	3	5.00%	-20% 30%
Problemas digestivos	10	16.00%	-7% 39%
De la piel	4	6.00%	-17% 29%
Desmayos	3	5.00%	-20% 30%
Alergias	3	5.00%	-20% 30%
Musculares	7	11.00%	-12% 34%
Resnados	3	5.00%	-20% 30%
Molestias para orinar	7	11.00%	-12% 34%
Molestias en el área del ano	1	2.00%	-25% 29%
Secreción genital	1	2.00%	-25% 29%
Úlceras, lagas, granos en zona genital o anal	2	3.00%	-21% 27%
Ninguna de las anteriores	2	3.00%	-21% 27%
Otra	15	24.00%	2% 46%
Para estos problemas o molestias que tuvo, recibió tratamiento médico			
No	32	51.00%	34% 68%
Si	29	48.00%	30% 66%
NS/NR	1	2.00%	-25% 29%
A qué sitio acude generalmente cuando tiene problemas de salud			
Centro puesto de salud, hospital	34	54.00%	37% 71%
Clinica privada	2	3.00%	-21% 27%
Consultorio médico particular	3	5.00%	-20% 30%
En el hogar o ayuda familiar (remedio casero)	1	2.00%	-25% 29%
Farmacia	19	31.00%	10% 52%
A ningún sitio	3	5.00%	-20% 30%
Ha usado o está usando hormonas			
No	10	9.00%	-9% 27%
Si	99	91.00%	85% 97%
Recibe o recibió atención médica para el uso			
No	88	94.00%	89% 99%
Si	6	6.00%	-13% 26%
¿Quién le administra o administró las hormonas			
Médico en el centro de salud, puesto de salud	2	2.00%	-17% 21%
Enfermera	2	2.00%	-17% 21%
Médico consultorio particular	2	2.00%	-17% 21%
Peluquera, salón de belleza o estética	6	6.00%	-13% 26%
Con amigos o amigas / conocidos/as	3	3.00%	-16% 22%
Droguería	49	50.00%	36% 64%
Auto administrada	35	35.00%	19% 51%
Se ha inyectado alguna sustancia			
No	33	30.00%	14% 46%
Si	76	70.00%	60% 80%
¿Qué sustancia o sustancias se ha inyectado en los últimos 12 meses			
Aceites vegetales	10	13.00%	-8% 34%
Bolox	4	5.00%	-16% 26%
Colágeno	1	1.00%	-19% 21%
Ácido hialurónico	2	3.00%	-21% 27%
Silicona Industrial	3	4.00%	-18% 26%
Silicona lítica	70	92.00%	86% 98%
Biopolímero	2	3.00%	-21% 27%
¿Quién le administró la sustancia			
Enfermera	4	5.00%	-16% 26%
Médico consultorio particular	5	7.00%	-15% 29%
Peluquera, salón de belleza o estética	8	10.00%	-11% 31%
Con amigos o amigas / conocidos/as	18	23.00%	4% 42%
Esteticista	31	41.00%	24% 58%
Farmacéuta	5	7.00%	-15% 29%
Auto administrada	5	7.00%	-15% 29%
Usted se ha realizado una cirugía como parte de su transición corporal			
Cirugía en los senos (mamoplastia)	28	26.00%	10% 42%
Cirugía de la nariz (rinosplastia)	7	6.00%	-12% 24%
Cirugía de glúteos (glutinoplastia)	3	3.00%	-16% 22%
Cirugía liposucción o lipectomía	2	2.00%	-17% 21%

No ha hecho ningún procedimiento	69	63.00%	52%	74%
En qué sitios se realizó o se realiza estos procedimientos				
Clinica o centro de cirugía plástica	37	93.00%	85%	101%
Estéticas, peluquería	2	5.00%	-25%	35%
Casa	1	2.00%	-25%	29%
En qué lugares adquiere los condones				
Farmacia	5	5.00%	-14%	24%
Centro o puesto de salud	3	3.00%	-16%	22%
Fundaciones	1	0.90%	-18%	19%
Peluquerías o salón de belleza	1	0.90%	-18%	19%
ONG	96	90.00%	84%	96%
Ha tenido la necesidad de acudir a una consulta psicológica en los últimos 6 meses por				
Problemas de comportamiento	2	2.18%	-18%	22%
Tendencias suicidas	1	0.90%	-18%	19%
Depresión	19	17.00%	0%	34%
Ansiedad	5	4.50%	-14%	23%
Consumo SPA	1	0.90%	-18%	19%
No he tenido la necesidad	79	72.00%	62%	82%
Otra	2	2.00%	-17%	21%
Estigma y discriminación				
Ha sentido discriminación del personal de salud	7	6.00%	12%	24%

*NS/NR: No sabe/No responde. ONG: Organización no gubernamental. SPA: Sustancias psicoactivas

Gasto de bolsillo en acceso a servicios de salud

Este componente evaluó el gasto de bolsillo en acceso a servicios de salud, encontrando que el copago y la cuota moderada pagada por la atención recibida estuvieron entre \$2,100 a \$24,000 COP. Con respecto a medicamentos, exámenes, procedimientos no autorizados o no pagados por la EPS el costo osciló entre \$10,000 y \$80,000 COP. Con respecto a otros gastos como procedimientos, transporte, alimentación, alojamiento el valor estuvo entre \$2,100 y \$4,300.000 COP.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo describir y analizar el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos, de atención específica y gasto de bolsillo en mujeres transgénero en la ciudad de Cali, Colombia. Los hallazgos centrales mostraron que, si bien el 71.6% de las mujeres transgénero se encuentran cubiertas al SGSSS en Colombia, esto no garantiza el acceso oportuno a servicios preventivos, curativos y a la atención específica de acuerdo con sus necesidades. Como se ha planteado previamente, para interpretar este resultado es necesario tener en cuenta la diferencia entre los conceptos de cobertura y acceso, pues aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten barreras que pueden evitar que reciba atención en caso de necesitarla (16).

De otro lado, la Constitución Colombiana, en su artículo 16 establece que todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico. La garantía del derecho a la salud de las mujeres transgénero en su condición de ciudadanas hace que el reto para los servicios de salud sea una necesidad, pero también una obligación. No obstante, los resultados de este estudio mostraron la debilidad institucional por parte de las EPS para promover servicios preventivos y para prestar atención integral diferencial de acuerdo con sus necesidades. Por su identidad de género, las mujeres transgénero enfrentan una serie de situaciones de exclusión y la marginación general (17), que a su vez se expresan en los servicios salud. Así, el ejercicio de su ciudadanía en salud resulta amenazado dada la falta de atención, rechazo, estigma y discriminación.

Los hallazgos de este estudio son coherentes con la estructura del sistema de salud colombiano que está diseñado para invertir los recursos en la atención de la enfermedad y no en la prevención (18). Las instituciones siguen manteniendo modelos habituales de asistencia en salud, sin tener en cuenta las heterogeneidades y necesidades específicas de la población vulnerable; por su parte, las aseguradoras no garantizan el desarrollo de planes y acciones preventivas no contempladas en el POS (19). Asuntos como la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH, el consumo de sustancias psicoactivas y consejería para el fortalecimiento de la identidad de género no son atendidos. De esta manera, la debilidad en la prevención impone mayores riesgos de enfermar y morir en las mujeres transgénero que en el resto de la población general (20).

En cuanto al acceso a servicios curativos este estudio encontró que las mujeres transgénero enfrentan menos barreras en consulta externa, urgencias y hospitalización, en comparación con el acceso a servicios preventivos. En general, la percepción de estos servicios es de buena calidad, oportunidad y satisfacción en la atención de la necesidad. No obstante, en el acceso a consulta médica especializada se encontraron demoras de oportunidad y en el acceso a medicamentos se reportaron dificultades para obtenerlos, en especial, los no contemplados en el POS.

Con respecto al gasto de bolsillo, los ingresos económicos se relacionan con el acceso. En el caso de las mujeres transgénero entrevistadas, el 75.2% reportó ingresos por debajo del salario mínimo legal vigente colombiano, cuyo gasto se prioriza en satisfacción de necesidades de subsistencia como la alimentación y la vivienda, por encima de la atención en salud. Así, las condiciones de vida se convierten en una barrera para el acceso en general, de los servicios no cubiertos por el POS y para la atención de necesidades específicas relacionadas con su identidad género.

Con respecto al acceso a servicios específicos existe un determinante fundamental que se debe considerar en la atención y que se refiere a la identidad de género de las mujeres transgénero. Ellas luchan por reivindicar la identidad femenina que implica un tránsito de hombre a mujer, y para lo cual requieren una serie de procedimientos médicos, consejería psicológica y apoyo social que les permita alcanzar ese ideal de identidad. En el actual SGSSS colombiano tales procedimientos no están contemplados en el POS. Estos son: Concentraciones hormonales, procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo y acompañamiento psicosocial. Toda esta atención está prevista en protocolos de atención a nivel internacional en países como Estados Unidos, España, Chile y Argentina. Por el contrario, los resultados de este estudio evidencian que en Colombia no cuentan con acceso para la atención específica, y que las mujeres transgénero recurren a alternativas por fuera del sistema, que ponen en riesgo su salud y su vida. De hecho, diferentes estudios han encontrado, por ejemplo, que existen una serie de enfermedades asociadas al uso no supervisado de hormonas entre las cuales se encuentran la trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar (21-23), infarto al miocardio (13), diabetes (24), anemia, depresión (25) y daño hepático (26-28).

Los resultados de este estudio representan una alerta al proceso de implementación de la Política de Atención Integral en Salud (29) establecida en el Decreto 429 de 2016 en Colombia, Las acciones de atención a las mujeres transgénero requiere por parte de los entes rectores de salud, estrategias de formación para el personal de salud donde se incorpore la atención diferencial en salud con enfoque en construcciones de género e identidades diversas. Asimismo, la construcción de protocolos de atención médica y psicosocial con el fin de avanzar hacia real garantía del derecho a la salud de las mujeres transgénero en su condición de ciudadanas protegidas constitucionalmente para el libre desarrollo de su personalidad.

Como limitaciones, este estudio contó con la dificultad de realizar triangulación de información empírica dada la ausencia de otras investigaciones en acceso a los servicios de salud para mujeres transgénero en Colombia y en América Latina. De igual manera, el desarrollarse como un estudio observacional no permitió profundizar asuntos de la construcción de la identidad de género de las mujeres transgénero y su relación con los servicios de salud. Por esto, se recomiendan estudios cualitativos posteriores que permitan una mejor comprensión del fenómeno. En términos del análisis de datos, el tamaño de la muestra y su desagregación en grupos de edad en el módulo de acceso a servicios preventivos, impidió realizar análisis entre las variables del estudio. Es recomendable que estudios posteriores de tipo cuantitativo amplíen los tamaños muestrales de forma que puedan establecerse inferencias estadísticas potentes. Se sugiere la aplicación de la EASS-MUJERES TRANS en otras ciudades en Colombia para identificar qué diferencias y similitudes existen en las condiciones de acceso los servicios de salud.

Por último, sería importante que las Direcciones Territoriales de Salud en Colombia, retomaran la metodología de intervención de actividades preventivas de proyectos como el del Fondo Mundial de VIH/SIDA con mujeres transgénero (30), e incorporen a los equipos actuales de atención primaria en salud el tema. Así se podrán desarrollar abordajes integrales con esta población, con los profesionales y con los gestores comunitarios de salud, tal como lo propone el Modelo Integral de Atención en Salud.

Conclusiones

Se requiere implementar la Política de Atención Integral en Salud establecida en el Decreto 429 de 2016 en Colombia con cambios sustanciales en los servicios de salud en relación a los grupos poblacionales diversos como las mujeres transgénero. Es necesario fortalecer el acceso a los servicios de salud tanto preventivos como curativos y, dada la precariedad de sus condiciones de vida, atenuar los efectos en el gasto de bolsillo en acceso mediante la facilitación del acceso a procedimientos requeridos por esta población. El acceso a servicios específicos requiere también establecer protocolos de atención diferencial dado los riesgos para la salud y la vida en los que las mujeres están incurriendo por falta de atención médica y psicosocial. Solo de esta manera se garantiza el pleno derecho a la salud y el respeto por el libre desarrollo de la personalidad establecido constitucionalmente en el país.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participación en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

References

1. República de Colombia. Ley 100 de 1993. [Internet]. 1993. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
2. Tovar L, Arrivillaga M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000- 2013: revisión sistemática crítica. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27):17-26. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia>
3. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009; 27(2): 121-130.
4. Baral S, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz A, Guadamuz T, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2013; 13(3): 214-22. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
5. Bockting W. From construction to context: gender through the eyes of the transgendered. Sיעus Rep. 1999; 28(1): 3-7.
6. Chárriez M. La transexualidad: ¿construcción de una identidad? Rev. Griot. 2013; 6(1): 18-28.
7. Bockting W, Miner M, Swinburne R, Hamilton A, Coleman E. Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. Am J Public Health. 2013; 103(5): 943-951. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
8. Organización Panamericana de la Salud. 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. [Internet]. 2012. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
9. Weeks J. The Languages of Sexuality. Routledge. London and New York. 1ª edición. Oxon. 2011.

10. Mecanismo de Coordinación de País. Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans, en cuatro ciudades de Colombia. [Internet]. 2013. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff8081814223340201436d4f97be042f>
11. Becerra A, de Luis Román D, Piedrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Medicina Clínica*. 1999; 113(13): 484-487.
12. García A. Tacones, Siliconas, Hormonas: Teoría Feminista y experiencias trans en Bogotá. [internet]. 2010. Universidad Nacional. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2978/1/489177.2010.pdf>
13. Elamin M, García M, Murad M, Erwin P, Montori V. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clin Endocrinol*. 2010; 72(1): 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Metodología de triangulación para el análisis del tamaño poblacional y las brechas en la respuesta nacional en VIH orientada a la población transgénero. En reunión CONASIDA; 2015, febrero 17; Bogotá, Colombia: 1-40.
15. Arrivillaga M, Aristizábal J, Pérez M, Estrada V. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*. 2016; 30(6):415-420. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
16. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Cartagena: Banco de la República. [internet]. 2014. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
17. Buriticá I. Las políticas públicas mujer y géneros y LGBT y el caso de las transgeneristas. *La manzana de la discordia*. 2010;(5)1: 35-43.
18. Vélez M. La salud en Colombia: Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Editorial Penguin Random House. 2016.
19. Mogollón A, Vásquez M. Factores que inciden en el acceso a población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saude Pública*. 2008; 24(4):745-754.
20. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health*. 2001; 91(6): 915-921.
21. Healthy People. Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. [Internet]. 2010. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.nalgap.org/PDF/Resources/HP2010CDLGBTHealth.pdf>
22. Wiessing L, van Roosmalen M, Koedijk P, Bieleman B, Houweling H. Silicones, hormones and HIV in transgender street prostitutes. *AIDS*. 1999; 13(16):2315-2316.
23. Shatzel J, Connelly K, DeLoughery T. Thrombotic issues in transgender medicine: A review. *Am J Hematol*. 2017; 92(2): 204-208 . Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ajh.24593>
24. Defreyne J, De Bacquer D, Shadid S, Lapauw B, T'Sjoen G. Is Type 1 Diabetes Mellitus More Prevalent Than Expected in Transgender Persons? A Local Observation. *Sex Med*. 2017; 5(3): 215-218. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.06.004>
25. Asscheman H, T'Sjoen G, Gooren L. Morbidity in cross- sex hormone-treated transgender people. Joint meeting of the International Society of Endocrinology and the Endocrine Society ICE/ENDO. 2014.

26. Van Kesteren P, Asscheman H, Megens J, Gooren L. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol*. 1997; 47(3): 337-342. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
27. Hage J, Kanhai R, Oen A, van Diest P, Karim R. The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 107(3): 734-741. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006534-200103000-00013>
28. Feldman J, Brown G, Deutsch M, Hembree W, Meyer W, Meyer-Bahlburg H, et al. Priorities for Transgender Medical and Healthcare Research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016; 23(2): 180-187. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000231>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. [internet]. 2016. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
30. Mecanismo de Coordinación de País. Guías rápidas de atención en VIH, con enfoque diferencial y de vulnerabilidad. Bogotá. [Internet]. 2015. [citado 20 marzo 2016]. Disponible en: https://es.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/guas-rpidas-del-vih

Notas de autor

* * Psicóloga, especialista en Gerencia Social, magíster en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Valle del Cauca, Colombia

** ** Psicóloga, especialista en Desarrollo Humano y Organizacional, magíster en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana, Valle del Cauca, Cali, Colombia

*** ** Psicóloga, especialización WHO/PAHO, magíster en Educación, doctorado en Salud Pública. Profesora titular, Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Marcela Arrivillaga-Quintero. Calle 18 No. 118-250, Cali, Colombia. Teléfono: +57 (2) 3218200; extensión: 8681. E-mail: marceq@javerianacali.edu.co

Enlace alternativo

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2404/2855> (pdf)