

Lineamientos de atención en
los servicios de salud que
consideran el enfoque
diferencial, de género y no
discriminación para personas

LGBTI



UNFPA

Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Proyecto Interinstitucional de Prevención Combinada del VIH



LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN
EN LOS SERVICIOS DE SALUD
QUE CONSIDERAN EL ENFOQUE
DIFERENCIAL, DE GÉNERO Y NO
DISCRIMINACIÓN PARA PERSONAS

LGBTI



Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -

Aída Verónica Simán

Representante

Martha Lucía Rubio Mendoza

Representante auxiliar

Daniel García Lamus

Coordinador Proyecto Interangencial
en Prevención Combinada del VIH

Diego Andrés Muñoz Olaya

Asesor de abogacía y comunicaciones

Luis Alejandro Guevara

Diseño gráfico y diagramación

Equipo técnico

Corporación Grupo Guillermo Fergusson:

Luz Dary Carmona Moreno

Ana Lucía Casallas Murillo

Marta González Moreno

Trino Jaimes López

ISBN:

Bogotá, septiembre de 2019



Tabla de contenido



	<i>Pág.</i>
Introducción	8
1. Objetivos	13
2. Definiciones	14
3. Síntesis sobre las necesidades en salud de las personas LGBTI	19
3.1. Barreras culturales	20
3.2. Barreras administrativas	23
3.3. Barreras económicas	24
3.4. Barreras de calidad en la provisión de servicios de salud	24
4. Principios ordenadores del lineamiento de atención integral a las personas LGBTI	28
5. Normatividad	36
5.1 Marco Normativo Internacional	37
5.2 Marco Normativo Nacional	41
6. Enfoques que sustentan el lineamiento	46
6.1. El derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual	47
6.2. Enfoque basado en Derechos Humanos	48
6.3. Enfoque diferencial e interseccional	50
6.4. Enfoque o perspectiva de género	52
6.5. Enfoque de vulnerabilidades	53
7. Orientaciones para las atenciones que consideren el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI en los servicios de salud	55

	<i>Pág.</i>
7.1 Plano institucional. Componente 1. Aspectos básicos para humanizar los servicios de salud dirigidos a las personas LGBTI	58
	60
<i>i) Atención respetuosa y sin discriminación</i>	62
<i>ii) Identificación de las personas LGBTI de forma adecuada</i>	63
<i>iii) Generar un clima de confianza</i>	64
<i>iv) Protección especial e integral en los casos de niños, niñas y adolescentes</i>	65
<i>v) Identificación de contextos y situaciones de discriminación por orientación sexual, expresión y/o identidad de género</i>	66
<i>vi) Identificación de condiciones de riesgo y alta vulnerabilidad</i>	67
<i>vii) Configuración de espacios seguros e inclusivos</i>	68
<i>viii) Reconocimiento de los aportes de las personas que constituyen la población LGBTI en los servicios</i>	68
7.2 Plano institucional - Componente 2: Organización de servicios de promoción en salud y prevención de riesgos y atención incluyentes para las personas LGBTI	70
7.2.1 <i>Servicios de promoción en salud y prevención de riesgos para las personas LGBTI</i>	70
7.3. Organización de servicios de atención en salud incluyentes para las personas LGBTI	73
	75
7.4. Atención integral de urgencias para población LGBTI	
7.5. Organización de servicios de promoción de salud incluyentes para las personas LGBTI: Articulación y coordinación para la gestión en salud y transectorialidad de las personas LGBTI	78
7.6. Recomendaciones específicas para el abordaje en salud sin discriminación ni estigma a las personas LGTBI	84



	<i>Pág.</i>
.....	102
Referencias bibliográficas	
.....	106
Anexos	
Anexo 1. Síntesis de las recomendaciones para el personal de salud e institucional, producto de grupos focales	107
.....	111
Anexo 2. Sentencias Corte Constitucional y Salud/Normatividad	



Introducción

El documento Lineamientos de atención que considera el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI en los servicios de salud tiene como objetivo orientar al personal del sector salud en los procesos de atención a las personas LGBTI para avanzar en la garantía y realización de su derecho a la salud.

Los lineamientos se enmarcan en declaraciones, pactos y acuerdos firmados por el Estado colombiano como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC/1966), que plantea la integralidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos y que en particular en salud establece en la Observación General 14, del artículo 12 que: “La realización efectiva que tienen los sujetos al disfrute pleno de sus vidas en condiciones adecuadas en los contextos específicos en que se desenvuelven, lo que implica el reconocimiento de la dignidad humana. Para el logro de ésta se requiere la interrelación e interdependencia del derecho a la salud con otros derechos como la educación, la alimentación, el vestido, el trabajo, la vivienda y la participación” (1).

De igual forma, se acogen los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud OMS en relación con las directrices a los Estados para la incorporación del enfoque de determinantes sociales de la salud en las políticas de salud.

En el plano nacional se destacan como referencia normativa:

- *La Ley Estatutaria-1751 de 2015 que declaró la salud como un derecho humano fundamental, y que dio lugar a la formulación de la Política de Atención Integral en salud (PAIS) y al Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), anteriormente MIAS con la configuración de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, según la Resolución 3280 de 2018 (1).*
- *La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR), la cual estableció el derecho al disfrute de la sexualidad vinculado con el desarrollo de autonomía de los sujetos (2).*

- *La Política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Decreto 762 de 2018 (3).*
- *El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 proyecta las acciones de salud pública y sus enfoques y describe las acciones, referenciando específicamente el enfoque diferencial y el reconocimiento de la diversidad de género y orientación sexual (1).*

Estos son marcos jurídicos internacionales y nacionales que soportan la realización de los derechos de las personas LGBTI como base sustantiva de su dignidad humana.

Este lineamiento se enmarca en el esfuerzo que realizan las agencias y particularmente UNFPA por que los trabajadores de la salud apropien orientaciones metodológicas para el abordaje del enfoque de diversidad de género y orientación sexual, para que los procesos y acciones de promoción de la salud, prevención y atención de las patologías de las personas de los sectores LGBTI correspondan con el derecho a la salud y el respeto a la dignidad humana. Se trata de un esfuerzo por transformar las prácticas cotidianas y experiencias subjetivas para respetar, promover y garantizar el derecho a la salud de las personas LGBTI, prácticas que en ocasiones generan estigma y discriminación, así como “nuevos daños” por acción u omisión en sus contextos de intervención. En tal sentido, el presente lineamiento propone orientaciones para que la institucionalidad en salud asuma el cumplimiento del derecho a la salud de las personas LGBTI como un deber y una obligación instituida a través de la multiplicidad de normas y pactos firmados por el Estado colombiano y como un elemento central de la ética de los trabajadores en salud.

El presente lineamiento se ha construido de manera participativa recogiendo las voces de personas LGBTI, de los trabajadores y trabajadoras en salud que realizan las acciones individuales y colectivas, también fueron previstas las opiniones y experiencias de expertos y de organizaciones sociales con trayectoria en la defensa de los derechos de estas personas.



Adicionalmente, se realizó una amplia revisión de fuentes secundarias en relación con la situación de salud de las personas LGBTI, también se recabó información sobre los marcos normativos internacional y nacional para la protección de estas personas y se identificaron los lineamientos producidos¹ en otros países en relación con su derecho a la salud. En la revisión de lineamientos internacionales se destaca el Modelo de atención especializada dirigida a población sexualmente diversa, por parte de instituciones de derechos humanos; en el plano nacional, se resalta la experiencia de Bogotá, liderada desde la Secretaria Distrital de Salud, y específicamente el abordaje territorial y comunitario promovido por la Subred Centroriente y su hospital referente Samper Mendoza.

El ejercicio metodológico participativo se realizó a través de once grupos focales que indagaron sobre conocimientos, experiencias y situaciones específicas en relación con el derecho y los servicios de promoción de la salud, prevención, y atención de las personas LGBTI.

El lineamiento es una propuesta que busca orientar a los trabajadores y trabajadoras del sector salud a nivel primario y complementario para avanzar en procesos de atención que garanticen el derecho integral a la salud a estas personas. Esto implica adentrarse en procesos de humanización de los servicios, trato digno, apropiación del enfoque diferencial, de géneros y orientaciones diversas desde una lógica igualdad y equidad y en clave de derechos, para eliminar las discriminaciones y estigmas que viven cotidianamente las personas LGBTI.

Cabe destacar que en el ejercicio participativo se identificó que si bien, en términos generales, todos los usuarios de los servicios de atención en salud son afectados por barreras de acceso como las geográficas, económicas, administrativas y culturales,

1. Fueron consultados lineamientos de Atención en salud para personas LGBTI de países como: Argentina, Uruguay, Perú, Ecuador, Salvador, México, entre otros, y la sistematización sobre servicios amigables de Bogotá.

en Colombia, las personas LGBTI presentan mayores grados de vulnerabilidad, debido, específicamente, a su orientación sexual e identidades de género.

El documento se estructuró teniendo en cuenta el siguiente orden: i) objetivos, ii) definiciones, iii) situación de salud, iv) principios orientadores, v) normatividad: internacional y nacional, vi) enfoques que soportan el lineamiento: de derechos, de género y diversidades e identidades sexuales, e interseccional y vii) los lineamientos de atención ordenado en tres niveles:

- *Institucional, es el que estructura la forma como las entidades que operan las respuestas en promoción de la salud, prevención de los riesgos, y atención individual y complementaria en salud deben apropiar el enfoque de derechos, de género y diversidad e identidades sexuales. Lo institucional implica apropiar los enfoques y disponer medidas para que se transformen las prácticas a favor del derecho a la salud de estas personas. Este nivel se organizó en tres componentes: i) Humanización de los servicios; ii) Organización de servicios de promoción en salud y prevención de riesgos y atención incluyente para las personas LGBTI, y iii) Articulación y coordinación para la gestión en salud e intersectorial de la población LGBTI.*
- *Recomendaciones generales, cuyo fin es apropiar el enfoque diferencial, de género y de no discriminación para personas LGBTI por parte del personal de salud, tanto asistencial como administrativo, de forma tal que los trabajadores y trabajadoras de la salud asuman que tienen un papel activo.*

En el punto vii) presenta Recomendaciones particulares sobre el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI, cuyo propósito es sensibilizar a quienes dirigen las instituciones y también a los trabajadores y trabajadoras en salud para que reconozcan las voces de las personas LGBTI, se calcen sus zapatos y comprendan la importancia de reconocerlas como sujetos de derechos, y por lo tanto, la importancia de identificar sus necesidades específicas y de dar respuestas integrales efectivas que mejoren su salud y calidad de vida.



Al final del documento se presenta dos anexos: i) Síntesis de las recomendaciones para el personal de salud e institucional, producto de los 11 grupos focales; y ii) Sentencias de la Corte Constitucional relacionadas con la salud, que se proponen para complementar la visión y ampliar la comprensión sobre el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI.

Se espera que este lineamiento permita a las instituciones de salud y a sus trabajadores, hombres y mujeres, aproximarse de mejor manera al enfoque de derechos, diferencial, de identidades de género y orientaciones sexuales, para ampliar sus conocimientos y mejorar sus prácticas en el abordaje de las personas LGBTI sin estigma ni discriminación, bajo el reconocimiento de la dignidad humana como el más alto valor que han construido las sociedades y los Estados.

1

Objetivos

General

Proporcionar los criterios técnicos, dirigidos a la institucionalidad y al personal de salud, respecto a la atención humanizada libre de estigma y discriminación a las personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (LGBTI), conducentes a la garantía del derecho a la salud de estas personas.

Específicos

- Establecer los principios de la atención en salud con enfoque de género, diferencial y no discriminación para la población LGBTI.
- Generar orientaciones a la institucionalidad en salud para que apropie el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI.
- Establecer pautas orientadoras para el personal que labora en las instituciones de salud que permitan apropiar el enfoque de derechos, de género y diferencial a fin de avanzar en el respeto, protección y garantía del derecho a la salud de todas las personas LGBTI.

2

Definiciones

El lineamiento se enmarca en el enfoque de derechos. En tal sentido, parte del reconocimiento de las personas LGBTI como sujetos de derechos los cuales han sido positivizados en marcos normativos internacionales y nacionales; es decir, son vinculantes para los Estados y de obligatorio cumplimiento. En tal sentido, el presente lineamiento inicia con un conjunto de definiciones para el reconocimiento de las personas LGBTI, las cuales deben ser apropiadas por todas las instituciones y por el personal de salud para promover, respetar y garantizar sus derechos. Las definiciones han sido retomadas centralmente de Consultiva OC-24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos:

LGBTI

Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans o Transgénero e Intersex. Las siglas LGBTI se utilizan para describir a los diversos grupos de personas que no se ajustan a las nociones convencionales o tradicionales de los roles de género masculinos y femeninos. La sigla es una forma de agrupar, no es fija y evoluciona rápidamente, en la medida en que emergen nuevas formas identitarias que incluyen a personas como los Queers. “Además, en diferentes culturas pueden utilizarse otros términos para describir a las personas del mismo sexo que tienen relaciones sexuales y a las que se autoidentifican o exhiben identidades de género no binarias (como, entre otros, los hijra, meti, lala, skesana, motsoalle, mithli, kuchu, kawein, queer, muxé, fa’afafine, fakaleiti, hamjensgara o dos-espíritus)” (4).

Sexo

Es una categoría cultural que parte de las nociones biológicas que establecen división entre hombres y mujeres, dicha división se centra en las características fisiológicas. “Se refiere a las características genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas sobre cuya base una persona es clasificada como macho o hembra al nacer. En ese sentido, puesto que este término únicamente establece subdivisiones entre hombres y mujeres, no reconoce la existencia de otras categorías que no encajan dentro del binaria mujer/hombre” (4).

Género

Se refiere a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente sobre la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas. El género se constituye en un conjunto de valores, creencias y actitudes que se atribuyen a hombres y mujeres en relación con lo masculino o lo femenino.

Sistema binario del género/sexo

Explicación predominante en la cultura occidental que posiciona al género y al sexo en dos categorías: masculino/hombre y femenino/mujer, excluyendo otras posibilidades. “Tal sistema o modelo excluye a aquellos que no se enmarcan dentro de las dos categorías (como las personas trans o intersex)” (4).

Orientación sexual

Es la perspectiva que reconoce la diversidad, parte de la modificación del punto de vista heteronormado² y propone el reconocimiento de distintas formas y expresiones de la sexualidad, es decir reconoce las divergencias.

Identidad de género

Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. “La identidad de género es un concepto amplio que crea espacio para la autoidentificación, y que hace referencia a la vivencia que una persona tiene de su propio género. Así, la identidad de género y su expresión también toman muchas formas, algunas personas no se identifican ni como hombres ni como mujeres, y algunas se identifican como ambos” (4).

Expresión de género

Es la manifestación externa del género de una persona a través de su aspecto físico, la cual puede incluir el modo de vestir, el peinado o el uso de artículos cosméticos, entre otros. “La expresión de género de una persona puede o no corresponder con su identidad de género autopercebida” (4).

Intersexualidad

Identifica las condiciones o situaciones en las que la anatomía sexual de una persona no se ajusta físicamente a las definiciones convencionales biológica y anatómica de hombre o mujer. “Una persona intersexual nace con una anatomía sexual, órganos reproductivos o patrones cromosómicos que no se ajustan a la definición típica del hombre o de la mujer. Esto puede ser aparente al nacer o llegar a serlo con los años. Una persona intersexual puede identificarse como hombre o como mujer o como ninguna de las dos cosas. La condición de intersexual no tiene que ver con

2. Es la visión cultural a favor de las relaciones heterosexuales, las cuales son consideradas normales, naturales e ideales y son preferidas por sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género. Ese concepto apela a reglas jurídicas, religiosas, sociales y culturales que obligan a las personas a actuar conforme a patrones heterosexuales dominantes e imperantes.

la orientación sexual o la identidad de género: las personas intersexuales experimentan la misma gama de orientaciones sexuales e identidades de género que las personas que no lo son” (4).

Transgénero o persona trans

Se refiere a las personas que viven un género diferente al asignado al nacer, lo que puede incorporar tratamientos médicos, transformaciones corporales o no. “El término trans es un término sombrilla utilizado para describir las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad entre el sexo asignado al nacer de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a este” (4).

Persona transexual

Las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico y optan por una intervención médica -hormonal, quirúrgica o ambas- para adecuar su apariencia física-biológica a su realidad psíquica, espiritual y social (4).

Persona travesti

Es aquella persona que manifiestan una expresión de género -ya sea de manera permanente o transitoria- mediante la utilización de prendas de vestir y actitudes del género opuesto al sexo asignado al nacer.

Persona cisgénero

Cuando la identidad de género de la persona corresponde con el sexo asignado al nacer.

Homosexualidad

Es la atracción emocional, afectiva y sexual por personas del mismo género, así como las relaciones íntimas y sexuales con estas personas. Los términos gay y lesbiana se encuentran relacionados con esta acepción (4).

Bisexual

Persona que se siente emocional, afectiva y sexualmente atraída por personas del mismo sexo y de un sexo distinto. El término bisexual tiende a ser interpretado y aplicado de manera inconsistente, a menudo con un entendimiento muy estrecho. La bisexualidad no tiene por qué implicar atracción a ambos sexos al mismo tiempo, ni tampoco debe implicar la atracción por igual o el mismo número de relaciones con ambos sexos. La bisexualidad es una identidad única, que requiere ser analizada por derecho propio (4).

Persona heterosexual

Mujeres que se sienten emocional, afectiva y sexualmente atraídas por hombres, u hombres que se sienten emocional, afectiva y sexualmente atraídos por mujeres. Lesbiana: es una mujer que es atraída emocional, afectiva y sexualmente de manera perdurable por otras mujeres.

Gay

Se usa para describir a un hombre que se siente emocional, afectiva y sexualmente atraído por otros hombres, aunque el término se puede utilizar para describir tanto a hombres gays como a mujeres lesbianas.

Homofobia y transfobia

La homofobia es un temor, un odio o una aversión irracional hacia las personas lesbianas, gays o bisexuales; la transfobia denota un temor, un odio o una aversión irracional hacia las personas trans. Dado que el término «homofobia» es ampliamente conocido, a veces se emplea de manera global para referirse al temor, el odio y la aversión hacia las personas LGBTI en general (4).

Lesbofobia

Es un temor, un odio o una aversión irracional hacia las lesbianas (4).

3

Síntesis sobre las necesidades en salud de las personas LGBTI



Para documentar de manera sintética la situación de salud de las personas LGBTI se usaron dos fuentes: El documento sobre la situación de la salud de las personas LGBTI, en el que se recogen los planteamientos de los participantes en los grupos focales realizados con trabajadores de salud, funcionarios y personas LGBTI y un informe realizado por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y el equipo del hospital Centro Oriente, con base en los datos del programa servicios amigables. Cabe precisar que, a pesar de la comprensión de salud de forma integral e interdependiente, no es posible mostrar las necesidades en salud con base en dicha perspectiva por cuanto la información sobre los derechos de las personas LGBTI no se presenta de manera integrada o no hay registros adecuados que den cuenta de tal integralidad, al respecto en salud se mantiene la visión de riesgo, enfermedad y daño. La situación de salud que se describe a continuación se centró entonces en las barreras de acceso a servicios en el marco del derecho a la salud evidenciando que las barreras corresponden a obstáculos que impiden el acceso.

3.1 Barreras culturales

Son aquellos obstáculos que, en relación con los valores, creencias, significados, supuestos y actitudes que se presentan en los servicios de salud, afectan el acceso efectivo a los mismos. Tienen relación directa con las condiciones de etnia, género, ciclo vital, nivel educativo, identidad y orientación sexual.

Se reconoce que las personas LGBTI tienen barreras culturales que se producen por:

El prejuicio y el estigma

Las posturas e imaginarios culturales contruidos sobre la “normalización” y la heteronormatividad han producido un conjunto de valores, saberes, conocimientos y prácticas cuyas lógicas homogéneas y hegemónicas discriminan, estigmatizan y segregan. Lo anterior se expresa en los servicios de salud cuando:

- Se etiqueta a las personas según el sexo bajo el modelo binario sexo/género y no se reconoce su derecho a construir su propia identidad u orientación de género.

- Se usan palabras o adjetivos que descalifican, se hacen burlas, o simplemente la expresión corporal de quienes atienden en los servicios evidencian prejuicios y supuestos de normalización que afectan y/o vulneran la dignidad de las personas LGBTI.
- De acuerdo con las experiencias narradas por los participantes en los grupos focales aún persisten situaciones como la no prestación de servicios de atención por parte del personal de salud aduciendo razones de tipo moral o religioso lo que se convierte en mecanismos de estigma o discriminación.

Se puede evidenciar este tipo de barreras en los procesos de transformación corporal de las personas trans. El no acceso a tratamientos adecuados para los procesos de tránsito en muchos casos se explica por la falta de reconocimiento de las personas LGBTI como sujetos de derechos con necesidades específicas; por la no comprensión de dichas necesidades; por estigmas que discriminan y segregan, y en ocasiones obedece a razones institucionales como la falta de disponibilidad en los servicios. Desde la percepción de las personas trans, esto causa que recurran a otros métodos que resultan peligrosos y dañinos para la salud, *“procesos invasivos que nos hacemos en nuestros cuerpos sin controles, ni supervisión médica terminan siendo más costosos para el mismo sistema de salud en términos de tratamientos que se deben hacer para manejar efectos adversos de estos procesos. Las instituciones no cuentan con protocolos para un tránsito asistido, aumenta el riesgo de mayores comorbilidades e incluso de muerte” (Grupo focal mujeres trans).*

“Yo considero que el problema o una de las más grandes barreras es el nivel cultural, y más que en el tema LGBTI porque a nivel general en el país es un tabú y hay mucha discriminación, (...) cuando una mujer lesbiana va a una citología, no la atienden con el enfoque diferencial, sino como a una mujer que tiene prácticas sexuales con hombres; así mismo, cuando un hombre gay solicita servicios de salud, no hay un enfoque de diversidad, se parte del principio de que todos somos heterosexuales, todos somos homogéneos frente a nuestra sexualidad, frente a nuestra identidad de género. Los equipos de salud, sin contexto de enfoque diferencial, sin formación en derechos y en necesidades particulares de la población LGBTI terminan vulnerando los derechos” (Grupo Focal).

Barreras producto de la falta de conocimiento sobre las orientaciones sexuales y diversidades

La falta de conocimiento de los profesionales de salud provoca situaciones que ponen en riesgo la salud y en muchos casos la vida de las personas LGBTI, tal como evidencia una de las mujeres: *“el no contar con guías de atención o no tener carácter de obligatorio cumplimiento, o sea uno llega y nosotras mismas tenemos que decirle a los médicos por donde empieza nuestra ruta porque estamos muy empoderadas, aprendimos a revisar en el Plan Obligatorio de Salud, a pelear y a decir por aquí se sigue”* (Grupo focal mujeres trans).

Otro tema dentro de las barreras corresponde a la falta de investigación y apropiación de técnicas para la transformación *“si no se investiga nos van a seguir rompiendo la manzana de Adán por el cuello, poniéndonos tetas que no son, y terminan condenando a la persona a que no se pueda quitar la camisa; o sea, lo que más soñaba y ya no puede, es un tema PRUEBA y ERROR y SUERTE, también sucede con las vaginoplastias, en otros países hay avances, para que además de estéticas permitan el disfrute de la sexualidad”* (Grupo Focal, mujeres-hombres trans).

El desconocimiento de la norma y su implementación por parte de los equipos de salud que trabajan en servicios de atención es otra barrera. Por ello, se requiere fortalecer el nivel primario de atención con enfoque diferencial: *“si se nos reconoce como sujetos de derechos no tendríamos que primero decir que tenemos un trastorno, que tenemos disforia porque en el sistema la única puerta de entrada lo que nos permite es eso”* (Grupo Focal).

“Otra cosa importante que tampoco se ha mencionado es la violencia psiquiátrica y patologización que tenemos las personas trans. Es decir, yo voy a mi EPS saco mi certificado de disforia de género, y cada vez que tengo que realizarme un procedimiento que es distinto a mi IPS primaria o cuando no se renuevan los convenios de la especialidad de psiquiatría con los otros centros de salud tengo que, obligatoriamente, volver a expedirlo, eso es violencia psiquiátrica, y lo otro es que los certificados de disforia de género son bastante violentos en su contenido, por ejemplo los hombres trans tienen que describirse como alguien a quien le gusta el fútbol, le gusta la mecánica, le gustan las mujeres, porque si dice que es bisexual le paran el proceso” (Grupo Focal).

3.2 Barreras administrativas

Se refiere a los obstáculos para el acceso que se originan y relacionan con aspectos legales en la implementación del sistema de salud y su lógica operativa, la forma de organizar la oferta de servicios, la información y trámites para el desarrollo de procedimientos y tratamientos.

Esta organización del sistema segmenta y fragmenta los servicios de acuerdo con el régimen de afiliación y la contratación de servicios a los prestadores, lo cual en la realidad se convierte en barreras de acceso cuando no se logra una atención integral y continúa. Al respecto se identifican:

- Deficiencias en cumplimiento de acciones de apoyo administrativo por falta de recursos logísticos. “Los tipos de contratos entre EAPB e IPS y ESE, y las modalidades de pagos que no se encuentran plenamente regulados, terminan generando competencias que afectan la calidad de los servicios, no es igual si pagan por un paquete, que, si pagan por eventos, esto termina marcando la diferencia entre un buen servicio, uno regular y un servicio pésimo. Entonces, según el contrato a una la mandan a uno u otro sitio; por ejemplo, a las mujeres trans las remiten según el contrato, y qué pasa, pues que *“resulta que la clínica x tiene un concepto diferente sobre disforia de género y hormonización al de la experta de un hospital x, por poner un ejemplo”* (Grupo Focal).
- Casos especiales con demora en el inicio de tratamientos prioritarios, de alto costo, y que en muchos casos logran el acceso a través de la tutela³.
- No acceso a servicios por procesos de aseguramiento que generan suspensión o retiros del Régimen Subsidiado, inconsistencias de datos en EPS- y en encuesta SISBEN.
- Falta de oportunidad en la autorización de servicios

3. Acción de amparo y protección a los derechos fundamentales establecida en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991.

En tal sentido, *“Las barreras administrativas impiden una atención integral y longitudinal que permita un proceso de atención diseñado con enfoque diferencial desde la puerta de entrada, los procesos intermedios y los de mayor complejidad, además, no hay servicios estandarizados como proceso que reconozcan las necesidades específicas de las personas LGBTI y esto termina siendo una barrera permanente de acceso”* (Grupo focal).

3.3 Barreras económicas

Son obstáculos para el acceso a la salud causados por el pago, o costos vinculados con la capacidad de pago de las personas LGBTI que afectan la calidad en la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.

- El pago de copagos a veces se convierte en barrera, pues no se cuenta con los recursos.
- El cierre de servicios o su traslado a otros puntos de la ciudad o entre diferentes territorios implica el pago de transporte, lo que puede terminar siendo una barrera económica.

3.4 Barreras de calidad en la provisión de servicios de salud

Este tipo de barreras se resalta porque fue una de las que más identificaron las personas que participaron en los grupos focales. Se entiende la calidad como el conjunto de establecimientos, bienes y servicios de salud que deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. La calidad implica la oportunidad, la calidez y la satisfacción del usuario (8). Algunas situaciones al respecto son:

- Atención deshumanizada o extralimitación y abuso de responsabilidades.
- Faltas de respeto hacia el usuario que atentan contra su dignidad, como burlas, señalamientos por su orientación sexual o desconocimiento de su nombre identitario.

- Trato indiferente, con poco interés en ayudarlo en el acceso a servicios, llegando, en ocasiones, al maltrato.
- Demora en el inicio de tratamientos prioritarios como oncología, unidad renal, VIH, cirugía cardiovascular, etc.
- Desacato de tutelas por EPS-C ⁴, EPS-S ⁵, ESE ⁶, IPS ⁷.
- No entrega oportuna de certificaciones o resúmenes de historias clínicas.
- Servicio de baños públicos inadecuados que afectan la toma de muestras de laboratorio, entre otras.

La continuidad de los servicios también se ve afectada por la segmentación de planes y fragmentación entre EAPB y prestadores. Al respecto indica una de las personas participantes: *“tenemos un paquete de servicios incompleto y tenemos equipos incompletos: una EPS te pone un psiquiatra de la clínica X, un endocrinólogo de la sede propia de la EAPB, un urólogo privado en otra clínica, entonces cuando te das cuenta estas diseminada, no hay un equipo coordinado que lleve un seguimiento de tu caso ni hay una toma de decisiones consensuada” (Grupo Focal).*

Según el informe para la construcción de la política LGBTI en Colombia, en el componente de salud una de las problemáticas es que no hay procedimientos coherentes y congruentes con su orientación sexual y su identidad de género. No hay suficientes campañas de prevención de enfermedades tales como ITS y VIH sida, ni espacios comunitarios de atención psicológica a donde puedan acudir para obtener información (3). Reclaman sobre todo una atención que subsane los riesgos en salud a los cuales están expuestos y que se atienda en los centros médicos, hospitales y clínicas según las especificidades de su orientación sexual o su identidad de género.

4. Empresas administradoras de salud perteneciente al régimen contributivo

5. Empresa administradora de salud perteneciente al régimen subsidiado

6. Empresa Social del Estado

7. Institución Prestadora de Servicios

En el mismo documento se describe un llamado sobre la asistencia en salud para las mujeres trans y las mujeres lesbianas, las cuales han manifestado que la atención es precaria y no se adapta a su sexualidad. Dicen ser víctimas de agresión de servidores médicos que degradan su condición sexual y las discriminan. En varias ocasiones mencionan que hay un desconocimiento sobre prácticas de sexo seguro, medidas de autocuidado y seguridad. Este aspecto debe también ser analizado desde el punto de vista educativo y comunicacional, pues se resalta la falta de campañas educativas y masivas que concienticen sobre los riesgos de enfermedades de transmisión sexual (3).

Hay otras circunstancias que complejizan la situación de la población LGBTI en relación con los servicios de salud: “La población LGBTI tiene pocas prácticas de autocuidado, para la salud sexual como tampoco existe una cultura de la prevención de enfermedades como el cáncer, pero existen barreras como que la citología anal no está contemplada dentro del plan obligatorio de salud. **En Bogotá una estadística reportada por el Hospital Centro Oriente en servicios amigables reporto que el examen de testículo el 57% es realizado por mujeres transgénero y el otro 43% es realizado por hombres cisgénero. Finalmente, el examen de próstata el 70% se lo realizan mujeres transgénero y el 30 % hombres cisgénero.** De lo anterior se identificaron 6 casos de patologías de testículo las cuales fueron canalizados a sus EPS” (5).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) refleja que el **86.8 % de las mujeres y el 82.7 % de los hombres consideran que las personas homosexuales tienen los mismos derechos que las personas heterosexuales. El 67.2 % de las mujeres y el 58.8 % de los hombres aprueba que se reconozcan derechos a las parejas homosexuales y el 29.7 % de las mujeres y el 26.2 % de los hombres manifiestan estar de acuerdo con que las parejas homosexuales adopten.** En todos los casos, el mayor nivel educativo y el mayor quintil de riqueza están relacionados con los mayores niveles de aceptación. Adicionalmente, **se encontró que el 39.7 % de las mujeres y el 27.9 % de los hombres manifiesta que apoyaría a un hijo (a) homosexual (6).**

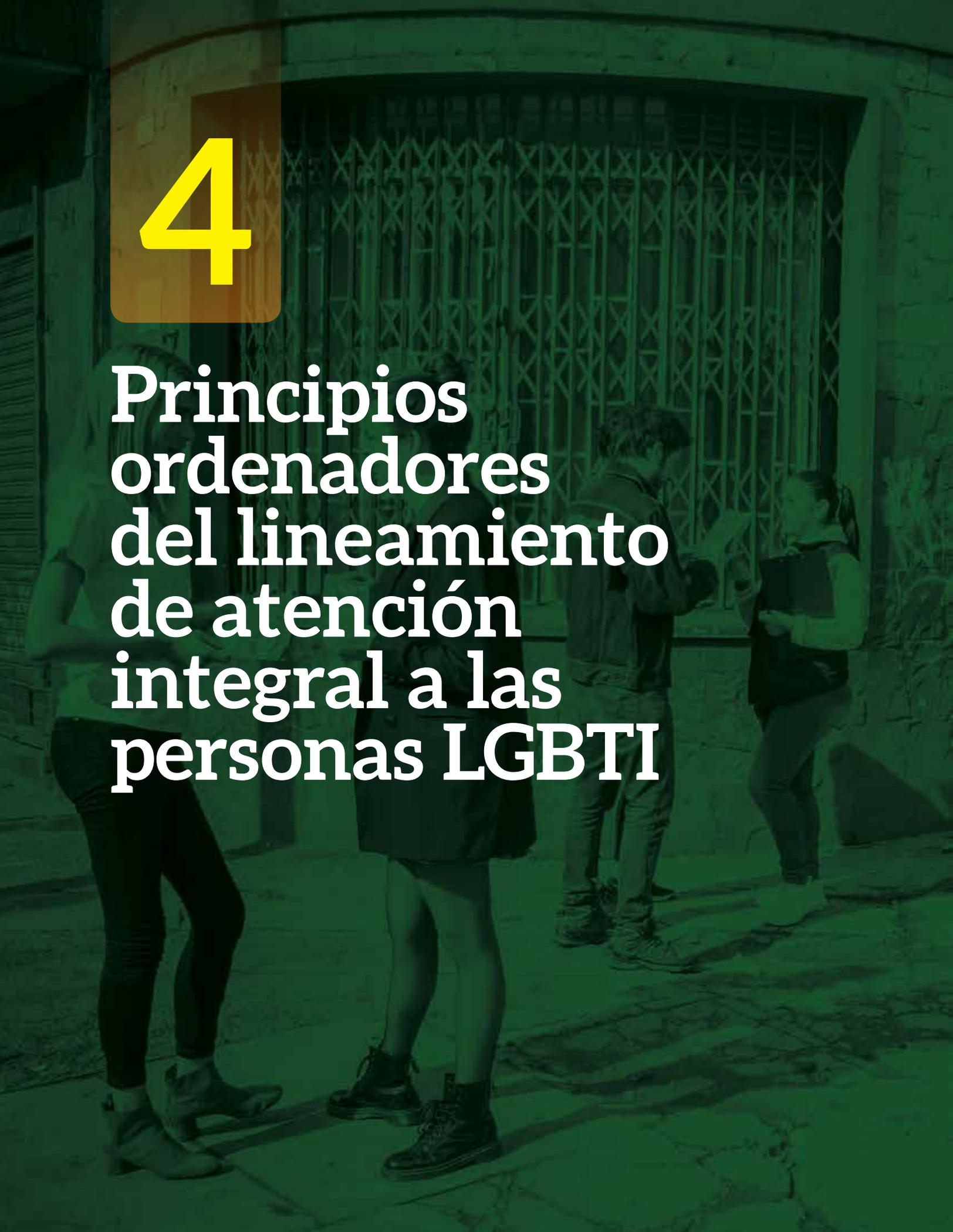
En un grupo focal con expertos, se destaca *“Bogotá es una panacea en exigibilidad de derechos para la comunidad LGBTI, pero si vamos a las regiones, es gravísimo el panorama, porque te envían a ciudades principales, allí los procesos de transito se demoran más tiempo al no tener el acompañamiento adecuado, los procesos de hormonización carecen de seguimiento, pues no es de interés para las EPS brindarles una atención acorde a lo que necesitan”.* (Grupo Focal).

“Yo creo que lo más importante es que las personas estén capacitadas para atender a las personas con dignidad, como tratan a cualquier otra persona, no estoy pidiendo más que los demás, estoy pidiendo que el sistema se ajuste a mis necesidades, que si es integración social tiene las salas maternas, que no se llamen maternas porque yo también quiero ser papá y quiero verme incluido allí, que el concepto de las familias diversas sea incluido dentro de las instituciones” (Grupo focal).

A pesar de existir una manifiesta apertura, la concreción de los derechos al momento de requerir servicios de acuerdo con la orientación sexual tiene diferencias importantes en función de la disponibilidad de equipos informados y formados para ofrecer la atención diferencial, así como la accesibilidad a las tecnologías requeridas.

4

Principios ordenadores del lineamiento de atención integral a las personas LGBTI



El presente lineamiento parte de la visión de derecho a la salud contemplado en el artículo 12 del Pacto internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que plantea el derecho a la salud de carácter obligatorio y vinculante. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el marco del PIDESC la salud sexual y la salud reproductiva hacen parte integral del derecho a la salud en tanto expresiones de la autonomía de los sujetos y vinculadas con la dignidad humana.

La dignidad humana se reconoce como el principio básico que soporta los derechos humanos, en tanto expresa valor inherente que tiene cada persona por su condición de ser humano; es el soporte de los derechos humanos y es considerado un valor permanente, ya que no depende de atributos o rasgos, como: el reconocimiento social, ni del lugar que ocupe la persona en la sociedad. Significa que cada ser humano debe ser considerado un fin en sí mismo y nunca solo como un medio (7).

Entendiendo a la dignidad humana como soporte de los derechos humanos, a continuación se presentan los principios que deben desplegarse tanto en las actuaciones institucionales como en el personal de salud para garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas LGBTI.

a. Principio pro persona:

Cualquier interpretación de las normas debe favorecer a la plena vigencia de los derechos de la persona para alcanzar un mayor respeto de su dignidad. Si hay dos normas en competencia, debe aplicarse la de mayor protección (8).

b. Equidad:

Se refiere a que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud, independientemente de su posición social, económica, relaciones de poder u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad y no según la capacidad (8).

c. Progresividad:

Se reconocen los logros alcanzados en derechos humanos. La progresividad implica

que ninguna política pueda generar un retroceso o regresión en el reconocimiento, goce o garantía del derecho fundamental a la salud (9).

d. Eficacia directa del derecho:

Significa que los derechos humanos tienen aplicación directa, la falta de reglamentación es excusa para la plena vigencia de los mismos (8).

e. Principio de interpretación:

La interpretación de derechos humanos se debe basar en el fin que persigue, es decir, prevalece la protección más efectiva posible de los derechos (8).

f. Principio de igualdad, no discriminación y medidas afirmativas:

Se deben generar medidas oportunas para garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, independientemente de su orientación sexual, identidad y expresión de género, en todos los ámbitos (8).

g. Principio de Privacidad y confidencialidad:

Es la garantía de que la información que se suministra en los procesos o procedimientos de atención en salud se encuentra protegida y no será divulgada sin el consentimiento de la persona que la suministra (8).

h. Efectividad de derechos:

El personal de las instituciones de salud adoptará medidas para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas LGBTI, incluidas las acciones afirmativas necesarias para la superación de las condiciones que vulneren sus derechos o para su restitución. (8).

i. Buena fe:

De acuerdo con la Constitución colombiana de 1991, artículo 83:

“Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas”.

j. Interés superior del niño, niña y adolescente:

Según la Convención sobre los Derechos del Niño: “En todas las acciones que se adopten en relación con la protección y atención integral de salud en la niñez, prevalece el «interés superior del niño» será la principal consideración, reconociéndoles en todo momento como sujetos titulares de derechos” (9).

Gráfico 1. Principios soportados en la dignidad humana



Fuente: Elaboración propia con base en: Federación Iberoamericana del Ombudsman- GIZ (2017). Modelo de lineamientos para la atención especializada dirigida a la población sexualmente diversa por parte de las instituciones de derechos humanos. Argentina.

Los principios en relación con el derecho a la salud:

El derecho a la salud contemplado en el PIDESC es un derecho integral, interdependiente e indivisible, lo que significa que para su realización se requiere la generación de condiciones que permitan a los seres humanos el bienestar y la realización de su dignidad, más allá de la atención en salud, y le corresponde al Estado la garantía del mismo.

De acuerdo con la Observación General N° 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016), el derecho a la salud es ordenador de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

“El derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos. Las libertades incluyen el derecho a tomar decisiones y decisiones libres y responsables, libres de violencia, coacción y discriminación, en relación con los asuntos relacionados con el cuerpo y la salud sexual y reproductiva. Los derechos incluyen el acceso sin trabas a una amplia gama de establecimientos, bienes, servicios e información de salud, que aseguran el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12 del Pacto” (10⁸).

La visión de derechos implica la disposición de normas, políticas y prácticas que permitan la realización del derecho a la salud. En tal sentido, se proponen las 4AES como atributos que dan contenido al derecho. En el presente lineamiento se explicita que los servicios de atención en salud deben tener este referente como parte de los principios:

k. Asequibilidad (disponibilidad)

El Estado cuenta con suficiencia de recursos para la realización de los derechos, disposición de los recursos físicos, financieros y humanos para el disfrute de cada derecho. Es responsabilidad estatal garantizar servicios, insumos, información y

8. La Observación General N° 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016) fue traducida para efectos de este documento.

herramientas especializadas que ayuden y apoyen a los individuos en la identificación y acceso a los derechos (10).

La **DISPONIBILIDAD** con relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos debe tener en cuenta:

- El número adecuado de: instalaciones, servicios, bienes y programas.
- Asegurar que el personal de salud esté capacitado para prestar servicios de SSR. De igual forma, contar con medicamentos, métodos anticoncepción anticonceptivos, como condones y anticoncepción de emergencia, medicamentos para el aborto y para la atención postaborto, y medicamentos, incluidos medicamentos genéricos, para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y el VIH. (10).
- La disponibilidad implica la no aceptación de políticas o prácticas basadas en la ideología que nieguen la prestación de servicios basados en argumentos de conciencia, o morales, este tipo de prácticas son violatorios del derecho a la salud. (10).

1. Accesibilidad (acceso)

Es la garantía de acceso a los derechos en igualdad de condiciones y sin discriminación. Que los derechos estén al alcance de todos física y económicamente, implica no discriminación, información, accesible y confiable. Ello, a su vez, supone la satisfacción de cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Asegura un trato preferente a la población tradicionalmente excluida. Obligatoriedad y gratuidad (10).

El ACCESO con relación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos debe tener en cuenta:

- La atención de la salud sexual y la salud reproductiva deben estar disponibles dentro de un alcance físico y geográfico seguro para todos.
- Se debe garantizar información adecuada que reconozca el enfoque

de orientación sexual y diversidad y la misma debe entregarse de forma oportuna.

- Bajo el principio de igualdad, la prestación de servicios sexuales y reproductivos en áreas remotas se debe garantizar que las personas tengan comunicación y transporte a dichos servicios.
- La accesibilidad a la información incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre temas de salud sexual y reproductiva. “Todos los individuos y grupos, incluidos los adolescentes y los jóvenes, tienen derecho a la información basada en evidencia sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto seguro y la atención posterior al aborto. opciones de infertilidad y fertilidad, y cáncer reproductivo”. (10)

m. Aceptabilidad

Reconocimiento y respeto por las particularidades individuales y colectivas que determinan las posibilidades de ejercer el derecho. Comprende libertades y condiciones determinadas por la cultura, la ética, la historia y lo social, debe tener en cuenta las necesidades relativas al género, orientación sexual, al ciclo vital, a la intimidad y a las condiciones diferenciales. Se adecúa a las necesidades sociales y culturales de las personas, de acuerdo a las características de cada población y territorio. Incluye la calidad de la atención en la prestación del servicio que afecta la dignidad humana (10).

La ACEPTABILIDAD en relación con la Calidad en la prestación de servicios para la atención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos debe tener en cuenta:

- Las instalaciones, los bienes, la información y los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que están basados en evidencia, científicamente y médicamente apropiados y actualizados. (10).

- El personal de atención médica debe estar capacitado y contar medicamentos y equipos aprobados y no caducados científicamente. (10).
- El fracaso o la negativa a incorporar avances e innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como medicamentos para el aborto, tecnologías de reproducción asistida y avances en el tratamiento del VIH y el SIDA, pone en peligro la calidad de la atención. (10).

n. Adaptabilidad

Permanencia de los bienes, servicios, programas y factores determinantes básicos desde el punto de vista ético y cultural. La oferta en la garantía del derecho debe respetar y satisfacer los intereses y expectativas del o la titular del derecho de manera sostenible y pertinente para todos (10).

La ADAPATBILIDAD en relación con la prestación de servicios para la atención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos debe tener en cuenta:

- La identificación de desigualdades sociales y las distribuciones inequitativas en las relaciones de poder explícita en: género, el origen étnico, la edad, la discapacidad y otros factores. La pobreza, la desigualdad en el ingreso, la discriminación sistémica. (10).
- Establecer relaciones entre las desigualdades producidas por: género, el origen étnico, la edad, la discapacidad y otros factores. La pobreza, la desigualdad en el ingreso, la discriminación sistémica y el disfrute de otros derechos que son interdependientes e integrales con el derecho a la salud. (10).
- Se deben respetar la cultura de los individuos, las minorías, los pueblos y las comunidades y ser sensibles al género, la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y los requisitos del ciclo de vida. (10).
- Bajo el principio de igualdad -no se trata de generar guetos o fragmentar las poblaciones- se debe proporcionar instalaciones, bienes, información y servicios personalizados a grupos específicos. (10).

5

Normatividad



En el mundo entero se han registrado avances en relación con el enfoque de los Derechos Humanos y el trato diferencial a las personas, en función de sus expresiones individuales y colectivas, a través de normas. Colombia, desde el bloque supraconstitucional y por su propia Constitución Nacional, los ha adoptado e incluido dentro de las políticas sectoriales.

5.1 Marco normativo internacional

De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos firmada en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1948, el derecho a la salud es responsabilidad de los Estados y establece en el artículo 25 que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a seguros económicos en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad”(11).

En este marco, el derecho a la salud es “la realización efectiva que tienen los seres humanos al disfrute pleno de sus vidas, está relacionado con la generación de condiciones dignas en los contextos en que desarrollan sus vidas, lo que implica que la salud se vincula con el bienestar e implica el reconocimiento de otros derechos que son necesarios para la vida. Desde el Pacto internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconoce la integralidad, interdependencia e indivisibilidad del derecho a la salud con otros derechos como la educación, la alimentación, el vestido, el trabajo, la vivienda y la participación” (12).

Esta perspectiva se vincula con el enfoque de determinantes, en tanto reconoce que las condiciones en que transcurre la vida de las personas y de los colectivos dependen de la forma como las sociedades se organizan: el modelo de producción, la forma como se distribuye el poder y la riqueza y el tipo de valores que constituyen la sociedad.

La garantía del derecho a la salud corresponde a un valor para el conjunto de la

sociedad: cómo quiere vivir, enfermar o morir; en tal sentido, la salud es un bien público y corresponde a toda su definición. El Estado y la sociedad deben propender por su garantía, lo que implica reconocer sus componentes básicos:

El derecho a la vida

Es el más alto valor del ser humano y el máximo derecho, por lo que debe ser garantizado por parte del Estado.

El derecho a la asistencia sanitaria

Se entiende como la garantía del ejercicio de autonomía; es decir, la salud es una condición para que los seres humanos expresen su libertad, por lo tanto, la asistencia se reconoce como el derecho de todos los seres humanos a la atención integral para promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades cuando lo necesiten.

El derecho al bienestar y a un ambiente sano

Se refiere a la generación de condiciones para tener una vida saludable con acceso suficiente a los medios disponibles.

El derecho a la participación

Es el ejercicio de acciones directas de la ciudadanía y sus organizaciones para definir las políticas públicas en función del bienestar general. La participación se vincula con el derecho a la construcción social de la salud. De acuerdo con la Ley Estatutaria en salud, la participación es un derecho vinculado con el derecho fundamental a la salud y establece que las personas pueden participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que les afecten o les interese.

De acuerdo con la Ley Estatutaria, Capítulo II artículo 12, la participación incluye:

“ a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud”. Lo anterior fue reglamentado en la Política de Participación Social en Salud, Resolución 2063 de 2017 (13).

El derecho a la salud como construcción social se constituye en objeto de las discusiones públicas y le compete al colectivo definir el rumbo de las políticas que se adoptan para el bienestar.

Por su parte, la publicación del informe de la Comisión de Determinantes sociales de la Salud en el 2008 es un aporte de la OMS para la comprensión de las desigualdades sociales, producto de la injusticia social y las distribuciones desiguales de poder, que a su vez determinan los modos de enfermar, morir y vivir de las personas (14). Así, el derecho a la salud queda configurado de forma integral: no solamente se concentra en servicios y atención, se requiere la generación de condiciones que permitan a las personas una vida buena.

El abordaje de los determinantes sociales de la salud en relación con las exclusiones y discriminaciones por razones de diversidad de género y orientaciones sociales quedó plasmado en la Resolución CD52.R6, de OPS, en la cual se conmina a los Estados a abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero. Esta Resolución es un hito, en la medida en que reconoce que las personas LGBTI han tenido que enfrentar históricamente estigma y discriminación, y considera que estos factores son obstáculos para la garantía de la buena salud (15).

A continuación, en el cuadro 1 se presenta el resumen de recomendaciones de la mencionada Resolución:

Cuadro 1. Resumen de recomendaciones OPS para servicios de salud integrales

Norma	Recomendación	Contiene
Resolución CD52.R6, de OPS	a. Establecer servicios de salud integrales y apropiados para las personas LGBTI.	<p style="text-align: center;">MEJORAMIENTO EN EL ACCESO</p> <p>Atención de las necesidades específicas de salud de las personas LGBTI.</p> <p>Acceso con servicios sensibles a personas LGBTI.</p> <p>Mejorar la capacidad en el primer nivel de la atención. Disponibilidad de información adecuada sobre los recursos de salud para las personas LGBTI.</p> <p>Formular estrategias que permitan a los prestadores de servicios de salud reenviar a las personas LGBTI a otros servicios que sean apropiados para ellas.</p>
	b. Mejorar la capacitación de los prestadores de atención de salud para que puedan atender las necesidades de salud de las personas LGBTI, por medio de enfoques fundamentados en el género, la diversidad y los derechos, que ayudarán a poner fin a todo tipo de discriminación.	<p>Con el sector educativo apoyar la modificación de los currículos de los programas académicos relacionados con la salud, a fin de incluir contenidos acerca de las personas LGBTI, ya sea como módulos dentro de los cursos existentes o como cursos especiales independientes.</p>
	c. Considerar las necesidades especiales de salud de las personas LGBTI.	<p>Apropiar el enfoque de equidad.</p> <p>Reforzar los mecanismos de rendición de cuentas para el seguimiento del cumplimiento eficaz de las políticas.</p>
	d. Mejorar las iniciativas para asegurar que las personas LGBTI puedan tener acceso a los servicios de salud y a su utilización sin discriminación, mediante la inclusión de disposiciones en sus leyes contra la discriminación que prohíban explícitamente la discriminación sobre la base de la orientación sexual y la identidad de género.	<p>Sensibilizar a los legisladores y a los encargados de formular políticas acerca de las cuestiones relacionadas con la diversidad sexual y de género.</p> <p>Reconocer el efecto del estigma y discriminación como mecanismos de exclusión de estas personas.</p>
	e. Fortalecer los sistemas de información y los mecanismos de vigilancia de la situación de salud para que puedan generar informes periódicos que incluyan las condiciones de salud de las personas LGBTI y los obstáculos al acceso.	<p>Incluir preguntas sobre la orientación sexual y la identidad de género en las encuestas de salud representativas a nivel nacional, a fin de recabar datos que puedan ser desglosados según la orientación sexual e identidad de género.</p>
	f. Fortalecer los mecanismos intersectoriales y los vínculos con la comunidad para mejorar la salud y el bienestar de las personas LGBTI.	<p>Cooperación y coordinación entre el Ministerio de Salud y los ministerios de Educación, Trabajo, Justicia, Bienestar social y Vivienda, los organismos de cumplimiento de la ley.</p> <p>Articular organizaciones y redes de la sociedad civil.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Resolución CD53.R14 OPS, 2013.

En 2018, la Organización Mundial de la Salud anunció un cambio en la clasificación internacional de las enfermedades, -CIE- el cual consiste en retirar el diagnóstico “transexual” e incluir la incongruencia de género, lo cual significa una condición relacionada con la salud sexual de una persona y no un trastorno mental (16).

5.2 Marco normativo nacional

En Colombia ha venido en aumento la emisión de normas en el sector salud y otros sectores en función de la garantía de los derechos de las personas LGBTI. Las principales disposiciones corresponden a: El decreto 762 de 2018 es el instrumento jurídico con el que las personas con orientación sexual e identidad de género diversas pueden ejercer efectivamente sus derechos económicos, sociales, culturales, de salud, educación, trabajo, vivienda, recreación, deporte y cultura.

Esta política tiene como fin “establecer y producir condiciones **para que la igualdad sea efectiva y real** mediante medidas a favor de las personas de los sectores sociales LGBTI, históricamente discriminadas y marginadas” (2). Además promueve el reconocimiento y la inclusión de los sectores sociales diversos, *“el fortalecimiento de las capacidades institucionales en cuanto al principio de igualdad y la garantía al acceso y apropiación de sus derechos”* (2).

Todo lo anterior enriquecido bajo enfoques territoriales, étnicos, interseccionales, de derechos y desarrollo humano, de género y prevención. De esta forma, *“la política pública instala un mensaje claro: el respeto por los derechos de personas LGBTI”* (2).

La Ley 100 de 1993 ordenó el modelo de atención en salud y seguridad social en el país. Allí se definió la seguridad social como: *“un servicio público esencial a ser prestado, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”* (17). Esta ley ha tenido en su historia reformas como la Ley 1122 de 2008; la 1438 de 2011, y, la más reciente, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, que por primera vez reconoce la salud como derecho humano fundamental autónomo.

No obstante las reformas anteriormente mencionadas, el sistema mantiene la estructura básica establecida en la Ley 100 de 1993, que consiste en la atención en salud mediante el modelo de aseguramiento configurado por dos regímenes de aten-

ción: contributivo y subsidiado. La atención se materializa en el Plan de Beneficios que delimitan la cobertura y acceso a que tienen derecho las personas. En este marco, la salud pública se configura a través del Plan Decenal de Salud Pública, que a su vez se materializa en planes territoriales de salud (PTS). La operación concreta de la salud pública se realiza a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

La visión de salud pública contenida en los instrumentos anteriormente mencionados centra sus acciones en la promoción de la salud y prevención de enfermedades (manejo del riesgo). A partir de la Ley 1438 de 2011 se ha avanzado en la incorporación del enfoque de determinantes sociales de la salud y de Atención Primaria en Salud, en el cual se incluyen el papel de la autoridad sanitaria, la participación social, la gestión de la salud pública y la gestión intersectorial como componentes claves. También se han incorporado estrategias para la protección de los derechos de las personas o grupos vulnerados por actos de racismo o discriminación como herramientas para defender derechos de personas o grupos vulnerables (1).

A partir de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, y su definición de la salud como derecho fundamental autónomo, se requirió establecer los mecanismos para su protección: *“el derecho a la salud se define como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”* (1) – (3).

Por lo anterior y como principal mecanismo del Ministerio de Salud y Protección Social para operativa la Ley Estatutaria en salud, fue concebida la Política de atención integral en salud (PAIS), mediante la Resolución 429 de 2016, que define como enfoques para el abordaje en salud: **i)** atención primaria en salud (APS); **ii)** salud familiar y comunitaria, **iii)** enfoque poblacional y diferencial.

Cabe resaltar que en materia de salud pública ordenó la articulación de las actividades individuales y colectivas de la mano de lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública y la regulación de la resolución 3280 de 2018.

A partir de la mencionada Resolución se construyeron las rutas de atención en salud y los componentes relativos a la promoción y mantenimiento de la salud *“por curso de vida, atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo y fortaleci-*

miento del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación” (1).

De esta forma se orienta el modelo operacional de la Política de Atención Integral en Salud, llamado **Modelo de Atención Integral en Salud**, que se basa en las estrategias mencionadas y tiene como propósito “la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan” (1).

El Modelo se entiende como “el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas. Y propone intervenciones donde confluyen acciones de promoción de la salud, de cuidado, de protección específica, de detección temprana, de tratamiento, de rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad” (1).

El Modelo se estructura en 10 componentes y se despliega a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que operan así:

- “Inicia con el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo.
- Establece reglas para los agentes del sistema en el territorio (asegurador, prestador).
- Identifica respuestas a través de atenciones en salud: i) atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, ii) acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades y iii) acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud” (1).

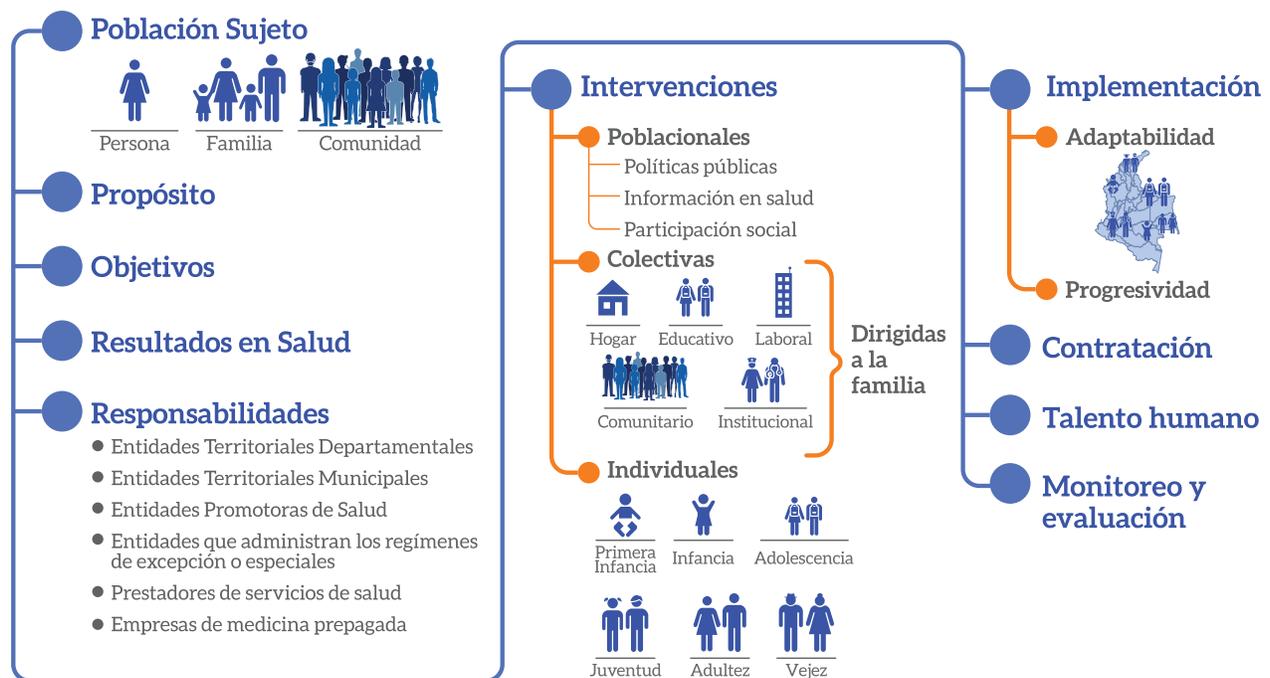
Las Rutas Integrales de Atención en Salud -Resolución 3280 de 2018- tienen como marco de funcionamiento en materia de salud pública el acuerdo nacional estipulado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, “cuyas premisas centrales se sustentan en la comprensión de los determinantes sociales en el proceso de salud y

enfermedad y en la incorporación de enfoques como el de derechos, diferencial, poblacional y de género, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), fundamentales en la generación de procesos de incidencia social e institucional en la Política Nacional de sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos” (PNSDSDR).

Adicionalmente, se cuenta con el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2018-2021, Colombia, el cual se acogió al Plan Decenal de Salud Pública sobre los ejes de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública. El plan “incorporó la participación social como estrategia clave y transversal que le permita a la sociedad civil hacer parte del monitoreo y evaluación del mismo” (18).

De igual forma, a nivel institucional las entidades comprometidas en la gestión individual del riesgo cumplen la responsabilidad primaria del asegurador, lo que incluye el análisis de los determinantes sociales y del impacto en los entornos sociales e institucionales asociados con la enfermedad y la discapacidad. Esto incluye acciones orientadas a la minimización del riesgo de enfermar por alguna de las patologías objeto del plan y, en consecuencia, el manejo integral que sobre ellas deba otorgarse (1).

Gráfico 2. Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016 (Resolución 3280 de 208).

Como lo señala la gráfica anterior, en este marco los procesos de salud se centran en las personas y su bienestar. Así, busca obtener resultados en salud, instituye las responsabilidades donde los entes territoriales de autoridad sanitaria gestionan los riesgos y cuentan con instrumentos como las políticas públicas, la información en salud y la participación para afectar los determinantes sociales de la salud. Para las personas vulnerables y específicamente para la comunidad LGBTI contempla: i) el conjunto de procesos y actividades que buscan el bienestar y protección en salud, ii) fortalecer factores protectores para la salud, identificación y gestión del riesgo en salud.

En Colombia existe en la actualidad un conjunto de jurisprudencias producto de las sentencias emitidas por la Corte Constitucional, que se anexan al final del documento por su importancia para la defensa del derecho a la salud de las personas LGBTI.



6

Enfoques que sustentan el lineamiento

De acuerdo con la viabilidad, la normativa, las políticas públicas y la Constitución Política de Colombia, el lineamiento se enfoca en:

6.1. El derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual

La Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos –PNSDSDR– *“reconoció la sexualidad desde sus múltiples dimensiones deslindándose de las miradas estrictamente biológicas o sesgadas por los credos religiosos, centrándose en un marco de referencia laico fundado en los derechos de toda la población”* (2).

El enfoque de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos involucra a personas históricamente discriminadas y segregadas y reconoce las particularidades del territorio para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos a través de prácticas de diversidad cultural que procuren la atención de la salud sexual y la salud reproductiva.

La PNSDSDR se despliega en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos del Plan Decenal de Salud en: **“1) promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género y 2) prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos”** (2).

La PNSDSDR igualmente se desarrolla a través de tres líneas operativas, incluidas en el Plan Decenal de Salud Pública: **“1) promoción de la salud; 2) gestión del riesgo en salud, y 3) gestión de la salud pública; las cuales serán desarrolladas con diferentes acciones en función de estrategias como: a) fortalecimiento de la gestión del sector salud; b) generación de alianzas y sinergias entre sectores y agentes competentes e interesados, determinante para el éxito de una Política de esta naturaleza; c) movilización social, como uno de los pilares de la Atención Primaria en Salud; d) gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que involucra el componente educativo, y e) gestión de conocimiento”** (2).

En consecuencia, la PNSDSDR es un referente vinculante, una herramienta para la planeación y gestión territorial y un compromiso de todos los sectores y actores en todas las instituciones del país.

Para efectos del presente lineamiento deberán tenerse en cuenta los siguientes enfoques:

6.2. Enfoque basado en Derechos Humanos

Este enfoque contenido en los pactos internacionales consagra la obligación de los Estados de hacer efectiva la dignidad de las personas, garantizando los derechos humanos, de manera universal e integral, interdependiente e indivisible. Lo anterior, teniendo en cuenta que la realización efectiva de las libertades y derechos se vincula con la ampliación de las capacidades y potencialidades que toda sociedad debe asegurar a sus miembros. Por ello hace parte de las consideraciones de la situación particular de vulnerabilidad de las personas LGBTI.

El enfoque de derechos humanos se sustenta en el reconocimiento de la **dignidad humana** como la base del desarrollo de las sociedades, y se refiere al valor inherente que tiene cada persona por su condición de ser humano; es un valor permanente y no depende de la posesión de determinados rasgos, del reconocimiento social, ni del lugar que ocupe la persona en la sociedad. Reconoce que todos y todas deben recibir un trato que garantice el igual ejercicio de los derechos humanos.

Según señala la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la **igualdad** *“se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incurso en tal situación de inferioridad. No es admisible crear diferencias de tratamiento entre seres humanos que no se correspondan con su única e idéntica naturaleza”* (19).

Lo anterior significa que las normas jurídicas deben tratar a todas las personas con neutralidad, sin ningún tipo de distinción. En este sentido, el enfoque de derechos humanos es un marco conceptual y normativo para asegurar que a los seres humanos se les garantice su dignidad en condiciones que les permita el ejercicio de la libertad como expresión de autonomía.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC)

plasmó por primera vez la indivisibilidad de los derechos, lo que estableció que no es posible el ejercicio de la libertad y la garantía de la dignidad humana si no se construyen condiciones materiales para el ejercicio de la misma. Esto quiere decir que preferir los derechos civiles y políticos sobre los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) hace imposible el disfrute de los primeros. El Pacto constituyó un reconocimiento a los DESC y fue perfeccionándose durante los años siguientes con la declaración de Teherán y con la Resolución 32/130 de 1977, en donde se define que *“todos los derechos humanos y las libertades humanas son indivisibles e interdependientes; deberá prestarse la misma atención y urgente consideración a la aplicación, promoción y la protección tanto de los derechos civiles y políticos como de los derechos económicos, sociales y culturales”* (20).

Esta perspectiva se profundizó en 1986 cuando se adoptó la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, en donde se hace un llamado a realizar los principios de indivisibilidad e integralidad para remover los obstáculos en el desarrollo de las naciones del mundo subdesarrollado.

La Declaración de Yakarta (1997) se centra en la promoción de la salud para alcanzar metas en el siglo XXI. Los Estados se comprometieron a aprovechar los recursos para abordar los determinantes de la salud. La Declaración estableció cuatro líneas: *“i) factores determinantes de la salud: nuevos desafíos para el siglo XXI; ii) promoción de la salud crea una situación diferente lo que implica: promover la responsabilidad social de la salud y aumentar la inversión en salud de acuerdo con las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, los niños, los adultos mayores, los indígenas y las personas pobres y marginadas; iii) consolidar y ampliar alianzas por la salud, y iv) ampliar las capacidades de las comunidades y empoderar a los individuos”* (20).

La Declaración sobre el Derecho al Desarrollo y la Declaración de Yakarta potencian el enfoque de derechos e impulsan el reconocimiento de la función del Estado en la garantía y protección de los derechos y su incorporación en el diseño de sus políticas públicas, las cuales deben estar orientadas al desarrollo. El Estado debe orientar todas sus actuaciones al cumplimiento de los principios rectores de los derechos humanos: universalidad, indivisibilidad e interdependencia y progresividad; y debe hacerlo poniendo sus procesos administrativos en función del cumplimiento de los derechos humanos. El énfasis en la responsabilidad efectiva que tienen los Estados queda plasmado en la Conferencia de Viena del año 1993, en donde se establece que *“los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”* (21).

El principal objetivo del enfoque de derechos es aportar en la elaboración de políticas públicas que promuevan la realización progresiva de los derechos humanos, lo que implica analizar las desigualdades, que son el centro de los problemas de desarrollo, y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculiza el progreso en materia de desarrollo.

En este marco se han formulado un conjunto de políticas para avanzar progresivamente en el cumplimiento de la norma y en el reconocimiento de la dignidad humana, una de éstas es la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) que apunta a la concreción del derecho a la salud vinculado con los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas y guarda coherencia con la Ley Estatutaria en salud.

Incorporar el enfoque de derechos humanos como tarea cotidiana implica problematizar y reflexionar acerca de aquellos prejuicios y supuestos sobre personas o grupos sociales que hemos adquirido a lo largo de la vida, en tanto integrantes de una sociedad desigual que construye narrativas que legitiman esa desigualdad y que van en detrimento del pleno ejercicio de derechos de las personas y grupos discriminados.

La comprensión del enfoque de derechos vinculado en salud con el enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS) parte de reconocer que la salud se produce en la vida social y su reproducción, donde los seres humanos cuentan con condiciones materiales para el ejercicio de la libertad (autonomía) y la dignidad humana. Esas condiciones que se producen socialmente determinan las formas en que las personas viven, enferman o mueren. La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Afectar positivamente las determinantes sociales de la salud implica entonces la realización efectiva de los derechos humanos integrales. (14).

6.3. Enfoque diferencial e interseccional

Si bien los derechos humanos tienen como referente básico el principio de universalidad, lo que significa que nadie puede ser discriminado, por ninguna razón o condición, con lo cual se sustenta la igualdad, también considera el principio de

equidad como el reconocimiento de necesidades diferenciales de las personas y grupos. Es decir, la equidad es complementaria al principio de universalidad.

La universalidad de los derechos no implica entonces una práctica totalizadora; por el contrario, requiere de interpretaciones locales, producto de las experiencias de los grupos humanos. Contextualizar los derechos impide que se vuelvan un instrumento de dominación ideológica. En tal sentido, la igualdad jurídica significa que la titularidad y garantía de los derechos fundamentales es igual para todas las personas; es decir, se interesa por más por lo que las hace diferentes que por lo que pueda igualarlas desde la concepción esencialista, esa que define en abstracto a los seres humanos sin tener en cuenta sus contextos históricos concretos.

Esta interpretación de los derechos humanos como construcciones sociales históricas es la que ha permitido la aparición de los enfoques diferenciales, porque ha discutido el alcance mismo, la igualdad real y efectiva.

Acoger el enfoque diferencial implica, entonces, el reconocimiento de la equidad, con lo cual se reconoce que las personas y grupos tienen necesidades específicas que deben ser consideradas para lograr su igualdad; es decir, se trata de buscar la igualdad real y efectiva, por lo tanto, de disminuir situaciones de inequidad que dificultan el goce efectivo de los derechos, buscando, así, la equidad (a cada cual según su necesidad y de cada cual según su capacidad) en el derecho a la diferencia.

Entonces, un elemento central del enfoque diferencial es reconocer *“las condiciones de desigualdad social, económica, cultural, de grupos sociales históricamente marginados, excluidos, que se encuentran en situaciones de desigualdad y/o inequidades manifiestas; lo que requiere de acciones específicas en pos del desarrollo de su autonomía, de su inclusión y de la justicia social, para que puedan acceder en términos de igualdad de oportunidades a los bienes y servicios de los que goza la sociedad general”* (22).

El enfoque diferencial parte de las necesidades particulares de personas o grupos desde las perspectivas de ciclo vital, género, orientaciones sexuales o identidades de género, pertenencia a un grupo étnico (indígena, afrodescendientes, ROM), posición socioeconómica, y de las diferentes discapacidades, tanto físicas como mentales para generar respuestas acordes con dichas necesidades y cumplir con el principio de igualdad. Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona, *“lo cual implica observancia en los diferentes momentos del ciclo vital, perteneciendo a*

distintos grupos étnicos, en distintos contextos culturales y con experiencias particulares. Esta conjunción de situaciones que generan vulnerabilidades simultáneas en una misma persona corresponde a lo que se ha denominado enfoque interseccional” (23).

Este enfoque vincula las condiciones de vida con las posiciones de los distintos actores sociales: socioeconómico, género, orientación sexual, etnia e identidad cultural, ubicación geográfica, condiciones físicas y mentales, *“todas variables implícitas en el curso de vida de los sujetos” (23).*

Así pues, el enfoque interseccional busca detallar las vulnerabilidades para reconocer sus múltiples dimensiones tanto en la lectura de las necesidades específicas como en el tipo de respuestas, por lo cual se debe procurar ampliarlas e integrarlas. En consecuencia, *“pensar los derechos humanos con enfoque diferencial no implica fragmentarlos y atentar así contra la aspiración moral de proteger a todos los seres humanos; tener en cuenta a los grupos en situación de vulnerabilidad que han sido históricamente discriminados permite mayor eficacia en la garantía de los derechos para todos y todas” (23).*

6.4. Enfoque o perspectiva de género

El género es una construcción social que se ha posicionado como categoría de análisis en la comprensión y explicación de las disparidades o desigualdades que hay en la sociedad entre hombres y mujeres. Como perspectiva devela las relaciones de poder que subyacen al conjunto de procesos sociales. *“El género es la forma social que adopta cada sexo, toda vez que se le adjudican connotaciones específicas de valores, funciones y normas, o lo que se llama también, no muy felizmente, roles sociales” (24).*

La perspectiva de género permite hacer visibles las desigualdades e inequidades en las relaciones de poder, de dominación y exclusión establecidas entre hombres y mujeres.

Del mismo modo, esta perspectiva abrió la puerta para el reconocimiento de orientaciones sexuales e identidades de género diversas, lo que incluye a personas gays, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales, en otras palabras, a quienes subvierten la norma social y cultural asignada por el sistema sexo-género.

En tal sentido, el Consejo de Política Económica y Social definió la incorporación de la perspectiva de género en el proceso de políticas como *“Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros”* (25).

6.5. Enfoque de vulnerabilidades

Según lo señalado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente (26).

La vulnerabilidad es multidimensional, es decir, se manifiesta en los sujetos, grupos poblacionales y comunidades y adopta diferentes formas y modalidades. Puede ser integral, al afectar todos los planos de la vida de quien la experimenta y progresiva, porque puede acumularse e incrementarse con el tiempo. La vulnerabilidad se constituye en causa y consecuencia, expone a los sujetos a situaciones que ponen en evidencia sus dificultades, agudizándolas y convirtiéndolas en detonadoras de nuevos problemas.

El enfoque de vulnerabilidad implica reconocer que existen diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y de las colectividades que los lleva a enfermar o morir; lo cual está determinado por su situación frente a situaciones de origen cultural, social, político y económico (26). Este enfoque plantea la necesidad de intervenir desde múltiples dimensiones:

Dimensión Social

Está relacionada con las condiciones socio-económicas que generan fragilidad a individuos y colectivos. Estudia cómo se organiza la sociedad e implica las decisiones políticas, culturales, morales e institucionales que determinan mayor o menor protección de una sociedad frente a una contingencia como la enfermedad o la muerte. También incorpora asuntos como las relaciones de género y generacionales, referentes culturales de

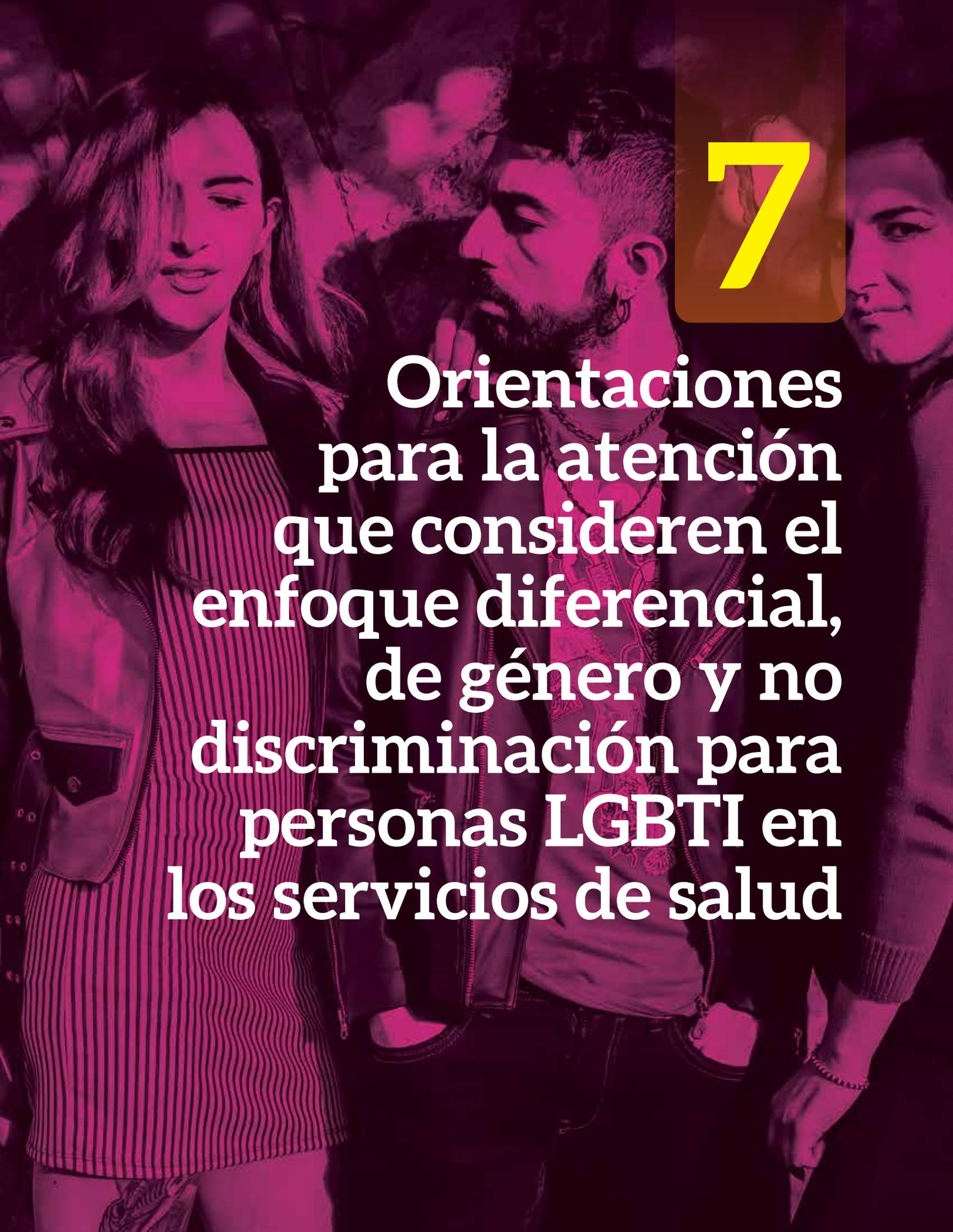
estigma y discriminación. *“Esta vulnerabilidad se contrarresta mediante políticas incluyentes para el bienestar social, acceso al empleo, acceso a salud, a la educación, a la cultura, al ocio, al deporte y a la participación política y social”* (27).

Dimensión programática

Determinada por la fortaleza y sostenibilidad de las políticas y programas destinados a la prevención, control y asistencia de las situaciones o determinantes de la salud según el nivel territorial y la particularidad poblacional. Su intervención acertada con medidas integrales e integradoras apuntan a superar las necesidades sociales (27).

Dimensión individual

Incorpora las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales de los individuos. Entre mayor se la desprotección, discriminación y falta de garantías sociales, mayor será la vulnerabilidad, y persistirá entre grupos poblacionales ampliamente descritos por su orientación sexual, de género y clase social (27).



7

**Orientaciones
para la atención
que consideren el
enfoque diferencial,
de género y no
discriminación para
personas LGBTI en
los servicios de salud**

A continuación se presentan los lineamientos u orientaciones para avanzar en la atención integral en salud, dirigidos principalmente a las personas LGBTI. Se recogen la visión de derecho, enfoque diferencial-interseccional, de géneros y de vulnerabilidad, así como la normatividad en salud vigente, con la intención de dar viabilidad operativa al lineamiento.

Teniendo en cuenta que el objetivo del lineamiento es la apropiación del enfoque diferencial y de género basado en derechos por parte de entidades y trabajadores de la salud, a fin de garantizar que no haya discriminación y estigma a las personas LGBTI, es necesario implementar las orientaciones en tres niveles: el primero, las instituciones de salud, quienes deben asumir el lineamiento como parte integral de sus políticas, lo cual implica a su vez ajustes institucionales para el reconocimiento efectivo de las personas como sujetos de derechos con necesidades específicas y la transformación de la concepción institucional para mantener un compromiso explícito en el desarrollo de procesos de sensibilización y pedagogía para la apropiación del lineamiento, en diálogo con las necesidades en salud identificadas por las personas y con la lógica gubernamental de la política de salud y su ordenamiento (PAIS) en el marco de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 . El segundo nivel está dirigido a orientar de manera específica al personal o trabajadores de la salud, quienes en su interacción con las personas expresan de manera efectiva el cumplimiento del derecho. Así, incorporar el lineamiento corresponde a un deber y una obligación, en tanto se sustenta en el marco de los derechos que han sido positivizados y asumidos por los Estados. Cabe precisar que los trabajadores de la salud, sean del sector público o del privado, prestan un bien público (salud), y por ende les corresponde en sus actuaciones el cumplimiento de la norma. Pero más allá de esto, se busca que los trabajadores de la salud cuenten con un conjunto de orientaciones que les permita apropiarse en sus prácticas cotidianas el enfoque diferencial y de género. El tercer nivel expresa de manera específica pautas básicas para que el personal de salud en todas las instituciones obtenga información referente a las necesidades específicas de las personas que les permita un mejor abordaje de las mismas. Para esto último, se organizaron cuatro narrativas en formato de caso con unas recomendaciones puntuales:

- 1.** Lineamiento institucional: Cuyo contenido se estructuró en tres componentes:
 - 1)** humanización de los servicios

2) organización de servicios de promoción en salud y prevención de riesgos

2.1) *organización de servicios para la atención incluyente a las personas LGBTI.*

3) articulación y coordinación para la gestión en salud e transectorial de la población LGBTI.

2. Lineamiento para las actuaciones del personal de salud en la prestación de servicios a las personas LGBTI en las instituciones de salud –recomendaciones generales.

3. Lineamientos para las actuaciones del personal de salud en la prestación de servicios a las personas LGBTI en las instituciones de salud- recomendaciones específicas.

Plano institucional

El lineamiento en el plano institucional está configurado así: **i)** atención humanizada, si bien este factor es clave y debe ser transversal a todos los procesos y procedimientos en salud, en este lineamiento se explicita para que tome corporeidad y bajo ninguna circunstancia se invisibilice, pues las personas consideran este factor como el más relevante en términos de la vulneración del derecho a la salud, ligado con prejuicios, desconocimiento, estigma y discriminación; **ii)** organización de servicios de promoción en salud y prevención de riesgos y atención incluyente para las personas LGBTI, en donde se presentan las orientaciones cuyo contenido está organizado según los ordenamientos de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual incluye la gestión del riesgo individual y colectivo, este componente también incluye la atención individual en salud para la población LGBTI con enfoque diferencial en salud y las unidades de urgencias vitales, y **iii)** transectorialidad, a fin de generar articulación con otros sectores para dar respuestas a las necesidades de las personas LGBTI, acordes con el enfoque de derechos que orienta el lineamiento, lo cual operativamente se plantea en el componente de gestión del Plan Territorial de Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas. El componente institucional tuvo como referentes para su ordenamiento los planteamientos de las resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social: 429

de 2016; 518 de 2015 y 3280 de 2018 y en las recomendaciones las propuestas que expresaron los participantes de los grupos focales.

7.1 Plano institucional. Componente 1: Aspectos básicos para humanizar los servicios de salud dirigidos a las personas LGBTI

Este ítem presenta orientaciones para humanizar los servicios, cabe resaltar que este fue el aspecto más relevante para las personas como condición de garantía del derecho a la salud, lo cual está vinculado con los procesos de estigma y discriminación por razones de género e identidades sexuales.

Los insumos y referentes del componente fueron: Modelo de lineamientos para la atención especializada dirigida a la población sexualmente diversa por parte de las instituciones de derechos humanos (24); Lineamientos para la atención integral de salud de la población LGBTI en Salvador (25); Lineamiento de atención en salud a personas LGBTI en Ecuador (26), y Sistematización de Experiencia de Atención en servicios Amigables Hospital Centroriente (27). También se tuvieron en cuenta las voces de las personas que participaron en los 11 grupos focales. El componente se ordena así:

- i)** Atención respetuosa y sin discriminación para las personas LGBTI.
- ii)** Las formas de reconocimiento de las personas LGBTI.
- iii)** Confidencialidad y confianza.
- iv)** Protección especial a niños y niñas y adolescentes.
- v)** Identificación de contextos de discriminación por orientación sexual, expresión y/o identidad de género.
- vi)** Configuración de espacios inclusivos.
- vii)** Reconocimiento de los aportes de las personas LGBTI para cualificar los procesos en salud.

Cuadro No. 1. Recomendaciones al personal en unidades de provisión de servicios de salud

- 1** El personal de salud (incluye los administrativos) debe tener un trato respetuoso, no expresar bromas o insinuaciones acerca de las personas LGBTI. Los profesionales de salud son llamados a dar el ejemplo para el resto de trabajadores en los servicios de salud.
- 2** Genere espacios de diálogo frente a estas situaciones que reproducen prejuicios y que refuerzan la homofobia, transfobia, bifobia, lesbofobia y el heterosexismo.
- 3** Promueva actitudes y acciones institucionales para la garantía del respeto a las personas LGBTI, identifique mecanismos de inclusión y acciones de no discriminación individual o institucional.
- 4** Las actitudes tienen tres dimensiones: la cognitiva, que se refiere conocimientos o creencias que se tienen en este caso sobre las personas LGBTI; la afectiva, que se relaciona con valoraciones positivas y/o negativas, pero no se debe olvidar que también es posible suspender el juicio y las valoraciones, y la conductual, que se refiere a la predisposición a asumir una cierta conducta sobre personas o situaciones. Esto último depende en gran medida de los refuerzos y sanciones en la vida cotidiana: reflexione si tiene actitudes discriminatorias hacia las personas LGBTI y pregúntese por qué. Dese espacio para cambiar cada una de las dimensiones de la actitud e imagine qué actitud tendría con las personas LGBTI para reconocerlas como sujetos de derechos con dignidad e iguales.
- 5** Tenga actitudes que produzcan confianza a la persona LGBTI, de forma tal que se sientan reconocidas, no juzgadas y bien tratadas, para que estén cómodas en los servicios, esto es CRUCIAL para que la atención sea efectiva.
- 6** Recuerde que las personas LGBTI deciden si expresan o no su identidad de género.
- 7** Pregunte a la persona como prefiere ser llamada: recuerde que las personas tienen derecho a autoidentificarse .
- 8** Si el usuario o usuaria presenta disgusto con relación a la atención o a preguntas realizadas, esté dispuesto a ofrecer excusas y a explicar por qué es necesaria la información solicitada.
- 9** Prepárese para hablar sobre sexualidad de manera tranquila, cómoda y fluida.
- 10** La moral y las creencias hacen parte de la vida personal de los trabajadores de la salud y la atención en salud es una relación profesional regida por la ética, recuerde que la salud es un derecho y se rige por los principios de universalidad, equidad, igualdad, entre otros.
- 11** Las personas LGBTI son sujetos de derechos y en tal sentido son iguales a todos, por eso debe respetar el derecho a la salud y darles un trato digno, esto no se puede afectar por sus propias creencias y valores.
- 12** No vulnere la confidencialidad, recuerde que los trabajadores de la salud se rigen por ética y principios del servicio, explique que la historia clínica no puede revelarse sin consentimiento del usuario. De ser necesario, aclare quién tendrá acceso a la información.
- 13** Genere ambientes seguros para facilitar la intervención en salud: bien sea una cita médica, una acción preventiva o promocional.
- 14** Facilite el acceso a material impreso y referencia a servicios para personas LGBTI.

15 Incluya en las salas de espera videos, afiches, revistas, periódicos, folletos que sean inclusivos y específicos para las personas LGBTI.

16 La salud y bienestar, así como el acceso y utilización de los servicios de salud no pueden entenderse sin tener en cuenta el contexto sociocultural en el que viven las personas LGBTI. *“No plantee la heterosexualidad como única opción posible o la homosexualidad femenina y masculina como la alternativa minoritaria, anormal o patológica. La sexualidad debe verse, sentirse y vivirse desde varias posibilidades de conducta sexual, como la heterosexualidad, homosexualidad y la intersexualidad”.*

17 *“Eduque a las/los pacientes. Explique que la homosexualidad, al igual que la heterosexualidad, supone un tipo de orientación del deseo sexual, unos estímulos hacia los que se siente atracción sexual, hacia los que se dirige el deseo y con los que la persona tendrá o deseará tener conductas sexuales”.*

18 Identifique las condiciones de violencia y discriminación a las que están expuestas las personas LGBTI y de ser necesario remítalas a salud mental.

i) Atención respetuosa y sin discriminación

A continuación, la tabla N.º 1, describe los principales aspectos relativos a la provisión de servicios con base en la atención respetuosa y sin discriminación, en las columnas dos y tres se incluyen algunos ejemplos de servicios discriminativos e incluyentes descritos por las personas participantes en los grupos focales.

Tabla No. 1. Situaciones que favorecen un trato digno

Posturas	Ejemplos de acciones negativas	Ejemplos de acciones positivas
La atención que se proporcione debe ser integral teniendo en cuenta las situaciones y las necesidades de las personas LGBTI.	Equipos de salud que resuelven situaciones de enfermedad biológica exclusivamente.	Equipos interdisciplinarios con un protocolo que retoma al paciente integralmente.
No se debe emitir juicios de valor respecto a las situaciones que narre la persona LGBTI que acude a la institución.	Se burla o ridiculiza a la persona consultante.	Reconoce el secreto profesional y la importancia de generar confianza y familiaridad con los pacientes para ganar adherencia a los tratamientos.

Fuente: Lineamiento de Atención a personas LGBTI de: Ecuador, Argentina, México, Uruguay, Perú y Grupos Focales para la construcción de Lineamiento de atención integral en Salud a personas LGBTI realizados en Bogotá.

Posturas	Ejemplos de acciones negativas	Ejemplos de acciones positivas
<p>Es importante utilizar términos inclusivos y respetuosos que no lesionen sus derechos y que incluyan a la comunidad LGBTI en toda su diversidad.</p>	<p>Ignora variables que consideran obvias al momento de la consulta.</p>	<p>Ofrecer opciones dentro de la consulta para que la persona exprese su condición sexual, pregunta por género y orientación sexual en la anamnesis.</p>
<p>El respeto incluye no sugerir que la persona cambie de conductas o comportamientos relacionados con su orientación sexual, expresión e identidad de género. Por el contrario, el reconocimiento también se expresa en el valor de la defensa de sus derechos.</p>	<p>En la consulta de un adolescente, emitir juicios y descalificar su identidad sexual, diferente al sexo biológico.</p>	<p>Orientar al adolescente, ingresarlo a las acciones interdisciplinarios, tener espacios de socialización con la familia.</p>
<p>No cuestionar la identidad y/o expresión de género u orientación sexual, bajo argumentos de “normalidad” o de carácter moral.</p>	<p>Remitir al psiquiatría a personas trans porque considera que tienen un problema de identidad y deben retomar el camino “adecuado”.</p>	<p>Actúa según las nuevas formas de no patologización de personas trans (reduce el termino disforia de género) de todo proceso en la provisión de servicios.</p>
<p>En relación con quejas o reclamos procurar obtener todos los datos necesarios, evitando en lo posible posteriores declaraciones que ocasionen una revictimización de la persona, sobre todo en casos de violencia y teniendo en cuenta los lineamientos relacionados a la confidencialidad y clima de confianza.</p>	<p>Evitar recopilar toda la información sobre un hecho de rechazo a una persona por su condición sexual.</p>	<p>Ofrece atención personalizada y resolutive sobre situaciones de violencia o descremación producida por algún miembro del equipo.</p>
<p>No etiquetar ni usar palabras estereotipadas que reflejen estigma o discriminación. Recordar que brindar a la persona información sobre sus derechos y cómo defenderlos. Usar palabras de refuerzo: «Es importante que te hayas acercado».</p>	<p>Demostrar a la persona aspectos como asco, burlas y señalamientos. Utilizar el tiempo de la consulta en revisar teléfono celular o exagerar las acciones de protocolos de asepsia, destacando asco o fastidio por las personas.</p>	<p>El personal de la unidad de atención ofrece escucha activa, atenta y respetuosa. Generar empatía y confianza.</p> <p>Atención directa no dividida, por ejemplo, además de no escuchar, hacer otras cosas a la vez, esto produce incomodidad en quien está hablando.</p> <p>No quitarle importancia al relato de la otra persona ni interrumpir constantemente.</p>
		<p>Proporcionar información de forma clara y apropiada que posibilite una decisión informada.</p> <p>No utilizar el celular durante la entrevista.</p>

Posturas	Ejemplos de acciones negativas	Ejemplos de acciones positivas
Las actitudes corporales que expresan violencia simbólica.	Tratar como varón a una mujer trans, o como mujer a un varón trans constituyen formas de violencia simbólica.	Rol corporal: Asentir con la cabeza, la mirada. La postura corporal es clave para erradicar una atención no discriminatoria.
La institución debe atender y aceptar la solicitud de la persona de ser atendida por otro funcionario o funcionaria en caso de sentirse discriminada.		Cómo dirigirse a la persona: no siempre es sencillo decodificar el género de alguien por su aspecto o por su forma de hablar. Si no tenemos certeza podemos utilizar un lenguaje genéricamente neutro y referirnos a la persona por su apellido. En la medida en que avance la conversación podemos ir detectando cómo se posiciona genéricamente la persona.
Respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones de forma responsable. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía se tomarán medidas especiales, a fin de proteger sus derechos e intereses.		

ii) Identificación de las personas LGBTI de forma adecuada y Respetuosa

- Instituir el derecho a la autodenominación y exigir su cumplimiento.
- Identificar antecedentes médicos al momento de cambiar de especialista, de EPS o de punto de atención, pues al llegar a nuevo lugar se inicia de cero, lo que implica tiempo y limitantes.
- Se sugiere que los formularios y herramientas tecnológicas manejen la multiplicidad de variables (binarias y no binarias) de la población LGBTI.

Fuente: Elaboración propia con base en: Lineamiento de Atención a personas LGBTI de: Ecuador, Argentina, México, Uruguay, y Grupos Focales para la construcción de Lineamiento de atención integral en Salud a personas LGBTI realizados en Bogotá.

- Incluir en políticas públicas variables diferenciales, sexo, orientación sexual e identidad de género en todos los formatos que se manejen en el sector salud específicamente. Esto para evaluar cuáles son los factores de riesgo en salud y que estrategias de detección temprana debemos fortalecer. Es decir, manejar indicadores específicos para la población LGBTI.
- Los trabajadores de la salud deben preguntar de forma adecuada y respetuosa por las convicciones morales, religiosas, entre otras.
- Preguntar a la persona cuál es el nombre con el que quiere ser atendido, si se tiene duda se puede llamar por el apellido. Se debe reconocer siempre el derecho a la autoidentificación libre.
- *“Respetar los términos gay, lesbiana, bisexual, trans e intersexual, u otro, si la persona que acude al servicio de atención se identifica como tal” (8).*
- *“No se debe poner comillas alrededor del nombre o alrededor del pronombre que refleja su identidad de género” (8).*
- En los registros consignar los datos que aparecen en los documentos de identidad y también el nombre expresado por la persona y por el cual desea ser identificado.

iii) Crear un clima cálido y de confianza

- Generar un clima de confianza, empatía, aceptación y respeto, de forma tal que las personas LGBTI sientan una atención libre de estigmas, prejuicios y discriminación.
- Replicar la estrategia de pares que permite mayor acceso y apertura al reconocimiento de las personas LGBTI.
- La persona que acude a los servicios para solicitar atención o información debe sentirse escuchada, aceptada, entendida y apoyada en todo momento.

- El consentimiento informado debe permitir que la información sea comprensible, completa, veraz, oportuna y accesible en relación con los servicios y con los mecanismos y procedimientos existentes.
- *“Ninguna persona tiene la obligación de revelar su orientación sexual o identidad de género (ámbito de la vida privada). No sugerir que lo haga, esto es una decisión personal y voluntaria” (8).*
- *“Ante el pedido explícito de mantener la confidencialidad de su orientación sexual, identidad o expresión de género, de sus características físicas, de su nombre o cualquier otro dato que las personas consideren sensibles deberá respetarse tal pedido. Es por ello, importante contemplar y salvaguardar la privacidad” (8).*
- El consentimiento para utilizar datos debe ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en cualquier momento, sin que esto implique desventaja o perjuicio alguno para ella. *“La información de la situación puede ser compartida solo en ámbitos técnicos, bajo el criterio de utilidad para la intervención y de protección a la persona/familia, respetando los criterios de confidencialidad descritos” (8).*
- Teniendo en cuenta que la historia es un documento de reserva legal, el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 la definió como: *“el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, además es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.* (28)

iv) Respeto y Protección especial e integral en los casos de niños, niñas y adolescentes

- En relación con la diversidad sexual y orientación de género de los niños, niñas y adolescentes, se deben tener en cuenta los principios de autonomía progresiva, derecho al desarrollo integral e interés superior del niño, niña y adolescente, de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño: El respeto de sus necesidades y

derechos, incluyendo el consentimiento y la confidencialidad (9).

- Se debe tener en cuenta que *“(...) a juicio de un adulto es el interés superior del niño no puede primar sobre la obligación de respetar todos los derechos del niño enunciados en la Convención”*. Todos los derechos previstos responden al *“interés superior del niño”*; y ningún derecho debería verse perjudicado por una interpretación negativa del interés superior del niño, niña o adolescente (9).
- Durante el servicio o procedimiento se reconocerá al niño, niña y persona adolescente como titular de todos los derechos reconocidos a todo ser humano, en el entendido de que sus derechos priman sobre los otros, por esta condición se debe garantizar su participación durante todas las etapas. *“Su opinión será considerada al momento de la adopción de cualquier medida, acción o decisión, atendiendo a su edad y madurez”* (8).
- Reconocer la existencia de familias diversas e identificar en el entorno familiar a los responsables que se puedan involucrar en el desarrollo de las estrategias de intervención. Se debe gestionar que personas del grupo familiar apoyen los procesos de los niños/as y adolescentes para garantizar el respeto a sus derechos. *“Hay que buscar el involucramiento y reconocer sus posturas, ya que serán quienes acompañen a la persona menor de edad* (8).
- *“El Estado tiene la obligación de ejercer sus obligaciones de proteger y garantizar y su rol subsidiario frente a las obligaciones del grupo familiar, por lo que se debe instar a los mecanismos de protección de la niñez y de la adolescencia previstos en la legislación”* (8).

v) Identificación de contextos y situaciones de discriminación por orientación sexual, expresión y/o identidad de género

- Incorporar una atención especializada que reconozca los contextos de discriminación y de violencia hacia las personas LGBTI en los ámbitos de vida cotidiana: la escuela, el trabajo, el espacio público, etc.

- Reconocer que hay necesidades específicas al interior de los grupos que conforman las comunidades LGBTI, lo cual implica desarrollar capacidades para identificar estas diferencias en los múltiples espacios. *“La atención especializada debe identificar las problemáticas comunes y diferenciadas que presentan las personas LGBTI dentro del propio colectivo”* (8).
- La orientación sexual y la vivencia de la identidad y expresión de género traen consigo consecuencias e impactos diferenciados que deben ser identificados debidamente.
- En la atención especializada se debe aplicar el enfoque de derechos humanos, el enfoque de género, el enfoque de la diversidad: libre de prejuicios y estereotipos.
- Hay trabajo en temas de prevención en el país, pero no es visible una ruta de asesoría y acompañamiento, por ejemplo con la entrega de resultados de VIH. La idea clave sería educar a la persona portadora. Además, también habría que reconocer que la población LGBTI no solo requiere hacerse pruebas de VIH, sino requiere atención integral referente a medicina general, odontología, endocrinología, psicología, entre otros.
- Identificación de necesidades con perspectiva diferencial, de género y de orientaciones sexuales.

vi) Identificación de condiciones de riesgo y alta vulnerabilidad

- *“Reconocer que la violencia por orientación sexual, expresión y/o identidad de género posee un componente de discriminación que podría contribuir al riesgo permanentemente por tratarse de la identidad de la persona”* (8).
- Capacitar al personal de salud en citología anal, la mayor parte del tiempo no se puede acceder al examen porque no hay quién haga el procedimiento.
- *“Estar atentos a la presencia de síntomas, signos, indicios físicos, emocionales, comportamientos o condiciones particulares que lo orienten para detectar y tratar lo más tempranamente posible los distintos tipos de violencia”* (8).

- Contribuir a la recuperación emocional y autoestima de las personas LGBTI afectadas por hechos de violencia de género, familiar y sexual.
- Eliminar barreras administrativas (autorizaciones) y barreras geográficas (entrega de medicamentos en diferentes puntos) lejanos de los lugares de habitación.
- Reconocer que la transformación física hace parte de la identidad de género y eliminar barreras de acceso cuando se requiere intervención quirúrgica como derecho.
- Eliminar las interrupciones en la prestación de servicios, mejorar los tiempos de acceso.
- Establecer y garantizar la continuidad de los medicamentos y el buen trato en su entrega.
- Ampliar la oferta por parte de los servicios de salud de incorporar las necesidades hormonales, estéticas, de salud mental y no solamente el riesgo de portar una ITS o una ETS.

vii) Configuración de espacios seguros e inclusivos

- Evitar comportamientos y lenguaje anti-LGBTI, en todas las circunstancias y lugares de atención.
- Garantizar un ambiente de trabajo libre de prejuicios y de chistes, burlas o insultos homofóbicos.
- Contar con espacios inclusivos en donde las personas LGBTI se sientan seguras, bienvenidas y reciban toda la atención que necesiten. *“En aquellos casos en que la persona tenga algún tipo de discapacidad será necesario adaptarse a las condiciones que requiera”* (8).
- Contar con una infraestructura preparada para hacer una atención diferenciada.

- Asegurar el acceso a controles por medio de un sistema tecnológico y que las EPS las manejen sin ningún contratiempo, así se facilita el trámite y se disminuye la discriminación o estigmatización.
- Retomar el servicio amigable y extenderlo al país.
- Evitar cerrar otras unidades de atención en salud que aumenten barreras geográficas.
- Generar jornadas especiales de afiliación al sistema de salud para esta población.
- Contemplar en ese enfoque diferencial mayores especificidades, como población indígena, afro, madres cabeza de hogar, personas en condición de discapacidad.
- Transformar el concepto de lactancia materna por lactancia familiar, acogiendo a hombres trans lactantes.
- *“Garantizar acceso a los baños de acuerdo a la identidad de género. Se permitirá que acuda a los baños y vestuarios que se correspondan con su identidad en caso de que el centro no cuente con baños mixtos” (8).*

viii) Reconocimiento de los aportes de las personas que constituyen la población LGBTI en los servicios

La participación de profesionales, líderes y en general de las personas en concepción o dirección de los programas, promueve mayor compromiso y adherencia. Se caracterizan por ser:

- Colaborativos: programas que *“escuchan y responden a las ideas de las personas transgénero acerca de qué y cómo hacer” (8).*
- Inclusivos: implican a las personas en la formulación, ejecución y evaluación del programa (8).

- Orientados a la garantía de calidad: el monitoreo toma como referencia especial la calidad, seguridad y accesibilidad, así como la satisfacción de los servicios y programas, la participación, cohesión y vinculación de la comunidad (8).
- Ascendentes: centrados en ampliar las relaciones dentro de las comunidades, otros proveedores de servicios, organizaciones, instituciones de derechos humanos y grupos similares (8).

Las anteriores consideraciones concuerdan con la necesidad de vincular en los servicios personas LGBTI.

Cuadro No. 2. Componente de humanización

Componente 1. Humanización de los servicios

La humanización es la condición esencial que garantiza que los servicios de detección temprana y protección específica dados a las mujeres gestantes, niños y niñas se dieron partiendo del respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible. (Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA MSPS 2015).

Aspecto para la humanización LGBTI	Estrategias	Responsables
Atención respetuosa y sin discriminación (trato digno).	Ofrecer asistencia técnica a los municipios en relación con procedimientos para la valoración y el análisis de la situación de calidad y humanización de la Atención Integral en Salud.	MSPS- Entes Territoriales.
Las formas de identificación de las personas.	Trabajar en el diseño de incluir en todos los sistemas de información y caracterización de los usuarios, orientación sexual, y variables de género diferenciales.	EAPB- IPS- ESE- PSPIC.
Protección especial e integral en los casos de niños, niñas y adolescentes.	Implementación de la Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones-RIA.	EAPB- IPS- ESE- PSPIC

Aspecto para la humanización LGBTI	Estrategias	Responsables
Identificación de condiciones de riesgo y alta vulnerabilidad.	Retomar la abundante literatura frente a procedimientos inseguros, evento adverso y proponer ajustes en recurso humano, y uso de tecnologías apropiadas.	Revisión de Planes de Beneficios MSPS, EAPB, IPS, Asociaciones de usuarios y organizaciones de la sociedad civil
Configuración de espacios seguros e inclusivos.	En cabeza del ente territorial identificar aspectos de las políticas de atención a la población LGBTI, que requiera incorporar, con el concurso de los actores institucionales, privados y sociales.	Acción intersectorial.

7.2. Plano Institucional. Componente 2. Organización de servicios de promoción en salud y prevención de riesgos y atención incluyente para las personas LGBTI

Este componente promueve la forma concreta de operativizar los postulados que se han registrado como principios orientadores de un lineamiento sustentado en los enfoques de género, diferencial y superación del estigma y la discriminación en la población LGBTI.

Como se ha descrito anteriormente, Colombia posee una normatividad bastante amplia en materia de derechos humanos y trato humanizado; no obstante, la falta de concreción de ellas en los planes y programas ha permitido que persistan los problemas de atención a las personas LGBTI, constituyendo una mayor vulneración.

7.2.1 Servicios de promoción en salud y prevención de riesgos para las personas LGBTI

Las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- de Promoción y Mantenimiento de la Salud son un avance en cuanto al direccionamiento de las acciones en salud

pública y gestión del riesgo individual, actualmente se encuentran en procesos de adaptación en los Planes de Beneficios para los componentes individuales y en los PS-PIC. Las Rutas son documentos orientadores genéricos, por ello los lineamientos consideran a los aspectos relevantes en concordancia con principios y enfoques postulados para las personas LGBTI.

La organización de los servicios está enmarcada en el tránsito del Modelo integral de Atención en salud al Modelo de Atención Integral Territorial, en el entendido de que es la forma que instala la institucionalidad para avanzar en la garantía del derecho a la salud acorde con la Ley Estatutaria en Salud.

Para el caso de las personas LGBTI, se considera desde el enfoque diferencial:

i) Procesos de identificación, caracterización de la situación de salud de las personas LGBTI y construcción de respuestas individuales y colectivas frente a las necesidades en salud de las personas LGBTI.

ii) Acciones de asesoría en salud con base en las particularidades de las personas LGBTI

Desde el enfoque de género

- Garantizar un trato acorde con las expectativas del usuario, nombre identitario, superación de barreras administrativas.
- Garantía de actuación en función de los postulados de la Política de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos, comprender y proveer información sobre el ejercicio libre de la sexualidad con base en la orientación sexual e identidad de género.

Desde la superación del Estigma y Discriminación

- Reconocimiento de situaciones de discriminación y estigma en relación con la visibilización de las condiciones de género y orientación sexual

de las personas LGBTI. Estas situaciones producen depresión, ansiedad, conductas suicidas y motivan el uso de sustancias psicoactivas, lo que implica procesos de atención en salud mental acorde con sus necesidades.

**Cuadro 3. Promoción y mantenimiento de la salud
Componente 2. Promoción y mantenimiento de la salud**

Aspectos Fundamentales	Estrategias	Responsables
Definir en los diferentes momentos de la elaboración de planes y programas quiénes son las personas que hacen parte de la población LGBTI y cómo son entendidos para la atención en salud desde el enfoque de género, diferencial y no discriminación.	Desarrollar capacidades entre los actores sociales, para conocer los lineamientos y las políticas que han tenido como referente la orientación de la atención a la población LGBTI.	MSPS- Entes territoriales y actores del SGSSS.
El propósito es que las entidades responsables y actores del sistema incorporen en sus protocolos y guías de manejo los principios y enfoques en las acciones de detección temprana y protección específica de la población LGBTI.	Implementar <i>“el modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia”</i> , servicios amigables en todos los Planes Territoriales de salud del país para la atención a la población adolescente y LGBTI.	Revisión de Planes de Beneficios MSPS, EAPB, IPS, Asociaciones de usuarios y organizaciones de la sociedad civil.
Valoración integral para detectar oportunamente trastornos del proceso salud-enfermedad, propios de la condición de la población LGBTI y garantizar el acceso a tecnologías de protección específica, según las RIAS, Promoción y mantenimiento de la salud.	Valoración física, motriz, cognitiva y socioemocional, estado nutricional, salud bucal, salud visual, salud sexual y reproductiva, salud mental, condiciones laborales, utilizando las normas y guías desarrolladas y viabilizadas desde el MSPS.	Entes Territoriales, responsables del PSPIC.
Valoración integral para detectar oportunamente trastornos del proceso salud-enfermedad, propios de la condición de la población LGBTI y garantizar el acceso a tecnologías de protección específica, según las RIAS, Promoción y mantenimiento de la salud.	Desarrollar capacidades en los equipos para realizar acciones de protección específica basadas en la educación en salud, tamizajes para la gestión del riesgo de enfermedades prevalentes y desarrollo de tecnologías y procesos internos de formación con los equipos responsables de la asesoría a las poblaciones.	Entes Territoriales, responsables del PSPIC. EAPB- IPS- ESE
	Detección oportuna en los diferentes entornos para identificar y gestionar los riesgos frente al consumo de SPA.	
	Detección oportuna de problemas relacionados con cáncer de próstata, útero, ano rectal.	

7.3. Organización de servicios de atención en salud incluyentes para las personas LGBTI

Este componente establece con mayor detalle los criterios para la atención que se ofrece al interior de **los servicios individuales** para las personas LGBTI.

De acuerdo con la situación de salud de esta población, la atención diferencial en salud, debe conducir al acceso a servicios desde la atención primaria en salud, que debe incorporar servicios amigables hasta la valoración y atención diferencial en medicina general, medicina especializada y atención diferencial en salud mental. Las diferentes disciplinas del campo de la salud han de actuar de manera integrada e integral facilitando procesos de calidad, humanización, y de acuerdo con los enfoques establecidos en este lineamiento.

De acuerdo con OPS, es necesario desarrollar las capacidades de los equipos para superar *“El prejuicio y la ignorancia sobre las realidades de las personas LGBT en la sociedad en general y en los sistemas de salud en particular, pues lo anterior contribuye también al desconocimiento de sus problemas, estado general y bienestar, y a que no les brinden atención oportuna, efectiva y adecuada. Muchas personas de los colectivos LGBT llegan en forma tardía a los servicios y sus condiciones o problemas de salud son tratadas tardíamente con un pronóstico menos favorable”* (29).

Cuadro 4. Componente Atención en salud

Aspectos Fundamentales	Estrategias	Responsables
	Ofrecer asistencia técnica a los municipios en relación con la metodología para la valoración y el análisis de la situación de calidad y humanización de la atención integral en salud.	MSPS- Entes territoriales
Definir en los diferentes momentos de la elaboración de planes y programas quiénes son las personas que hacen parte de la población LGBTI y cómo son entendidos para la atención en salud desde el enfoque de género, diferencial y no discriminación.	Características de las necesidades de la población LGBTI en el territorio y de las respuestas por parte de las entidades pública, privadas y de la propia población para el afrontamiento.	Ente Territorial, actores del SGSSS, y actores sociales.

Aspectos Fundamentales	Estrategias	Responsables
<p>Definir en los diferentes momentos de la elaboración de planes y programas quiénes son las personas que hacen parte de la población LGBTI y cómo son entendidos para la atención en salud desde el enfoque de género, diferencial y no discriminación.</p>	<p>Revisar y ajustar la disponibilidad de recurso humano con los perfiles en diferentes disciplinas necesarios para responder a los enfoques previstos en el lineamiento, para revisar la disponibilidad, organización de servicios y cumplimiento de competencias de cada actor.</p> <hr/> <p>Definir con precisión los espacios determinados para la participación de organizaciones de la Población y usuarios en la generación de planes para la contratación.</p> <hr/> <p>Desarrollar capacidades de los diferentes actores involucrados en la garantía del derecho a la salud de la población LGBTI, incluido el grupo familiar y la gestión intersectorial.</p>	<p>Ente Territorial, actores del SGSSS, y actores sociales.</p>
<p>Organizar los procesos de atención en salud, establecer diagnóstico y seguimiento desde las rutas de riesgo y rutas específicas, en función de las condiciones particulares de la población LGBTI. Los procedimientos de realización de historia clínica y anamnesis deben corresponder con los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio.</p>	<p>Canalización, valoración y diagnóstico con enfoque diferencial, de género y no discriminatorio con personas de la población LGBTI que consumen SPA.</p>	
	<p>Canalización, valoración y diagnóstico con enfoque diferencial, de género y no discriminatorio con personas de la población LGBTI viviendo con VIH, o sida, ETS, tuberculosis, hepatitis Ay B.</p>	<p>EAPB-IPS</p>
	<p>Canalización, valoración y diagnóstico con enfoque diferencial, de género y no discriminatorio a personas de la población LGBTI que acuden a servicios transexualización no genital y transexualización genital, proceso de hormonización.</p>	
	<p>Canalización, valoración y diagnóstico con enfoque diferencial, de género y no discriminatorio a personas de la población LGBTI que presentan patologías relacionadas con cáncer de próstata, útero, ano, rectal.</p>	

Fuente: Elaboración propia con base en Resolución 2380 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.

7.4. Atención integral de urgencias para población LGBTI

La organización de la provisión de servicios de atención en salud requiere diseñar e implementar protocolos de manejo de situaciones que se constituyen en urgencias vitales para las personas LGBTI. Desde los principios mencionados al comienzo del presente documento, es necesario que en las urgencias se conserven como mínimo dos de ellos:

Integralidad en la atención

Con base en Ley Estatutaria en Salud y de la Política Integral de Atención en Salud, que circunscriben la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y de la enfermedad, en los servicios y las acciones dirigidas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (30).

El enfoque diferencial

Como principal instrumento para potenciar la emancipación de población vulnerable, sustentado en el principio de no discriminación y equidad para garantizar el goce efectivo de los derechos de manera integral.

Es común encontrar en la consulta de urgencias personas de la población LGBTI con afecciones de salud, como también víctimas de violencia social o sexual; por tanto, el equipo de trabajadores de la salud, personal administrativo y de vigilancia, deben establecer los siguientes objetivos (1-30-31):

A. Promover una relación libre y espontánea que permita el autorreconocimiento de su identidad sexual, garantizar la calidad y la calidez de los servicios de salud, en el marco de la garantía del derecho a la salud.

B. Ofrecer la oportunidad de ingresar al servicio, independiente de discriminación y estigma, de acuerdo con el nombre que porta en el documento

de identidad, con reconocimiento del nombre de pila o identitario según lo manifiesta la persona.

C. Establecer en el triage un espacio de atención individualizada con privacidad y en un contexto de escucha, confiabilidad, confianza y empatía.

D. La entidad contratante de los servicios de salud EAPB y la IPS que oferta atención de urgencias deben garantizar capacitación de todos los servidores de estas unidades sobre la normatividad relacionada con los derechos de las personas y hacerlos efectivos en cada servicio.

E. El personal de vigilancia y de recepción debe ser capacitado para atender a los usuarios de la población LGBTI con tacto, empatía, respeto, paciencia y calidez.

F. En la consulta con personas víctimas de violencia social o sexual el funcionario de la unidad de atención debe indagar lo concerniente a la identidad sexual o de género del paciente, expresando frente a ello respeto y evitando acciones de estigma o discriminación.

G. Con las personas de la población trans, identificar su condición de tránsito en el género y responder con un protocolo de manejo de acuerdo con las necesidades particulares.

H. Identificar si existen conductas sexuales de riesgo o exposición por violencia, solicitar pruebas de tamización para enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, hepatitis B y C.

I. Mantener comunicación permanente con la Personería y Defensoría del pueblo, redes de atención de las violencias e instituciones públicas responsables de ofrecer protección en casos de violencia contra la población LGBTI.

J. Conocer y aplicar paso a paso los protocolos de urgencia previstos frente a la violencia sexual o física.

K. Desplegar las acciones interdisciplinarias para ubicar la protección que requiere la persona que ha sido vulnerada.

L. Identificar en la valoración individual de las personas y condiciones relacionadas con problemas de salud mental, cuadros de ansiedad, depresión, ideas suicidas y consumo de sustancias psicoactivas para establecer las necesidades de consejería, psicoterapia o valoración por psiquiatría.

M. Ofrecer apoyo a las familias proporcionando información oportuna.

N. Ofrecer servicios que permitan una atención apropiada de menores de edad que manifiesten una identidad de género diferente de su sexo natal o hayan sido víctimas de actos violentos.

O. Diseñar protocolos de atención diferencial, atenuar el efecto de gastos de bolsillo para facilitar el acceso real a los servicios.

Fundamentos para la organización de servicios de urgencias

En el examen físico el profesional de salud, debidamente entrenado en el caso de la población trans, debe considerar que la anatomía que observa puede no corresponder al género percibido por la persona consultante o a la identidad de género declarada, en tal caso debe referirse al género identitario del consultante.

En caso de violencia sexual, es necesario realizar un examen físico médico-legal y tener en cuenta que la víctima experimenta humillación, miedo, incredulidad y ansiedad. El examen físico, por lo tanto, debe llevarse a cabo con delicadeza y respeto y solo después de obtener el consentimiento de la víctima (32). También se debe incluir dentro de la conducta de atención la profilaxis para VIH, antibióticos para prevenir ITS; y en el caso de hombres transgénero, profilaxis de anticoncepción, si aún conservan sus genitales. Finalmente, derivar a los servicios de apoyo legal y protección social.

Disponibilidad para interconsulta con un equipo interdisciplinario como parte de la oferta institucional, entre ellos: atención para el tratamiento de la adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, servicios de salud mental, obstetricia y ginecología, urología, endocrinología, cirugía plástica y reconstructiva y consultorios dentales (33).

Se debe mantener un directorio actualizado de entidades públicas, ONG y servicios amigables para establecer un contacto oportuno y direccionar allí a las personas consultantes.

Debe existir un enlace con unidades de Atención Primaria en Salud. Las unidades de urgencias pueden ser utilizadas como punto de inducción a la demanda, contar con población de pares o auxiliares de enfermería, para brindar información sobre aspectos como vacunas, nutrición, planificación familiar, grupos de autoayuda, etc.

Infraestructura

Los servicios de urgencia deben contar con baños para dar cabida a personas con diversas identidades y expresiones de género; por ejemplo, proporcionar baños unisex y utilizar rótulos en vestidores y en las unidades de observación para garantizar privacidad y no exponer a la población LGBTI a estigma y discriminación por parte de otros pacientes o familiares (34).

Disponer entre sus mensajes informativos, audio videos y otros instrumentos comunicacionales utilizados en la sala de espera, información para promocionar a esa unidad de urgencias como garante de los derechos de las personas y que está en contra de todas formas de discriminación.

7.5. Organización de servicios de promoción de salud incluyentes para las personas LGBTI: articulación y coordinación para la gestión en salud y transectorialidad e las personas LGBTI

Desde el componente de la gestión de la salud pública es necesario fortalecer la coordinación con énfasis poblacional LGBTI, lo cual garantiza procesos administrativos y de gestión al interior de las Unidades de Servicios de Salud para el desarrollo de su operación, además de acciones de monitoreo al cumplimiento de metas por parte del talento humano. El proceso de gestión implica el desarrollo de una línea técnica y la articulación interna en la institución, el abordaje comunitario y el trabajo transectorial, de forma tal que se avance en estrategias para la garantía

del ejercicio del derecho a la salud de las personas del sector LGBTI.

En tal sentido, en el presente componente se entiende por transectorialidad lo establecido en la Resolución 518 de 2015 de Ministerio de Protección Social: “Proceso de articulación e integración de acciones individuales y colectivas de diferentes actores institucionales, sociales y privados alrededor de la construcción colectiva de las respuestas que permitan incidir con mayor eficacia y eficiencia sobre los determinantes sociales para promover el desarrollo de la salud de las personas.” (18). Por tanto, desde el componente de la gestión de la salud pública es necesario fortalecer la coordinación con énfasis poblacional LGBTI, lo cual garantiza procesos administrativos y de gestión al interior de la Unidades de Servicios de Salud para el desarrollo de su operación, además de acciones de monitoreo al cumplimiento de metas por parte del talento humano.

El proceso de gestión implica el desarrollo de línea técnica en torno a la (i) articulación interna en la institución, (ii) trabajo transectorial, (iii) el abordaje comunitario y organizativo y (iv) la identificación de vínculos para el cumplimiento específico de objetivos de desarrollo de forma tal que se avance en estrategias para la garantía del ejercicio del derecho a la salud de las personas LGBTI (35) –(36).

Cuadro 5. Componente transectorial

Aspectos Fundamentales	Estrategias	Responsables
<p>Articulación interna en las instituciones con una mirada de integralidad que se corresponde con los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a las personas de la población LGBTI.</p>	<p>Brindar asistencia técnica al interior de las instituciones responsables de la prestación de los servicios de salud, que todo el personal vinculado esté adecuadamente motivado, sensibilizado e informado sobre la inclusión y aplicación del enfoque de atención a la población LGBTI en todas sus instancias, acciones y procedimientos, eliminando al máximo conflictos burocráticos (gestión de talento humano).</p> <p>Promover que todas las rutas de atención de las instituciones prestadoras del servicio de salud (Modelo de Articulación Interna) tengan establecidos principios y</p>	<p>Entidades territoriales, INS, actores del sistema de salud, organizaciones y grupos de población LGBTI.</p>

Aspectos Fundamentales	Estrategias	Responsables
<p>Articulación interna en las instituciones con una mirada de integralidad que se corresponde con los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a las personas de la población LGBTI.</p>	<p>acciones específicas que reconozcan el enfoque de atención a las personas LGBTI y que evidencien de manera clara la articulación entre las dependencias de cada institución, esto a nivel interno y para todo el personal que tenga que ver con la atención a la población LGBTI desde el primer contacto hasta la salida. (Gestión de Intervenciones Colectivas y de Servicios Individuales). (2) -(3)- (37)</p> <p>Disponer de un sistema de información unificado con variables que den cuenta de las especificidades de las personas LGBTI y que sea compartido con todas las dependencias de las entidades. (2) -Establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y ajuste al modelo de articulación interna en la atención en salud a población LGBTI que cuente con participación de la población LGBTI.</p> <p>Incluir en los informes de rendición de cuentas un capítulo específico que aluda a la inclusión y aplicación del enfoque de atención en salud a la población LGBTI.</p> <p>Sistematizar y divulgar experiencias exitosas intrainstitucionales en la atención de salud de las personas.</p>	<p>Entidades territoriales, INS, actores del sistema de salud, organizaciones y grupos de población LGBTI.</p>
<p>II. Trabajo transectorial⁹</p> <p>Organizar los procesos de atención en salud que integren varios sectores (público, privado, comunidad) con una mirada de integralidad que se corresponda con los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a las personas población LGBTI.</p>	<p>Precisar de manera clara y explícita las rutas de atención transectorial de salud a la población LGBTI (Gestión de Intervenciones Colectivas y de Servicios Individuales).</p> <p>Promover el intercambio de información y conocimiento sobre las rutas intersectoriales de atención en salud a las personas LGBTI entre las entidades.</p> <p>Promover entre los equipos de trabajo procesos de comunicación, información y capacitación incluyentes</p>	<p>Entidades territoriales Actores del Sistema de Salud (Comisiones Intersectoriales) Organizaciones y grupos de población LGBTI.</p>

9. Adaptado de: Orientaciones para la intersectorialidad. Min Salud. Plan Decenal de Salud Pública. Considerando los aportes de las y los participantes en los grupos focales, la revisión bibliográfica, entre otros.

Aspectos Fundamentales

Estrategias

Responsables

II. Trabajo transectorial⁹

Organizar los procesos de atención en salud que integren varios sectores (público, privado, comunidad) con una mirada de integralidad que se corresponda con los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a las personas población LGBTI.

-Establecer con precisión los recursos humanos, técnicos, operativos y financieros destinados a la atención en salud de las personas LGBTI en las rutas de atención transectorial en salud considerando los principios y criterios propios de los

Diseñar y/o ajustar un sistema único de caracterización y de información que incluya variables alusivas a las especificidades de las personas LGBTI.

Construir con la participación de las personas LGBTI una agenda de salud para ser concertada en el escenario de los mandatos ministeriales que hacen parte de la ruta de atención transectorial y que permitan el diseño y/o ajuste de las políticas públicas y presentación de propuestas legislativas que favorezcan el acceso al derecho de la salud.

A nivel territorial, establecer agendas de trabajo que permitan a todos los sectores responsables de las rutas transectoriales favorecer el desarrollo de principios de complementariedad, coordinación, subsidiariedad y concurrencia, con participación ciudadana. (Gestión de Intervenciones Colectivas y de Servicios Individuales).

Fortalecer la rectoría territorial de las autoridades en salud para que sus habilidades y capacidades, en el cumplimiento de sus competencias y funciones den cuenta de los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio.

Brindar asistencia técnica al interior de todas las instituciones responsables de la prestación de los servicios de salud de manera transectorial para que todo el personal vinculado esté adecuadamente motivado, sensibilizado e informado sobre la inclusión y aplicación del enfoque de atención a la población LGBTI en todas sus instancias, acciones y procedimientos.

Entidades territoriales
Actores del Sistema de Salud (Comisiones Intersectoriales)
Organizaciones y grupos de población LGBTI.

Aspectos Fundamentales

Estrategias

Responsables

II. Trabajo transectorial

Organizar los procesos de atención en salud que integren varios sectores (público, privado, comunidad) con una mirada de integralidad que se corresponda con los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a las personas población LGBTI.

Reconocer los saberes, prácticas y conocimientos en salud de las personas LGBTI en el diseño de políticas, planes, programas y proyectos en salud pública en los aspectos transectoriales.

Construir y poner en marcha una estrategia de seguimiento, evaluación y ajuste de la acción transectorial en salud para las personas LGBTI.

-Incluir en los informes de rendición de cuentas un capítulo específico que aluda a la inclusión y aplicación del enfoque de atención en salud a la población LGBTI.

Fortalecer las redes sociales de las personas LGBTI que permitan el intercambio, reconocimiento, aunar esfuerzos, estrechar lazos, potenciar capacidad de respuesta, comprensión de problemáticas y planteamiento de soluciones en torno a la atención en salud desde las rutas intersectoriales.

Entidades territoriales
Actores del Sistema de Salud (Comisiones Intersectoriales)
Organizaciones y grupos de población LGBTI.

III. Abordaje comunitario y organizativo

Definir y difundir la ruta de participación social de las personas LGBTI en la ruta transectorial de atención en salud.

Diseñar y poner en marcha un modelo de información, formación y difusión permanente sobre la ruta de atención en salud que dé cuenta de los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a la población LGBTI.

Proporcionar de manera oportuna, actualizada, clara y suficiente la información pertinente sobre el derecho a la salud y el reconocimiento de los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a la población LGBTI.

Establecer y/o fortalecer los escenarios de participación social de población LGBTI en las rutas de atención transectorial en salud que garanticen que sus necesidades e intereses frente al derecho de la salud sean escuchados, reconocidos y comprendidos. Al igual que en diseño de políticas, planes, programas y proyectos en salud pública en los aspectos transectoriales.

Entidades territoriales,
actores del sistema de salud,
personas LGBTI,
organizaciones y grupos de
personas de la población LGBTI.

Aspectos Fundamentales

Estrategias

Responsables

III. Abordaje comunitario y organizativo

Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas LGBTI y sus formas organizativas para que se informen, formen e incidan en la garantía de una atención transectorial en salud que dé cuenta de los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud a la población LGBTI.

Garantizar la participación de las personas LGBTI en los procesos de rendición de cuentas de los Planes Territoriales de Salud.

Fortalecer la capacidad de incidencia y de inclusión de las agendas del derecho a la salud de las personas LGBTI en los escenarios de diseño y discusión de políticas, planes, programas y proyectos en salud pública de carácter sectorial y transectorial.

Activar la participación efectiva de las personas LGBTI en los espacios institucionales vinculados a la acción transectorial y sectorial de salud en donde se toman decisiones: Consejos de Gobierno, Consejos Territoriales de Planeación, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Consejos de Política Social en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, así como en espacios gremiales, académicos, cámaras de comercio, de comunicaciones, de organizaciones sociales, entre otros.

Fortalecer las redes sociales de las personas LGBTI que permitan el intercambio, reconocimiento, aunar esfuerzos, estrechar lazos, potenciar capacidad de respuesta, comprensión de problemáticas y planteamiento de soluciones en torno a la atención en salud.

Sistematizar y divulgar experiencias y prácticas exitosas de salud construidas por la población LGBTI.

Entidades territoriales, actores del sistema de salud, personas LGBTI, organizaciones y grupos de personas de la población LGBTI.

Aspectos Fundamentales	Estrategias	Responsables
Identificación de vínculos para el cumplimiento específico de Objetivos de Desarrollo Sostenible	Definir una estrategia para evidenciar la inclusión de los principios y criterios propios del enfoque de género, diferencial y no discriminatorio en la atención en salud asociados a Salud y Bienestar, Promover la igualdad de géneros y reducir las desigualdades (22).	Entidades territoriales Actores del Sistema de Salud. Personas LGBTI Organizaciones y grupos de personas LGBTI.
Considerando los aportes de las y los participantes en los grupos focales, la revisión bibliográfica, entre otros.	Promover que los informes sobre avances en el cumplimiento del país incluyan indicadores asociados al derecho a la salud de la población LGBTI. Esto implica acciones de incidencia sectoriales y transectoriales con todos los actores del sistema de salud.	

7.6. Recomendaciones específicas para el abordaje en salud sin discriminación ni estigma a las personas LGBTI escuchando sus voces

A continuación, se presentan cuatro narrativas como recurso pedagógico para que los trabajadores y trabajadoras de la salud reconozcan las voces de las personas LGBTI e identifiquen sus posturas y necesidades específicas. Esto les permita una mayor sensibilidad para apropiarse del enfoque diferencial, de género, e identidades sexuales. Después de las narrativas se plantean un conjunto de pautas para ser tenidas en cuenta.

Narrativa 1. Mujeres trans

“Para nosotras las mujeres transgénero siempre hay barreras, porque desde que nosotras pisamos la acera y cruzamos la puerta del servicio de salud ya ahí se empiezan a configurar barreras; el primero es el celador, él guarda el celular y

Fuente: Elaboración propia con base en: Orientaciones para la intersectorialidad. Min Salud. Plan Decenal de Salud Pública. Y los aportes de las y los participantes en los grupos focales.

empieza a cuestionar las razones por las que una va al servicio, y como te ven con la cejas hechas ya, es una complicación, es una complicación total, y te piden la cédula y te miran de arriba a abajo, es como si te estuvieran escaneando para saber si una es una delincuente (...).

Lo otro es, bueno en mi caso es difícil pasar como mujer en algunos casos y me llaman pues a veces paso como andrógina. Entonces pues no me afecta cuando no se me es reconocido por mi nombre, pero en situaciones como chicas que están totalmente transitadas pero no han tenido la posibilidad de cedularse, entonces es peor porque le gritan el nombre o la llaman por “Wandelot”, y es difícil porque todos se te quedan mirando y es incómodo el cómo poder levantarse.

Hay algunas cosas con el sistema de salud, no es un sistema pensado en el derecho a la salud, no está pensado en costo-beneficio de todos, pero tampoco en el costo-beneficio, porque si fuera pensado en costo beneficio se darían cuenta de que los procesos invasivos que nos hacemos en nuestros cuerpos sin controles ni supervisión médica son más costosos en, términos de tratamientos, que los que se deben hacer para manejar efectos adversos de estos procesos. Si se pensara en costo beneficio, se pensaría en evitar en magnitud efectos nocivos en salud de las personas transgénero, que tuviéramos un tránsito asistido, no hay un protocolo de atención, ni guías frente al tema. Ojo, nosotras para ser atendidas, tenemos que decir que tenemos un trastorno, que tenemos disforia o hacernos las locas, para que realmente nos atiendan, porque en el sistema esa es la única puerta de entrada, lo que nos permite eso. La que quiera se hormoniza, la que se requiera reasignar o la que quiera llegar a la finalidad del cambio, pero cualquiera que requiera un proceso intermedio o inicial tiene que pasar por lo mismo, y el problema es que no está estandarizados estos servicios en el país. El Ministerio de salud no tiene guías de atención específica para estas personas, o sea uno llega y nosotras mismas tenemos que decirle a los médicos por donde se empieza nuestra ruta, porque estamos muy empoderadas, aprendimos a revisar en el Plan de beneficios, a pelear y a decir por aquí se puede, y no todas estamos empoderadas, algunas.

Nos pasaba mucho con la cámara línea, donde a él lo feminizaban y a mí me masculinizaban, entonces es un problema que hay con las herramientas tecnológicas y la información con las variables que se manejan, si no están completas y no se leen de manera diferencial. Las personas TRANS tenemos varias for-

mas de reconocernos y en salud es importante entender que podemos ser trans masculinos/femeninos, tenemos una variable binaria y una no binaria, que es la trans. A veces tenemos que, a su antojo o con subjetividad, seleccionar una variable, y esto sucede mucho en la institucionalidad cuando hay que saber que hay trans masculinos o femeninos, por ejemplo, eres una persona TRANSGENERISTA, pero hay transmascuino y transfemenino, pues más allá de que se te vea como un hombre, tienes unas particularidades de construcción.

TRANS, así tu sexo ya haya sido ajustado por el decreto 1227, entonces el reconocimiento no se da por completo, entonces son temas de calidad en sistemas de gestión de la información y de adaptabilidad por parte del manejo de variables de información que están generando limitaciones y barreras. Ahora, en cuanto el tema de patologización, existe la repatologización, es increíble que estando castrada, mi misma EPS, la que me ha quitado mis gónadas, me pida un certificado de disforia de género, de nuevo, como cuando me castró, me quitó lo que tenía entre mis piernitas, y es real, eso pasa, no hay idoneidad en el servicio, no hay continuidad, no hay sistematicidad en el tratamiento y además, no hay orientaciones de atención que reconozcan las necesidades específicas de estas personas.

Resulta que la x tiene un concepto diferente a lo que dice una experta del hospital tal, entonces hay una diferencia abismal entre concepto de la disforia y un concepto de favorabilidad del proceso de hormonización. Es decir, dependiendo del prestador de servicios, te pueden dar más o quitar. Hay otro tema dentro de las barreras y es el tema de investigación de lo TRANS, recientemente se hizo un ejercicio interesante sobre innovación, porque si no se investiga nos van a seguir rompiendo la manzana de Adán por el cuello, poniéndonos tetos que no son las adecuadas o rompiéndolas donde no es, o haciéndoles experimentos con las tetos de los hombres TRANS, donde les deforman y terminan condenando a la persona que no se pueda quitar la camisa, o sea lo que más soñaba y ya no puede, es un tema PRUEBA y ERROR y SUERTE.

También sucede con las vaginoplastias, aquí tenemos una compañera que quedó muy linda, le quedo divina, quedo enamorada de su vagina, pero definitivamente fue un tema de suerte, porque si bien a ella le quedó bonita y funcional, a mí me hicieron una orquidectomía, me jodieron, y llevo 6 años cargando con un dolor todos los días y soportando un dolor que me puede hacer desmayar.

Entonces me operaron mal, y nadie me solucionó nada, o sea quédate así o te podemos volver a operar en el hospital x, donde todos hemos visto y sabemos lo que hacen, unas vaginas, que recientemente, por ejemplo, a una amiga le hicieron una casi debajo del ombligo, o sea uno por sentido común sabe que eso está súper mal, súper mal, o sea, los de ese hospital ya son famosos por ser expertos haciendo abominaciones, y lo digo porque he visto más de una, se inventaron nuevas formas de vaginas, que una dice “donde me la hubiera hecho yo, me suicido”. Entonces no hay investigación, no hay una investigación sobre nuestras transformaciones corporales, entonces tenemos un paquete de servicios incompleto y tenemos equipos incompletos, una EPS te pone un psiquiatra de un lugar, un endocrinólogo de otro lugar o de un servicio propio, un urólogo en otro lugar, puede ser un privado, entonces cuando te das cuenta estás diseminada, no hay un equipo coordinado que lleve un seguimiento de mi caso ni una toma de decisiones consensuada. Además se nos estandariza por el medicamento, hasta ahí: “mujer transexual con vaginoplastia tomó las mismas hormonas que otra mujer transexual con orquidectomía, o sea no hay factor diferencial, somos las hijas de la proginoma y la promarín, y los chicos trans son hijos trans del Testovirón que ya salió de Colombia.

Entonces como que estamos todos bajo una misma fórmula, y muévase con la misma fórmula, y acomodemos a la misma fórmula todos los tránsitos, cosa que no puede suceder, pero que a fin de cuentas quien decide cómo manejar las dosis es una misma, o sea una se vuelve endocrinóloga, y entonces una dice estoy reteniendo líquidos, subí de peso, debo empezar a acomodar la dosis con base a como se empieza a reflejar el comportamiento de las hormonas en el cuerpo. No hay personal calificado, el título de endocrinólogo no lo dice todo, de verdad que existe la necesidad de hacer especialidad en temas trans para dar fin a seguir haciendo carnicería con nuestro cuerpos y algunas de nosotras vamos a quedar completamente lisiadas o no vamos a volver a continuar confiando en el sistema de salud y no volvemos.

Por otro lado, está el estigma preestablecido a la hora de ir a un servicio médico común, como por ejemplo ir al odontólogo, que si me duele la muela, debe ser que usted ya tiene VIH, cada vez que voy al médico, se busca la manera de que me hagan una prueba de VIH, o sea no hay fundamento para justificarlo, pero ya está infundado en los profesionales, nosotras somos H1N1, todavía el sistema de salud se aferra a esa creencia, y si lo manejaran de manera ética,

uno diría por lo menos hay algo de control, pero eso no sucede, a mí me ha pasado que he sido víctima de escarnio público con una prueba de VIH estando hospitalizada, y eso es completamente tedioso. Otra cosa es la adaptación de los servicios a las necesidades de la población, entonces a una le dicen en caso de tener VIH que solo hay una opción y es, o se toma los antirretrovirales o se toma las hormonas, entonces o se muere o mira que hace, o sea estamos tan mal aquí en el país, es decir, en este país una chica trans que vive con VIH, no tiene derecho a hormonizarse, a recibir una dosificación idónea, o mucho peor, pierde el derecho de continuar con su proceso de transformación corporal, tiene que detener su tránsito.

Me parece que los profesionales obligan a que una reciba su atención bajo sus condiciones, y es una humillación cuando una debe someterse bajo unas reglas que dictan ellos desde el estigma.

Sin embargo, hay que destacar que hace 20 años no había los avances que actualmente hay, hace 20-16 años la práctica general era que una tenía que inyectarse aceite para poder feminizar el cuerpo, hace 20 años nos reconocíamos como maricas, no teníamos un ambiente de exigibilidad de derechos, todas nos teníamos que ir a las clínicas ilegales y teníamos que acoplarnos a experimentar con nosotras mismas para lograr transformaciones artesanales que nos permitieron conocernos como mujeres, a través de conocimiento empírico para vernos feminizadas. Hay que reconocer que esas prácticas se mantienen, que muchas hoy siguen haciendo transformaciones de forma empírica y esto tiene todo que ver con la falta de acceso a servicios adecuados que reconozcan las necesidades concretas, o con que los procesos de transformación son demorados, se demora para que te den la cita al endocrino, lo que dice el psiquiatra, etc., o sea el hecho de que se mantengan barreras de atención oportuna y adecuada y continúa en el tiempo, en los servicios, hace que se perpetúen transformaciones empíricas que terminan haciendo daño a las mujeres y hombres trans.

Además, quiero recalcar que en el caso de nosotras las mujeres trans sobre el acompañamiento y seguimiento de procesos invasivos perversos que nos realizamos hace muchos años y que no sabemos qué tantos efectos adversos podemos contraer, solo recibimos de parte de los profesionales de la salud cuestionamientos sobre nuestras responsabilidades por esas acciones, se ignora el contexto que nos envolvió a participar de esos procedimientos hace 20, 30

años. Por otro lado, hay una competencia desleal de procedimientos privados, donde muchas de nosotras pagamos sumas altas de dinero por realizarnos procesos equivalentes a los que me hacen en la EPS, y lamentablemente varias de nosotros han muerto por procesos clandestinos, por ahorrar o por no saber sobre los riesgos.

Hay que dejar sobre la mesa que hay procedimientos que no necesariamente son quirúrgicos, sino que son complementarios a los tránsitos, por ejemplo, hay un tema de las mujeres trans que no hemos hablado y es el de la alopecia androgénica, nosotras sufrimos con el tema de la alopecia, y no hemos conocido la primera experiencia positiva sobre el tratamiento que se nos dan, hay temas que tienen que ver sobre el láser, puede que no me ponga las grandes tetas ni el gran culo, pero sí le he invertido al uso del láser para eliminar vello. Hay otros elementos de los que no hemos hablado, como lo son el sobrepeso, el acné, las personas que tienen dificultades en asimilar los medicamentos y hormonas, tienen grandes problemas de acné, de manchas, los hombres trans sufren mucho este problema en la espalda; mantenimiento de procesos artesanales, hay muchos procedimientos estéticos que la vida del biopolímero se prolongue y que no aparezcan los efectos adversos, que se mantenga blandito, porque el problema empieza cuando se endurece y aparecen problemas de varice o de descomposición del material. Hay temas que tienen que ver con odontología, cuando las personas que tenemos hormonización y perdemos calcio, se nos empiezan a fracturar los dientes, se nos empiezan a caer y no son contemplados como temas de enfoque diferencial. Muchas cosas las podemos asumir con medicina no convencional, y como estamos llenos de hormonas, y el consumo llegó a ser hormonas de vacas, yo soy hija del vacanol, y uno se mandaba de a 5 centímetros. Hay un tema que es la etapa preliminar del tránsito y es que hay muchas personas trans que nacieron inter y nunca tuvieron el derecho a saberlo, como el caso mío. yo generaba estrógenos femeninos y por eso todo el tema correctivo, hay personas inter que no tuvieron el derecho a saber que el proceso de tránsito que se les iba a implementar no era el adecuado porque no contemplaba sus necesidades específicas, porque ya venían con unos precedentes en salud sobre su fisionomía y no, nos hacen un cariotipo empezando nuestro procedimiento, que son cosas mínimas que deberían tenerse en cuenta antes de iniciar con el mar de hormonas que se buscan controlar.

Y una piensa ¿por qué en otros países sí se puede? Hay avances en Uruguay,

Argentina, Chile, ¿ustedes han visto las experiencias de vaginoplastia en Chile? o sea vienen con orgasmo vaginal, orgasmo clitorneo, con profundidad, o sea hay unos países y unas experiencias oportunas para mejorar la calidad de vida de las mujeres TRANS.

Quiero reiterar que los servicios de salud para las personas TRANS no son adecuados a sus necesidades, y no es solo el tema de las cirugías, que es muy importante, porque esto no se aborda, es todo el tránsito, no solo es el extremo físico, es como es la persona mirada desde la psicología, no desde la patologización, sino del bienestar mental. Y es más, en el caso del tránsito intermedio es importante tener en cuenta que no todas quieren transitar por completo, por ejemplo, un tránsito intermedio, porque así es que se siente bien y quiere estar, más aun cuando sostiene relaciones sexuales con su pareja que es un hombre TRANS. Entonces procesos como la hominización, la feminización de la piel, la voz, que no necesariamente tiene una que acudir al extremo, deben incluirse dentro del sistema, pues lo femenino en términos desde lo que yo siento y pienso sobre como quiero construirme no tiene que ver con la genitalidad, no todos los tránsitos niegan la genitalidad, y no todas queremos el extremo de llevar procesos de vaginoplastia a pesar que en algunos momentos nos molestan los testículos. En conclusión, independientemente del momento del tránsito, lo que requerimos es un acompañamiento técnico real, que no difiera su estructura si hace parte de un régimen contributivo o subsidiado, no debería haber diferencias entre un equipo u otro, dependiendo del lugar (hospital); es decir, debe haber equipos de reasignación con unas capacidades instaladas en procedimientos, con tecnologías más modernas, con el uso de personal más calificado, y por supuesto la humanización que es el reconocimiento de nuestra dignidad” (Elaborada Con base en los grupos focales).

Narrativa 2. Hombres trans

“Desde lo transmasculino vivimos un atraso total, partiendo que nuestro sistema de salud no tiene ni siquiera las variables, y entonces si ingresas como un hombre trans que ha cambiado el nombre y el sexo, pero no se tiene en cuenta que como hombre transgénero hay unas necesidades específicas, por ejemplo si quiero solicitar una citología, tienen que hacer un poco de monerías porque

el sistema tiene bloqueado ese servicio para los hombres y tiene bloqueado urología para las mujeres trans, tampoco tienen en cuenta una atención integral en salud. Sobre nosotros solo se piensa que la atención se limita a la hormonización, y resulta que sí es importante para nosotros que se tengan en cuenta las necesidades específicas de cada persona. A nosotros al principio nos dan 250 mg de testosterona al empezar el tránsito, pero ellos no miran que los 250 de testosterona no funcionan de la misma manera en cada chico u hombre trans que tienen necesidades específicas, no es lo mismo el uso de hormonas a los 40 que a los 20.

En mi caso, nunca me habían hecho una citología, y como nunca me habían hecho una citología, no se habían dado cuenta de que la testosterona atrofia el sistema reproductor, como nunca me habían hecho un examen de ginecología, no se habían dado cuenta de que mi sistema reproductor estaba atrofiado desde nacimiento, y cuando llevo 1 año de testosterona, se me presenta una inflamación pélvica y me tienen que hacer una histerectomía de emergencia, porque nunca hay ese estudio individual de cada persona. Tampoco se tienen en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, no se habla de menstruación en hombres trans, ni de embarazos o lactancia, no se habla de nada para hombres transgénero de características ligadas a su biología. Ahora bien, Bogotá es una panacea en exigibilidad de derechos para la comunidad LGBTI en relación con otros territorios, en las regiones es gravísimo el panorama porque te envían a ciudades principales, allí los procesos de tránsito se demoran más tiempo, no hay acompañamiento adecuado, los procesos de hormonización carecen de seguimiento, pues no es de interés para las EPS brindarles una atención acorde a lo que necesitan. En temas de reasignación de género en hombres trans, eso sí es una carnicería, realmente el sistema colombiano ha practicado con nosotros, y aquellos hombres con una mayor disforia que aceptaron el proceso están al borde del suicidio, pues el colgajo que se les construyó no funcionó, no es estético, es una intervención completamente invasiva, que te deja lleno de cicatrices, no es un proceso que brinde seguridad a los hombres transgénero, en caso de decidirse por una reasignación no hay garantías de voy a estar bien de salud. Al día de hoy tenemos amigos que están con pañal, están en cama, con depresión, porque no se les entregó un proceso con la calidad del goce de sus derechos sexuales, y por qué pasa esto, pues porque no hay médicos con la competencia para realizar estos procedimientos, solo están ensayando, y de eso solo ha resultado error tras error, y esto es verdad. En este momento nosotros estamos llevando una de

las demandas por un chico trans que está en estado vegetativo y su familia decide por él, entonces esto nos hace pensar sobre la difícil situación para los hombres trans que tengan una disforia de género grande y no puedan construirse por miedo a terminar mal, entonces ya no tiene sentido hacer un procedimiento con un alto riesgo que no funcione, se pierda el colgajo y con ello se dañe por completo todo el sistema reproductor.

En estos tránsitos hay muchas dificultades, hay países con mejores prácticas, aunque depende del país, digamos que en Brasil está un poco más avanzado, allí están utilizando un método similar a la cirugía de reasignación llamado Metoidioplastia, que lo que hace es utilizar el clítoris y lo expone, pero entonces queda como un micropene. Parte del problema es que a la falta de formación específica del personal de salud en este tipo de procedimientos se suma la falta de escucha a nosotros, no nos reconocen y casi siempre hay una mirada con prejuicios, ni siquiera se revisan otras experiencias más exitosas, pareciera que acá con nosotros solo es el método ensayo error. Hoy por hoy se reconoce la experiencia de 3 equipos en Bogotá, la San José, San Ignacio y Santa Clara, son los que tienen mayor experticia pero centrada en tránsito de hombre a mujer, su experiencia de tránsito de mujer a hombre es muy reciente.

Las mastectomías son horribles, o sea digamos, los que tenemos una mastectomía bien hecha, es porque la hemos pagado, hemos ahorrado. Al día de hoy hay una cirujana que es la que recomendamos porque ella las hace bien y una masculinización del tórax, que eso lo que logra es que yo me quite la camiseta y me vea con el tórax de hombre. Qué pasa con las cirugías que hacen acá en la ciudad, que uno termina como un cuerpo con huecos ahí horribles, y, por ejemplo, en la cirugía de sonrisa que es como le llamamos, la cirujana emplea una cirugía plástica para encubrir los rastros mientras se forma el pectoral, mientras que en las cirugías de los hospitales quedan unos queloides terribles, que los chicos dicen “pues bueno ya no las tengo pero no me voy a quitar la camisa”.

Parte del problema es que no se cuenta con equipos como tal, en otros países se maneja un equipo de cirugía compuesto por el cirujano general, el cirujano plástico y un especialista en cirugía reconstructiva, no solo se trata de la funcionalidad, sino de que también estéticamente la persona quede bien, esto es muy importante para la psiquis de la persona. Hacer la cirugía, porque vivir con senos si soy un hombre trans, uno no lo hace porque odie su cuerpo, sino

porque quiere continuar construyéndolo a su manera, pero cuando se imagina con un cuerpo donde lo que hay son unos huecos, eso también afecta tu salud mental, si tu sueño era tener un cuerpo ideal, y al materializarlo, lo que representa es rechazo, seguimos en el mismo ciclo donde la persona terminará inconforme con su cuerpo y sigue el estigma en su vida y en sus relaciones sociales. Algo importante de resaltar es que más allá del procedimiento quirúrgico está el reconocimiento de la necesidad de los hombres trans de construirse como personas, no solo se trata de extirpar o poner, sino de lo que represente transformar esos elementos corporales para que cumplan con el ideal individual que me represente y con el cual quiero que sea reconocido por los demás. Y mira que eliminar los senos de un hombre trans no es un procedimiento sencillo, se debe hacer liposucción, pues es un tejido que contiene grasas y donde se remuevan solo las mamas, el tejido graso se reacomoda y seguirá representando malestar para la persona, y eso daña emocionalmente a los chicos en su forma de relacionarse con otras personas y de tener intimidad. Si te puedes dar cuenta la mayoría de los hombres transgénero tenemos la espalda encorvada por la insatisfacción de nuestro pecho cuando los tenemos y cuando nos lo remueven y a través de la camisa se puede vislumbrar esos huecos, fregados. En esencia, estos procesos desgastan emocional y físicamente a las personas, como cuando me extrajeron la matriz, el útero. No sé si sepan, pero esto tuvo una serie de efectos hormonales y por ello he tenido una serie de complicaciones de salud, y eso no se toma como caso individual, intentan normalizar los cuerpos en el sistema de salud, no se analizan las condiciones y los riesgos individuales de los procedimientos. Además, uno firma el consentimiento informado, pero realmente no hay conocimiento, a uno no le explican qué riesgos puede correr, por ejemplo, en una histerectomía qué efectos colaterales trae esto.

También es importante plantear alternativas para procesos de transito intermedio para hombres trans, no siempre ellos quieren llegar a la mastectomía, entonces se puede proponer la importancia y adquirir los binders¹⁰ como alternativa, pero esto tiene una barrera: los altos precios para adquirirlo, o sea

10. Binder, o Chest Binder, es una prenda que usan los hombres transgénero, TomBoys, mujeres que hacen cosplay de hombres o de otras mujeres planas y para hacer ejercicio sin que los pechos molesten al rebotar. Este es de algodón elástico que no aprieta y deja que se pueda respirar bien. Es hecho puramente de elástico para mejor comodidad y para que apriete uniformemente sin tener las marcas molestas cuando se usan vendas.

yo no necesito siempre hacerme una falo plastia, pero sí necesito una prótesis de silicona para poder orinar de pie cuando el espacio no me permite poder ingresar a un sanitario. O sea, el sistema de salud debe garantizarme mediar por estas necesidades, no todos los hombres trans tenemos un millón doscientos para pagar una prótesis, porque no todos tenemos la capacidad y vivimos en distintos contextos que no a todos nos facilita, por tanto el sistema debe reconocer estas realidades y tener en cuenta que no todos ni todas queremos procesos definitivos de cambio o de transformación corporal, pero sí requerimos de asesoría y acompañamiento para seguir construyendo nuestros cuerpos de acuerdo a nuestras necesidades. Este tema está en construcción, así que debería haber un reconocimiento de todos los servicios no solo de salud, también sociales, sobre las experticias y experiencia que poseen algunas entidades de salud y organizaciones de las personas, justamente para mejorar en atención y acompañamiento y mejorar las rutas de tránsito para hombres y mujeres trans. Los servicios amigables son ejemplo fehaciente de lo que aportas, porque era la instalación de un proceso integral de acompañamiento de población LGBTI, y fue una pérdida muy lamentable cuando se cerró, ser el primer espacio en Latinoamérica con ese tipo de lógica que influyo en el grado de avance del reconocimiento de necesidades individuales de las personas de los sectores LGBTI. Otra cosa importante que tampoco se ha mencionado es la violencia psiquiátrica y patologización que tenemos las personas trans; es decir, yo voy a mi EPS, saco mi certificado de disforia de género, y cada vez que tengo que realizarme un procedimiento que es distinto a mi IPS primaria o cuando no se renuevan los convenios de la especialidad de psiquiatría con los otros centros de salud, tengo que obligatoriamente volver a expedirlo, eso es violencia psiquiátrica. Y lo otro es que los certificados de disforia de género son bastante violentos en su contenido, por ejemplo, los hombres trans tienen que describirse como alguien a quien le gusta el futbol, le gusta la mecánica, le gustan las mujeres, porque si dice que es bisexual le paran el proceso, o sea uno no se puede describir cómo es uno mismo, no puedo describirme como alguien sensible que le gusta el arte, porque entonces eso no me haría lo suficientemente hombre, además le aplican a uno unos test inadecuados que no tienen que ver, no entiendo por qué el hecho de que me guste o no la mecánica me define como hombre y por qu las mujeres trans debaen posicionarse en una imagen hiperfeminizada, creo que eso es violencia psiquiátrica y patologización forzada de aquí a allá, o sea, si yo tengo un certificado de disforia de género, debería bastar para que me atiendan con este en cualquier centro de salud, no tengo porque estar recorriendo psiquiatría

por una falta de coordinación entre las entidades. Otra cosa importante son las patologías psiquiátricas en personas trans, como la bipolaridad o cualquier otra enfermedad psiquiátrica, eso lo que hace es generar una violencia más incisiva. El otro tema es el embarazo, con esto nos va re mal, pésimo, de hecho acabamos de poner en personería una denuncia de un caso de un hombre trans que llevó a control de crecimiento a su niño y durante la cita, el médico aprovechó para cuestionarle por qué no se echaba para atrás, por qué no se quedaba como mujer, y a los dos meses el médico volvió a hacer lo mismo, entonces eso ya es discriminación hacia un padre gestante, y eso se entiende en la medida en que los médicos no están preparados para un hombre trans gestante, siempre buscan feminizar la atención y no se ve el respeto por la identidad de género de la persona. Esas cosas aquí están muy mal hechas, de hecho el servicio social tiene un tema de lactancia que solo engloba a la lactancia materna, debería ser lactancia familiar, yo quiero ser un papá lactante, el sistema se tiene que acomodar, tiene que acogerse para nosotros.

De acuerdo con todo lo anterior, ¿cómo sería posible establecer una complementariedad entre distintas instituciones para resolver y para actuar sobre las necesidades de las personas de los sectores LGBTI? Yo creo que lo más importante es que las personas estén capacitadas para atender a las personas con dignidad, como tratan a cualquier otra persona, no estoy pidiendo más que los demás, estoy pidiendo que el sistema se ajuste a mis necesidades y derechos, que si es integración social tiene las salas maternas, que no se llamen maternas porque yo también quiero ser papá y quiero verme incluido allí, que el concepto de las familias diversas sea incluido dentro de las instituciones. Todo parte desde la formación impartida a los profesionales de la salud desde la academia, no están preparados para atender a las personas trans, a mí me pasó en mi primera citología, allí la enfermera antes de ubicar el espejo me dijo: “ahora sí va a saber lo que sienten las mujeres”, yo inmediatamente me levanté y le dije lo siento pero no vas a enviar tus palabras de odio hacia a mí ni me voy a dejar practicar nada de tu parte, preferí explicarle al médico y me hicieron una ecografía pélvica.

Definitivamente para que se cumpla el derecho de acceso a la salud deben articularse acciones transectoriales como la seguridad alimentaria, la prevención del consumo sustancias psicoactivas, el trabajo digno, etc.” (Elaborada Con base en los grupos focales).

Narrativa 3. Gay

“Eh bueno, para los gais hay violación del derecho a la salud. Aquí en Colombia es muy complejo porque no solo se ven afectadas las minorías, sino, en general, el derecho a la salud esta vulnerado para la población colombiana, muchas personas tienen que hacer mucha fila, no hay medicamentos, las citas no se pueden conseguir, entonces creo que es general. Obviamente para las minorías es más difícil, porque siempre hay como muchos obstáculos, para las personas LGBTI porque el tema LGBTI sigue siendo un tabú en el país, y hay mucha discriminación, se parte desde el principio de que todos somos heterosexuales, todos somos homogéneos frente a nuestra sexualidad, frente a nuestra identidad de género. Hay una forma muy heteronormada de la sexualidad, unos referentes basados en la binariedad de género: hombre-mujer y así se ve todo. Porque se piensa que un hombre que tiene sexo con un hombre es gay, y entonces, qué pasa, lo trato como gay. Ahora pongo un ejemplo, resulta que muchos de los sexoservidores no se consideran ni siquiera así, sino que son bisexuales y así amplían el mercado de trabajo, pero qué pasa, estamos acostumbrados a que todo debe tener una etiqueta, entonces lo encasillamos como gay de homo, ¿sí? Y sin llegar a otros términos como se suele usar otros términos peyorativos que se usan para tratar a esos pelaos.

Entonces pienso que una de las mayores barreras que existen es el nivel cultural, que las EPS, IPS que el sistema subsidiado y contributivo empiecen a cambiar si hay si los conceptos culturales que tienen las personas LGBT, y además está el estigma si es gay automáticamente tiene VIH. Los profesionales de la salud no asumen que somos personas sexuales y desde allí partimos que todos podemos estar en un riesgo pues el hecho.

Es tenaz si dices que eres homosexual, que tu tengas que sentarte y te pregunten y empiecen a indagar sobre toda tu vida sexual, sobre todos tus compañeros sexuales ahí es donde uno empieza a reflexionar sobre si realmente debería sentarse a explicarle al médico cuál es su condición sexual ¿sí? Una vez tuve una experiencia bastante grosera con un médico que ni siquiera me revisó, ni me mandó exámenes y me dijo “usted ha tenido tantas relaciones, usted debe tener sífilis”, entonces no sé si sea tanto prejuicio que tienen los profesionales y que no los dejan a un lado, y también es tedioso que le recalquen que les lleven el resultado de las pruebas de VIH a pesar de que la consulta no tenga nada que

ver, siempre es lo mismo en cada consulta médica, o en otros procedimientos. Una vez me tuvieron que hacer una colonoscopia, y una enfermera me llamó gritando desde la sala de espera que si yo había traído el resultado de la prueba de VIH, también es tedioso que nos vean como un riesgo inminente proclives a infectarlos.

Una de las barreras de la salud es la preparación de los conocimientos que tiene el profesional frente a lo LGBT, y ahí uno de los problemas es que uno debe enfrentar solo la realidad sobre la orientación sexual, fui con mi mamá a cita médica en la EPS y me pidieron unos exámenes, yo le dije a la doctora mi condición y ella en vez de mandarme exámenes envió a psicología a mi mamá, le parecía increíble que mi mamá me aceptara.

Entonces digamos hace 6 años empecé a asistir a los servicios amigables en Samper Mendoza, en esa época era menor de edad, y tenía dudas sobre salud sexual, entonces estos servicios amigables me permitían a mí ir solo y el profesional estaba capacitado y entendía mis necesidades, como preguntarle dudas sobre mi salud sexual.

Después decidí volver a la EPS cuando era mayor de edad, una vez y otra vez lo mismo, uno le decía su orientación sexual al médico y lo único que le enfatizaban a uno es sobre si ya me había hecho la prueba de VIH, porque eso es lo único que le ofrecen a uno porque uno es una población de riesgo.

Esto muestra como la salud para nosotros los homosexuales se centra en el VIH y no en las otras necesidades que tenemos en salud, y nuevamente reitero, que es la falta de oferta por parte de los servicios de salud de incorporar nuestras necesidades el principal problema, esto nos ha estigmatizado, y somos nada más que una población que ellos miran como riesgo.

Aunque también hemos dado con buenos médicos y con buenas médicas, aquí en Bogotá hay más mente abierta, se ha llegado a tocar el tema, fue muy importante para mí el apoyo de mi médica, de entablar diálogos absolutamente francos y abiertos, y decirle mira a mí me pasa esto, y esto y tengo este tipo de prácticas sexuales y me expongo de esta manera y preguntarle qué puedo hacer, y si esta persona no hubiera tenido todo un proceso de formación y de reflexión, pues, obviamente, no había pasado nada. Yo creo que en ese tipo de

reflexiones hay que posicionarse desde sus derechos y desde lo que implica ser un ser humano para poder entablar un diálogo de igual a igual, y pues que haya un ejercicio de abordaje integral de lo que uno está viviendo y poder salir de esa situación en la que está viviendo, entonces yo creo que vamos haciendo cositas, pero falta.

Por ejemplo, en las estrategias de prevención no es solamente el decir que se use un condón, sino el preguntar cómo están tus relaciones afectivas y ubicar los diferentes contextos donde desarrollamos nuestras vidas: el trabajo, la escuela o la universidad, el hogar, la calle, etc.

A pesar de las barreras, yo veo que un hombre gay o una mujer lesbiana pueden afectarse por el servicio en salud, y a pesar de eso pueden lograr acceder, en algunos casos, al pasar desapercibidos, reciben el servicio, y puesto que a algunos no les gusta manifestar su orientación sexual, es decir que el nivel de atención para hombres gay y mujeres lesbianas no es el mismo que reciben las personas TRANS, por ejemplo.

Adicionalmente, creo que uno observa que en la atención en salud hay unas relaciones de poder en donde obviamente hay una inequidad en relación en cuanto al paciente o la persona que va a ser atendida, pues finalmente no conoce que vulneran sus derechos, o sea es una cosa que realmente atraviesa culturalmente, porque el personal de salud replica las prácticas culturales, y muchas veces piensa que no tenemos derecho, sino que son modas y que eso es una política LGBTI, es para los maricas, eso es, y lo dicen profesionales de la salud, entonces yo creo que tendría que generarse una nueva cultura con el enfoque diferencial bajo el reconocimiento de la dignidad humana y generar unas acciones que contemplen no solamente el sector salud.

Sin embargo, yo creo que en salud hay que establecer cuáles son esos mínimos de atención establecidos en la ruta de atención, o protocolos, llámalos como quieras, y otra cosa es, el día a día, que como me dijeron la otra vez, un paciente que le había dicho al médico que él era homosexual, para que tuviera una mejor orientación de sí mismo, y el médico le dijo: “ah, ¿usted es de los que muerde almohada?”, ¿sí me explico?, ahí en el servicio permanentemente hay estigma, hay discriminación e incluso violencia simbólica. Y los profesionales de salud deben saber de salud sexual y reproductiva y en la consulta estaría en la obliga-

ción de explorar, indagar. ¡Ojo!, a usted le puede llegar un párvulo de 6 o 7 años con claras tendencias de transgénero, olvidémonos de ser buena gente o mala gente, o que si yo y mis creencias religiosas. No, usted tiene que saber que ahí tiene que hacer unas intervenciones clínica o unas derivaciones (remitir) o lo que sea, hay que construir rutas adecuadas e interconectadas: la ruta materno, la de prevención de violencias, mirar con otro tipo de eventos y de realidades que se dan justamente en los entornos, en lo laboral, en lo educativo, etc. Y, digamos, para llamar la atención intersectorialmente de los sectores que están a cargo de esos entornos, acerca de que cosas habría que tener en cuenta, llamar la atención, o intervenir.

Hay que pensar cómo transformar la institucionalidad, es decir que un proceso no sea solo para los médicos o las enfermeras tiene que ser desde el portero hasta el que recibe la cuenta, el pagador, que sea una cuestión transversal a la institucionalidad, y que todo el mundo esté involucrado al mismo tiempo en la misma tarea, la de todos.

Adicionalmente, yo creo que definitivamente los servicios tienen que acercarse mucho más a las personas, y eso se puede hacer únicamente a través de un ejercicio extramural. Nosotros hemos visto y hemos participado en experiencias muy interesantes, donde vamos a las personas, vamos a las comunidades, vamos a los entornos, vamos a los espacios de homosocialización, por ejemplo, y donde vamos con ejercicios de prevención, con ejercicios de reflexión y ha sido interesante porque digamos que se han nutrido, digamos que el contexto teórico de las formas como están planteadas las políticas y hemos encontrado que con un enfoque diferente plantamos una respuesta mejor”. (Elaborada con base en los grupos focales).

Narrativa 4. Lesbianas y Bisexuales

“Hablemos de una mujer lesbiana, o sea las mujeres lesbianas que prestan servicio sexual o independientemente cualquier cosa, cuando acceden al servicio de salud, un tema de prevención, la citología, no se toman la delicadeza de decir “sumercé manifestó ser lesbiana, ¿usted considera que el espéculo con el que debo trabajar es este u otro, o prefiere una ecografía?” No, el sistema de salud es bastante invasivo y con lo que caiga y como caiga, atiende a esa mujer. Y más si

es una mujer prestadora de servicios sexuales... “¿pero si usted es lesbiana porque le molesta que use un espéculo si aparte ejerce prostitución?” O sea, siempre el prejuicio y el señalamiento sobre la persona. Entonces cuando una mujer lesbiana va a una citología, no la atienden con el enfoque diferencial, sino como a una mujer que tiene prácticas sexuales con hombres.

Las necesidades específicas de nosotras no son visibles, la salud sexual y reproductiva se centra en el uso del condón femenino, pero no se logra identificar necesidades de orden tecnológico, dispositivos técnicos, cómo usarlos; es decir, hay un vacío de información, investigación y conocimiento. Lo otro es la violencia gineco-obstétrica en la atención, por ejemplo, el médico te pregunta si planificas. No. Luego sigue la pregunta sobre vida sexual activa. Sí. Y el médico le dice a uno “¿cómo así?” Uno se siente fuera de onda. Termina no habiendo una intervención con enfoque diferencial. Hay que mejorar las comprensiones sobre el cuerpo de las mujeres y ahí proponer acciones adecuadas, sin perder de vista todos los componentes socioculturales que enmarcan nuestras vidas y las de quienes deciden vivir la sexualidad de otras formas. Y entonces como sería un servicio amigable para las mujeres y que haga énfasis en las mujeres lesbianas, por ejemplo, la salud sexual y reproductiva de mujeres se centra mucho en la interrupción voluntaria del embarazo, lo que no necesariamente es una necesidad nuestra. Y por ejemplo, en el sistema no he visto que haya apoyo para una reproducción asistida bajo el argumento de “soy lesbiana”; es decir, para nosotras el camino es más incierto en relación con nuestras necesidades específicas, y ahí, también falta mayor apropiación por parte de las organizaciones de la sociedad civil para avanzar en esto.

Si bien las mujeres construyen redes de apoyo, esto es un elemento clave que debemos apropiarnos como grupo, construir lazos y que esto nos permita enfrentar el estigma y la discriminación de mejor manera.

Nos falta aprender más, esto me recuerda cuando estábamos construyendo todo el tema de la Red de Mujeres y como metíamos el tema desde enfoque diferencial. Nosotras veíamos cómo unir dos cosmovisiones de la salud, y es una la biologicista que es la que se implementa a través de las aseguradoras, y otra es la comunitaria, la humanizada que es la que hacemos los que estamos en la sociedad civil, pero esto no es fácil, hay tanta fragmentación, es tan difícil. Así que lo que hay que hacer es dinamizarnos a través de lo que estamos siendo,

como dicen ser servicios comunitarios, y que en últimas nos hemos atravesado con el ejercicio de estar contándole a la gente cual es el derecho. Ahora, lo que yo sí creo es que debe haber una relación horizontal, porque hay una relación asimétrica entre las aseguradoras y las organizaciones comunitarias, donde no se reconoce ese otro saber que, por supuesto, sí está viendo todos los determinantes de todas las personas y los conoce y sabe que finalmente sí se vuelve una barrera de acceso al sistema y en fin... Pero yo creería que esa es una lógica dialéctica para poder, digamos, revisar cómo funciona el mundo, porque tiene que ser integral. Yo creo que hay que trabajar más el tema cultural, por eso nosotras como organización decimos ok, como afuera no logramos el enfoque de género hagámoslo aquí adentro, y que la gente tenga claro cómo es que yo debo pedir y sepa que no necesariamente tiene que ser una lógica contestataria, sino que se trata de exigir mi derecho, pues yo puedo tener 3 minutos de consulta en la que puedo decirle al otro como quiero que me trate, pero para saber cómo lo hace también tengo que hacer ese ejercicio con las personas y las comunidades, y así es como lo hacemos, y así es como lo vemos, en cómo funciona esto pragmáticamente hablando es así. (Elaborada con base en los grupos focales).

Referencias bibliográficas

- (1) Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Política de Atención Integral en salud*.
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos*.
- (3) Ministerio del Interior (2018). Decreto 762 de 2018. *Política de Derechos para la población LGBTI*. 6 disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20762%20DEL%2007%20DE%20MAYO%20DE%202018.pdf>
- (4) Corte Interamericana de DDHH (2017). *Opinión Consultiva OC-24/2017 – Solicitada por la República de Costa Rica*.
- (5) Callejas, Charlotte (2016). *Sistematización de Experiencia de Atención en servicios Amigables Hospital Centroriente*. Bogotá.
- (6) Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Disponible en <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
- (7) Corte Interamericana de DDHH (1989). *Informe de Comité de Derechos Humanos DDHH*.
- (8) Federación Iberoamericana del Ombudsman- GIZ (2017). *Modelo de lineamientos para la atención especializada dirigida a la población sexualmente diversa por parte de las instituciones de derechos humanos*. Argentina.
- (9) ONU. (1989) *Convención sobre los Derechos del Niño*. Convención sobre los Derechos del Niño - ONU Derechos Humanos.

- (10) Observación General N° 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales.
- (11) Organización de Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los DDHH.
- (12) Corporación para la salud Popular-Grupo Guillermo Fergusson (2005). Modulo: el derecho a la salud y su exigibilidad.
- (13) Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Resolución 2063. Política de Participación Social en Salud.
- (14) OMS (2008). Comisión de determinantes sociales de la salud.
- (15) OMS- OPS (2013). Resolución CD52.R6.
- (16) Organización Mundial de la Salud-OMS. CIE 11 2018
- (17) Congreso de la República (1994). Ley 100. Bogotá, Colombia.
- (18) Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021.
- (19) Organización de Estados Americanos (2018). Convención Interamericana Contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas conexas de Intolerancia.
- (20) ONU, (1977). Declaración de Teherán.
- (21) ONU, (1993). Declaración de Viena.
- (22) UNFPA- GGF (2016). Estrategia de incidencia para el posicionamiento de la PNSDSDR.
- (23) Alcaldía Mayor de Bogotá (2008). Comisión Intersectorial poblacional: enfoque diferencial.
- (24) Raube Isabel. (2003). Género y Poder. Argentina.

- (25) Departamento de planeación Nacional (2013). Política Pública Nacional de equidad de género- CONPES 161.
- (26) CEPAL-ECLAC, (2002). Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil, ONU, LC/R.2086.
- (27) Feito. Lidya. (2007). Vulnerabilidad social. Revista Análisis de sistemas sanitarios, Navarra. España.
- (28) Congreso de Colombia de Ley 23 de 1981.
- (29) Ministerio de Salud del Salvador (2016). Lineamientos para la atención integral de salud de la población LGBTI. Salvador.
- (30) Ministerio de Salud de Ecuador (2016). Lineamiento de atención en salud a personas LGBTI en Ecuador.
- (31) Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la OMS, (1999). "Principios y conceptos básicos de equidad y salud" Washington, D. C.
- (32) Ministerio de Salud y Protección Social- IETS. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Bogotá.2016.
- (33) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo et al. Implementación Integral de Programas de VIH e ITS con personas Transgénero. Guía Práctica para las intervenciones de colaboración. Pág. 6. 2016.
- (34) Centro de Excelencia para la Salud Trans de la Universidad de California. Disponible en www.transhealth.ucsf.edu/protocols.
- (35) 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. Consulta sudamericana sobre Salud y Derechos de Personas Trans. Chile 2012.

(36) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html

(37) Congreso de Colombia- Ministerio de salud y Protección Social Ley Estatutaria en salud. Bogotá. Pág. 3. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Anexos



Anexo 1. Síntesis de las Recomendaciones para el Personal de salud e Institucional, producto de Grupos Focales

Las recomendaciones que se encuentran a continuación se realizan a partir de la información obtenida de los grupos focales.

Necesidad	Población	Recomendación
<p>Superar el estigma y la discriminación, transfobia y violencia por parte del personal que orienta y opera los servicios de salud.</p>	<p>LGBTI</p>	<p>A pesar de los avances en la normatividad y de numerosos estudios, que documentan diversas formas de expresión naturalización del estigma y discriminación, es necesario realizar procesos de inducción y de formalización en protocolos del manejo de establecer relaciones de respeto a la dignidad de las personas LGBTI.</p> <hr/> <p>Todo el personal que se encuentre brindando servicios de cualquier tipo en unidades de atención la población LGBTI, recibirá una inducción, capacitación y sensibilización, antes de iniciar su trabajo y ser declarado como personal habilitado para el trabajo con la población.</p> <hr/> <p>En lo posible incluir entre los miembros del equipo personas de las personas LGBTI y reconocer sus capacidades de desarrollo en ámbito comunitario.</p> <hr/> <p>Manejar un lenguaje adecuado e incluyente con todas las personas</p> <hr/> <p>Colocar mensajes, cuadros, anuncios televisivos con mensajes incluyentes y respetuosos de toda condicione de género, como parte de la comunicación y difusión institucional.</p>
<p>La falta de concepción integral de los problemas que viven las personas conduce a la concepción de políticas fragmentadas en la organización de programas y de servicios., Esta falta de respuesta lleva a mayor agresión y violencia, desempleo, pobreza poco acceso a educación consumo de SPA, automedicación.</p>	<p>LGBTI</p>	<p>Generar políticas y programas sobre concepciones integrales, como la visión de los determinantes sociales para actuar sobre las violaciones de derechos humanos, generar conductas sociales incluyentes y servicios de salud resolutivos de las particularidades en salud física y mental.</p>

Necesidad	Población	Recomendación
Patologización de la orientación sexual en la concepción de servicios, relación directa con VIH/ITS.	LGBTI	La condición LGBTI demanda servicios con una concepción amplia de la promoción de la salud, el mantenimiento integral de la salud y manejo de riesgos, es decir una visión más comprehensivas que las ITS
La salud mental de las personas no ha sido abordada intencionalmente, manejo de ansiedad, depresión o control de SPA, hacen parte de este conjunto de necesidades	LGBTI	La organización de los servicios en salud mental, desde los niveles primarios, comprende desde el ámbito comunitario hasta la atención completa de patologías, servicios individuales y colectivos, centros de escucha en APS, Una organización así contribuye, no puede ser proyectado solo en urgencias o seguimiento a patologías específicas.
Reconocimiento Jurídico de género y de la normatividad incluyente, así como de la sancionatoria para los procesos de violencia	TRANS	<p>Dando cumplimiento a la viabilidad de tramitar un nuevo nombre acorde con la identidad de género, evitar la tramitomanía y trabas para la atención de la población trans.</p> <p>Seguimiento y difusión al reconocimiento del feminicidio para sancionar la violencia contra las mujeres trans.</p>
Necesidad de ajustar e incluir nuevas tecnologías en los planes de servicios de salud, medicamentos, prótesis, desarrollos quirúrgicos.	TRANS	La organización de servicios requiere una actualización de protocolos para un adecuado y oportuno acceso a tecnologías con base en las necesidades específicas de la población. Actualización y alcance a otro tipo de tratamiento con base en desarrollos farmacológicos, prótesis y cirugías para la transformación corporal.

- Cuando se aborda a la población LGBTI es necesario reconocer que todas las personas hemos sido educadas en un sistema binario de dos sexos-géneros que plantea la heterosexualidad como norma. Se sugiere reflexionar sobre los prejuicios individualmente y al interior de los equipos de salud en espacios de reflexión y discusión institucional para poder ofrecer una atención de calidad y libre de discriminación.
- Es importante tener en cuenta que es posible y comprensible que, debido a la histórica exclusión de las personas LGBTI de los sistemas de salud, nos encontremos con actitudes defensivas o elusivas por parte de ellos, durante las consultas.

- Quizá seamos la primera o única persona que ofrezca a la población adolescentes LGBTI un espacio seguro y que brinde la comprensión que pueden no encontrar en su ámbito familiar, escolar y social.
- El personal administrativo es generalmente el primer contacto que los usuarios tienen con el sistema de salud. Por ello, es importante que, para brindar una atención integral, los consideremos como parte del equipo de salud y, por tanto, se realice sensibilización con ellos sobre el respeto a la diversidad.
- Evitar referirnos a las personas, sus conductas o deseos con palabras como “normal” y “natural”: normal y natural es la diversidad humana.
- El lenguaje es importante: evitemos expresiones que descalifican que pueden resultar ofensivas para las personas LGBTI, y reducir la accesibilidad a las consultas.
- Reconocer el contexto social y cultural: hay muchas formas de ser heterosexual, gay, bisexual, trans e intersex y todas han de ser reconocidas y respetadas. Utilizar los plurales (heterosexualidades, homosexualidades, etc.) puede ser una buena estrategia.
- Dar ejemplo: hacer que los espacios de salud sean accesibles y seguros es una tarea de todas las personas involucradas (todo el personal). Ante comentarios y actitudes que puedan vulnerar derechos, es importante intervenir siempre.
- Informar a la población LGBTI sobre sus derechos, respetando y ofreciendo información sobre los organismos públicos y/u organizaciones de la sociedad civil que pueden intervenir en caso de discriminación.
- Crear espacios acogedores: colgando posters referidos a la diversidad sexual, símbolos que la representen y declaraciones en contra de todo tipo de discriminación, etc.
- Considerar la posibilidad de hacer que los baños sean inclusivos y no exclusivos para hombres o para mujeres. Esto puede ayudar a que las personas trans se sientan más cómodas durante su visita al servicio de salud.

- Revisar que los materiales informativos y gráficos que se ofrecen en los servicios de salud sean respetuosos de la diversidad sexual, familiar y de identidad o expresión de género.
- Es posible que haya personas LGBTI dentro de los equipos de salud. En caso de ser visibles dentro del equipo, su conocimiento y experiencia puede resultar de mucha ayuda. Si aún no se han visibilizado como LGBTI, que todo el equipo de salud siga estas recomendaciones puede ayudar a que las personas LGBTI se sientan más cómodas para visibilizarse
- No dudar en solicitar el apoyo y asesoramiento de organizaciones de la sociedad civil y referente de la comunidad LGBTI.
- Buscar y promover la participación de toda la comunidad de salud compartiendo este y otros materiales que contengan información, recursos y experiencias.
- Realizar actividades por el día del Orgullo LGBTI, el día de la mujer, contra la discriminación, contra la patologización de las identidades trans, y contra la violencia de género.
- Anunciar que los servicios de salud reconocen la diversidad de géneros y respeta las identidades para favorecer la accesibilidad a la salud de la población LGBTI.

Anexo 2: Sentencias Corte Constitucional y Salud / Normatividad.

Sentencia C-098/96	Corte Constitucional de la República de Colombia	1996	UNION MARITAL DE HECHO-Protección DERECHO A CONSTITUIR UNA FAMILIA HOMOSEXUALES/ REGIMEN PATRIMONIAL ENTRE COMPAÑEROS PERMANENTES
Sentencia C-481/98	Corte Constitucional de la República de Colombia	09-09-1998	Homosexualidad, libre desarrollo de la personalidad y principio de igualdad: el trato diferente por razón de la orientación sexual constituye una discriminación por razón de sexo sujeta a un control constitucional estricto. La homosexualidad no puede constituir una causal de mala conducta de los docentes, pues no existe ninguna razón constitucionalmente relevante que la justifique.
Sentencia SU-337/99	Corte Constitucional de la República de Colombia	1999	HERMAFRODITAS-Intervenciones médicas tienen un impacto decisivo en la identidad sexual del paciente DERECHO A LA IDENTIDAD PERSONAL ESTADOS INTERSEXUALES
Sentencia T-551/99	Corte Constitucional de la República de Colombia	02-08-1999	CIPIO DE PUBLICIDAD DEL PROCESO-Armonización con intimidad del menor y familia HERMAFRODITISMO-Periodo de transición normativa y cultural TRATAMIENTO MEDICO-Debe contar con permiso del paciente salvo casos de urgencia o situaciones asimilables CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE-Debe ser libre y la decisión informada/CONSENTIMIENTO CUALIFICADO DEL PACIENTE- Terapia muy invasiva o riesgosa para la salud y vida ESTADOS INTERSEXUALES Y AMBIGÜEDAD GENITAL DE INFANTE-Alcance

Sentencia C-507/99	Corte Constitucional de la República de Colombia	14-06-1999	UNION MARITAL DE HECHO-Protección PROSTITUCION HOMOSEXUALISMOEN LAS FUERZAS MILITARES-Estigmatización
			Seguridad social y parejas del mismo sexo: DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-Fundamental por conexidad con la vida
Sentencia T 999/00	Corte Constitucional de la República de Colombia	11-11-1999	DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-Alcance PROTECCION INTEGRAL A LA FAMILIA EN LA CONSTITUCION-No incluye parejas homosexuales/ DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-No afiliación de parejas homosexuales
			Seguridad social y parejas del mismo sexo: DERECHO A LA LIBRE OPCION SEXUAL-Alcance
Sentencia T-1426/00	Corte Constitucional de la República de Colombia	19-10-2000	PRINCIPIO DE IGUALDAD-No discriminación de homosexuales COMPAÑEROS PERMANENTES-Definición legal DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-No afiliación de parejas homosexuales
			Seguridad social y parejas del mismo sexo: PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Protección
Sentencia T-618/00	Corte Constitucional de la República de Colombia	2000	Protección de los derechos al debido proceso y la afiliación al sistema de seguridad social como beneficiario, reconociendo la unión homosexual existente.
			Seguridad social y parejas del mismo sexo:
Sentencia SU 623/01	Corte Constitucional de la República de Colombia	14-06-2001	REGIMEN CONTRIBUTIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Vinculación como beneficiario de pareja homosexual

Sentencia T-1025/02	Corte Constitucional de la República de Colombia	2002	Consentimiento asistido e informado. Derecho a la salud y a la seguridad social de niño intersexual.
Sentencia T1096/ 04	Corte Constitucional de la República de Colombia	04-10-2004	PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD-Protección constitucional especial DERECHO A LA DIGNIDAD HUMANA DEL INTERNO-Deber del Estado de garantizarlo DERECHOS DEL INTERNO-Límites razonables y proporcionales ESTABLECIMIENTO CARCELARIO-No es posible limitar determinados derechos
Ley 979/05	Congreso de la República de Colombia	27-07-2005	Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 54 de 1990 y se establecen unos mecanismos ágiles para demostrar la unión marital de hecho y sus efectos patrimoniales entre compañeros permanentes.
Sentencia T-349/06	Corte Constitucional de la República de Colombia	2006	Extensión de los beneficios de la seguridad social (sustitución de pensión) a parejas del mismo sexo
Sentencia C-075/07	Corte Constitucional de la República de Colombia	2007	Declarar la EXEQUIBILIDAD de la Ley 54 de 1990, tal como fue modificada por la Ley 979 de 2005, en el entendido que el régimen de protección en ella contenido se aplica también a las parejas homosexuales. REGIMEN PATRIMONIAL DE COMPAÑEROS PERMANENTES- Parejas homosexuales/ PAREJAS HOMOSEXUALES Y UNION MARITAL DE HECHO- Protección patrimonial/PAREJAS HOMOSEXUALES-Vulneración de la dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad al excluirlos de régimen de protección patrimonial.
Sentencia C-811/07	Corte Constitucional de la República de Colombia	03-10-2007	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE PAREJA HOMOSEXUAL-Aplicación PLAN DE SALUD OBLIGATORIO EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO- Cobertura para compañero del mismo sexo PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACION POR RAZON DE LA LIBRE OPCION SEXUAL- Aplicación

Decreto 608/07	Alcaldía mayor de Bogotá	28-12-2007	Por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas - LGBT - y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones.
Sentencia T-1241/08	Corte Constitucional de la República de Colombia	11-12-2008	La Corte aclaró que no es cierto que la extensión de los beneficios de la pensión de sobreviviente a las parejas del mismo sexo conllevara el desequilibrio financiero del sistema. Al contrario -aclaró- la ampliación de la protección se hace efectiva a partir del ajuste constitucional que se efectúa sobre el orden de prelación de la prestación, teniendo en cuenta que los cálculos efectuados por el legislador presumen que la mayoría de personas, por naturaleza, tienen la vocación de vivir en pareja. Bajo dichas condiciones la Corte resolvió declarar la exequibilidad condicionada de los artículos demandados "en el entendido que también son beneficiarias de la pensión de sobrevivientes las parejas permanentes del mismo sexo"
Sentencia C-336/08	Corte Constitucional de la República de Colombia	2008	DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD-Núcleo esencial: alcance, vulneración, obligación para el Estado. DIVERSIDAD SEXUAL-Protección constitucional PENSION DE SOBREVIVIENTES EN PAREJAS HOMOSEXUALES-Beneficiarios
Sentencia C-577/11	Corte Constitucional de la República de Colombia	2011	Convocar: (i) al Congreso de la República a tomar todas las medidas adecuadas y necesarias para asegurar a las parejas de personas del mismo sexo, el goce efectivo del derecho constitucional a constituir una familia mediante un acto contractual de carácter marital, solemne y formal, e (ii) invitar a jueces y notarios a que lo hagan, aplicando la legislación análoga vigente para ese momento.

Sentencia T-918/12	Corte Constitucional de la República de Colombia	2012	DERECHO A LA SALUD Y SU RELACION CON LA IDENTIDAD SEXUAL
			<p>La “reasignación sexual” a la que una persona decide someterse, con el objeto de adecuar su estado psicosocial al físico y, de ahí, vivir en el sexo con el que se identifica plenamente, constituye, de forma innegable, una decisión que forma parte del libre desarrollo de la personalidad, en tanto es una expresión de la individualidad de la persona, respecto de su percepción sexual ante sí mismo, lo que influye decisivamente en su proyecto de vida y, por ende, en sus relaciones sociales.</p> <p>La condición de trans no es una enfermedad ni afecta el derecho a la salud, por lo cual tener esta identidad sexual no justifica que se utilice el sistema de seguridad social para solicitar el cambio de sexo</p>
Sentencia T-248/12	Corte Constitucional de la República de Colombia	26-03-2012	DERECHO A LA NO DISCRIMINACION POR RAZON DE ORIENTACION SEXUAL DIVERSA- Vulneración de Laboratorio clínico al rechazar como donante de sangre a persona homosexual basado en su orientación sexual
			<p>La orientación sexual del donante en sí misma no es un factor de riesgo en estos términos, toda vez que la opción sexual que elija una persona no conlleva necesariamente el ejercicio de una actividad sexual riesgosa.</p>
Ley 1482 de 2011	Corte Constitucional de la República de Colombia	30-11-2011	Ley Antidiscriminación: Esta ley tiene por objeto garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación.
Ordenanza 339/11	Gobernación del Valle del Cauca	28-12-2011	Por medio del cual se establecen los lineamientos de la política para la garantía y exigibilidad de derechos de las personas LGBTI en el Valle del Cauca.

Decreto- Ley 2893 de 2011	Departamento Administrativo de la Función Pública	11-08-2011	En sus artículos 1 y 2 establecen que el Ministerio del Interior tiene como objetivos formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y hacer seguimiento a la política pública, planes, programas y proyectos en diversas materias dentro de las cuales se incluyen los derechos humanos y la atención a la población LGBTI, lo cual implica promover la materialización de sus derechos, con enfoque integral, diferencial, y social.
Acuerdo 1928/11	Alcaldía de Medellín	11-11-2011	Por medio del cual se adopta la política pública para el reconocimiento de la diversidad sexual e identidades de género para la protección, restablecimiento, atención y la garantía de derechos de las personas LGBTI en el municipio de Medellín.
Ley 1448 de 2011	Congreso de la República de Colombia	10-06-11	<p>Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. En específico para esta revisión:</p> <p>Artículo 3: Se consideran víctimas también: el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente.</p> <p>Artículo 6: IGUALDAD. Las medidas contempladas en la presente ley serán reconocidas sin distinción de género, respetando la libertad u orientación sexual, raza, la condición social, la profesión, el origen nacional o familiar, la lengua, el credo religioso, la opinión política o filosófica.</p> <p>ARTÍCULO 13. ENFOQUE DIFERENCIAL. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la presente ley, contarán con dicho enfoque.</p>

Sentencia T-876	Corte Constitucional de la República de Colombia	29-10-2012	<p>TRATAMIENTO MEDICO-Caso en que Secretaría de Salud y EPSS niegan cirugía de cambio de sexo</p> <p>DERECHO A LA SALUD-Prestación como servicio dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p>DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA-Orden a EPSS autorizar cirugía de cambio de sexo y demás procedimientos médicos necesarios</p> <p>PERSONAS TRANSGENERO-Definición Incluye personas transexuales, transgénero, travestidos, intergénero, transformistas, drag Queens y drag kings</p> <p>DERECHO A LA IDENTIDAD Y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS TRANSGENERO-Solicitud de cirugía de reafirmación sexual quirúrgica o cambio de sexo</p>
Sentencia T-771/13	Corte Constitucional de la República de Colombia	07-10-2013	<p>DERECHO DE LAS PERSONAS TRANSGENERO A ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD-Tratamiento para reafirmación sexual quirúrgica o cambio de sexo</p> <p>DERECHO A LA IDENTIDAD Y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS TRANSGENERO-Modificaciones al interior del lenguaje médico para asegurar el derecho a la salud y a la identidad de las personas transgeneristas y transexuales sin discriminación</p>
Ley 1620 de 2013	Corte Constitucional de la República de Colombia	15-03-2013	<p>Creación del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. El objeto de esta ley es contribuir a la formación de ciudadanos activos que aporten a la construcción de una sociedad democrática, participativa, pluralista e intercultural, en concordancia con el mandato constitucional y la Ley General de Educación -Ley 115 de 1994- mediante la creación del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, que promueva y fortalezca la</p>

Sentencia T-876	Corte Constitucional de la República de Colombia	29-10-2012	formación ciudadana y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes, de los niveles educativos de preescolar, básica y media y prevenga y mitigue la violencia escolar y el embarazo en la adolescencia.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Corte Constitucional de la República de Colombia	16-02-2015	Regula y garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental, establece el acceso en igualdad de trato y oportunidades para todas las personas, obliga al Estado a adoptar políticas para la igualdad de trato y para evitar la violación de este derecho y determinar el régimen sancionatorio. Además que dentro de su definición del derecho a la salud incluye su disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad. De igual manera establece que este derecho comporta los principios de universalidad, prohomine, prevalencia de los derechos, libre elección, y la necesidad de acciones afirmativas para grupos vulnerables.
Sentencia T-099/15	Corte Constitucional de la República de Colombia	2015	Aplicación de un enfoque diferencial que tenga en cuenta la protección constitucional de la identidad de género y la orientación sexual frente a prohibición de obligar a prestar el servicio militar a las mujeres transexuales.
Decreto 1066/15	Ministerio del Interior de la República de Colombia	2015	<p>“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior”. En específico para esta revisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igualdad y no discriminación. Las autoridades públicas adoptarán medidas para garantizar el respeto y la garantía del derecho a la igualdad, y procederán a brindar la misma protección y trato a los familiares de las víctimas, sin distinción de etnia, identidad de género, orientación sexual, cultura, edad, origen nacional o familiar, lengua, religión, discapacidad, opinión política o filosófica, condición social o económica, entre otras. • Enfoque diferencial. Las autoridades públicas deberán adoptar medidas que

Decreto 1066/15	Corte Constitucional de la República de Colombia	2015	reconozcan las particularidades poblacionales, principalmente de los sujetos de especial protección constitucional, es decir, aquellos que por sus características culturales, étnicas, de género, orientación sexual, situación de discapacidad, condición económica, social, física o mental, se encuentren en circunstancias de vulnerabilidad y vulneración manifiesta y que requieren una atención y protección diferenciada y la implementación de políticas de acción afirmativa, acordes con su situación.
Decreto 762 de 2018	Congreso de la República de Colombia	07-05-2018	Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

Proyecto Interinstitucional de Prevención Combinada del VIH



**LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN
EN LOS SERVICIOS DE SALUD
QUE CONSIDERAN EL ENFOQUE
DIFERENCIAL, DE GÉNERO Y NO
DISCRIMINACIÓN PARA PERSONAS**

LGBTI





Lineamientos de
atención en los
servicios de salud que
consideran el enfoque
diferencial, de género
y no discriminación
para personas

LGBTI



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



UNFPAColombia
colombia.unfpa.org