



**XXXIII** Curso de actualización

# Ginecología y obstetricia 2025



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

## Atención a población transgénero y no binaria: transitando a un sistema de salud moderno y humanizado

**Carolina Álvarez Mesa**

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Profesora asociada - Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

## Atención a población transgénero y no binaria: transitando a un sistema de salud moderno y humanizado

*“Cuerpos a quienes los espacios no les hacen sitio. Tienen que ocuparlos con violenta obstinación. Con rebelde paciencia. O rendirse...”*  
(Ana Rossetti, 2016)

Los derechos sexuales y reproductivos se derivan de los derechos humanos y, por tanto, son de obligatorio cumplimiento. En Colombia, tenemos suficientes leyes y regulaciones a favor de estos derechos: la ley estatutaria 1751 de 2015 define la salud como un derecho fundamental, la política de atención integral en salud (PAIS), mediante la Resolución 429 de 2016 nos habla de atención con un enfoque diferencial. Las Rutas Integrales de Atención en Salud -Resolución 3280 de 2018- incorporan enfoques como el de derechos, diferencial, poblacional y de género. Esta perspectiva de género no sólo ha permitido hacer visibles las desigualdades entre hombres y mujeres, sino que, además, abrió la puerta para el reconocimiento de orientaciones sexuales e identidades de género diversas (1).

Igualmente, a través del tiempo se han despatologizado las experiencias de vida trans en las atenciones en salud. Esto se ve reflejado por ejemplo en la clasificación internacional de enfermedades (CIE). Para 1948 el CIE 6 las clasificaba como morbilidad, en 1965 el CIE 8 y en 1978 el CIE 9 como desviaciones sexuales, el CIE 10 en 1990 como trastornos de la identidad de género y el CIE 11 en 2018 (aún no disponible en Colombia) como una condición relacionada con la salud sexual (1).

Asimismo, a través del tiempo las encuestas realizadas en Colombia han incluido cada vez más la caracterización de la población LGTBQ+. Los últimos datos fueron obtenidos por el DANE en la Gran Encuesta Integrada de Hogares realizada entre 2023 y 2024. En esta encuesta reportaron que al menos medio millón de personas mayores de edad se autoidentifican como parte de sectores LGTBQ+ en Colombia. El 85 % de ellos está concentrado en las zonas urbanas (2).

Dadas estas cifras, es fundamental que el personal de salud en nuestro país esté tanto sensibilizado como adecuadamente capacitado para la atención integral de esta población, para evitar vulnerar sus derechos sexuales y reproductivos.

Es fundamental entonces para lograr este objetivo, tener claridad en los conceptos alrededor de estas diversidades sexuales:

La sexualidad se define como una condición esencialmente humana, que se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones a lo largo de toda la vida, no se limita por tanto al erotismo (3).

El sexo biológico (hombre-mujer) es el asignado al nacer, y está determinado por las gónadas, los cromosomas y la apariencia de los genitales externos. El género por su parte, se considera un conjunto de construcciones biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas y culturales que son cambiantes y transformables (femenino – masculino) (3).

La **identidad de género** se define como un autoconcepto que se construye a través del tiempo, es la identificación que cada persona tiene con un género que responde a sus propios sentimientos y deseos, y puede corresponderse o no con el sexo biológico. Mientras que la **expresión de género** es la manifestación externa del género a través del aspecto físico y puede o no corresponderse con la identidad de género (3).

La **orientación sexual** es la atracción física que se siente hacia otras personas y que se manifiesta a través de sentimientos, comportamientos y prácticas sexuales. Se clasifica en homosexual cuando hay atracción hacia personas del mismo sexo, heterosexual cuando hay atracción hacia personas del sexo opuesto y bisexual en la cual hay atracción hacia personas de ambos sexos (3).

En Colombia, a lo largo de la historia hemos tenido un modelo social y cultural binario, es decir, que incluye sólo 2 categorías: Hombre – mujer / masculino – femenino. Sin embargo, en los últimos años se ha reconocido un género NO binario que incluye personas que asumen una identidad de género que se halla fuera del binarismo de género, que no se perciben ni como del género masculino ni como del género femenino. Estas personas pueden identificarse como un tercer género ajeno al binarismo (género disidente) o con dos (bigénero), tres (trigénero) o más géneros (pangénero). También pueden tener un género fluido que transite entre dos o más géneros de forma definitiva o esporádica o definirse como agénero si no se identifican con ningún género total o parcialmente.

Las personas transgénero son aquellas cuya identificación transgrede categorías o límites de género establecidos social y culturalmente. Las mujeres trans tienen un sexo biológico

de hombre, pero se identifican con el género femenino; por el contrario, los hombres trans tienen un sexo biológico de mujer y se identifican con el género masculino (4).

Es fundamental para el personal de salud entender el proceso de **transición**, el cual es definido como el período durante el cual las personas trans asumen su identidad de género e inician el proceso de cambio del rol de género y expresión de género hacia el rol y expresión de género que viven como suyo. Este proceso es **variable e individualizado** y puede, o no, incluir feminización o masculinización del cuerpo a través de hormonas y otros procedimientos médicos (4).

Algunos autores han evaluado la atención en salud brindada a la población transgénero y no binaria, encontrando que sólo el 30-40 % de las personas transgénero reciben atención médica de rutina y que la principal razón para no buscar esta atención es el temor al maltrato y la discriminación. Uno de los estudios evalúa también la percepción de los ginecólogos por medio de una encuesta realizada en Estados Unidos. En esta, encontraron que sólo el 29 % de los proveedores se sentían cómodos tratando a hombres transgénero y el 80 % informó que no había capacitación en la residencia para la atención de pacientes transgénero (5,6).

Según los lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI realizados por UNFPA en 2019 y el manual de Atención integral en salud para personas trans y no binarias realizado por la Alcaldía de Bogotá en 2022, las siguientes son las principales recomendaciones al personal de salud para una atención integral de población transgénero y no binaria:

- Debe mantenerse un trato respetuoso, al evitar expresar bromas o insinuaciones. Asimismo, deben tenerse actitudes que generen confianza, que ayuden a que estas personas se sientan reconocidas, bien tratadas y no juzgadas.
- El personal de salud debe estar preparado para hablar sobre sexualidad de manera tranquila, cómoda y fluida, y esto requiere una adecuada capacitación previa. Debe indagarse a la persona sobre como prefiere ser llamada, al tener en cuenta que las personas tienen derecho a autoidentificarse. Asimismo, deben usarse términos inclusivos y respetuosos.

- Tener en cuenta que 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. Debe mantenerse siempre la empatía, confidencialidad, privacidad y evitar vulnerar la confidencialidad. Igualmente, debe tenerse en cuenta que ninguna persona tiene la obligación de revelar su orientación sexual o identidad de género.

Se han identificado ampliamente las barreras para la atención en salud de esta población, las cuales se han clasificado en los siguientes grupos (1).

- Culturales: en las que se incluyen prejuicios, imaginarios culturales, prácticas discriminatorias, desconocimiento, entre otras.
- Administrativas: dificultades para autorizaciones, fragmentación de los servicios, los cuales impiden atención integral.
- Económicas: copagos y transporte, pues en ocasiones las citas son autorizadas en otras ciudades.
- Calidad: Atención deshumanizada, burlas, indiferencias, falta de respeto

Es importante utilizar un lenguaje inclusivo que evite producir o aumentar la disforia de género en la población trans o no binaria. Por ejemplo, en hombres trans debe evitarse hablar de vagina y referirse a “el canal interno”, evitar hablar de senos, puede usarse el “pecho”, la vulva puede identificarse como el área genital frontal. Igualmente se debe evitar hablar de la menstruación y tal vez referirse a sangrados periódicos o cíclicos (7).

También es fundamental garantizar ciertos servicios en salud que deben mantenerse a pesar de transitar al otro género, estos incluyen tamización de cérvix, mama o próstata, anticoncepción, atención de la gestación.

## Anticoncepción en población transgénero y no binaria

La anticoncepción que permite la planificación de la familia hace parte de los derechos sexuales y reproductivos, y debe siempre incluirse en la atención en salud de los hombres

## Atención a población transgénero y no binaria: transitando a un sistema de salud moderno y humanizado

transgénero o de género diverso asignados como mujeres al nacer y que manifiesten relaciones que generen riesgo de embarazo. En una encuesta realizada a 28.000 personas, se encontró que el 27 % de las participantes con útero que informaron sexo vaginal receptivo no estaban usando anticonceptivos y 51 % manifestó que nunca les indagaron alrededor de su deseo de fertilidad. El método más utilizado era el preservativo (8).

Las principales razones encontradas para el no uso de anticoncepción en población transgénero y no binaria incluyen los efectos secundarios, la posibilidad de sangrado vaginal, la imposibilidad de acceso a los servicios de salud y el personal de salud no capacitado.

No existe una guía con suficiente evidencia científica. Algunas sólo incluyen consejería. Las guías actuales (CDC, OMS) no incluyen adecuadas consideraciones para población transgénero – no binaria (8).

El tema de anticoncepción debe discutirse previo a la transición, además, se debe indagar sobre el deseo de fertilidad y el riesgo de embarazo a pesar del uso de la terapia hormonal. Los hombres trans deben estar informados del efecto teratogénico de la testosterona y, por tanto, su contraindicación para una gestación. Igualmente debe garantizarse a esta población atención preconcepcional, prenatal y posparto (8).

Es fundamental que los hombres trans reconozcan que la testosterona NO es un método anticonceptivo y que, si se desea evitar un embarazo, deben utilizarse otros métodos. En la literatura se ha encontrado que entre el 16 a 30 % de hombres transgénero que utilizan testosterona consideran que esta tiene efecto anticonceptivo, algunos de ellos manifestaron que esta información fue brindada por su proveedor de salud. Adicionalmente, el 20 % de los embarazos no planeados ocurrieron en presencia de amenorrea secundaria a la terapia con testosterona. Aunque en muchos de ellos puede producirse amenorrea de forma variable, esto no se relaciona de forma directa con anovulación. No hay claridad en la literatura, si la testosterona puede interactuar con otros métodos anticonceptivos disminuyendo su eficacia. (9).

Los métodos de sólo progestágeno son una muy buena opción anticonceptiva para esta población, ya que además de su alta eficacia, en muchos casos produce amenorrea, el cual es un

efecto buscado en muchos casos. Los métodos combinados también son una opción, los orales preferiblemente deben ser usados de forma continua cuando se desea mayor posibilidad de amenorrea. Existen dudas sobre su efecto en la terapia hormonal por el aumento que producen los estrógenos en la proteína transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y también sobre el mayor aumento del riesgo tromboembólico en los hombres trans que además usan testosterona (8,9).

Dentro de los métodos no hormonales, el dispositivo intrauterino no hormonal es una buena opción debido a su alta eficacia, sin embargo, no produce amenorrea y por el contrario puede aumentar los sangrados menstruales y la dismenorrea.

Los métodos definitivos son una adecuada opción y pueden hacer parte de la terapia de reafirmación de sexo, si la persona así lo ha definido (8,9).

### Manejo del sangrado menstrual en personas transgénero y no binarias

El sangrado menstrual puede ser causa de disforia de género en muchos de los hombres transgénero, por tanto, debe indagarse siempre el deseo de amenorrea, la cual puede lograrse en muchos casos con la terapia con testosterona luego de 6 meses de su uso. En quienes no se logra o no se usa terapia hormonal, puede usarse métodos de sólo progestágeno como los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel.

Todo sangrado uterino anormal debe estudiarse con una historia clínica completa, incluyendo una adecuada anamnesis y examen clínico. El enfoque debe realizarse igual que para la población cisgénero, al evaluar causas estructurales y no estructurales y descartar malignidad en los casos que se requiera.

Para el estudio de causas estructurales se recomienda usar ecografía transabdominal si es posible, para evitar la disforia de género que puede producir las ecografías transvaginales. Los métodos quirúrgicos como la histerectomía pueden ser una opción en algunos casos.

## Conclusiones

- Cada vez más personas en el mundo se reconocen como transgénero o no binarias.
- Existe suficiente marco jurídico en Colombia para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de esta población.
- La mayoría de personal de salud (incluidas ginecólogas/os) desconocemos este marco jurídico y conceptual, lo que nos lleva a comportamientos de discriminación y poca empatía en la atención de estas personas.
- Se requiere mucha más investigación y desarrollo de protocolos en salud sexual y reproductiva, que permita una atención con mayor calidad.

## Bibliografía

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2019). Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGTBI. Bogotá, octubre de 2019.
2. DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH. Colombia 2024
3. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, Colombia, abril de 2013.
4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Atención integral en salud para personas trans y no binarias. Bogotá, 2022.
5. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: a report of the national transgender and discrimination survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011
6. Unger CA. Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. J Women's Health (Larchmt) 2015;24:114–8.
7. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. Am J Obstet Gynecol. 2020 Feb;222(2):134–143. doi: 10.1016/j.ajog.2019.07.043
8. A. Bonnington et al, Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. Contraception 102 (2020) 70–82
9. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. Contraception 2018;98(4):266–9
10. Schwartz et al. Sangrado vaginal en pacientes transgénero. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. VOL. 134, NO. 1, JULIO 2019; 134:81–90. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2022; 52:101239