



Acceso a salud de personas trans en América Latina

Enero 2025

Dirección Ejecutiva

Marcela Sánchez Buitrago

Coordinación del área de litigio e incidencia

Beldys Hernández

Investigación y escritura*

María José Arango Salazar

Johnattan García Ruíz

María Paula Tamayo Quitián

María Camila Tejada Arteaga

Carolina Muñoz Benítez

Brayan Garzón Moreno

Diseño

Jhonatan Zambrano

Chaos Creativo

* Decilion SAS, en el marco de un contrato de consultoría con Colombia Diversa, estuvo a cargo del desarrollo de la investigación, recolección y análisis de la información, así como la redacción de los contenidos.

© Colombia Diversa (2025)

ISBN: en trámite
Bogotá, Colombia
Mayo 2025

Agradecimientos a las organizaciones que participaron en la investigación

Esta investigación sólo pudo ser posible gracias al apoyo de las organizaciones de los países participantes:

- AboSex
- Asociación de Derechos Humanos Cozumel Trans
- Casa Florescer
- Colectivo Trans-Formación
- Colectivo Unidad Color Rosa
- COMCAVIS Trans
- Díké LGBTI+
- Diversidad Dominicana
- Fraternidad transmasculina Ecuador – Proyecto transgénero
- Fundación Ecuatoriana Verde Equilibrante
- Fundación Igual Bolivia
- Fundación Iguales
- Fundación Pakta
- GAAT
- Hombres Trans Panamá
- Impulso Trans
- Instituto Brasileiro de Transmasculinidades
- IRCA CASA ABIERTA
- Kukulcan
- Latidos Chocó
- Metamorfosis Bolivia
- Movimiento Transfeminista de Bolivia
- Profamilia
- Promsex
- Red de Juventudes Trans
- Revasa
- Trans Salud
- Transsa
- Wigudun Galu



Índice

Abreviaturas

6

Introducción

7

Marco teórico

- El derecho a la salud de personas trans en el marco internacional
- La necesidad del acceso a tratamientos de afirmación de género
- Definiciones básicas

10

Metodología

- Descripción general

22

Resultados de la investigación: entre el 'deber ser' y la realidad

27

I. El deber ser: la promesa de salud, igualdad y no discriminación para las personas trans

- 1. El derecho a la salud y su marco legal: un mosaico de avances y desafíos
- 2. Sistemas de salud: entre coberturas teóricas y realidades dispares

32

II. Lo que en realidad sucede: navegando un laberinto de barreras en el acceso a la salud

- 3. Acceso a servicios de salud generales: entre el estigma y la exclusión
- 4. Acceso a servicios de afirmación de género: un derecho negado para muchas personas trans

48

Barreras en el acceso a la salud de las personas trans en América Latina

- Barreras económicas: el costo de la autodeterminación
- Barreras geográficas: la inequidad del acceso
- Barreras sociales y culturales: el peso del estigma y la discriminación
- Barreras administrativas: la patologización y la burocracia
- Barreras legales: la desprotección como norma
- Barreras interseccionales: la discriminación múltiple como amplificador de exclusión
- Identificación de barreras por grupos

65

Buenas prácticas y avances en la región

- Legislación y políticas públicas inclusivas
- Programas y servicios especializados
- Iniciativas de la sociedad civil y alianzas estratégicas
- Innovación y emprendimiento social

102

Recomendaciones: Hacia la construcción de sistemas de salud inclusivos para las personas trans

- Recomendaciones generales
- Recomendaciones específicas por grupo de países
- Cooperación regional e intercambio de buenas prácticas

110

Conclusiones

127

Referencias

219

Abreviaturas

CIE-10

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición

CIE-11

Clasificación Internacional de Enfermedades, onceava edición

CIDH

Corte Interamericana de Derechos Humanos

ITS

Infecciones de transmisión sexual

OEA

Organización de Estados Americanos

OMS

Organización Mundial de la Salud

OPS

Organización Panamericana de la Salud

PIB

Producto Interno Bruto

VIH

Virus de la inmunodeficiencia humana

TEDH

Tribunal Europeo de Derechos Humanos

INTRODUCCIÓN

El presente estudio analiza el acceso a los servicios de salud de las personas trans, con especial énfasis en los servicios de afirmación de género, en catorce países de América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú y República Dominicana. El objetivo principal es examinar los marcos institucionales, legales, sociales y culturales que condicionan la posibilidad de las personas trans de acceder a servicios médicos que les permitan vivir en consonancia con su identidad de género, incluyendo la transición corporal cuando así lo deseen.

La identidad de género, como componente esencial de la experiencia humana, está intrínsecamente vinculada al derecho a la autodeterminación, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. Los servicios de salud en materia de afirmación de género, entre los que se encuentran las terapias hormonales y las intervenciones quirúrgicas, son herramientas fundamentales que permiten a muchas personas trans adecuar su corporalidad y su expresión de género a su identidad sentida. El acceso a estos servicios es, por lo tanto, un componente crucial del derecho a la salud integral.

En América Latina, la comprensión de la diversidad de género ha experimentado una evolución compleja.

Si bien la región ha avanzado progresivamente en el reconocimiento de las identidades trans como expresiones legítimas de la experiencia humana, alejándose de modelos patologizantes, este proceso ha sido desigual y dista de ser completo. Persisten importantes brechas entre el reconocimiento formal de derechos y su ejercicio efectivo, especialmente en el ámbito de la salud.

Este estudio realiza un análisis sistemático de las condiciones estructurales que influyen en el acceso a los servicios de salud para las personas trans en la región.

Se identifican los mecanismos institucionales, legales, sociales y culturales que facilitan o, con mayor frecuencia, obstaculizan el acceso a tratamientos de afirmación de género. Para ello, se clasifican los catorce países estudiados en tres grupos, de acuerdo con el nivel de desarrollo de sus marcos normativos en materia de identidad de género: un primer grupo con avances significativos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México); un segundo grupo con avances normativos intermedios, pero con limitaciones en su alcance o implementación (Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú); y un tercer grupo caracterizado por la ausencia de reconocimiento y protecciones legales (El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana).

La metodología combina una exhaustiva revisión documental, que abarca marcos normativos, políticas públicas, literatura académica y gris, y datos estadísticos disponibles, con información cualitativa proveniente de entrevistas a organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la defensa de los derechos de las personas trans. A través de un estudio comparativo de la situación en los tres grupos de países, se identifican patrones comunes y diferencias significativas en la forma en que se garantiza o se vulnera el derecho a la salud de las personas trans.

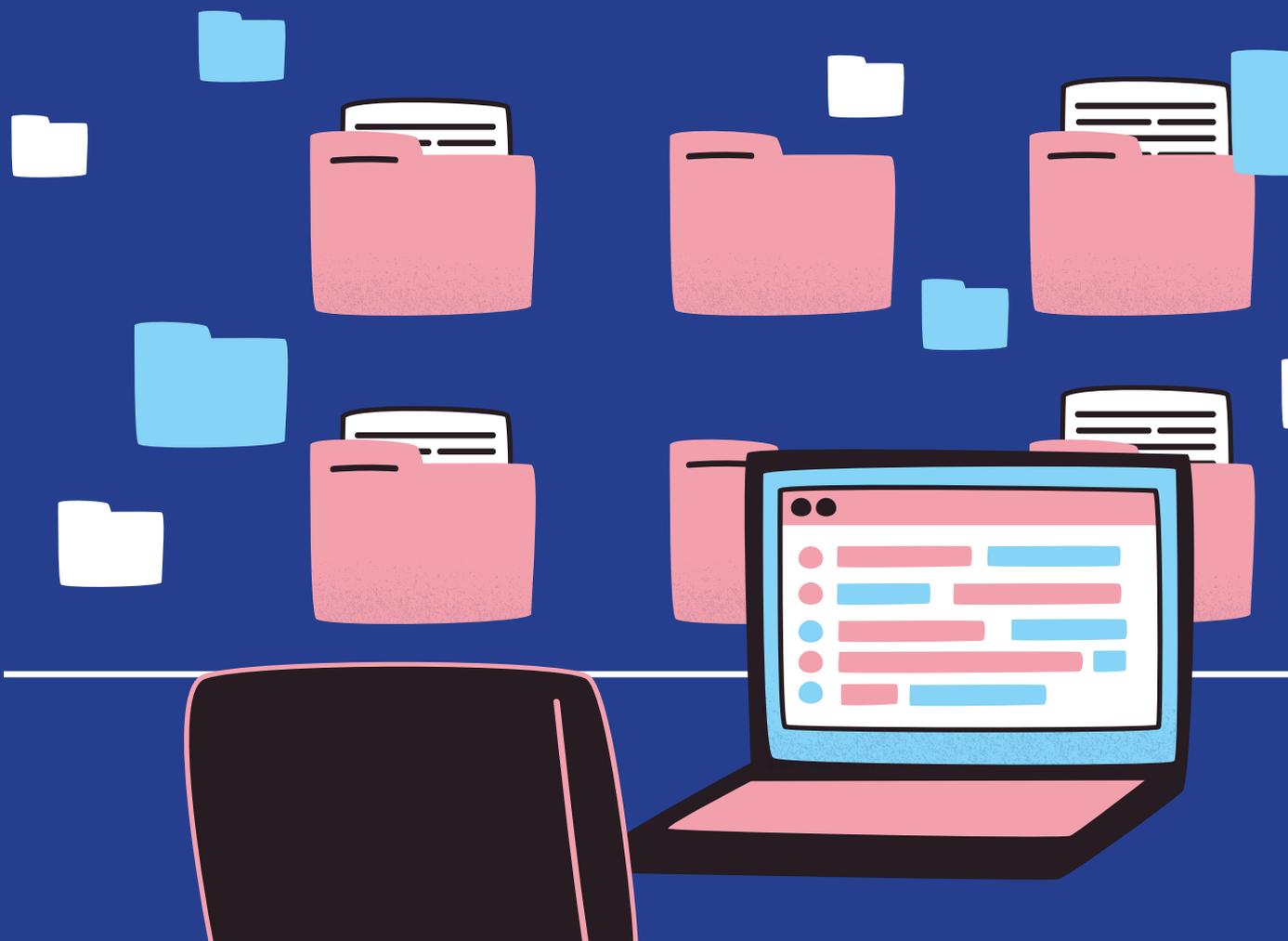
Los hallazgos de esta investigación revelan que el acceso a los servicios de salud en materia de afirmación de género no se limita a la mera disponibilidad médica, sino que está intrínsecamente ligado a una serie de factores interconectados. Entre ellos, destacan las barreras económicas, como el alto costo de los tratamientos y la falta de cobertura en los sistemas de salud públicos; las barreras geográficas, derivadas de la concentración de servicios especializados en las capitales; las barreras sociales y culturales, que se manifiestan en el estigma, la discriminación y la transfobia internalizada en el personal de salud; las barreras estructurales y administrativas, como la ausencia de protocolos de atención adecuados y la persistencia de enfoques patologizantes; y las barreras legales, como la falta de leyes de identidad de género y de leyes

antidiscriminación que protejan de forma explícita la identidad y expresión de género. El análisis también destaca el rol fundamental que desempeñan las organizaciones de la sociedad civil, especialmente en contextos donde la respuesta estatal es insuficiente o inexistente. Estas organizaciones no solo brindan servicios directos y acompañamiento a las personas trans, sino que también generan conocimiento, impulsan iniciativas de emprendimiento social y desarrollan estrategias de incidencia política para promover cambios legislativos y de políticas públicas.

Este estudio busca contribuir a una comprensión profunda de las condiciones que determinan el acceso a la salud de las personas trans en América Latina, identificando tanto los desafíos que persisten como las oportunidades y buenas prácticas que pueden servir como modelo para la construcción de sistemas de salud más inclusivos, equitativos y respetuosos de la diversidad de género. **Los hallazgos y recomendaciones de este informe pretenden ser una herramienta útil para los gobiernos, los tomadores de decisiones en los sistemas de salud, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes internacionales y la academia, en sus esfuerzos por garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud para todas las personas, sin discriminación.¹**

¹ A inicios de febrero de 2025, días después de que Donald Trump asumiera la presidencia, el mandatario anunció junto a Elon Musk, director del recién creado Departamento de Eficiencia Gubernamental (DODGE), el cierre de USAID. La medida incluye una orden de suspensión de noventa días, tras los cuales el futuro de esta agencia de ayuda humanitaria permanece en la incertidumbre. En Washington, se ordenó a los empleados abstenerse de acudir a las oficinas y tomar una licencia obligatoria, mientras que al personal en el extranjero se le exigió retornar a Estados Unidos y despidieron a los contratistas.¹ Este escenario amenaza con afectar gravemente el trabajo de diversas organizaciones, en especial aquellas vinculadas a financiamiento en género y diversidades, sectores calificados como ideológicos por el gobierno, lo que ha generado temores sobre una posible interrupción total de estos programas.¹

MARCO TEÓRICO



El derecho a la salud de personas trans en el marco internacional

En las últimas décadas, el reconocimiento de los derechos de las personas trans se ha incorporado en diferentes instrumentos de derecho internacional. La base fundamental de esta protección se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos. La DUDH, en sus artículos 1 y 2, establece los principios de igualdad y no discriminación, que se aplican a todas las personas, sin distinción. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) refuerza estos derechos, junto con el derecho a la vida privada (Art. 17) y al reconocimiento de la personalidad jurídica (Art. 16). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) protege derechos como el derecho al trabajo, a la salud –incluida la salud sexual y reproductiva– (Art. 12), a la educación y a un nivel de vida adecuado, sin discriminación. Estos artículos,

interpretados de forma evolutiva, incluyen la protección contra la discriminación basada en la identidad de género y obligan a los Estados a garantizar el derecho a la salud de todas las personas.

Uno de los primeros antecedentes respecto a la identidad de género en específico fue la Declaración Internacional de los Derechos del Género, adoptada en 1993 durante la Segunda Conferencia Internacional sobre Legislación de Transgéneros y Política de Empleo celebrada en Houston, Texas. Pese a ser un constructo teórico, no legal, fue uno de los primeros documentos a nivel internacional en reconocer los derechos a la identidad y expresión de género, así como a acceder a un servicio médico especializado y profesional.² Posteriormente, las decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en los casos *I. v. United Kingdom*

y *Grant v. The United Kingdom* de 2006, se convirtieron en un referente para el reconocimiento legal del nombre identitario de las personas trans.³

Entre los hitos más importantes que siguieron a estos desarrollos se encuentran los Principios de Yogyakarta, elaborados en 2007 por un panel de expertos en derechos humanos y actualizados en 2017 con el fin de aclarar los deberes de los Estados respecto a su cumplimiento.

Es crucial destacar que, si bien son una guía autorizada y muy influyente, los Principios de Yogyakarta no son un tratado internacional vinculante. Representan una interpretación experta de cómo las leyes internacionales de derechos humanos existentes se aplican a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. En ellos se define la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento (...)” y se declaran los derechos a la igualdad y la no discriminación, al reconocimiento de la personalidad, seguridad personal, trabajo, y, seguridad social, entre otros.⁴ Con base en estos principios, órganos de derechos humanos se han manifestado en favor de las personas trans, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, el Comité de los Derechos del Niño (2013) y el Comité Contra la Tortura (2012).³

A los principios les han seguido documentos como la Resolución AG/RES. 2435 (XXXVIII-O/08) sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, aprobada en 2008 por la Organización de Estados Americanos (OEA). En ella se manifestó preocupación por las violaciones de derechos humanos en razón de la orientación sexual y la identidad de género; y además se ordenó incluir en la agenda de discusión de la Asamblea General dicho tema. En este mismo sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos publicó en 2012 el documento *Orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes que ha sido igualmente reconocido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*.⁵

Dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), al igual que la DUDH, establece en sus artículos 1.1 y 24 la igualdad y no discriminación. El artículo 11 protege el derecho a la vida privada, y el artículo 18 el derecho al nombre. Estos artículos se interpretan para proteger los derechos de las personas trans. Además, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), aunque se centra en la violencia contra la mujer, ha sido interpretada por la CIDH y algunos tribunales nacionales de forma inclusiva para abarcar la violencia contra mujeres trans.

En 2017, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emitió la Opinión Consultiva OC-24/17,² que ha sido fundamental para la protección del derecho a la identidad de género, pues cambió el paradigma en el Sistema Interamericano, pasando de un enfoque a veces centrado en la “orientación sexual” a un enfoque en la identidad de género como categoría protegida. También, establece pautas para los Estados en relación con los tratamientos de afirmación de género.³ Así, les ordena:

1

Permitir la adecuación integral de la identidad de género (nombre, imagen, género, sexo, entre otros).

2

Basarse únicamente en el consentimiento libre e informado del solicitante, sin exigir intervenciones médicas, certificados psiquiátricos u otros documentos que puedan truncar la realización de los tratamientos.

3

Garantizar que los tratamientos sean expeditos y en lo posible gratuitos.

4

No excluir de forma absoluta a los menores de edad.

5

Contar con un procedimiento de naturaleza administrativa o notarial con el fin de evitar excesivas formalidades y demoras.

6

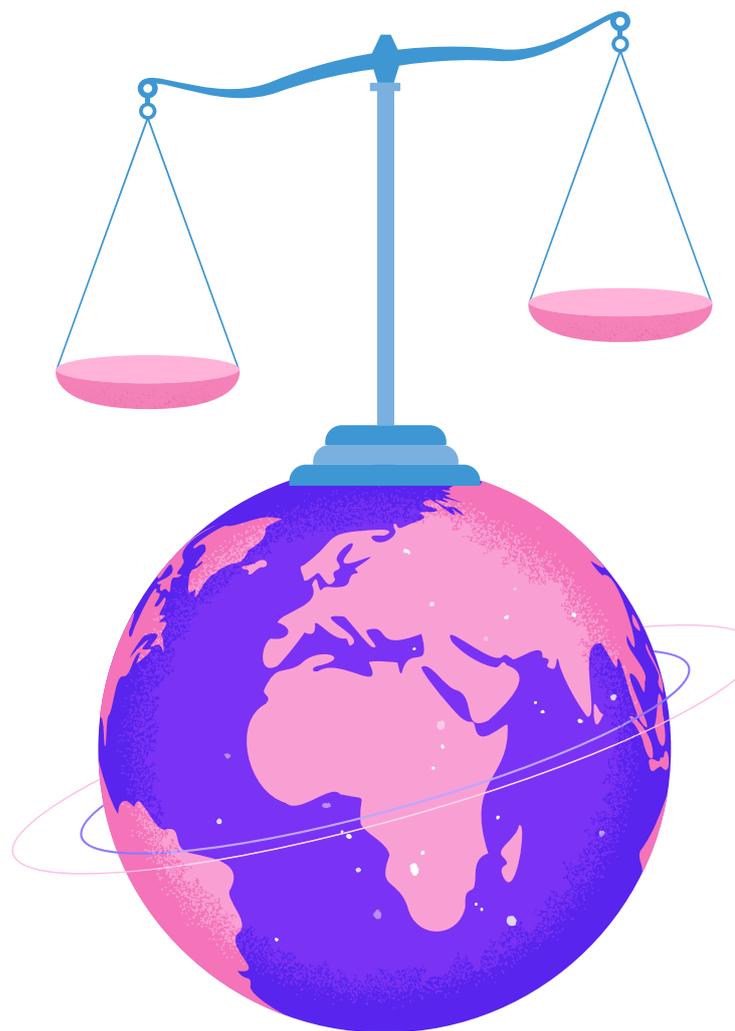
Proteger los derechos derivados de los vínculos familiares de las personas trans.

² A raíz de la solicitud de la República de Costa Rica.

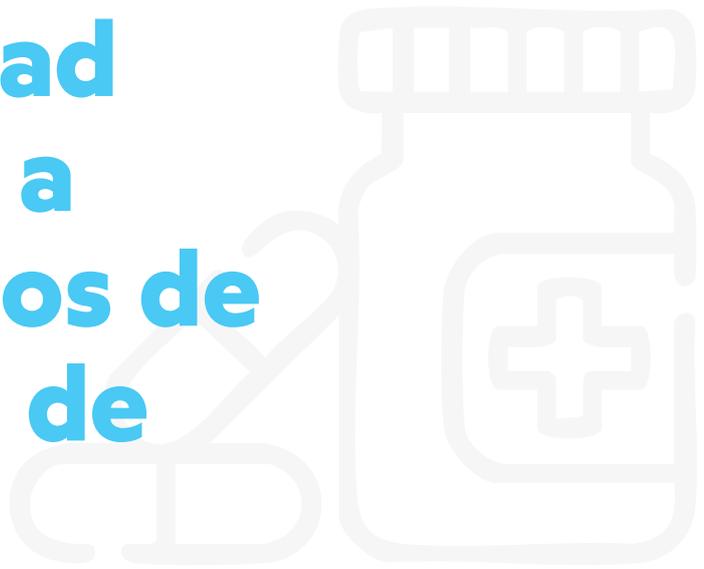
Posteriormente, en 2021, la Corte IDH emitió la sentencia en el caso Vicky Hernández y otras vs. Honduras, encontrando al Estado responsable de la muerte de Vicky Hernández, una mujer trans defensora de los derechos humanos. Esta sentencia establece importantes precedentes sobre la obligación de los Estados de investigar crímenes de odio contra personas trans y de adoptar medidas para prevenir la violencia.

Lo anterior permite concluir que el marco normativo internacional para la protección de los derechos de las personas trans ha crecido y se ha vuelto más comprensivo, al menos hasta ahora.

Desde la Declaración Internacional de los Derechos del Género y las decisiones de la CIDH, se han establecido estándares que instan a los Estados a adoptar medidas concretas. En el ámbito interamericano, la OEA ha promovido resoluciones y documentos clave, como el informe de la CIDH en 2012 y la Convención Interamericana contra la Discriminación de 2013, que reconoce la identidad y expresión de género como categorías protegidas. A nivel global, la ONU ha sido escenario de avances con declaraciones como la de 2008 impulsada por Francia y la de 2006 presentada por Noruega ante el Consejo de Derechos Humanos. Sumándose a estos hitos también los acompaña la doctrina de los Principios de Yogyakarta.



La necesidad del acceso a tratamientos de afirmación de género



Los tratamientos de afirmación de género son esenciales para el desarrollo integral de las personas trans, al permitirles alinear su expresión física con su identidad autoafirmada.

Este alineamiento no solo facilita el bienestar emocional y la autorrealización, sino que también garantiza derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la igualdad. Estos tratamientos también cumplen una función preventiva en salud, mejorando notablemente la calidad de vida y reduciendo la evasión en el uso de servicios de salud, la cual está asociada a un aumento de los síntomas de depresión y ansiedad, detección tardía de condiciones médicas y realización de procedimientos artesanales, algunas veces completamente contraindicados como tratamientos de afirmación de género.⁶⁷ En este contexto, abordar las disparidades en salud que afectan a las personas trans es una prioridad para reducir la brecha en el acceso a dichos tratamientos.

Un ejemplo destacado es el impacto de la Ley de Identidad de Género en Argentina, que transformó el acceso a la asistencia sanitaria de afirmación de género. Esta legislación eliminó barreras como diagnósticos psiquiátricos o aprobaciones judiciales, democratizando las tecnologías de intervención corporal. Como resultado, las personas trans pudieron acceder a tratamientos como terapias hormonales y cirugías sin tener que someterse a procesos estigmatizantes. Este avance no solo contribuyó a la reducción del estigma, sino que también empoderó a las personas trans como agentes activos en la toma de decisiones sobre sus cuerpos y su salud, fomentando una mayor inclusión social.

Por otro lado, la patologización de las identidades trans, a través de diagnósticos como la “disforia de género”, ha funcionado históricamente como un mecanismo que refuerza el sistema binario de género. Este marco patologizante no solo restringe el acceso a tratamientos médicos necesarios, sino que también obliga a las personas trans a acomodarse a narrativas predefinidas para obtener reconocimiento legal o acceso a servicios. Las barreras impuestas, como la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico para recibir tratamientos de afirmación de género, perpetúan el estigma y refuerzan la idea de que la identidad trans es una condición “anormal”. Además, estas restricciones pueden tener efectos psicológicos negativos, incrementando la exclusión social y el rechazo institucional.

Frente a este panorama, la despatologización se plantea como un paso indispensable para garantizar el acceso equitativo a estos tratamientos.

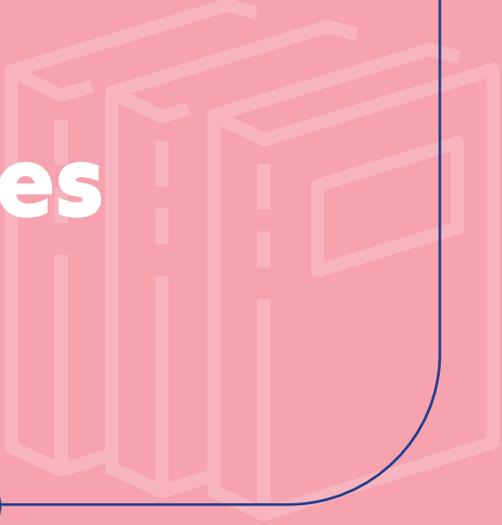
Un modelo de atención basado en derechos humanos propone que el consentimiento informado, y no los diagnósticos psiquiátricos, sea el criterio para acceder a los servicios de salud en materia de afirmación de género. Este enfoque busca eliminar barreras estructurales e institucionales que perpetúan la discriminación, promoviendo la autonomía de las personas trans y desafiando las bases del sistema binario de género, abriendo camino a una mayor diversidad e inclusión.

El reconocimiento institucional y la adaptación de los tratamientos médicos a las necesidades específicas de las personas trans también representan un avance significativo. Experiencias como la de Argentina demuestran que la incorporación de tecnologías de intervención corporal, en un marco de respeto a los derechos, puede tener un impacto directo en el bienestar físico y mental, así como en la inclusión social y política de las personas trans. La apropiación comunitaria de estas tecnologías ha generado también innovaciones que responden a necesidades individuales, fortaleciendo la capacidad de las personas trans para habitar un espacio social que respete su identidad.

Es importante reconocer el rol histórico de la población trans en la creación de redes de apoyo y espacios seguros frente a la exclusión y la violencia. La institucionalización de los tratamientos de afirmación de género no solo valida estas luchas, sino que también representa un paso crucial hacia la integración plena de las personas trans en el sistema de salud general, promoviendo su dignidad y derechos fundamentales.



Definiciones básicas



Atención que afirma el género

Enfoque de atención médica integral que busca apoyar y respetar la identidad de género de las personas trans y no binarias. Este incluye el acceso a servicios psicológicos y a diversos tratamientos que permiten alinear los rasgos físicos externos con la identidad de género.⁸

Bloqueadores de la pubertad

Medicamentos que detienen temporalmente la producción de hormonas que desarrollan la pubertad.⁸

Cisgénero (Cis)

Cuando la identidad de género de la persona corresponde con el sexo asignado al nacer.⁸

Cisnormatividad

Idea o expectativa de acuerdo a la cual, todas las personas son cisgénero, y que aquellas personas a las que se les asignó el sexo masculino al nacer siempre crecen para ser hombres y aquellas a las que se les asignó el sexo o femenino al nacer siempre crecen para ser mujeres.⁸

Cirugía de afirmación de género

Cualquier procedimiento quirúrgico que tenga como objetivo aumentar el sentido de congruencia entre la identidad de género y el cuerpo físico de una persona. Puede incluir cirugías reconstructivas del tórax, genitales, feminización facial, entre otras. También se le conoce como "cirugía de reasignación sexual" o "cirugía de confirmación de género".⁸

Disforia de género

Angustia emocional causada por la incongruencia entre el género asignado al nacer (basado en el sexo biológico) y el género con el que realmente se identifica una persona. Es un diagnóstico médico y de salud mental que puede justificar la realización de tratamientos de afirmación de género.⁸

Expresión de género

Se entiende como 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 la utilización de artículos cosméticos, o a través de manerismos, de la forma de hablar, de patrones de comportamiento personal, de comportamiento o interacción social, de nombres o referencias personales, entre otros. La expresión de género de una persona puede o no corresponder con su identidad de género auto-percibida.⁸

Género

Se refiere a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas.⁸

Identidad de género

La 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, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar –o no– la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.⁸

Intersexualidad

Todas aquellas situaciones en las que la anatomía sexual de la persona no se ajusta físicamente a los estándares culturalmente definidos para el cuerpo femenino o masculino.⁸

LGBTIQ+

Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans o Transgénero, Intersex, Queer y aquellos colectivos que no están representados en las siglas anteriores.⁸

No binario

Identidad de género que denota a alguien que no se identifica completamente con los géneros binarios de masculino/hombre o femenino/mujer. Puede identificarse como ambos, encontrarse en un punto intermedio, o considerarse un género alternativo totalmente por fuera de estas categorías.⁸

Sexo

En un sentido estricto, el término sexo se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, a sus características fisiológicas, a la suma de las características biológicas que define el espectro de las personas como mujeres y hombres o a la construcción biológica que se refiere a las características genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas sobre cuya base una persona es clasificada como macho o hembra al nacer.⁸

Sexo asignado al nacer

Esta idea trasciende el concepto de sexo como masculino o femenino y está asociado a la determinación del sexo como una construcción social. La asignación del sexo no es un hecho biológico innato; más bien, el sexo se asigna al nacer con base en la percepción que otros tienen sobre los genitales.⁸

Sistema binario del género/sexo

Modelo social y cultural dominante en la cultura occidental que "considera que el género y el sexo abarcan dos, y sólo dos, categorías rígidas, a saber masculino/hombre y femenino/mujer.

Terapia hormonal

Uso de hormonas para alinear las características físicas con la identidad de género. Incluye testosterona para personas asignadas mujeres al nacer que buscan masculinizar su cuerpo, y estrógeno para personas asignadas hombres al nacer que buscan feminizar su cuerpo.⁸

Transgénero (Trans)

Cuando la identidad o la expresión de género de una persona es diferente de aquella que típicamente se encuentran asociadas con el sexo asignado al nacer.⁸

Transfobia

La transfobia denota un temor, un odio o una aversión irracional hacia las personas trans.⁸

Transición

Proceso de cambiar la identidad y/o expresión de género. Varía mucho entre individuos y puede consistir en componentes físicos/médicos, sociales y legales. No existe un camino uniforme o establecido para la transición de una persona.⁸

METODOLOGÍA



Descripción general



Este estudio utiliza una metodología mixta que combina enfoques cualitativos y cuantitativos para realizar un análisis comparativo sobre el acceso a tratamientos de afirmación de las personas trans en 14 países de América Latina, teniendo en cuenta el contexto general del acceso a salud integral de cada país. La investigación se estructura en tres partes principales: revisión documental, consulta de datos demográficos y de acceso a servicios afirmativos de género y entrevistas con actores clave de la región.

Legislación

Se analizaron leyes y normativas relacionadas con los derechos de las personas trans, incluyendo leyes de identidad de género, leyes antidiscriminación y legislación específica sobre salud trans. Para ello, además del buscador general, se realizaron consultas en las gacetas oficiales de cada país.

Políticas públicas

Se examinaron planes nacionales de salud, políticas específicas para la población LGBTIQ+, y directrices relacionadas con la atención de salud para personas trans. Para el análisis de la legislación y las políticas públicas, se adoptaron dos enfoques:

1. Enfoque analítico: permitió explorar las diversas interpretaciones del derecho a la salud para las personas trans en los países seleccionados;
2. Enfoque histórico: ayudó a comprender los orígenes y propósitos de las diferentes legislaciones y políticas.

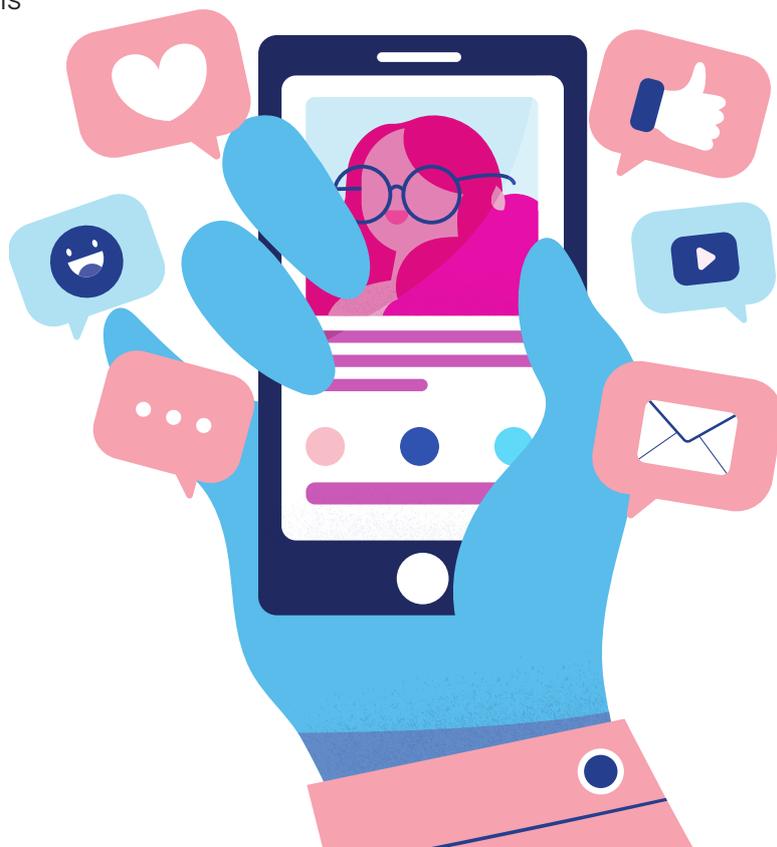
Literatura académica y gris

Se realizó una revisión sistemática de artículos académicos, informes de organizaciones no gubernamentales y documentos de política publicados en los últimos cinco años (2019-2024) relacionados con la salud trans en los países seleccionados.

Para ello, se utilizaron motores de búsqueda generales y bases de datos académicas, empleando combinaciones de palabras clave acompañadas del nombre de cada país. Las palabras clave incluyeron términos como “salud trans”, “afirmación de género”, “terapia hormonal de afirmación de género”, “cirugías de afirmación de género” y “servicios de salud en materia de afirmación de género”.

Noticias y redes sociales

Las mismas palabras clave usadas en la búsqueda de literatura académica y literatura gris fueron empleadas para la búsqueda de noticias y redes sociales. Para las primeras se utilizó Google Noticias, y para las segundas se realizaron las búsquedas en X, Instagram, Facebook y TikTok.



Consulta de datos demográficos y de acceso a servicios de salud

Se consultaron las páginas web de entidades encargadas de información estadística nacional, entidades relevantes en cada país, y organismos internacionales como el Banco Mundial. El objetivo fue evaluar la disponibilidad de datos sobre la población trans y su acceso a servicios de salud, con especial énfasis en los tratamientos de afirmación de género.



Entrevistas con activistas y representantes de organizaciones trans de la región

Se realizaron entrevistas semi estructuradas con 31 de 138 activistas contactados y representantes de organizaciones y colectivos de personas trans y no binarias, de los 14 países, quienes respondieron a la invitación a participar en la investigación por medio de correo electrónico o redes sociales. La selección inicial de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico con el objetivo de obtener una comprensión profunda de la situación en cada país.³

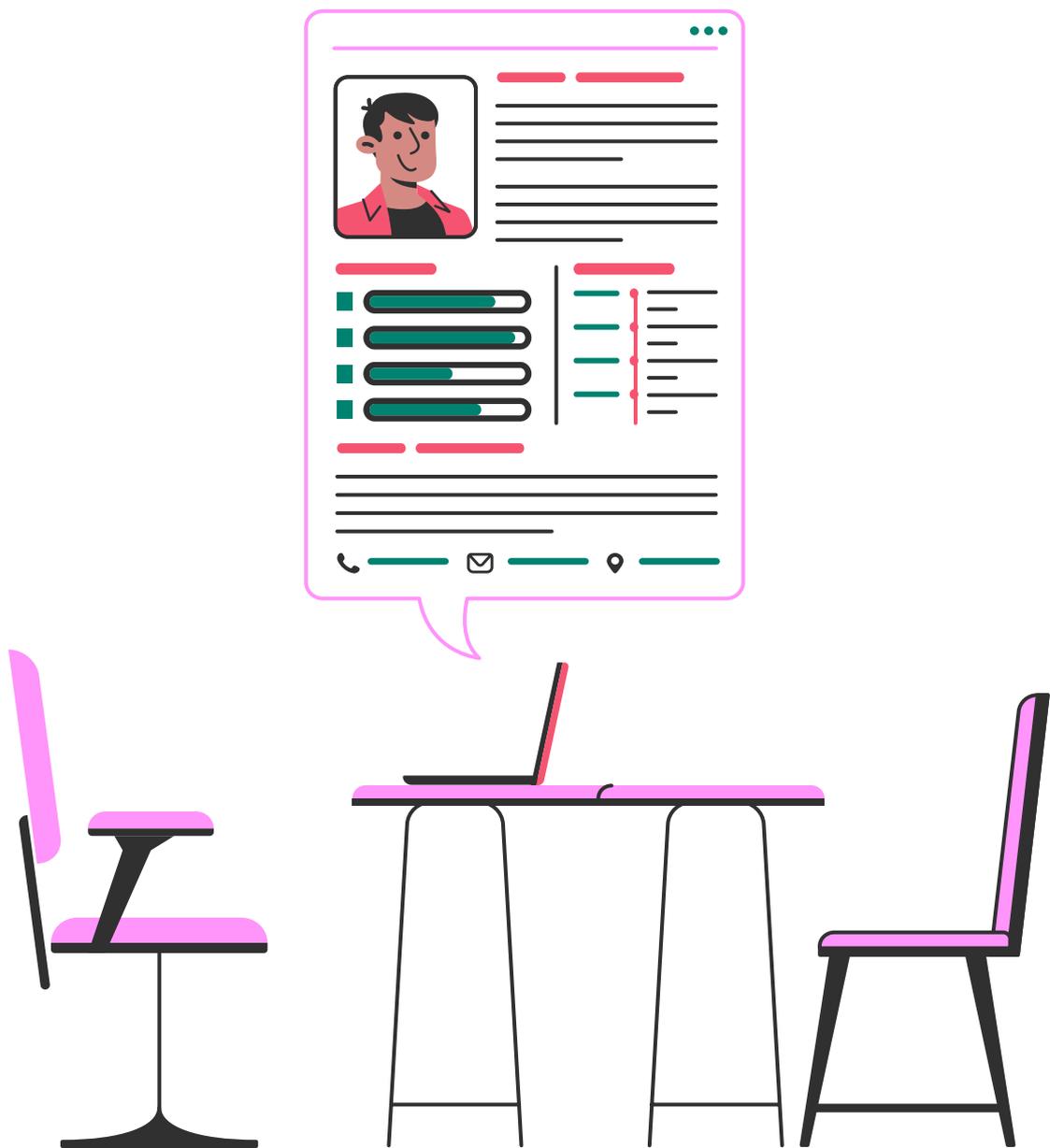
Para facilitar este proceso, se elaboró una base de datos con todas las organizaciones identificadas en los países analizados.

Algunas organizaciones fueron incluidas debido a su participación en reportes consultados en la fase de revisión documental, otras por su afiliación a la Red de Litigantes LGBTIQ+ de las Américas, y otras más fueron recomendadas por organizaciones entrevistadas previamente o identificadas mediante búsquedas con palabras clave en redes sociales.

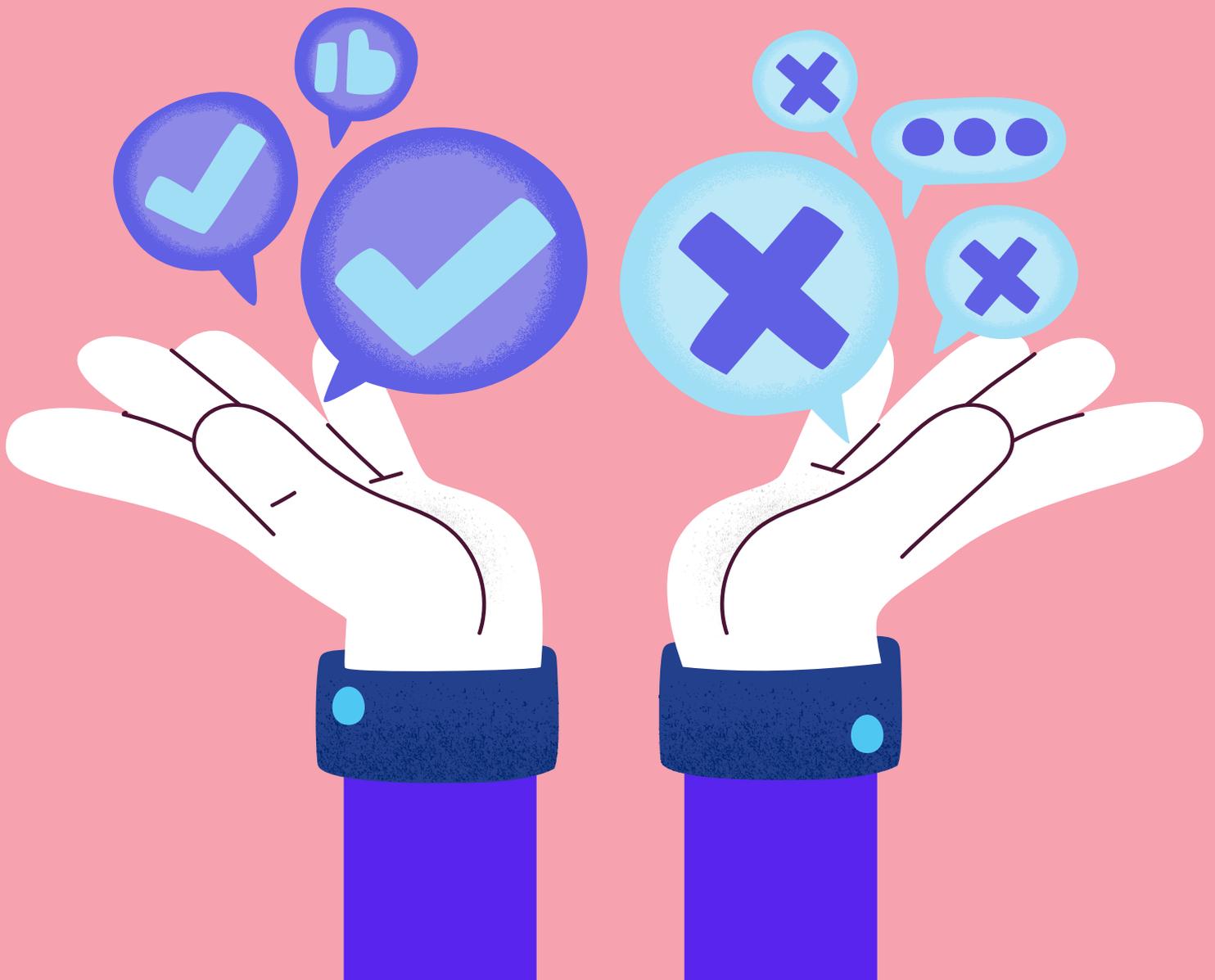
³ Es decir, el estudio no se basó en una muestra aleatoria representativa de las poblaciones de los países seleccionados. Se priorizó que las organizaciones tuvieran geografías y enfoques de trabajo en salud distintos. Para validar la relevancia de aquellas elegidas, se le pidió a las personas participantes de las entrevistas mencionar otras organizaciones que consideraran particularmente importantes incluir en la conversación.

Las entrevistas se realizaron en dos fases. En la primera, las preguntas abordaron las características generales de la atención en salud para personas trans en cada país. En la segunda, se profundizó en el acceso a tratamientos hormonales y cirugías, con especial atención a los obstáculos y facilitadores para acceder a ellos a través del sistema público, así como a las alternativas que las personas han encontrado frente a las barreras de acceso o la falta de cobertura de estos servicios. También se exploró el rol de las organizaciones en suplir parcialmente las deficiencias del sistema de salud.

A cada organización que aceptó participar se le envió, por correo o por redes sociales, un documento con los hallazgos parciales de su país y un consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las personas participantes, y se realizaron transcripciones que sirvieron para completar información faltante a los perfiles de los países. Para proteger la privacidad y seguridad de las personas entrevistadas, en el reporte no se incluyeron nombres ni citas textuales, reconociendo que en algunos contextos revelar la identidad podría tener repercusiones negativas para quienes participaron.



RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN: ENTRE EL 'DEBER SER' Y LA REALIDAD





Los resultados de esta investigación se fundamentan en una exhaustiva revisión documental que abarcó los marcos normativos, las políticas públicas, la literatura académica y gris, y los datos estadísticos disponibles en cada uno de los 14 países analizados: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú y República Dominicana. Este análisis permitió identificar patrones y diferencias significativas en el reconocimiento y la protección legal del derecho a la salud de las personas trans, permitiendo la clasificación de los países en tres grupos distintos según su nivel de desarrollo normativo, independientemente de la efectividad en la implementación práctica de estas normativas.

El primer grupo, conformado por Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México, se caracteriza por presentar los avances más notables en la garantía

de los derechos de la población trans dentro del contexto regional. Estos países han promulgado leyes de identidad de género o regulaciones equivalentes que reconocen la autodeterminación de género como un derecho fundamental, permitiendo la rectificación de nombre y sexo registral mediante procedimientos administrativos, sin la exigencia de intervenciones médicas o diagnósticos psiquiátricos, exceptuando el caso de Colombia, en donde a día de hoy aún la evaluación psicológica y psiquiátrica es necesaria. Además, han desarrollado programas específicos para la prestación de servicios de salud en materia de afirmación de género, con algún grado de cobertura estatal, ya sea a través de sus sistemas de seguridad social o de salud pública. La existencia de una literatura académica más robusta en estos países ha facilitado una comprensión más profunda de las necesidades y experiencias de la población trans en el ámbito de la salud, contribuyendo al diseño e implementación de políticas públicas más informadas.

El segundo grupo, integrado por Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú, reúne a países que, si bien han logrado avances significativos en la protección de los derechos de las personas trans, aún no alcanzan el nivel de desarrollo normativo observado en el primer grupo. Estos países han promulgado regulaciones, ya sea en forma de leyes, actos administrativos o documentos de política, que permiten el cambio de documentos de identidad o que establecen procedimientos de atención en salud para la población trans. Sin embargo, estas normativas suelen presentar limitaciones en su alcance o enfrentan desafíos considerables en su implementación efectiva. Por ejemplo, pueden existir leyes de identidad de género que aún mantienen requisitos patologizantes o procedimientos judiciales complejos, o bien, pueden existir protocolos de atención en salud que carecen de cobertura universal o enfrentan barreras significativas en su aplicación práctica.

El tercer grupo, compuesto por El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana, se caracteriza por la ausencia de leyes de identidad de género y por sistemas de salud que no contemplan las particularidades de las necesidades de la población trans. En estos países, el reconocimiento legal de la identidad de género autopercibida es inexistente o extremadamente limitado, y los servicios de salud en su mayoría no incluyen protocolos específicos para la atención integral de las personas trans, incluyendo los tratamientos de afirmación de género. La discriminación

y el estigma persisten como barreras significativas en el acceso a la salud, y la ausencia de protecciones legales deja a esta población en una situación de particular vulnerabilidad.

Para profundizar en la comprensión de estas diferencias regionales y sus implicaciones prácticas, el análisis comparativo se estructura en torno a cuatro categorías fundamentales que permiten examinar de manera integral la situación del acceso a la salud para las personas trans, con especial énfasis en los servicios de afirmación de género. **Estas categorías se analizan desde la dualidad entre “El deber ser” y “Lo que en realidad sucede”, facilitando una evaluación crítica de la efectividad de los marcos normativos y las prácticas institucionales en cada contexto nacional.**

El Derecho a la Salud, dentro del ámbito del “Deber ser”, trasciende la mera enunciación del derecho a la salud como principio general. El análisis profundiza en el entramado jurídico que lo sustenta, examinando las constituciones nacionales para identificar los artículos específicos que consagran este derecho, así como la igualdad, la no discriminación y el libre desarrollo de la personalidad. Se analizan las leyes específicas de salud y otras normativas relevantes, como leyes antidiscriminación o de identidad de género, para determinar su alcance y aplicabilidad a la población trans. La revisión también abarca la jurisprudencia, examinando las sentencias de las altas cortes que hayan abordado el derecho a la salud

de las personas trans, el acceso a los servicios de afirmación de género o el reconocimiento de la identidad de género. Finalmente, se consideran los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por cada país, identificando las obligaciones asumidas en materia de salud y no discriminación, y su integración en el marco jurídico nacional.

El análisis del sistema de salud, dentro del “Deber ser”, se centra en la estructura y el funcionamiento de los sistemas sanitarios, proporcionando el contexto institucional en el que se enmarca el acceso a los servicios de salud.



Se examina la composición de cada sistema, distinguiendo entre público, privado y mixto, y se analizan los mecanismos de financiamiento, ya sea a través de impuestos generales, contribuciones obligatorias o seguros

privados. La investigación evalúa la cobertura poblacional de los diferentes subsistemas, identificando el porcentaje de población con acceso a cada uno y los grupos excluidos. Además, se describe la organización territorial de los servicios, la distribución de la infraestructura sanitaria y la disponibilidad de profesionales de la salud, con especial atención a la presencia de especialistas capacitados en la atención a personas trans. Se incluyen datos cuantitativos sobre el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, y otros indicadores relevantes que permiten dimensionar la capacidad y el alcance de cada sistema.

El acceso general a servicios de salud para personas trans, dentro de “Lo que en realidad sucede”, examina la experiencia cotidiana de las personas trans al buscar atención médica, más allá de los servicios de salud en materia de afirmación de género. Se analizan las barreras que enfrentan para acceder a servicios de salud general, incluyendo la discriminación por parte del personal médico y administrativo, el estigma social que permea las instituciones de salud, la falta de sensibilidad y capacitación del personal, y las dificultades que surgen de la discordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales. Se recopilan testimonios, investigaciones cualitativas y datos estadísticos sobre la frecuencia de uso de los servicios de salud por parte de la población trans, las razones por las que evitan buscar

atención, y las experiencias de maltrato o rechazo. Se examina también la existencia de programas o servicios específicos para personas trans dentro del sistema general de salud y su efectividad.

Los servicios de afirmación de Género, dentro de “Lo que en realidad sucede”, se concentran en la provisión de terapias hormonales y cirugías de afirmación de género, analizando su disponibilidad, accesibilidad y calidad. En términos de disponibilidad, se investiga si estos tratamientos están incluidos en la cartera de servicios del sistema público o de los seguros privados, si existen protocolos de atención específicos para personas trans, y si hay suficiente personal médico capacitado para brindar estos tratamientos. Respecto a la accesibilidad, se examinan los costos asociados a las terapias hormonales y las cirugías, la existencia de mecanismos de financiamiento o subsidios, y la distribución geográfica de los servicios especializados, identificando las disparidades territoriales en el acceso.

También se consideran los tiempos de espera para acceder a estos tratamientos y los requisitos administrativos que deben cumplir las personas trans. En cuanto a la calidad, se evalúa si los protocolos de atención se basan en la evidencia científica y en los estándares internacionales de derechos humanos, si el personal de salud recibe capacitación continua en la atención a personas trans, y si existen mecanismos para medir la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Se presta especial atención a la existencia de prácticas patologizantes o discriminatorias en la provisión de estos servicios.

Este análisis pormenorizado de las cuatro categorías, contrastando “El deber ser” con “Lo que en realidad sucede”, permite identificar las brechas entre los marcos normativos y la práctica, comprender las barreras que obstaculizan el acceso efectivo a la salud para las personas trans, y sentar las bases para la formulación de recomendaciones concretas y efectivas que contribuyan a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos en la región.

I. EL DEBER SER:

LA PROMESA DE
SALUD, IGUALDAD Y NO
DISCRIMINACIÓN PARA
LAS PERSONAS TRANS

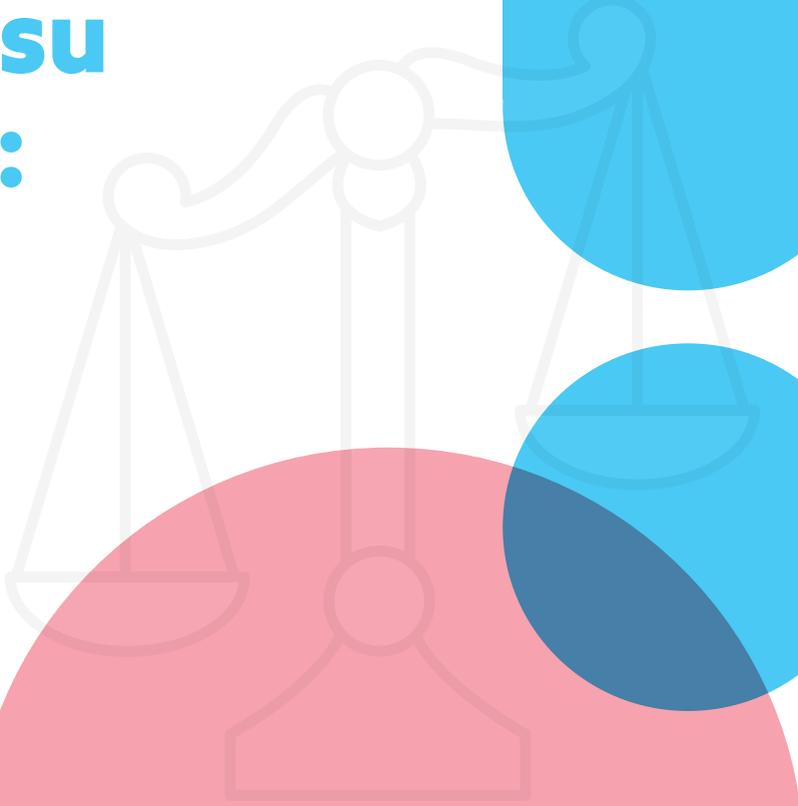


El “Deber ser”, en el contexto del derecho a la salud de las personas trans en América Latina, representa la promesa plasmada en marcos legales y sistemas de salud que, al menos en teoría, garantizan la igualdad, la no discriminación y el acceso a una atención integral y de calidad. Es la descripción de un escenario donde las constituciones, leyes, jurisprudencias y tratados internacionales se traducen en políticas públicas y prácticas institucionales que reconocen y protegen la identidad de género, facilitando el acceso a servicios de salud que afirman y validan dicha identidad. Es, en definitiva, la promesa de que el derecho a la salud es una realidad tangible para todas las personas, sin importar su identidad de género.

Esta sección analiza los componentes de ese “Deber ser”, examinando los marcos normativos y las estructuras de los sistemas de salud en los tres grupos de países previamente identificados. Se describirá el entramado legal que, en principio, ampara el derecho a la salud, la igualdad y la no discriminación, incluyendo las leyes de identidad de género, las leyes antidiscriminación y las decisiones judiciales relevantes. Asimismo, se analizarán los sistemas de salud en su concepción formal, describiendo sus modelos de cobertura, financiamiento y organización, y su potencial para brindar una atención integral a las personas trans, incluyendo los servicios de afirmación de género. Se examinará cómo, en teoría, estos dos pilares –el legal y el sanitario– se articulan para crear un entorno que propicia el ejercicio pleno del derecho a la salud.

El análisis, sin embargo, no se limitará a una descripción idealizada, sino que también identificará las limitaciones y contradicciones que ya se vislumbran en la propia concepción de ese “Deber ser”, preparando el terreno para el contraste con la realidad que se presentará en las secciones posteriores.

1. El derecho a la salud y su marco legal: un mosaico de avances y desafíos

A stylized graphic of scales of justice, rendered in light blue and white outlines. The scales are positioned behind a large, semi-transparent red circle that overlaps the bottom right of the page. The background of the page is white, with a large blue circle in the top right corner and a large red circle in the bottom right corner.

El derecho a la salud de las personas trans en América Latina se inscribe en un mosaico diverso de marcos jurídicos, donde conviven desde legislaciones pioneras a nivel mundial hasta contextos de ausencia casi total de reconocimiento y protección. El análisis de los 14 países estudiados revela un panorama heterogéneo, que permite agruparlos en tres categorías diferenciadas según el grado de desarrollo de sus normativas y su enfoque hacia la autodeterminación de género y el acceso a servicios de salud especializados.

1.1. Grupo 1: Liderando el rumbo hacia la autodeterminación de género

Argentina, Brasil, Colombia, Chile y México se destacan en este primer grupo como los países que han dado pasos más firmes hacia la garantía del derecho a la identidad de género y el acceso a la salud para las personas trans.⁴ En este recorrido, Argentina marcó el ritmo, convirtiéndose en un referente global con la promulgación en 2012 de su Ley de Identidad de Género.

Esta ley, pionera en su enfoque, no solo reconoce la autodeterminación de género como un derecho fundamental, permitiendo la rectificación de nombre y sexo registral mediante un simple trámite administrativo, sino que también brinda el acceso a intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales integrales. La ley se apoya en una base constitucional sólida que consagra el derecho a la salud y otorga jerarquía constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos.

Lejos de ser un hecho aislado, la ley argentina inspiró a otros países de la región a seguir su ejemplo. Chile, aunque con algunos años de diferencia, se sumó a esta senda en 2018 con la aprobación de su propia Ley de Identidad de Género (Ley 21.120 de 2018). En ella se estableció

un trámite administrativo para la rectificación de la partida de nacimiento conforme a la identidad de género de las personas mayores de edad. Para los menores de edad, se introdujo un procedimiento diferenciado que incluye la autorización de sus representantes legales y la venia judicial, y también se dictaminó la creación de programas de acompañamiento psicológico y psicosocial.¹⁰ Así, esta ley representa un avance innegable en el reconocimiento de la autodeterminación de género, situándose en un contexto normativo que ampara el derecho a la salud y contempla medidas contra la discriminación por motivos de identidad de género u orientación sexual, como ocurre con la Ley Zamudio o Ley 20.609 de 2012.

Colombia y Brasil, por su parte, han avanzado en la protección de los derechos de las personas trans a través de una interesante combinación de legislación, activismo y, crucialmente, la intervención de sus altas cortes. En Colombia, el Decreto 1227 de 2015¹¹ simplificó el cambio de nombre y marcador de género en documentos oficiales. Sin embargo, ha sido la Corte Constitucional, a través de

⁴ Es importante señalar que con la llegada de Javier Milei a la presidencia de Argentina está ocurriendo un retroceso en el acceso a los tratamientos afirmativos de género, en especial para menores de edad. Milei ya desmanteló el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidades, que contaba con programas y documentos relevantes para el manejo clínico y la ruta de acceso a estos servicios. Además, prohibió por decreto que se brinden tratamientos hormonales y cirugías de reasignación de género a personas menores de 18 años.⁹ En Chile, a pesar de que no existe un ejecutivo que quiera atacar los derechos de las personas trans, después de que el informe de la Revisión Independiente de los Servicios de Identidad de Género para Niños y Jóvenes de Inglaterra afirmara no encontrar evidencia suficiente para apoyar el uso de bloqueadores y hormonas en adolescentes, el país suspendió su uso indefinidamente.

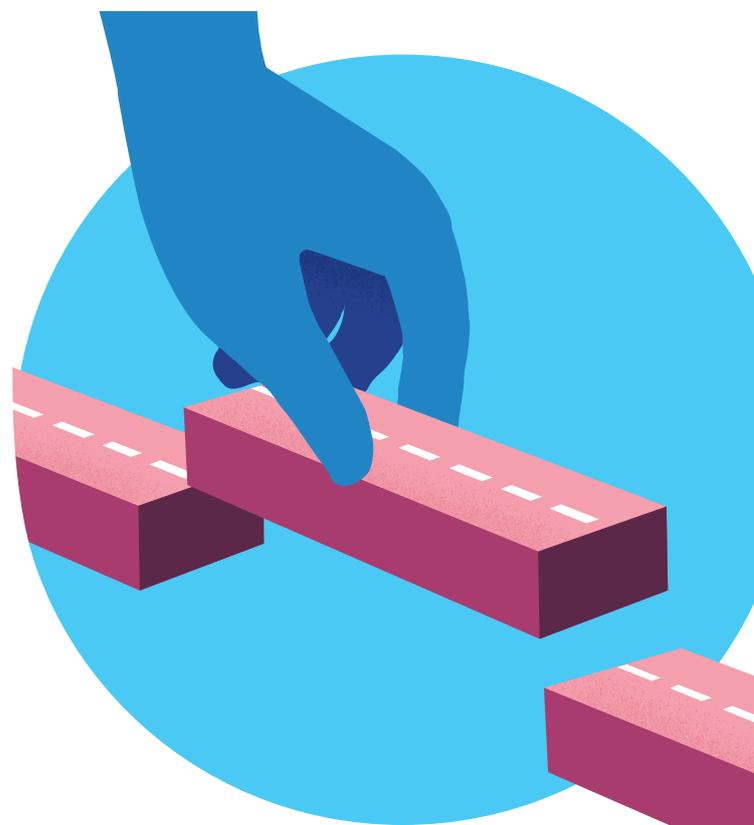
una serie de sentencias, la que ha consolidado el derecho a la identidad de género y el acceso a servicios de salud como derechos fundamentales, supliendo en cierta medida la falta de una ley específica a nivel nacional. Recientemente, la Circular Externa 2024150000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud ha reforzado la obligación de una atención médica adecuada y sin discriminación para personas trans, subrayando el rol activo del poder judicial y de los órganos de control en la protección de estos derechos.¹²

En Brasil, a pesar de la ausencia de una ley de identidad de género, el Supremo Tribunal Federal marcó un hito en 2018 al reconocer el derecho de las personas trans a modificar su nombre y sexo registral sin necesidad de intervenciones quirúrgicas ni peritajes psicológicos. Esta decisión judicial, sumada a la tipificación de la homofobia y la transfobia como delitos equiparables al racismo en 2019, configura un panorama de progresiva protección legal, aun en ausencia de una ley específica.

México, finalmente, presenta un panorama dual. Por un lado, la Ciudad de México se destaca por sus avances en derechos LGBTIQ+ en el país, con la legalización del matrimonio igualitario en 2009, a través de una reforma al código civil, aprobada por la Asamblea Legislativa, y la aprobación en 2021 de la Ley para el Reconocimiento y la Atención de las Personas LGTBTTI, que aborda la transfobia como una forma de discriminación y establece

obligaciones claras para la Secretaría de Salud local. Por otro lado, a nivel federal, aunque la Constitución reconoce el derecho universal a la protección de la salud y la Ley General de Salud de 1984 garantiza el acceso a los servicios, se ha avanzado más lentamente. Sin embargo, hitos recientes como la reforma al Código Penal Federal y la adición a la Ley General de Salud en 2024 para sancionar las “terapias de conversión” y la Recomendación 42/2024 de la CNDH que insta a una armonización legislativa, señalan un avance significativo en la protección federal de los derechos de las personas trans.

Estos cinco países, con sus diferentes ritmos y estrategias, han sentado las bases para un reconocimiento pleno de la autodeterminación de género y el derecho a la salud integral de las personas trans, influyendo positivamente en el debate regional y marcando un camino a seguir para otros países de América Latina.



1.2. Grupo 2: Entre avances normativos y desafíos en la implementación

Un segundo grupo de países, conformado por Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú, se encuentra en una etapa de transición. Han logrado avances normativos significativos, pero aún enfrentan desafíos importantes para garantizar plenamente el derecho a la identidad de género y el acceso a servicios de salud adecuados para las personas trans.

En Bolivia, la Ley de Identidad de Género de 2016 representó un avance considerable al permitir el cambio de nombre y sexo registral. Sin embargo, una decisión posterior del Tribunal Constitucional de anular el artículo 11, que otorgaba a las personas trans los derechos fundamentales referentes al sexo del registro civil rectificado, generó incertidumbre sobre el alcance de la ley. Aunque la Constitución y la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral reconocen el derecho a la salud, la Norma de Atención Integral para la Población LGBTIQ+ de 2022, si bien aborda la discriminación, carece de la especificidad técnica necesaria para garantizar una atención adecuada a las personas trans, dejando en evidencia la brecha entre la norma y su aplicación efectiva.

Costa Rica se caracteriza por una sólida tradición de protección del derecho a la salud, consagrado en su Constitución e interpretado por la jurisprudencia como un derecho fundamental

estrechamente vinculado al derecho a la vida.¹³ Sin embargo, la ausencia de una ley específica de identidad de género ha sido un obstáculo para el pleno reconocimiento de los derechos de las personas trans. La aprobación en 2018 de un protocolo de hormonización por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y su declaratoria de interés público mediante el Decreto n. 41496-S demuestran una tendencia positiva, aunque todavía incipiente.¹⁴

Ecuador fue pionero en la región al incluir la no discriminación por identidad de género en su Constitución de 2008. La Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles de 2016 facilitó el cambio de nombre y sexo registral. No obstante, el “Manual de Atención en Salud a Personas LGBTI” de 2016, aunque representa un esfuerzo por mejorar la atención, ha mostrado limitaciones en su implementación y no aborda adecuadamente aspectos cruciales como las derivaciones a especialistas o el manejo de terapias hormonales. La tipificación de la discriminación como delito en el código penal es un avance, pero la falta de una jurisprudencia robusta en materia de derechos trans evidencia la necesidad de seguir fortaleciendo el marco legal y su interpretación judicial.

En Perú, el panorama es complejo. La Constitución reconoce el derecho a la salud y el deber del Estado de

garantizar el acceso equitativo a los servicios. El Tribunal Constitucional reconoció en 2016 el derecho a la identidad de género en un caso emblemático, y en ese mismo año se aprobó una Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina, aunque con un enfoque restrictivo y excluyente. Un fallo judicial en 2020 ordenó al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) desarrollar un procedimiento para la rectificación de nombre y género sin requisitos patologizantes, pero la apelación de esta decisión refleja la resistencia institucional al cambio. La aprobación de un predictamen de la Ley de Identidad de Género en 2021

por la Comisión de la Mujer y la Familia del Congreso es una señal alentadora, pero su no promulgación hasta la fecha deja un vacío legal que perpetúa la desprotección.

Estos cuatro países se encuentran en un punto de inflexión, donde los avances normativos conviven con limitaciones en la implementación y vacíos legales que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos de las personas trans. La tensión entre el reconocimiento formal de derechos y su materialización efectiva en el acceso a servicios de salud adecuados es una característica común en este grupo.

1.3. Grupo 3: En camino hacia el reconocimiento

El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana conforman un tercer grupo que enfrenta los mayores desafíos en materia de reconocimiento y protección de los derechos de las personas trans.

En estos países, la ausencia de leyes de identidad de género y la inexistencia de protocolos específicos en los sistemas de salud configuran un escenario de marcada vulnerabilidad.

En El Salvador, si bien la Constitución reconoce la salud como un bien público y existe un decreto que prohíbe la discriminación por identidad de género en el Ejecutivo, la falta de una

ley de identidad de género y la reciente eliminación en 2024 del protocolo de atención para personas LGBTI del MINSAL representan un claro retroceso. El reconocimiento del derecho al cambio de nombre para personas trans por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en 2022 aparece como un hito aislado en un contexto adverso.

Guatemala presenta una situación similar, con una Constitución que reconoce la salud como un bien público y un Código de Salud que, en teoría, garantiza el acceso universal sin discriminación. Sin embargo, la ausencia de una legislación sobre identidad de género y de una ley

antidiscriminación específica deja a la población trans guatemalteca en una situación de desprotección. En el 2016 el Ministerio de Salud creó la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para Personas Trans, sin embargo, a la fecha no existen avances en su implementación.

Honduras, a pesar de tener una Constitución que garantiza el derecho a la salud y un marco legal sanitario que incluye una Ley Especial de VIH/SIDA, no ha logrado avances significativos en el reconocimiento de los derechos de las personas trans. La emblemática sentencia del caso Vicky Hernández contra el Estado hondureño, que prometía ser un punto de inflexión, no se ha traducido en mejoras tangibles en el acceso a la salud para esta población. La ausencia de una ley de identidad de género y de legislación antidiscriminación específica perpetúa la vulnerabilidad de las personas trans.

En Panamá, si bien la Constitución reconoce la salud como un estado de bienestar integral, el marco legislativo sanitario hace referencia a las personas trans únicamente en el contexto del VIH. Esta mención limitada se establece en la Resolución 167 de 2022 del Ministerio de Salud, que identifica a esta población como grupo clave debido a su vulnerabilidad ante dicho virus. Aunque esta resolución promueve una atención sanitaria

libre de estigma y discriminación, su enfoque resulta restrictivo y estigmatizante al no contemplar las múltiples necesidades de salud de las personas trans. Si bien los esfuerzos de la sociedad civil por impulsar una ley de identidad de género representan un avance prometedor, la ausencia de una legislación antidiscriminación constituye un vacío legal significativo.

Finalmente, República Dominicana, con una Constitución que consagra el derecho a la salud integral, con una Ley General de Salud (Ley No. 42-01) del 2001, y una Ley de Seguridad Social (Ley No. 87-01) del 2001, que buscan garantizar el acceso a servicios, no ha logrado avances concretos en el reconocimiento de la identidad de género. Si bien la Ley de VIH/SIDA prohíbe la discriminación por identidad de género, la ausencia de una ley específica y de protocolos de salud adecuados deja a las personas trans sin protección efectiva.

En este grupo de países, la discriminación y el estigma se ven exacerbados por la ausencia de un marco legal que reconozca y proteja la identidad de género. La falta de reconocimiento legal no solo vulnera la dignidad de las personas trans, sino que también obstaculiza su acceso a servicios de salud, perpetuando un ciclo de exclusión y marginación que urge revertir.

2. Sistemas de salud: entre coberturas teóricas y realidades dispares

El análisis de los sistemas de salud en los 14 países revela una diversidad de modelos y estructuras, que van desde sistemas públicos robustos hasta esquemas fragmentados con fuerte presencia del sector privado. Sin embargo, más allá de las diferencias formales, un factor común emerge como un desafío crucial: la brecha entre la cobertura teórica y el acceso real a servicios de calidad, especialmente para las personas trans.

El análisis de los sistemas de salud en los 14 países revela una diversidad de modelos y estructuras, que van desde sistemas públicos robustos hasta esquemas fragmentados con fuerte presencia del sector privado. Sin embargo, más allá de las diferencias formales, un factor común emerge como un desafío crucial: la brecha entre la cobertura teórica y el acceso real a servicios de calidad, especialmente para las personas trans.

2.1. Grupo 1: Sistemas con mayor capacidad de respuesta, pero con desafíos persistentes

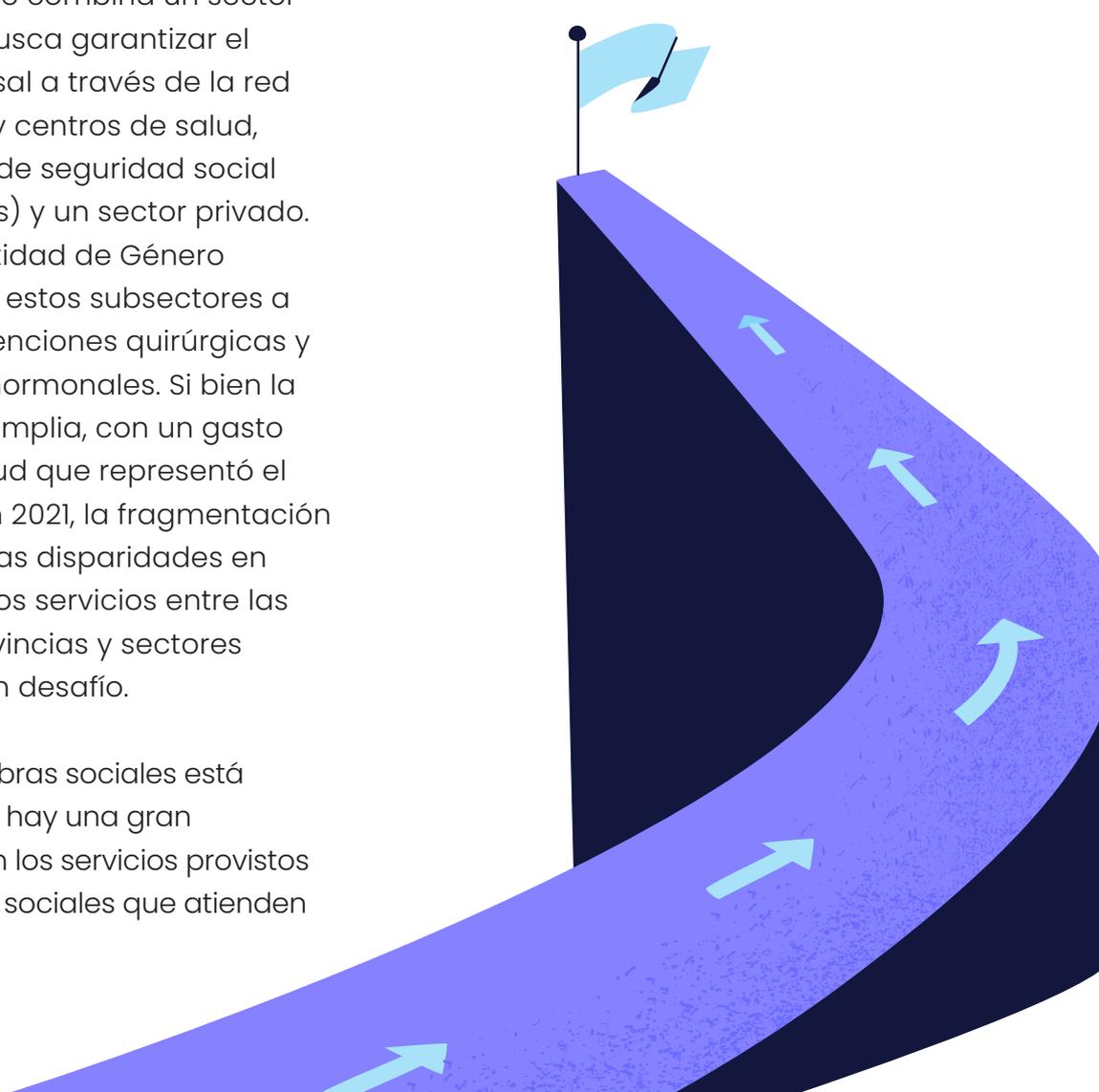
Los países del primer grupo – Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México– se caracterizan por contar con sistemas de salud que, al menos en teoría, ofrecen una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de la población trans.

Sin embargo, persisten desafíos importantes en la implementación efectiva de políticas inclusivas y en la garantía de un acceso equitativo a los servicios.

Argentina cuenta con un sistema de salud mixto que combina un sector público, que busca garantizar el acceso universal a través de la red de hospitales y centros de salud, con un sector de seguridad social (obras sociales) y un sector privado. La Ley de Identidad de Género obliga a todos estos subsectores a proveer intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales. Si bien la cobertura es amplia, con un gasto público en salud que representó el 9.71% del PIB en 2021, la fragmentación del sistema y las disparidades en la calidad de los servicios entre las diferentes provincias y sectores representan un desafío.

El sistema de obras sociales está fragmentado y hay una gran desigualdad en los servicios provistos entre las obras sociales que atienden

a los sectores más privilegiados, las obras sociales provinciales, y PAMI, el programa de atención médica para jubilados. Sin embargo, como se trata de un sistema de salud universalista, toda persona puede, en teoría, acceder a servicios en el sector público. La implementación de la Ley de Identidad de Género ha implicado la creación de consultorios amigables y la capacitación de profesionales, aunque persisten retos en la uniformidad de la atención y la superación de la histórica fragmentación del sistema en los hechos.



Brasil, por su parte, tiene el Sistema Único de Salud (SUS) que es de carácter universal, público y gratuito, financiado a través de impuestos. El SUS atiende aproximadamente al 75% de la población que exclusivamente usa el sistema, mientras que el 25% restante complementa su atención con seguros privados. Este sistema, desde el 2008, provee servicios de afirmación de género, incluyendo hormonas, cirugías y apoyo en salud mental. Sin embargo, la realidad muestra un panorama más complejo, en donde la capacidad del SUS para brindar estos servicios está contenida dentro de las ciudades principales del país, creando así la necesidad de transporte hacia los centros urbanos y largas listas de espera. Esto lleva a muchas personas trans a recurrir al sector privado, con los altos costos que esto implica.

En Chile, el sistema de salud es mixto, con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de carácter público y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) de naturaleza privada. El primero cubre el 76% de la población, mientras que las segundas apenas un 15%.¹⁵ La cobertura del sistema es una de las más altas de la región y el gasto nacional en salud medido como porcentaje del PIB alcanza un 9%.¹⁶ Para la atención de las personas trans, el Ministerio de Salud ha emitido las Circulares 34 de 2011 y 21 de 2012 que promueven un acceso oportuno y equitativo. En las redes asistenciales de algunas regiones se han creado un total de 15 Programas de Integrales de Identidad de Género (PIIG) que ofrecen terapia hormonal e intervenciones

quirúrgicas. Pese a ello, la mayoría operan de manera autoadministrada y se distribuyen de manera desigual en el territorio, por lo que su cobertura es limitada. Además, para acceder a sus prestaciones existen largas listas de espera.¹⁷ En cuanto a los menores de edad, la reciente suspensión temporal de nuevos tratamientos con bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas, recomendada por la Circular N°7 de 2024 del Ministerio de la Salud, sumada a la investigación de los planes y programas de identidad de género por la Comisión 57 del Congreso, generan un clima de incertidumbre sobre el futuro de la atención de las infancias y adolescencias trans en el sistema público.¹⁸

Colombia cuenta con un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que opera bajo dos regímenes: el Contributivo, para trabajadores formales e independientes con capacidad de pago, y el Subsidiado, para poblaciones vulnerables. Aunque el sistema ha logrado una cobertura universal del 80%,¹⁹ con un gasto público en salud del 6.55% del PIB en 2021,²⁰ persisten barreras significativas para las personas trans. La falta de lineamientos claros para los tratamientos de afirmación de género en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en especial en el acceso para menores de edad, así como los frecuentes problemas de desabastecimiento de medicamentos, obligan a muchas personas trans a recurrir a la automedicación o a buscar alternativas en el sector

privado. Adicionalmente, no se ha hecho la transición del CIE-10 al CIE-11, que completamente retiró todo lo relacionado con la identidad trans de la sección de diagnósticos mentales y eliminó el diagnóstico de disforia de género. Por lo tanto, al menos en un nivel administrativo, la identidad trans se sigue patologizando en Colombia.

México presenta un sistema de salud en proceso de transformación. Históricamente fragmentado, con un sector público dividido entre la seguridad social para trabajadores formales (IMSS, ISSSTE, ISSFAM) y la Secretaría de Salud para personas sin seguridad social, se ha impulsado una unificación a través del IMSS-Bienestar desde 2023. Sin embargo, la adopción de este nuevo modelo ha sido dispar entre las entidades federativas. A pesar de la propuesta de cobertura universal, un 30.6% de la población no estaba afiliada a ningún subsistema en 2020, y el gasto de bolsillo en salud sigue siendo elevado (41.37% en 2021).²¹ La Clínica Condesa en Ciudad de México se destaca como un centro pionero en la atención a personas trans, pero la concentración de servicios especializados en las grandes ciudades y la falta de adherencia a los protocolos de atención en todo el país generan inequidades en el acceso.

En este grupo, si bien los sistemas de salud presentan una mayor capacidad institucional y marcos normativos más avanzados, la fragmentación, la inequidad en la distribución de recursos y la variabilidad en la implementación de políticas inclusivas siguen representando desafíos importantes para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad para las personas trans, esto sin contar con el daño que ocasionan las campañas de desinformación que circulan en los países sobre los diferentes tratamientos de afirmación de género.⁵



⁵ Por ejemplo: <https://vm.tiktok.com/ZNeooBHap/>, <https://vm.tiktok.com/ZNeooDcYx/>, https://www.instagram.com/reel/DD2et_-yg7J/?igsh=MWpjdjVxYnpobjdqNg==

2.2. Grupo 2: Sistemas con capacidades limitadas y barreras en la implementación

Los países del segundo grupo – Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú– se caracterizan por sistemas de salud que enfrentan mayores limitaciones en términos de recursos, infraestructura y capacidad de gestión, lo que se traduce en barreras más pronunciadas para la implementación de políticas de atención a la población trans.

Bolivia cuenta con un sistema de salud mixto que incluye un sector público, con el Sistema Único de Salud (SUS) implementado en 2019 para ampliar la cobertura a la población no asegurada, y un sistema de seguridad social basado en cajas de salud donde los empleados realizan contribuciones. A pesar de la implementación del SUS, persisten desafíos estructurales como la fragmentación institucional, la escasez de recursos y la distribución geográfica inequitativa de los servicios. La crisis económica y la escasez de divisas han impactado la importación de medicamentos, incluidas las hormonas, con incrementos de costos que pueden triplicar los precios en comparación con países vecinos. La Norma de Atención Integral para la Población LGBTIQ+ emitida por el Ministerio de Salud en 2022 carece de lineamientos técnicos específicos y protocolos para la terapia hormonal o cirugías, perpetuando la brecha entre la norma y la práctica.

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el pilar fundamental del sistema de salud, con

un esquema de cobertura obligatoria para trabajadores asalariados y voluntaria para independientes.²² El sistema costarricense ha demostrado un desempeño notable, con un alto índice de cobertura universal y una inversión pública en salud del 7.57% del PIB.²³ Sin embargo, respecto a las personas trans, persisten dificultades para el acceso a los servicios de salud, pues la cobertura de la CCSS depende de tener un empleo formal, y muchas de ellas se encuentran en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.²⁴ Adicionalmente, la oferta de tratamientos de afirmación de género se encuentra limitada por la carencia de médicos especialistas y por la concentración de los servicios en la Gran Área Metropolitana. En provincias como Guanacaste, Limón y Puntarenas no existe la capacidad para brindar estos tratamientos, y en los principales hospitales del país en los que sí se ofrecen se presentan largas listas de espera.

Ecuador presenta un Sistema Nacional de Salud (SNS) segmentado y fragmentado, compuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP), que atiende a la población de escasos recursos, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que cubre a trabajadores formales, y los prestadores privados. Los indicadores de cobertura y financiamiento revelan importantes desafíos: un gasto público en salud del 5.28% del PIB y un gasto de bolsillo

que alcanza el 30.62% del gasto total en salud en 2021.²⁵ La alta rotación del personal en el sistema público, sumado a la falta de implementación efectiva del “Manual de Atención en Salud a Personas LGBTI” de 2016, genera discontinuidad en la atención y limita el acceso a servicios especializados. La actual crisis económica del país, caracterizada por el racionamiento eléctrico y la reducción del gasto público, exacerba las dificultades de acceso a tratamientos de afirmación de género.

Perú tiene un sistema de salud mixto, con un sector público compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. La cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) alcanzaba al 51,4% de la población en 2020, mientras que EsSalud cubría al 22,3%. Desde 2018, se implementan las Redes Integradas de Salud (RIS) para mejorar la coordinación, pero persisten desafíos en el acceso a servicios y medicamentos, con un desabastecimiento crónico que se ha intensificado desde la pandemia. La Norma Técnica 980 de 2016 para la atención integral de la población trans femenina ha tenido una implementación limitada y geográficamente desigual, y ha sido criticada por su enfoque restrictivo y excluyente. La reciente controversia por la clasificación de las identidades trans como condiciones de salud mental en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aunque posteriormente modificada, evidencia la persistencia de enfoques patologizantes en el sistema.²⁶

En este grupo de países, las limitaciones en la capacidad de gestión, la escasez de recursos, la fragmentación de los sistemas y la débil implementación de políticas específicas se combinan para crear barreras significativas en el acceso a la salud para las personas trans, perpetuando la inequidad y la exclusión.



2.3. Grupo 3: Sistemas con marcadas deficiencias y desprotección

República Dominicana– presentan sistemas de salud con deficiencias estructurales profundas y una marcada desprotección hacia la población trans. La ausencia de políticas específicas, la precariedad de los servicios y la discriminación institucionalizada configuran un panorama de exclusión sistemática.

En El Salvador, el sistema de salud es mixto, con el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) como principales proveedores. La cobertura del MINSAL alcanzaba al 71.7% de la población en 2018, mientras que el ISSS atendía al 28%. La eliminación del protocolo de atención para personas LGBTI del MINSAL en 2024 ha generado un vacío en la atención especializada, aumentando la vulnerabilidad de la población trans. La ausencia de programas específicos, la falta de profesionales capacitados y la concentración geográfica de los escasos servicios especializados en San Salvador crean barreras casi infranqueables para el acceso a la salud. La reciente denuncia de cientos de personas trans sobre la falta de garantías estatales (febrero de 2024) refleja la gravedad de la situación.

Guatemala cuenta con un sistema de salud dual, con un sector público encabezado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco

de Seguridad Social (IGSS), y un sector privado. Guatemala presenta una de las tasas más bajas de médicos por cada mil habitantes en América Latina, con una concentración del 70% del personal sanitario en la zona metropolitana, aunque desde 1997 el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) busca ampliar el acceso en zonas rurales a través de ONGs, pero con recursos limitados. La Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para personas trans 2016-2030 ha sido criticada por su deficiente implementación y su desconexión con la realidad, evidenciando la persistencia de enfoques patologizantes y la falta de compromiso institucional.

El sistema de salud de Honduras está estructurado a través de dos instituciones principales: la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), aunque su alcance es limitado, ya que solo aproximadamente el 60% de la población tiene acceso regular a servicios médicos, principalmente debido a la falta de infraestructura y personal en áreas rurales. En cuanto a la atención de grupos específicos, el Fondo Mundial ha sido instrumental en el financiamiento de servicios para la población trans, particularmente en lo relacionado con VIH, aunque estos servicios están concentrados en los principales centros urbanos. Sin embargo, una limitación significativa del

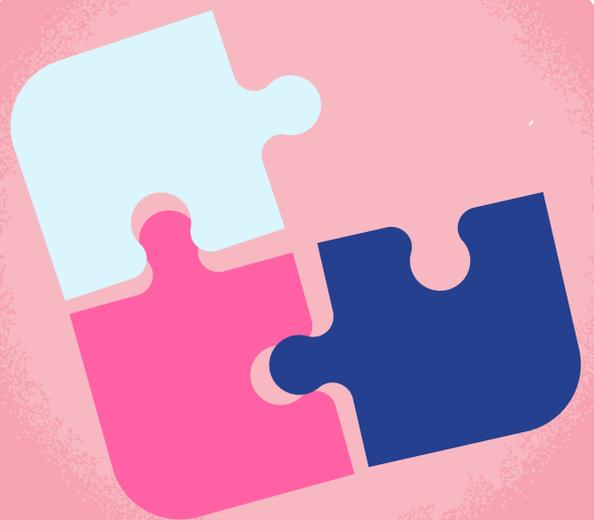
sistema es la ausencia de protocolos y lineamientos específicos para la atención médica de personas trans.

En Panamá, el sistema de salud es mixto, integrado por el Ministerio de Salud (Minsa), la Caja de Seguro Social (CSS) y el sector privado. La coordinación entre el Minsa y la CSS ha sido históricamente limitada.²⁷ La Resolución 167 de 2022 del Ministerio de Salud, que incluye a las personas trans como población clave, carece de protocolos específicos de atención y mantiene un enfoque patologizante. Las Clínicas Amigables, financiadas por la Universidad del Valle de Guatemala, proveen algunos servicios, pero con un alcance restringido. La ausencia de una ley de identidad de género y la discordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales generan barreras administrativas concretas en el acceso a los servicios.

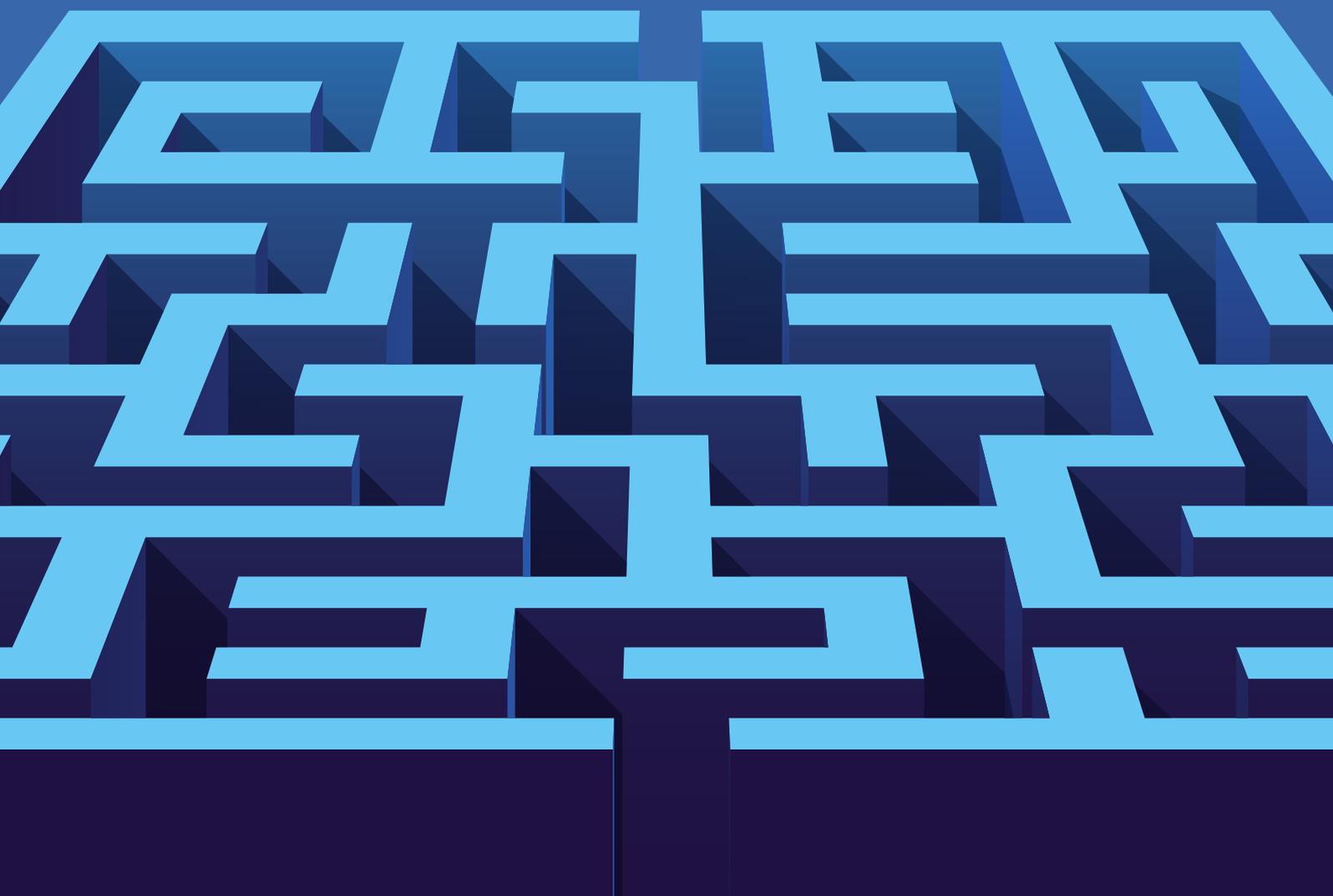
República Dominicana cuenta con un Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) implementado en 2001, con tres regímenes: Contributivo, Subsidiado y Contributivo-Subsidiado. El Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) coordinan el sector público. El sector privado opera a través de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Organizaciones como el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) y el Instituto de Desarrollo Educativo y Psicológico (IDEP) desempeñan un papel crucial

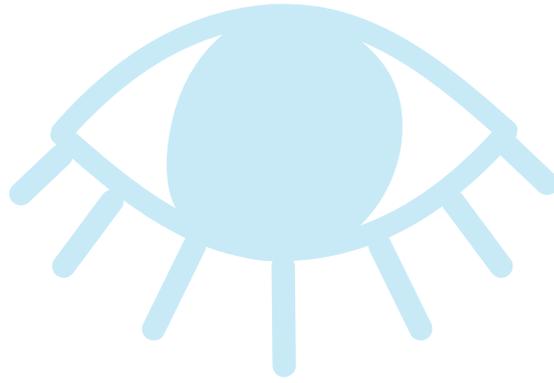
en la prestación de servicios a personas trans, pero con un alcance limitado. La ausencia de protocolos públicos específicos para la atención de personas trans, sumado a la discriminación y el estigma, genera un patrón de evitación de los servicios de salud formales. Los costos de los tratamientos hormonales y las cirugías de afirmación de género representan un gran limitante para la mayoría de la población trans.

En este grupo de países, la precariedad de los sistemas de salud, la ausencia de políticas y protocolos específicos, la discriminación institucionalizada y la falta de reconocimiento legal configuran un panorama de exclusión sistemática que urge ser transformado para garantizar el derecho a la salud de las personas trans.



II. LO QUE EN REALIDAD SUCEDE: NAVEGANDO UN LABERINTO DE BARRERAS EN EL ACCESO A LA SALUD





La proclamación del derecho a la salud como un principio universal y su reconocimiento en constituciones y leyes, si bien representan un avance fundamental, no garantizan por sí solos el acceso efectivo a los servicios de salud.

La realidad cotidiana de las personas trans en América Latina, al buscar atención médica, se asemeja a la travesía por un laberinto plagado de obstáculos, donde la discriminación, el estigma, la falta de capacitación del personal y las barreras administrativas se erigen como muros infranqueables. Esta sección se adentra en las experiencias vividas por las personas trans en los 14 países analizados, contrastando el “Deber Ser” normativo con “lo que en realidad sucede” en consultorios, hospitales y clínicas.

A través de datos concretos, ejemplos emblemáticos y un análisis profundo de las causas subyacentes, se busca visibilizar las brechas existentes y dimensionar el impacto de la exclusión en la vida y el bienestar de esta población.

Se empezará analizando el acceso a servicios de salud generales, para luego profundizar en la siguiente sección sobre el acceso a los servicios de afirmación de género, con el fin de comprender de manera integral las múltiples dimensiones de la problemática del acceso a la salud para las personas trans en la región.

3. Acceso a servicios de salud generales: entre el estigma y la exclusión

El acceso a servicios de salud generales, aquellos no directamente relacionados con la afirmación de género, debería ser un derecho garantizado para todas las personas, sin distinción. Sin embargo, para la población trans en América Latina, este derecho se ve sistemáticamente vulnerado. La discriminación, en sus múltiples formas, opera como una barrera invisible pero omnipresente, que condiciona desde la primera interacción con el personal administrativo hasta la consulta con el médico especialista. A continuación, se analiza la cruda realidad que enfrentan las personas trans en los tres grupos de países, evidenciando cómo el estigma y la exclusión se entrelazan para configurar un panorama de marginación en el ámbito de la salud.

3.1. **Grupo 1: Avances legislativos y persistencia de prácticas discriminatorias**

En el primer grupo, conformado por Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, encontramos un escenario de contrastes. Si bien la mayoría de estos países han promulgado leyes de identidad de género y cuentan con algunos programas específicos para la atención de personas trans, la discriminación persiste como un obstáculo tangible en el acceso a servicios de salud generales.

En Argentina, la pionera Ley de Identidad de Género garantiza el derecho a la atención integral, pero en la práctica, muchas personas trans aún enfrentan actitudes discriminatorias. Un estudio en la provincia de Jujuy reveló que a algunas mujeres trans se les imponía la consulta psicológica como un requisito ineludible para acceder a tratamientos hormonales o quirúrgicos, contraviniendo el espíritu de la ley que busca despatologizar la experiencia trans. Esta exigencia velada no solo vulnera su autonomía, sino que también las expone a la revictimización y al escrutinio innecesario sobre su identidad. Además, persisten barreras administrativas, como horarios de atención limitados en los “consultorios amigables” y la escasez de profesionales especializados, sobre todo en el interior del país, lo que obliga a muchas personas a realizar largos desplazamientos para recibir una atención que debería estar garantizada

en sus propias comunidades.

En Brasil, la derivación innecesaria de personas trans a servicios especializados, incluso para consultas de atención primaria por dolencias comunes como un resfriado, es una forma de discriminación que opera sutilmente en el SUS. Esta práctica, lejos de ser una medida de cuidado especial, revela una profunda incomprensión de las necesidades de las personas trans, reduciéndolas a su identidad de género y asumiendo erróneamente que todas sus necesidades de salud están relacionadas con ella.

Chile nos confronta con una realidad preocupante: en la primera Encuesta Nacional de Salud Trans realizada entre 2021 y 2022, se encontró que 84% de los participantes experimentaron alguna forma de abuso en la prestación de servicios de salud, en particular, el uso inapropiado de sus pronombres y los comentarios estereotípicos de género por parte de los profesionales de salud. La respuesta ante este tipo de situaciones por parte del 42.4% de los encuestados fue abandonar el tratamiento o dejar de buscar atención médica, lo que evidencia cómo la discriminación puede convertirse en una forma de expulsión del sistema de salud que pone en riesgo la salud y la vida.²⁸ De acuerdo con organizaciones de la sociedad civil, esta situación puede implicar que la población trans

acuda a prácticas de alto riesgo como la automedicación y la inyección de sustancias no aptas para el cuerpo.

En Colombia, la brecha entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y la realidad del acceso se hace evidente en las experiencias cotidianas de las personas trans. La falta de concordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales se convierte en un obstáculo recurrente, generando situaciones de maltrato y confusión en los centros de salud. Un hombre trans, por ejemplo, puede enfrentar la negativa a ser atendido en servicios de ginecología, a pesar de que los necesite, debido a que el sistema de salud colombiano, al igual que muchos otros, está basado en un sistema binario que limita el acceso a servicios esenciales.

México presenta una situación similar, donde el 53% de las personas LGBTIQ+, según el Diagnóstico Nacional sobre la Discriminación de 2018, reportan una baja frecuencia de asistencia a centros de salud, y solo un escaso 12% considera que existen establecimientos públicos adecuados para su atención.²⁹ Las cifras son aún más alarmantes en el caso de las mujeres trans: un estudio del Instituto de Salud Pública reveló que el 39% de ellas experimentaron dificultades para obtener atención médica debido a su identidad, y el 20% reportó haber sufrido maltrato o humillación durante la consulta.³⁰

Estos ejemplos, provenientes de los países con mayor desarrollo normativo en la región, demuestran que la discriminación y la falta de capacitación del personal de salud son barreras persistentes que limitan el acceso efectivo a la salud para las personas trans, a pesar de la existencia de leyes y programas específicos.

3.2. Grupo 2: La lucha contra la discriminación sistemática y el rol de la sociedad civil

En el segundo grupo, compuesto por Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú, la discriminación en el acceso a los servicios de salud se presenta como una constante, agravada por la escasez de protocolos específicos y la insuficiente sensibilización del personal sanitario. En este contexto adverso, las organizaciones de la sociedad civil han asumido un rol protagónico, supliendo las carencias del Estado y brindando apoyo y atención a la población trans.

En Bolivia, la discriminación en el sistema de salud es una experiencia común que ha llevado a muchas personas trans a evitar por completo los centros de salud. Se han reportado casos de negligencia médica que han resultado incluso en muertes evitables. Ante esta realidad, han surgido respuestas comunitarias que ofrecen una gama de servicios que van desde la atención primaria en salud hasta el apoyo psicológico y la orientación en temas de hormonización. Las casas trans son de especial importancia en este ámbito. A inicios de la pandemia de COVID-19, el Fondo Mundial brindó financiación que facilitó su creación y fortalecimiento. Desde ahí han logrado mantener su sostenibilidad de forma independiente.

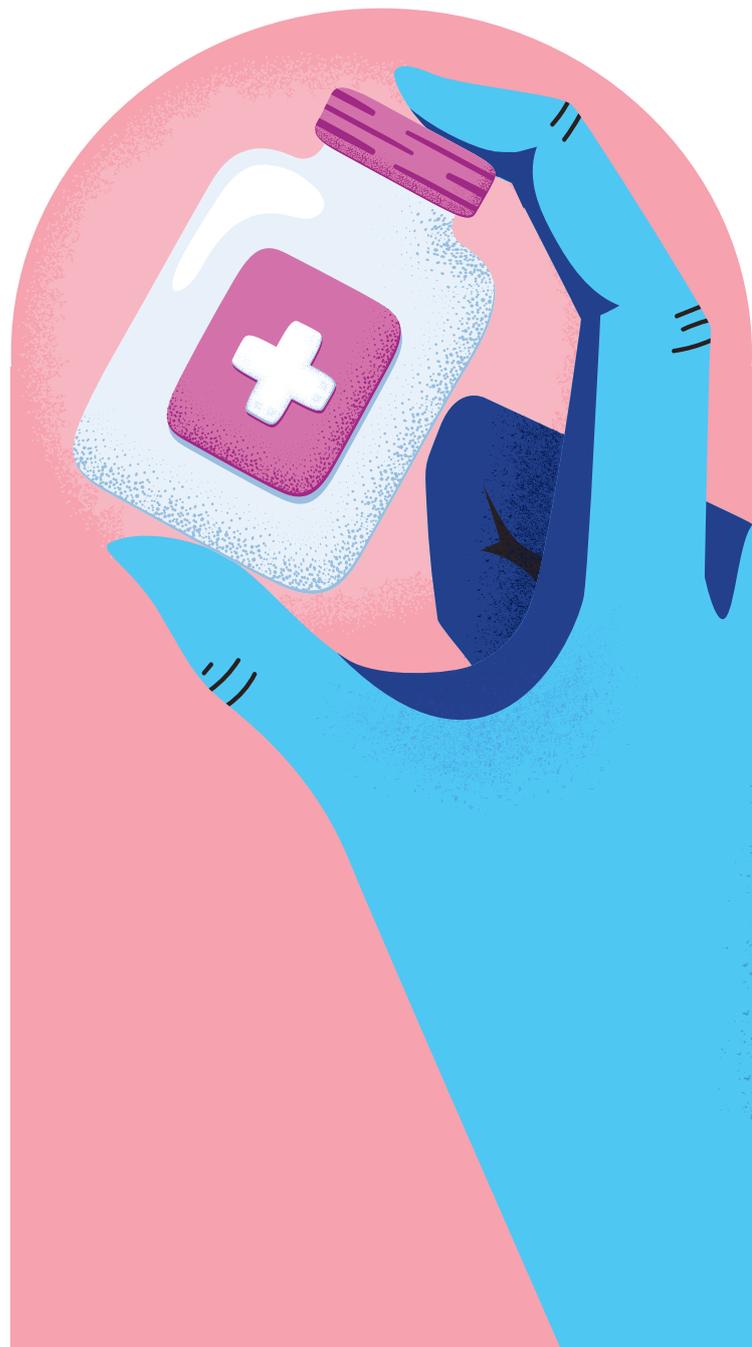
Costa Rica nos presenta un panorama en el que las directrices y protocolos establecidos por la CCSS son insuficientes para la atención de la población trans, especialmente respecto a las intervenciones quirúrgicas.³¹ Asimismo, la discriminación y falta de capacitación de los profesionales en salud suponen una barrera de acceso a los tratamientos. La objeción de conciencia contemplada en el Código de Trabajo permite que muchos profesionales se nieguen a brindar los servicios. Sumado a esto, la obtención del carnet del seguro social, requisito indispensable para acceder a la atención en la CCSS, se ve obstaculizada por complejos procesos burocráticos, especialmente cuando se trata de población trans migrante. Organizaciones y activistas han asumido la tarea de abogar por una atención oportuna y equitativa que promueva un enfoque basado en el respeto a la autodeterminación y los derechos humanos, pero el camino hacia la erradicación de la discriminación institucionalizada aún es largo.

En Ecuador, la alta rotación del personal en el sistema público de salud genera una discontinuidad en la atención que afecta especialmente a las personas trans. Incluso cuando se logra

establecer una relación de confianza con un profesional sensibilizado, su traslado a otro centro de salud puede significar un retroceso y la necesidad de empezar de cero. La situación se torna aún más compleja cuando se trata de complicaciones derivadas de la automedicación o de intervenciones realizadas por personas no calificadas, con casos documentados de negativas de atención a pesar de la gravedad de la situación.

Perú nos confronta con una realidad donde la discriminación en los servicios de salud es una experiencia cotidiana para las personas trans. Un informe de la Defensoría del Pueblo de 2018 puso en evidencia las falencias en la implementación de la Norma Técnica 980, que se suponía debía guiar la atención integral de la población trans. La gran mayoría de los establecimientos evaluados no ofrecía terapia hormonal, y casi la mitad del personal no había recibido capacitación en derechos y atención a personas LGBTI. A esto se suma la reciente controversia por la inclusión de las identidades trans como trastornos mentales en el PEAS, una medida que, aunque posteriormente modificada, evidencia la persistencia de una visión patologizante en las políticas públicas de salud.

En este grupo de países, la discriminación opera de forma sistemática, generando un ambiente hostil que aleja a las personas trans de los servicios de salud. Las iniciativas de la sociedad civil, si bien son cruciales para mitigar los efectos de la exclusión, no logran compensar la falta de políticas públicas integrales y la ausencia de un compromiso estatal firme para garantizar el derecho a la salud de la población trans.



3.3. Grupo 3: La precariedad extrema y la lucha por la supervivencia

En el tercer grupo, integrado por El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana, la situación de las personas trans en el acceso a servicios de salud generales alcanza niveles alarmantes de precariedad y desprotección. La ausencia casi total de marcos legales que reconozcan la identidad de género, sumado a una discriminación estructural y a un estigma social profundamente arraigado, configuran un escenario de exclusión extrema.

El Salvador experimentó un retroceso significativo en 2024 con la eliminación del protocolo de atención para personas LGBTI del MINSAL, dejando un vacío aún mayor en la atención especializada. Este hecho, sumado al clima de temor que se ha instaurado entre el personal de salud, que teme ser identificado como aliado de la población trans, ha generado un ambiente de autocensura y omisión. La falta de capacitación en temas de diversidad sexual e identidad de género agrava la situación, perpetuando la prestación de servicios de baja calidad y la reproducción de estereotipos dañinos. La situación es tan crítica que cientos de personas trans han denunciado públicamente la falta de garantías estatales y los constantes ataques a sus derechos.

En Guatemala, la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para personas trans 2016–2030 del MSPAS, que en teoría debería orientar la atención, no ha logrado avances. Su implementación ha sido deficiente y no ha alcanzado a traducirse en mejoras concretas para la población trans. La persistencia del uso del CIE-10, que considera la transexualidad como un trastorno mental, evidencia la profunda desconexión entre las políticas declaradas y las prácticas cotidianas en los centros de salud. La discriminación opera como una barrera invisible pero efectiva, que empuja a muchas personas trans a la automedicación y a evitar por completo el sistema de salud.

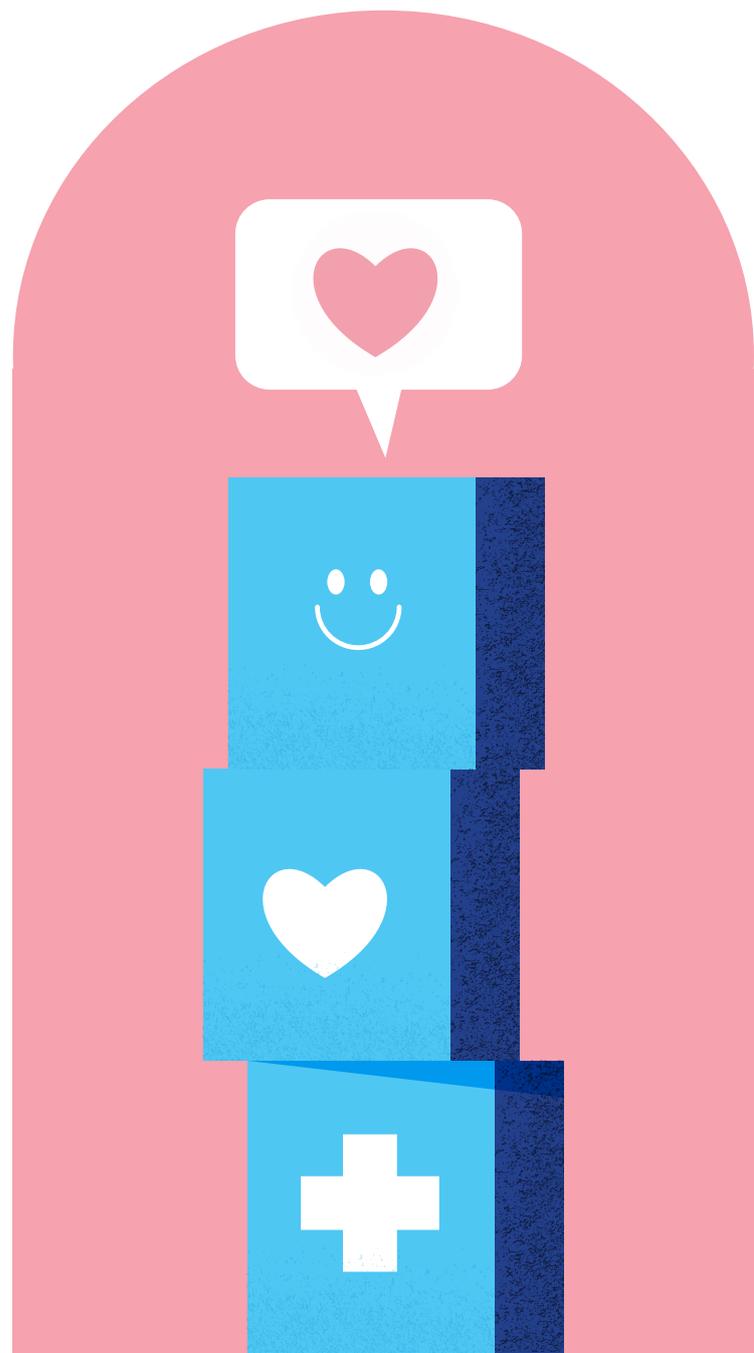
Honduras presenta un panorama desolador, donde la violencia y la discriminación contra las personas trans alcanzan niveles alarmantes. La CIDH ha documentado reiteradas denuncias de maltrato y negación de servicios por parte del personal de salud, amparados en creencias religiosas o prejuicios personales. El acceso a servicios de salud integral para personas trans es prácticamente inexistente en el sistema público.

En Panamá, la ausencia de una ley de identidad de género se traduce en barreras en el acceso a la salud.

La discordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales genera situaciones de maltrato, confusión y, en última instancia, la negación de servicios. La pandemia de COVID-19 visibilizó esta problemática de manera dramática, con personas trans a quienes se les negó la vacunación debido a inconsistencias en sus documentos. Las Clínicas Amigables, aunque representan un avance, tienen un alcance limitado y no logran cubrir la demanda existente.

República Dominicana presenta un escenario donde la discriminación en los servicios de salud es una práctica común y normalizada. La Encuesta Nacional LGBTI 2020 reveló que el personal sanitario frecuentemente asocia los síntomas de las personas trans con el VIH, limitando el acceso a una atención integral y perpetuando estigmas.³² La falta de protocolos específicos para la atención de personas trans, sumado al temor al maltrato y la discriminación, genera un patrón de evitación de los servicios de salud formales. La presencia de personal médico con fuertes convicciones religiosas, particularmente evangélicas, añade una capa de complejidad, ya que sus creencias pueden influir negativamente en la calidad de la atención y crear barreras adicionales.

En este grupo de países, la exclusión de las personas trans del sistema de salud es la norma y no la excepción. La ausencia de protecciones legales, sumado a la discriminación estructural y al estigma profundamente arraigado, configuran un panorama de desprotección que pone en riesgo la salud, la integridad y la vida misma de las personas trans. La lucha por la supervivencia se convierte en una constante en un contexto donde el acceso a la salud, un derecho humano fundamental, es una conquista aún lejana.



4. Acceso a servicios de afirmación de género: un derecho negado para muchas personas trans



Los servicios de afirmación de género, que comprenden principalmente las terapias hormonales y las cirugías de afirmación de género, son esenciales para el bienestar integral y la plena realización de muchas personas trans. Estos tratamientos no son un capricho ni una cuestión meramente estética, sino una necesidad reconocida por las principales organizaciones de salud a nivel mundial. Sin embargo, el acceso a estos servicios en América Latina está plagado de obstáculos que van desde la ausencia de cobertura en los sistemas de salud hasta la discriminación y la patologización persistentes.

A continuación, se analiza la situación en los tres grupos de países, evidenciando las barreras que enfrentan las personas trans en la búsqueda de una atención médica que afirme su identidad de género.

4.1. Grupo 1: Entre la cobertura formal y las barreras de acceso

En Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, si bien existe un mayor reconocimiento legal del derecho a la afirmación de género y se han implementado algunos programas específicos, el acceso a terapias hormonales y cirugías aún enfrenta obstáculos considerables, que van desde la escasez de profesionales capacitados hasta la persistencia de requisitos patologizantes y la inequidad en la distribución de los servicios.

Argentina, a pesar de su avanzada legislación, presenta desafíos en la implementación efectiva de la Ley de Identidad de Género. Si bien la ley garantiza el acceso a tratamientos hormonales y cirugías, tanto en el sistema público como en el privado, la disponibilidad de estos servicios varía significativamente entre las diferentes regiones. En la provincia de Jujuy, por ejemplo, se documentó la persistencia de prácticas patologizantes, como la exigencia de una evaluación psicológica obligatoria previa al inicio de cualquier tratamiento, a pesar de que la ley explícitamente lo prohíbe. Los obstáculos administrativos, como la limitada disponibilidad de turnos y la escasez de endocrinólogos

especializados, sobre todo fuera de la Ciudad de Buenos Aires, dificultan el acceso oportuno a la atención. Además, el desabastecimiento de hormonas, especialmente de testosterona, es un problema recurrente que afecta la continuidad de los tratamientos.

En Brasil, el SUS contempla la provisión de servicios de afirmación de género a través del Proceso Transexualizador. Sin embargo, la implementación de este programa es heterogénea y enfrenta serias limitaciones. Los protocolos y tipos de tratamientos hormonales disponibles varían entre regiones, creando disparidades en el acceso y la calidad de la atención. La escasez de endocrinólogos especializados, particularmente fuera de los grandes centros urbanos, es una barrera significativa, lo que lleva a la auto hormonización sin seguimiento médico. En cuanto a las cirugías de afirmación de género, aunque el SUS cubre una gama de procedimientos, los tiempos de espera son excesivamente prolongados. Esta situación obliga a muchas personas a buscar alternativas en el sector privado, donde los costos son bastante elevados. El apoyo psicológico, un componente fundamental del

proceso de transición, también enfrenta desafíos, con una disponibilidad limitada de profesionales especializados en psicología con formación específica en temas de género.

En Chile, el acceso a tratamientos hormonales está regulado por la *Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género*, publicada por el Ministerio de Salud en 2010. Esta determina cuatro intervenciones de salud mental como requisito para acceder a los tratamientos hormonales y quirúrgicos, a saber: una evaluación inicial, psicoterapia, consejería y seguimiento, y confirmación de los criterios de elegibilidad.³³ Si bien estos requisitos buscan, en teoría, garantizar una atención integral, en la práctica pueden convertirse en barreras burocráticas que retrasan el inicio del tratamiento. Adicionalmente, pese a que el FONASA cuenta con cobertura para los medicamentos de terapia hormonal, esta depende de su disponibilidad en los establecimientos de la red asistencial.

En la actualidad existen hospitales públicos que carecen de ellos o que los disponen de manera intermitente. En cuanto a las cirugías, el FONASA ofrece una cobertura parcial: por un lado, incluye la orquiectomía, la amputación parcial de pene, la prótesis mamaria, la mastectomía, la histerectomía, la ooforectomía, la salpingectomía, la escrotoplastia, la prótesis testicular y la implantación de prótesis de pene; por otro, excluye la vaginoplastia, la construcción

de clítoris, la labioplastia, la vaginectomía, el alargamiento uretral, la faloplastia y la metaidoloplastia. La práctica de estas cirugías en ocasiones se ve obstaculizada por la falta de especialistas en algunas regiones del país.¹⁷

En Colombia, el sistema público de salud incluye la provisión de terapias hormonales, pero los frecuentes problemas de desabastecimiento y los extensos tiempos de espera han llevado a muchas personas trans a buscar alternativas, incluyendo la hormonización empírica, con los riesgos que esto implica. En el sector privado, instituciones como Profamilia ofrecen programas más comprehensivos, pero con costos elevados, a pesar de ser menores que en el mercado privado, dejando a un lado una parte significativa de la población. Las cirugías de afirmación de género, aunque reconocidas dentro del sistema público, enfrentan obstáculos logísticos y territoriales. En regiones como el Chocó, la ausencia de especialistas obliga a las personas a desplazarse largas distancias, y las EPS suelen proporcionar solamente transporte terrestre, incluso en casos postquirúrgicos, sin considerar necesidades adicionales como alojamiento, alimentación y acompañamiento.

México presenta un panorama fragmentado en el acceso a servicios de afirmación de género. La Clínica Condesa en Ciudad de México ha sido pionera en la provisión de terapia hormonal gratuita desde 2009. En esta misma década, la UNAM posibilitaba

el acceso, pero condicionando, a las personas trans a participar a un estudio de sueño que estaba apoyado en sesgos altamente patologizantes. Si bien la Secretaría de Salud desarrolló un protocolo en 2017 que incluye una Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero, su implementación es inconsistente. No existe claridad sobre qué cirugías de afirmación de género están cubiertas, y la información sobre el acceso a estos servicios se transmite principalmente a través de redes informales. La concentración de servicios especializados en Ciudad de México y Guadalajara genera inequidades geográficas significativas, y los tiempos de espera en el sistema público son prolongados.

En este grupo de países, si bien existe un mayor reconocimiento legal y se han implementado algunos programas específicos, el acceso a los servicios de afirmación de género aún enfrenta barreras considerables, que incluyen la escasez de profesionales capacitados, la persistencia de enfoques patologizantes, la inequidad en la distribución geográfica de los servicios y, en muchos casos, la inaccesibilidad económica de los tratamientos.



4.2. Grupo 2: Entre la precariedad y las iniciativas comunitarias

En Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú, el acceso a los servicios de afirmación de género es aún más precario, con una oferta limitada, una fuerte dependencia de las iniciativas comunitarias y la persistencia de barreras económicas, geográficas y culturales.

En Bolivia, el sistema público de salud presenta una carencia significativa en la cobertura de tratamientos de afirmación de género. La atención psicológica para personas trans continúa enmarcada dentro del paradigma diagnóstico de la disforia de género, tanto en el sector público como en el privado. Los servicios de afirmación de género, disponibles principalmente en el sector privado, enfrentan barreras económicas significativas que se han exacerbado por la reciente crisis económica. El costo del Nebido Undecanoato de Testosterona, por ejemplo, casi triplica el precio en comparación con países vecinos. Esta disparidad de precios ha generado patrones de búsqueda transfronteriza de atención médica, con personas trans que viajan a Argentina, Chile o Colombia en busca de terapias hormonales y procedimientos quirúrgicos más asequibles. Ante la imposibilidad de costear sus medicamentos prescritos, algunas mujeres trans recurren al uso de anticonceptivos, una práctica potencialmente riesgosa.

En Costa Rica la terapia hormonal está regulada por un protocolo de la CCSS aprobado en 2018. Este plantea como requisitos para acceder a ella tener 18 años o más, haber reforzado la autodeterminación de la identidad durante al menos un año y haber recibido acompañamiento psicológico durante al menos seis meses. La cobertura de los medicamentos se realiza mediante su inclusión en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) que prioriza el sistema de salud.¹⁴ Sin embargo, no existen suficientes endocrinólogos para atender a los pacientes y por lo general no se realiza un seguimiento adecuado de los posibles efectos secundarios. Las cirugías de afirmación de género carecen de un protocolo oficial y son frecuentemente categorizadas como procedimientos estéticos no prioritarios. Como consecuencia, muchas personas trans acuden a procedimientos clandestinos, o si tienen la posibilidad económica, se los practican en países como Colombia, Ecuador, España y Cuba.³⁴ La distribución geográfica de los servicios especializados presenta un desafío significativo, con una marcada concentración en la Gran Área Metropolitana. A ella se suma la discriminación por parte del personal de salud.

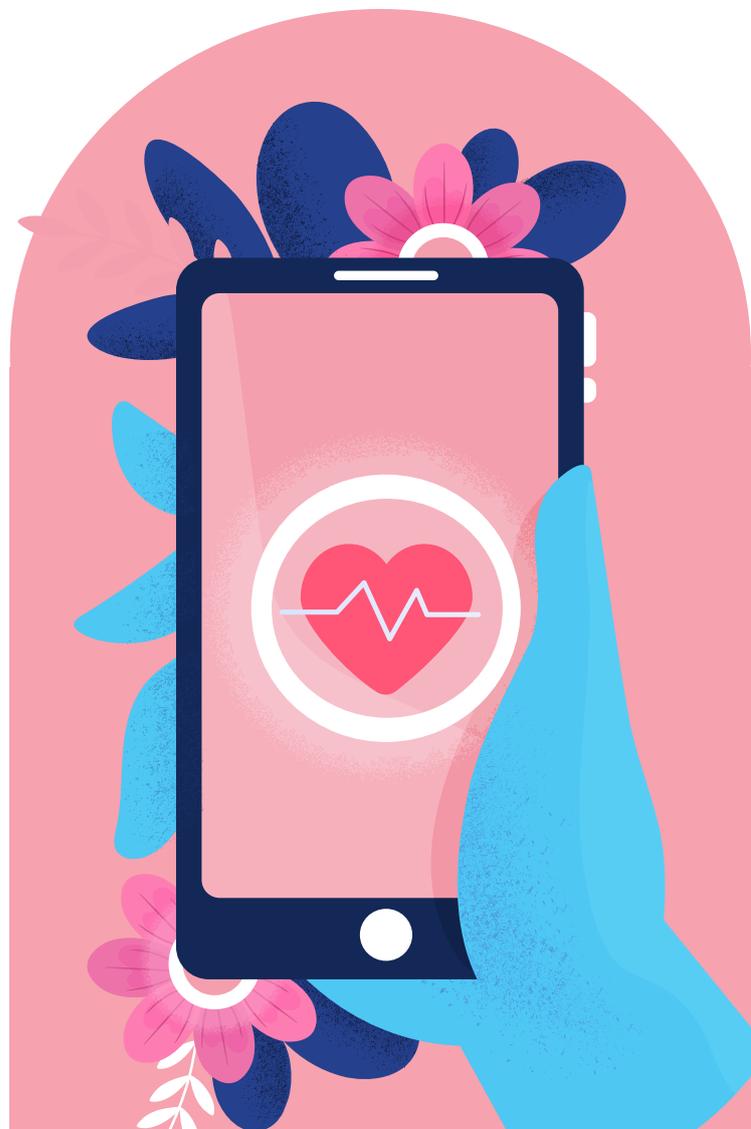
En Ecuador, algunas personas trans han logrado obtener apoyo parcial en sus procesos de transición, desde el

sistema público, incluyendo exámenes de laboratorio pre-hormonales y acompañamiento psicológico. Sin embargo, estos casos dependen de la voluntad individual de profesionales de la salud, pues no existen protocolos estandarizados ni obligación institucional de brindar estos servicios. Para quienes no reciben este apoyo o desean procedimientos quirúrgicos, el sector privado es una opción poco accesible debido a sus costos altamente elevados. Por ejemplo, una mastectomía puede costar 6000 USD, lo cual equivale a 12 salarios mínimos en el país (470 USD). Esta barrera económica es un obstáculo especialmente grande para las personas trans considerando que 87% no cuenta con un empleo, según el Consejo Nacional para la Igualdad de Género.³⁵

En Perú, la Norma Técnica 980 establece protocolos únicamente para mujeres trans mayores de 18 años, dejando sin cobertura a los hombres trans y menores de edad. Los protocolos existentes contemplan la administración de estradiol y espironolactona bajo supervisión médica periódica, pero su implementación se ve severamente obstaculizada por el desabastecimiento crónico de hormonas, que se ha intensificado desde la pandemia. Las cirugías de afirmación de género permanecen ausentes del catálogo de servicios del sistema de salud público, y la escasez de especialistas capacitados, junto con la falta de cobertura tanto en seguros públicos como privados, las hace prácticamente inaccesibles.

El apoyo psicológico especializado es prácticamente inexistente en el sistema público. Para los menores de edad, no existen servicios especializados ni protocolos para la administración de bloqueadores de pubertad, incluso en casos donde las familias apoyan la transición.

En este grupo de países, el acceso a los servicios de afirmación de género es limitado y precario, dependiendo en gran medida de la capacidad económica de las personas y de las iniciativas de la sociedad civil. La falta de cobertura en los sistemas públicos de salud, la escasez de profesionales capacitados y la persistencia de enfoques patologizantes configuran un panorama de exclusión y vulneración de derechos.



4.2. Grupo 3: La ausencia de servicios y la lucha por el reconocimiento

En El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana, la situación de las personas trans en relación con el acceso a servicios de afirmación de género es aún más crítica, caracterizada por la ausencia casi total, o total en algunos casos, de estos servicios en el sistema público de salud y la inexistencia de un marco legal que reconozca y proteja su derecho a la identidad de género.

En El Salvador, la terapia hormonal, aunque teóricamente disponible, enfrenta obstáculos significativos debido a la ausencia de programas específicos y profesionales capacitados. La eliminación del protocolo de atención para personas LGBTI del MINSAL en 2024 ha exacerbado esta situación. Los tratamientos incluyen estrógenos y antiandrógenos para mujeres trans, y testosterona para hombres trans, aunque sin una regulación clara sobre su distribución. Esta situación ha llevado a muchas personas trans a recurrir a la automedicación o al mercado negro. Las cirugías de afirmación de género resultan prácticamente inaccesibles, no solo por sus costos prohibitivos, sino también porque no se realizan en el país y no están cubiertas por seguros de salud. La concentración geográfica de los escasos servicios especializados en San Salvador crea una barrera adicional para quienes residen fuera de la capital.

Guatemala presenta un panorama en el que el acceso a la terapia hormonal y a las cirugías de afirmación de género es extremadamente limitado y depende de la capacidad económica de las personas. Algunas organizaciones de la sociedad civil han desarrollado un modelo de atención comprensivo que incluye apoyo médico básico, pero estas no pueden proporcionar terapia hormonal directamente. Los costos de la terapia hormonal y otros tratamientos deben ser asumidos íntegramente por las personas trans. Las cirugías esenciales, como histerectomías y mastectomías, tienen costos prohibitivos. La concentración de los servicios en la Ciudad de Guatemala crea barreras geográficas significativas.

En Honduras, la terapia hormonal para personas trans es prácticamente inexistente dentro del sistema público de salud. Algunas organizaciones de la sociedad civil gestionan clínicas que ofrecen servicios básicos de hormonización, aunque las personas usuarias deben asumir el costo total de las hormonas. Las prácticas de modificación corporal han evolucionado, desde el uso documentado de sustancias peligrosas como aceites industriales hacia la automedicación hormonal sin supervisión médica. El acceso a hormonas presenta disparidades significativas según el

tipo de tratamiento: las hormonas feminizantes están disponibles en farmacias al ser anticonceptivos en su mayoría, mientras que la testosterona representa una barrera económica sustancial al tener que ser adquirida en la mayoría de los casos fuera del país. Las cirugías de afirmación de género se limitan a los pocos profesionales del país que hacen estos procedimientos o se obliga a las personas a buscar las cirugías fuera del país.

En Panamá, el acceso a servicios de afirmación de género en el sector público es extremadamente limitado. Un proyecto piloto que brindaba orientación sobre hormonización concluyó hace dos años sin admitir nuevos pacientes. Los únicos servicios públicos disponibles se concentran en las Clínicas Amigables, con un alcance restringido debido a horarios limitados y ausencia de seguimiento formal para procesos de hormonización. En el sector privado, la oferta de servicios es igualmente escasa. El acceso a la testosterona está estrictamente regulado y tiene un costo elevado. Las cirugías de reasignación de sexo no se realizan en Panamá, por lo que las personas que requieren estas intervenciones deben viajar principalmente a Colombia.

República Dominicana presenta un panorama bastante devastador a nivel público, ya que ni las terapias hormonales, ni las cirugías están cubiertas por el sistema público. En cuanto a las terapias hormonales, aunque técnicamente están disponibles en el sector privado, existen barreras

económicas significativas por los costos mensuales que pueden alcanzar los 30 dólares. El DR-CAFTA ha facilitado la disponibilidad y el acceso de hormonas en farmacias e incluso a través de plataformas en línea, aunque frecuentemente sin la necesaria supervisión médica.³⁶

Las cirugías de afirmación de género son prácticamente inaccesibles para la mayoría de la población trans debido a sus costos elevados y a la escasez crítica de personal de salud especializado.

Los servicios de apoyo psicológico especializado para personas trans y sus familias brillan por su ausencia en el sistema público de salud. La distribución geográfica de los escasos servicios especializados existentes presenta un patrón de concentración en los principales centros urbanos, y normalmente están de la mano de organizaciones de la sociedad civil o iniciativas público-privadas.

En este grupo de países, la ausencia de servicios de afirmación de género en el sistema público de salud, sumado a la falta de reconocimiento legal y la persistencia de la discriminación, configuran un panorama de vulneración sistemática de los derechos de las personas trans. El acceso a estos servicios depende casi exclusivamente de la capacidad económica individual y de las limitadas iniciativas de la sociedad civil, lo que perpetúa la exclusión y pone en riesgo la salud y el bienestar de esta población.

BARRERAS EN EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS EN AMÉRICA LATINA

El acceso a la salud para las personas trans en América Latina está obstaculizado por una serie de barreras interconectadas que limitan el ejercicio efectivo de este derecho fundamental. Estas barreras, que operan en múltiples niveles, desde lo económico hasta lo cultural, reflejan la discriminación sistémica y la falta de reconocimiento de las necesidades específicas de esta población.

A continuación, se analizan los diferentes tipos de barreras identificadas en los 14 países, estableciendo comparaciones entre los tres grupos y evidenciando cómo estas barreras se manifiestan de manera diferenciada en cada contexto.



Barreras económicas: el costo de la autodeterminación



Las barreras económicas constituyen uno de los obstáculos más significativos para el acceso a la salud de las personas trans, especialmente en lo que respecta a los servicios de afirmación de género. En los tres grupos de países, el costo de los tratamientos hormonales y las cirugías de afirmación de género, sumado a su frecuente exclusión en los sistemas de salud públicos y los seguros privados, representa una carga financiera insostenible para una gran proporción de la población trans.

La precariedad laboral que afecta a las personas trans, especialmente a las mujeres trans, constituye una de las principales barreras para acceder a tratamientos de afirmación de género y atención médica especializada en el sector privado.

Esta situación es consecuencia de una exclusión estructural y generalizada en el mercado laboral de la región, según lo señala el informe de la OEA y la CIDH sobre los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas trans y de género diverso.³⁷ La discriminación y exclusión por razones de identidad y expresión de género perpetúan un ciclo de pobreza continua, limitando las posibilidades de inserción laboral formal. En Argentina, apenas el 10% de la población trans está empleada formalmente, mientras que

en El Salvador esta cifra desciende al 5%, según datos recopilados por organismos internacionales. Las ocupaciones disponibles sobre todo para las mujeres trans suelen estar en trabajos en peluquería, estética o, en muchos casos, al trabajo sexual como estrategia de supervivencia. Además, la falta de reconocimiento legal de su identidad de género, la ausencia de oportunidades educativas, el estigma social, y el acoso en el ámbito laboral agravan esta exclusión. En países donde el sistema público no ofrece tratamientos o servicios especializados para personas trans, estas barreras resultan aún más insostenibles, comprometiendo su acceso a derechos fundamentales como la salud y el trabajo.

En el Grupo 1, países como Argentina garantizan la cobertura de estos tratamientos, pero la realidad muestra que el desabastecimiento de hormonas, particularmente la testosterona, obliga a muchos a recurrir al mercado privado, enfrentándose a precios elevados. En Brasil, los prolongados tiempos de espera en el sistema público empujan a quienes tienen los medios a buscar atención privada. Chile presenta un panorama similar, donde los copagos y la exclusión de ciertos procedimientos quirúrgicos de la cobertura pública generan gastos considerables. En Colombia, la inestabilidad en el suministro de medicamentos y la ausencia de lineamientos claros en las entidades prestadoras de salud obligan a muchos a optar por la automedicación, con los riesgos que conlleva, o a buscar costosas alternativas en el sector privado, siendo esta última práctica

exclusiva para aquellas personas que pueden permitirse pagar el acceso al sector privado. México ejemplifica cómo las barreras económicas se entrelazan con la precariedad laboral: con un alto porcentaje de la población trans percibiendo ingresos muy bajos, el costo de la terapia hormonal resulta inaccesible para muchas personas. Según el Diagnóstico nacional sobre

la discriminación hacia personas LGBTI en México, en el ámbito del derecho al trabajo, entre la población encuestada, 18.23% de hombres trans y 7.34% no contaban con ningún ingreso, mientras que 11.60% de hombres trans y 14.68% de mujeres trans contaba con un ingreso quincenal de menos de 1000 pesos mexicanos.³⁸

Caso grupo 1: Argentina y Colombia

El cierre del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad en Argentina, junto con el recorte de políticas públicas inclusivas, ha agravado las barreras económicas que enfrenta esta población. Un ejemplo evidente es el acceso al empleo formal, la eliminación de incentivos y programas de inclusión ha restringido las oportunidades laborales, forzando a muchas personas trans a regresar a la precariedad laboral o al trabajo informal.

Por otra parte, la desregulación y los cambios en la normativa han generado costos adicionales en la compra de medicamentos y procedimientos médicos, lo que impacta especialmente a quienes dependen del sistema público. Además, el sector privado ha adoptado prácticas discriminatorias, como la desafiliación de personas trans de obras sociales cuando solicitan tratamientos específicos, utilizando como excusa el incumplimiento de requisitos administrativos.

En el caso colombiano, la barrera económica está presente en los costos extra que debe asumir una persona trans de las zonas rurales para acceder a servicios de afirmación de género y salud. Aunque en teoría estos costos de traslado, acompañamiento y estadía están cubiertos, en la práctica es mucho más difícil que esto se garantice, sobre todo cuando los procedimientos médicos requieren que la persona esté acompañada por alguien más.

La situación se agrava en el Grupo 2. En Bolivia, el precio de la testosterona es considerablemente alto en comparación con países vecinos, lo que ha fomentado la búsqueda de atención médica transfronteriza. En Costa Rica, la categorización de los tratamientos de afirmación de género como estéticos y no cubiertos por la seguridad social, los convierte en un lujo solo al alcance de

algunas personas. Ecuador enfrenta una situación similar, con costos de cirugías como la mastectomía mucho más elevados que los de otros países de la región. En Perú, el precio de la terapia hormonal en el mercado privado se convierte en una barrera adicional para una población que ya enfrenta altos niveles de desempleo y precariedad laboral.

Caso grupo 2: Bolivia

En Bolivia solo se pueden acceder a los tratamientos de afirmación de género por medio de prestadores privados. Los costos son la barrera económica más grande para acceder a ellos, en especial a las hormonas. Por ejemplo, en el caso de los hombres trans, una caja de undecanoato de testosterona (Nebido) de una ampolla de 1000 mg/4 ml cuesta en Bolivia alrededor de 200 USD, mientras que en países fronterizos como Paraguay, Chile y Perú cuesta aproximadamente 100 USD la misma presentación comercial. Quienes tienen la oportunidad de viajar a estos países aprovechan para comprar este medicamento a un mejor precio. En el caso de las mujeres trans en Bolivia, debido a los altos precios de los medicamentos, algunas acuden a tomar anticonceptivos al ser más baratos, a pesar de que no está recomendado dentro de los regímenes para la terapia hormonal de feminización.

En el Grupo 3, las barreras económicas son igualmente profundas. El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana carecen de sistemas de salud que cubran los tratamientos de afirmación de género. En estos países, el acceso a estos servicios depende exclusivamente de la capacidad económica individual, en contextos de escasez de estos servicios en el ámbito privado, lo que refuerza la exclusión y la marginación de la población trans más vulnerable. Las organizaciones locales que reciben

financiación internacional ofrecen terapia hormonal y un albergue para casos de extrema vulnerabilidad, pero su alcance es limitado en un escenario político que ahuyenta la cooperación externa. De esta forma, la precariedad laboral, unida a la falta de políticas públicas inclusivas, perpetúa la imposibilidad de acceder a una atención médica adecuada, y sitúa a la población trans en una situación de desprotección que vulnera profundamente su derecho a la salud.

Caso grupo 3: El Salvador

En El Salvador, el precio de los tratamientos de afirmación de género supera con creces la capacidad de pago de la mayoría de las personas trans. La terapia hormonal puede costar casi diez veces más que el salario mínimo diario, mientras que los exámenes de laboratorio oscilan entre 20 y 60 USD por prueba. Además, estudios más complejos, como las resonancias magnéticas, alcanzan precios cercanos a los 400 USD, imposibles de cubrir para quienes no tienen empleo formal y se ven obligados a desempeñarse en trabajos mal remunerados o en la economía informal. Las cirugías, por su parte, pueden llegar a varios miles de dólares, una cifra que excede por completo los ingresos de la mayoría de esta población.

Sin cobertura estatal ni respaldo en el sistema público de salud, las personas trans se enfrentan a la alternativa de renunciar a tratamientos fundamentales o de incurrir en deudas y gastos insostenibles.

Barreras geográficas: la inequidad del acceso

La concentración de servicios especializados en las principales ciudades genera inequidades significativas en el acceso a la salud para las personas que residen en zonas rurales o alejadas de los centros urbanos. Esta centralización crea una barrera geográfica transversal a todos los grupos de países, que se traduce en mayores costos de transporte, tiempo invertido en desplazamientos y dificultades para el seguimiento de los tratamientos, afectando tanto a la población trans como a la población general. Sin embargo, en el caso de las personas trans, la situación se agrava, ya que la atención en salud de afirmación de género requiere, en algunos casos, un grado de especialización mayor dentro de disciplinas médicas donde ya existe escasez de profesionales. Además, a diferencia de la población general, la barrera geográfica se suma a otras dificultades estructurales que afectan de manera diferenciada a las personas trans.

En México, por ejemplo, se han identificado regiones donde, al menos en algún momento, no había disponibilidad de especialistas en endocrinología. En este mismo país, un estudio sobre los motivos que llevaron a las personas usuarias a no atenderse en el sector público encontró que el 71 % de las razones estaban relacionadas con el acceso, dentro de las cuales el 18 % mencionó la distancia como una barrera determinante.³⁹

En Colombia, la disparidad en la distribución del personal de salud entre regiones urbanas y rurales ilustra con claridad las dificultades geográficas para acceder a servicios especializados. Mientras que en Bogotá, en 2023, había aproximadamente 80,432 profesionales de la salud con formación universitaria, departamentos como Chocó y Amazonas registraban 634 y 196 respectivamente.⁴⁰ Esta brecha en la

disponibilidad de profesionales impacta directamente la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención a poblaciones trans en zonas periféricas.

El caso de Costa Rica también evidencia cómo la distancia y la movilidad pueden actuar como barreras para el acceso a la salud. Un estudio sobre accesibilidad geográfica a los servicios públicos de salud identificó que el 3,4 % de la población estudiada vivía en áreas con dificultades importantes de acceso, caracterizadas por una combinación de distancia prolongada a los centros de salud y baja capacidad de desplazamiento.⁴¹ La evidencia sugiere que estas barreras no solo afectan la frecuencia con la que las personas pueden acudir a consultas médicas, sino que también limitan la adherencia a tratamientos y la continuidad en la atención, factores esenciales en los procesos de transición de género.



Caso grupo 1: Chile

Chile es un país altamente centralizado, lo que implica profundas brechas en el acceso a servicios de salud trans entre regiones. Según organizaciones de la sociedad civil, la mayoría de procedimientos de alta complejidad se concentran en Santiago, al igual que los profesionales de la salud especializados. La insuficiencia de estos últimos en muchas regiones se traduce en listas de espera que pueden implicar hasta dos años para obtener un tratamiento. En el caso de los tratamientos de terapia hormonal, la misma normativa establece que la cobertura de los medicamentos depende de la disponibilidad de cada establecimiento de la red asistencial.¹⁷ Existen testimonios de pacientes en distintas regiones que han tenido retrasos de meses para la entrega de sus fármacos.

Las disparidades geográficas son aún más evidentes en la distribución de los Programas Integrales de Identidad de Género (PIIG). Estos son creados a nivel regional y ofrecen tanto tratamientos de terapia hormonal como intervenciones quirúrgicas. La región metropolitana es la que cuenta con una oferta más amplia entre las 16 regiones del país, con cuatro PIIG en total. A ella le siguen Los Lagos con tres y Bío Bío con dos. Regiones como Antofagasta, Valparaíso, Coquimbo y Araucanía cuentan con un solo PIIG, mientras que Arica y Parinacota, O'Higgins, Maule, Tarapacá, Atacama, Los Ríos, Aysén, Magallanes y Ñuble no tienen ninguno.⁴²

Estos programas operan con un grado variable de institucionalización y solo pueden atender a la población de la región en la que están ubicados, por lo cual muchas personas se quedan sin acceder a los servicios.^{17,28} Esto mismo sucede con el Programa de Apoyo a la Identidad de Género (PAIG) que brinda apoyo psicosocial a los menores de edad trans, ya que solo ha sido implementado en 17 hospitales a nivel nacional de los más de 300 que hay en el país.

Barreras sociales y culturales: el peso del estigma y la discriminación



El estigma, la discriminación y la transfobia permean los sistemas de salud de la región, generando un ambiente hostil que disuade a las personas trans de buscar atención médica. Estas barreras se manifiestan en actitudes prejuiciosas del personal de salud, el uso inadecuado de nombres y pronombres, y la negación de servicios.

En el Grupo 1, a pesar de los avances legislativos, persisten actitudes discriminatorias. En Chile, un alto porcentaje de personas trans han reportado haber sido cuestionadas

sobre su identidad de género en el ámbito de la salud. En México, la discriminación percibida lleva a una baja frecuencia de asistencia a centros de salud por parte de la población LGBTIQ+.

Caso grupo 1: Chile

En Chile, el acceso a la salud de las personas trans en condiciones de igualdad y no discriminación ha sido promovido a través de diversas circulares del Ministerio de Salud, dirigidas tanto al sistema público encabezado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como al sistema privado compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Pese a ello, persisten los actos de discriminación y patologización de la identidad de género. La primera Encuesta Nacional de Salud Trans llevada a cabo entre 2021 y 2022 reveló que el 84% de los encuestados habían experimentado algún tipo de abuso en los servicios de salud, siendo los más reportados el uso inadecuado de los pronombres (65.9%) y los comentarios estereotípicos acerca de los géneros por parte de los profesionales de salud (48.3%). Además, un 7.8% afirmó haber sido víctima de violencia sexual en el contexto de los servicios de salud. Estas situaciones condujeron a que el 42.4% decidiera abandonar los tratamientos o dejar de buscar atención médica.²⁸

A los hallazgos de la Encuesta se suman los testimonios de las organizaciones de la sociedad civil, que evidencian cómo la discriminación evita que las personas trans se acerquen a los servicios de salud y propicia que recurran a prácticas de alto riesgo como la inyección de sustancias nocivas y la automedicación. Frente a estas problemáticas, las circulares emitidas por el Ministerio de Salud para concientizar al personal de salud han resultado insuficientes, ya que tienen poco peso normativo y por lo general son desconocidas al interior de los centros de salud. Las capacitaciones que se ofrecen son de carácter voluntario y, por lo tanto, solo asisten quienes de antemano están interesados en el tema.

En el Grupo 2, la situación es más grave. En Bolivia, se han documentado casos de negación de atención médica con consecuencias fatales. En Costa Rica, la objeción de conciencia puede ser utilizada para negar servicios a personas trans. En Ecuador, la alta

rotación del personal dificulta la construcción de relaciones de confianza con los profesionales. En Perú, la falta de capacitación del personal de salud en temas de diversidad sexual y de género perpetúa la discriminación.

Caso grupo 2: Perú

La discriminación y el estigma contra las personas trans en Perú se manifiestan desde el núcleo familiar hasta las instituciones de salud, reforzados por discursos conservadores y la falta de información. Esta transfobia no solo se expresa en burlas y agresiones cotidianas, sino también en decisiones estatales que patologizan la identidad de género, como sucedió en mayo de 2024, cuando un decreto supremo clasificó las identidades trans como condiciones de salud mental en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Aunque esa clasificación fue revertida en junio del mismo año tras la presión ciudadana, dejó en evidencia la persistencia de un estigma institucional que respalda el maltrato y la exclusión de las personas trans en centros de atención, donde prevalecen prácticas discriminatorias como el uso incorrecto del nombre o la exigencia de requisitos patologizantes.

En zonas rurales e indígenas, la precariedad económica y la influencia religiosa agravan la marginalización y el impacto psicológico de la violencia, dificultando el acceso a la salud. En algunos territorios, iglesias evangélicas imponen castigos físicos a niños con expresiones de género diversas, como hacerlos rodar sobre ortigas y recibir azotes por no ajustarse a normas tradicionales de masculinidad.

En el Grupo 3, la discriminación es aún más severa y generalizada. En El Salvador, el temor a la discriminación lleva a los profesionales de la salud a autocensurarse. En Guatemala, la discriminación conduce a la automedicación y al abandono del sistema de salud. En Honduras, se han documentado múltiples casos de maltrato y negación de servicios por parte del personal de salud. En

Panamá, la falta de concordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales genera situaciones de maltrato y confusión. En República Dominicana, la existencia de grupos ultraconservadores y religiosos dentro del sistema de salud provocan una discriminación sistemática en la atención que brindan y un profundo desconocimiento sobre cómo tratar una persona trans y/o no binaria.

Caso grupo 3: República Dominicana

En República Dominicana, hay un auge de corrientes religiosas ultraconservadoras que fomentan el desprecio hacia las personas LGBTIQ+. Estas corrientes también influyen en el sistema de salud y en el personal sanitario del país, lo que no solo genera rechazo hacia la población LGBTIQ+, sino que también contribuye a un alto nivel de estigma, lo que provoca que esta población evite acudir a los servicios de salud debido a la alta discriminación que enfrentan dentro del sistema. Un ejemplo de ello es la estigmatización de las mujeres trans en relación con el VIH y la prostitución.

Actualmente, este estigma no sólo se manifiesta dentro de las instituciones políticas y el sistema de salud, sino también en la ayuda internacional que recibe República Dominicana en temas relacionados con las personas LGBTIQ+. La mayoría de los fondos internacionales han estado enmarcados dentro de políticas de prevención y atención al VIH, mientras que otros aspectos que se salen de este marco suelen recibir escasos recursos o apoyo.

Estas actitudes discriminatorias, arraigadas en la cultura y en las prácticas institucionales, no solo vulneran la dignidad de las personas trans, sino que también tienen un impacto directo en su salud, llevándolas a evitar los servicios de salud, a retrasar la búsqueda de atención o a automedicarse. En dosis altas o sin una adecuada examinación de las comorbilidades, el uso de hormonas puede elevar el riesgo cardiovascular y afectar negativamente el funcionamiento hepático. Si bien estos riesgos hacen parte de los posibles efectos adversos de la terapia hormonal, la supervisión médica permite disminuirlos y actuar oportunamente en caso de que lleguen a presentarse.⁴³

En el caso de procedimientos más invasivos, como sustancias modelantes, las personas se exponen a riesgos de infección, migración de las sustancias a otras partes del cuerpo, reacciones inflamatorias, problemas pulmonares, hipercalcemia, entre otros, que pueden generar efectos irreversibles e incluso causar la muerte.⁴⁴ Además de una afectación grave a las personas, los sistemas de salud se ven afectados al tener que atender complicaciones que, con un adecuado acceso a los tratamientos afirmativos de género, serían completamente evitables.



Barreras administrativas: la patologización y la burocracia



La falta de protocolos específicos para la atención de personas trans, la persistencia de enfoques patologizantes, los requisitos burocráticos excesivos y la ausencia de capacitación del personal de salud configuran barreras estructurales y administrativas que obstaculizan el acceso a la salud. La transexualidad sigue siendo vista en muchos contextos como una enfermedad que hay que “curar” y no como una expresión legítima de la diversidad humana.

En el Grupo 1, Argentina enfrenta desafíos en la implementación efectiva de su ley, con demoras en la provisión de tratamientos y la persistencia de prácticas patologizantes en algunas provincias. En Brasil, la derivación innecesaria a servicios especializados y la variabilidad en los protocolos del Proceso Transexualizador generan inequidades. En Chile, la exigencia de documentos y procedimientos excesivos para acceder a la terapia hormonal y a las cirugías de afirmación de género resulta restrictiva.²⁸ En Colombia, la falta de lineamientos claros para los tratamientos de afirmación de género crea confusión tanto para las personas trans, como para el personal de salud. En México, la falta de adherencia a los protocolos de atención y los requisitos variables entre instituciones dificultan el acceso.



Para quienes no viven en ciudades principales, las barreras burocráticas pueden ser mayores. Se han documentado situaciones en donde las personas son derivadas a centros urbanos sin apoyo para transporte o alojamiento. Esta situación las obliga a emprender procesos legales, que suelen resultar en soluciones insuficientes.

Caso grupo 1: México y Colombia

En ambos países, la espera por consultas con especialistas suelen prolongar los tiempos de espera para acceder a tratamientos de afirmación de género. En México, por ejemplo, muchos profesionales de la salud no siguen el Protocolo de Atención sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI (a menudo por desconocimiento), lo que resulta en remisiones innecesarias a especialidades como urología o ginecología, que no forman parte de la ruta de atención. Una vez las personas llegan al especialista que estaban esperando, por ejemplo, endocrinología, puede que les pidan requisitos adicionales, como mayor seguimiento psicológico. O en el caso de una cirugía, mayor tiempo de terapia hormonal.

En Colombia ocurre una situación similar, en la que no existe un lineamiento obligatorio a nivel nacional para el acceso a tratamientos de afirmación de género ni para la atención de personas trans y no binarias. Esto provoca la exigencia de pruebas innecesarias, la existencia de trabas burocráticas y la imposición de requisitos adicionales según el criterio del personal de salud que brinda la atención. Por ejemplo, en algunos centros se ha incorporado una evaluación por parte de un profesional en trabajo social antes de derivar a la persona a atención psicológica o psiquiátrica.

Otra manifestación de las barreras administrativas se encuentra en las remisiones de una ciudad a otra. En México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) inicialmente negó un servicio de endocrinología en el estado de Quintana Roo debido a la ausencia total de especialistas de este tipo. Tras una queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el IMSS se vio obligado a prestar el servicio. Sin embargo, anunció que llevaría a la persona en ambulancia a Ciudad de México y allí el transporte esperaría por un tiempo limitado. Por lo tanto, si se presentaban retrasos, la persona debía estar preparada para asumir los costos y la logística de su regreso.

En el Grupo 2, Bolivia carece de lineamientos técnicos específicos en su norma de atención a la población LGBTIQ+. En Costa Rica, los requisitos y procedimientos administrativos para obtener el carnet del seguro social son complejos y las listas de espera para acceder a los servicios son largas.²⁴ En Ecuador, el manual de atención a

personas LGBTIQ+ es limitado en su implementación y no aborda aspectos cruciales de la atención en salud trans. En Perú, la norma técnica es restrictiva al enfocarse solo en mujeres trans mayores de 18 años, y la clasificación de las identidades trans como condiciones de salud mental, aunque modificada, evidencia la persistencia de enfoques patologizantes.



Caso grupo 2: Ecuador

En Ecuador, la alta rotación del personal de salud constituye una barrera administrativa particular. Como en otros países, ante la falta de políticas institucionales de capacitación en temas de género, las personas trans deben intentar encontrar profesionales con conocimiento o voluntad de atender de forma adecuada sus necesidades. La alta rotación ocasiona que, cuando alguien ha encontrado un especialista con quien se siente cómodo, deba enfrentarse súbitamente a otro profesional.

Igualmente, la falta de actualización de los sistemas de información constituye una barrera para las personas con identidad de género diversa. Por ejemplo, quienes han realizado un cambio de nombre tienen dificultad para acceder a su historia clínica asociada a su nombre legal anterior. También puede ocurrir el caso contrario, donde la persona hizo el cambio de nombre, pero no se realizó la actualización en el sistema de salud. En estos casos, es necesario acudir directamente al Ministerio de Salud Pública para solicitar la corrección. Adicionalmente, como en otros países, algunos servicios se encuentran segmentados por género, lo que resulta en que, al cambiar el nombre y sexo/género en el documento de identidad, ciertos servicios queden deshabilitados.

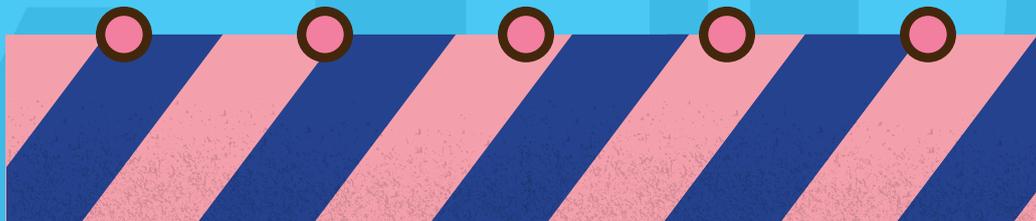
En el Grupo 3, El Salvador eliminó su protocolo de atención para personas LGBTQ+, dejando un vacío en la atención especializada. En Guatemala, la estrategia de atención integral ha sido criticada por su desconexión con la realidad y su enfoque patologizante. En Honduras, no existen protocolos específicos para la atención de

personas trans en el sistema público. En Panamá, la resolución que incluye a las personas trans como población clave mantiene un enfoque patologizante. En República Dominicana, la ausencia de protocolos específicos y la patologización de la transexualidad en la práctica médica perpetúan la exclusión y la discriminación.

Caso grupo 3: Panamá

En Panamá, durante la pandemia de COVID-19, a algunas personas trans les negaron la vacunación porque los datos con los que contaban los centros de vacunación no coincidían con sus nuevos documentos de identidad. A pesar de presentar documentación oficial válida y encontrarse en un contexto de emergencia sanitaria, se les exigía realizar primero una actualización de datos ante el Tribunal Electoral como requisito previo para poder acceder a la vacuna.





Estas barreras burocráticas y administrativas, sumadas a la persistencia de enfoques patologizantes, no solo dificultan el acceso a los servicios de salud, sino que también refuerzan el estigma y la discriminación hacia las personas trans, validando la idea de que su identidad es una enfermedad o un problema que debe ser corregido.



Barreras legales: la desprotección como norma

A stylized illustration featuring a syringe and two pills. The syringe is light gray and positioned diagonally. Below it, two pills are shown in a light pink color. The background consists of large, overlapping circles in shades of blue and pink.

La ausencia de leyes de identidad de género y de leyes antidiscriminación que protejan explícitamente la identidad y expresión de género configuran barreras legales que impactan negativamente en el acceso a la salud de las personas trans. Estas carencias legislativas dejan a esta población en una situación de mayor vulnerabilidad, expuesta a la discrecionalidad y los prejuicios en la provisión de servicios de salud.

En el Grupo 1, si bien existen leyes de identidad de género, persisten desafíos en su implementación y alcance. En Chile, la ley establece requisitos adicionales para el cambio de nombre y sexo registral de los menores de 18 años, como la necesidad de intervención judicial, lo que limita su acceso oportuno a un reconocimiento legal acorde a su identidad de género y restringe la posibilidad de recibir tratamientos médicos adecuados sin trabas administrativas. En Brasil, la ausencia de una ley de identidad de género a nivel federal genera vacíos legales, lo que significa que el acceso a la salud de las personas trans queda relegado a que cada estado pueda generar las leyes

que desee para la protección de las personas trans y la facilidad al acceso de servicios médicos especializados o no especializados. En Colombia, la falta de una ley específica sobre identidad de género sigue siendo un obstáculo para garantizar derechos fundamentales como el acceso a tratamientos médicos sin discriminación, la cobertura de servicios de afirmación de género dentro del sistema de salud y la protección legal contra la negativa de atención basada en la identidad de género, sin necesidad de recurrir a mecanismos de protección legales ante las autoridades judiciales por la violación de derechos fundamentales, como la acción de tutela.

Caso grupo 1: Colombia

La ausencia de una ley de identidad de género en Colombia obliga a que todas las acciones para garantizar derechos deban realizarse a través del mecanismo de acción de tutela, el cual es un recurso de protección ante la vulneración o amenaza de uno o más derechos fundamentales.⁴⁵

Esto genera una ralentización de los tratamientos de afirmación de género, de la atención y seguimiento de médicos especialistas, y vacíos legales en cuanto al acceso a ellos en la cobertura del sistema público. En este contexto, no hay claridad sobre qué medicamentos y tratamientos están cubiertos, lo que ha llevado a que las personas trans tengan que recurrir reiteradamente a acciones de tutela para acceder a ellos a través del sistema público.

En el Grupo 2, Bolivia enfrenta la limitación de su ley de identidad de género por una decisión del Tribunal Constitucional. Costa Rica carece de una ley específica de identidad de género, aunque la presentación de un proyecto de ley en 2023 abre una posibilidad de cambio. Ecuador, a

pesar de prohibir la discriminación por identidad de género en su constitución, no tiene una ley específica que desarrolle este derecho en el ámbito de la salud. Perú no ha logrado promulgar su ley de identidad de género, a pesar de haber sido aprobada por una comisión del congreso.

Caso grupo 2: Bolivia

En mayo de 2016 entró en vigor en Bolivia la Ley de Identidad de Género. La norma garantizaba el “ejercicio de la autonomía física” que reconoce la capacidad de las personas para modificar voluntariamente su imagen corporal. Sin embargo, no incluyó ninguna mención sobre el derecho a la salud vinculada a esa capacidad de modificar la imagen corporal. Por lo tanto, las personas trans no cuentan con herramientas legales para exigir el acceso a tratamientos de afirmación de género como parte de su derecho a la salud.

Más allá de estas omisiones, la ley enfrentó un fuerte ataque que limitó su alcance. En noviembre de 2017, un fallo del Tribunal Constitucional Plurinacional anuló el párrafo II del artículo 11, que establecía que el cambio de nombre y sexo registral permitiría ejercer plenamente los derechos fundamentales vinculados a la identidad asumida. La Plataforma por la Vida y la Familia impulsó el recurso de inconstitucionalidad, el cual prosperó bajo el argumento de que el cambio de sexo registral no altera el “sexo biológico” y, por tanto, no modifica los derechos inherentes a este. Como consecuencia, las personas trans quedaron excluidas de derechos como el matrimonio, la adopción, el acceso a cuotas de género en política y otros beneficios sociales vinculados al sexo legal.

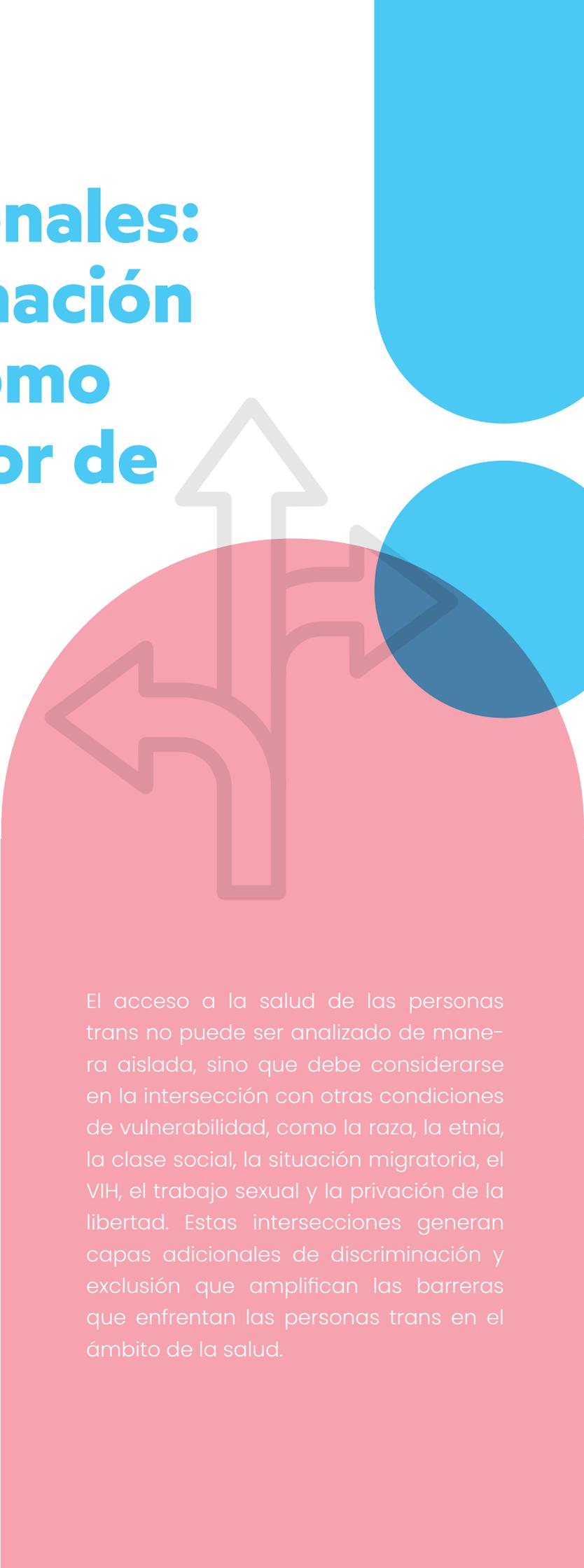
En el Grupo 3, la ausencia de leyes de identidad de género es la norma. El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana no cuentan con un marco legal que reconozca y proteja la identidad de género de las personas trans. Esta carencia legislativa deja a esta población en una situación de extrema vulnerabilidad, sin mecanismos legales para defender sus derechos ni para exigir una atención médica adecuada. La falta de reconocimiento legal impacta directamente en el acceso a la salud, ya que la discordancia

entre la identidad de género y los documentos oficiales genera situaciones de discriminación, maltrato y negación de servicios, prácticas que involucran tanto al personal de salud como al personal administrativo. Por ejemplo, hay personas que en su llegada pidieron claramente ser llamadas por su nombre elegido o por su apellido y aun así la llaman por el nombre muerto, en ocasiones de forma intencional en frente de otras personas que están en la sala de espera para generar humillación.

Caso grupo 3: República Dominicana

Dentro del marco normativo de República Dominicana, no solo no existe una ley de identidad de género, sino que tampoco existe protección legal ante agresiones y delitos contra la población LGBTIQ+. Actualmente, las leyes del país no incluyen un enfoque de protección especial frente a acciones dirigidas contra ella, lo que genera una grave situación de desprotección, no solo en la garantía del derecho a la salud, sino también en la seguridad e integridad física y psicológica de sus integrantes.

Barreras interseccionales: la discriminación múltiple como amplificador de exclusión

A decorative graphic on the right side of the page. It features a large, light blue rounded rectangle at the top right. Below it, there are several overlapping circles in shades of blue and teal. A large, semi-transparent pink shape is positioned in the lower right, containing a white outline of a tree with three main branches. Each branch ends in a white arrow pointing in different directions: one points up, one points left, and one points right. The background of the lower right section is a solid light pink color.

El acceso a la salud de las personas trans no puede ser analizado de manera aislada, sino que debe considerarse en la intersección con otras condiciones de vulnerabilidad, como la raza, la etnia, la clase social, la situación migratoria, el VIH, el trabajo sexual y la privación de la libertad. Estas intersecciones generan capas adicionales de discriminación y exclusión que amplifican las barreras que enfrentan las personas trans en el ámbito de la salud.

Grupo 1: La interseccionalidad en el centro de las problemáticas

En Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, si bien existen marcos legales más avanzados y algunos programas específicos de atención, las personas trans que pertenecen a segmentos específicos de la población enfrentan una doble discriminación. En Argentina, por ejemplo, las personas trans de comunidades indígenas a menudo encuentran barreras lingüísticas y culturales en el acceso a los servicios de salud, sumadas a la discriminación por su identidad de género. En Brasil, las personas trans negras y de bajos ingresos tienen mayores dificultades para acceder al Proceso Transexualizador del SUS, y enfrentan mayores tasas de violencia y discriminación en el sistema de salud. En Chile, las personas trans migrantes, particularmente aquellas en situación irregular, encuentran obstáculos adicionales para acceder a los servicios de salud, ya que el proceso de regularización puede tardar hasta 10 años y las instituciones que ofrecen acompañamiento y apoyo psicosocial no las contemplan en sus servicios.⁴⁶ En Colombia, la situación de los menores de edad es delicada ante el auge de discursos de odio y desinformación sobre las infancias trans, especialmente

con el Proyecto de Ley 001 de 2024, comúnmente llamado “¡Con los niños NO te metas!”. En México, a pesar de que el protocolo de la Secretaría de Salud afirma que el uso de bloqueadores hormonales es una posibilidad para las infancias trans, no hay una ruta de atención clara para estos casos.

La situación de las personas trans que viven con VIH también es particularmente compleja.



En Argentina, a pesar de que la ley contempla la atención integral, las personas trans privadas de la libertad a menudo no tienen acceso a terapias hormonales ni a cirugías de afirmación de género, lo que vulnera su derecho a la salud y a la identidad.

Caso grupo 1: Chile y México

En Chile, las políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud de los menores de edad trans están corriendo riesgo. En junio de 2024, el Ministerio de Salud emitió la Circular 7 que recomendó a las instituciones de salud suspender el inicio de los tratamientos hormonales en menores de edad. La justificación de esta medida se basó en que el Ministerio aún estaba revisando la evidencia internacional en la materia con el fin de publicar lineamientos técnicos nacionales.⁴⁷ Sin embargo, las afectaciones al derecho a la salud de los menores de edad ya han sido denunciadas por organizaciones de la sociedad civil, pues se requiere que los bloqueadores de pubertad sean suministrados en etapas específicas del desarrollo para obtener los resultados deseados.

A raíz de la Circular 7 también fue creada la Comisión Especial Investigadora 57 de la Cámara de Diputados y Diputadas con el fin de hacer seguimiento a los planes y políticas de acompañamiento a la población trans. El informe publicado por ella, aunque no es vinculante, representa un retroceso para los derechos de las infancias y adolescencias trans. En él se ordena suspender la ejecución del Programa de Apoyo a la Identidad de Género (PAIG) que brinda apoyo psicosocial a los menores de edad trans, impedir las terapias hormonales en niños y adolescentes y reformar la Ley 21.120 de Identidad de Género.⁴⁸

En México, aunque no han ocurrido retrocesos tan significativos como en Chile, no se ha desarrollado una ruta de atención para el acceso a tratamientos de afirmación de género para menores de edad. El Protocolo para el Acceso sin Discriminación a Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI de la Secretaría de Salud establece que el acceso a bloqueadores de pubertad en menores se puede considerar conjuntamente entre un equipo multidisciplinario de salud y los padres o tutores, mas deja al punto de vista del personal médico determinar en qué momento hacer dicha intervención.

Además de la voluntad del personal de salud, el acceso a tratamientos de afirmación de género en este país está condicionado geográficamente, pues hay estados que no reconocen a las infancias trans, al no permitir la modificación de nombre y género en documentos oficiales, pese a que la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró inconstitucional el establecimiento de un límite de edad para el reconocimiento de la identidad de género de las personas trans.

Grupo 2: La triple discriminación en contextos de mayor vulnerabilidad



En Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú, las barreras interseccionales se intensifican debido a la mayor precariedad de los sistemas de salud y a la persistencia de marcos legales y sociales más restrictivos. En Bolivia, las personas trans indígenas que viven en zonas rurales enfrentan una triple discriminación: por su identidad de género, por su origen étnico y por su lugar de residencia. La lejanía de los centros urbanos, la falta de servicios culturalmente apropiados y la discriminación estructural limitan severamente su acceso a la salud. En Ecuador, las personas trans migrantes, especialmente aquellas en situación irregular, enfrentan obstáculos adicionales para acceder a servicios de salud, quedando relegadas a la atención de emergencia, que no cubre sus necesidades de afirmación de género.

Esto último también ocurre en Costa Rica, pues si bien existen desarrollos normativos y organizaciones sociales en favor de las personas trans migrantes, persisten dificultades burocráticas para hacer efectivo el cambio de nombre y sexo registral, así como la afiliación al sistema de salud. En Perú, las personas trans trabajadoras sexuales están expuestas a una mayor violencia

institucional y a la criminalización de su actividad, lo que las disuade de buscar atención médica. La situación de las personas trans privadas de libertad es aún más crítica, con una ausencia casi total de protocolos y servicios específicos en los centros penitenciarios.

La interseccionalidad entre pobreza y bajo nivel educativo limita la capacidad de muchas personas trans para navegar el complejo sistema de salud y para exigir sus derechos.



Caso grupo 2: Costa Rica

A nivel regional, Costa Rica es uno de los países que reporta mayores avances en la protección jurídica de los derechos de la población trans migrante. Tras la Opinión Consultiva 24 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, emitida en 2017, el país ha reconocido la identidad de género en el DIMEX (Documento de Identidad Migratorio para Extranjeros) para la población trans extranjera y ha incluido la orientación sexual y la identidad de género como motivos válidos para solicitar refugio.

Asimismo, desde la sociedad civil se han aunado esfuerzos para facilitar el proceso de estabilización de las personas LGBTIQ+ migrantes. El Instituto sobre Migración y Refugio LGBTIQ+ para Centroamérica IRCA CASABIERTA fue fundado por Javier, la primera persona que obtuvo refugio en el país debido a su orientación sexual. En él se ofrecen diversos servicios que incluyen la asesoría legal para el cambio de nombre y la regularización migratoria, la atención psicológica, el acceso a educación, la inserción al mercado laboral y el acceso a servicios básicos de salud como las pruebas de VIH (este último en convenio con la Caja Costarricense del Seguro Social). En la actualidad, la mayoría de migrantes LGBTIQ+ que reciben el acompañamiento de IRCA CASA ABIERTA provienen de Nicaragua, Colombia, Venezuela y Cuba.

Grupo 3: La intersección como agravante de la exclusión extrema



En El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana, la ausencia de un marco legal protector y la precariedad de los sistemas de salud generan un contexto de extrema vulnerabilidad para las personas trans, especialmente para aquellas que pertenecen a grupos históricamente marginados. En Guatemala y Honduras, las personas trans indígenas enfrentan múltiples capas de discriminación, agravadas por barreras lingüísticas y culturales en sistemas de salud que no contemplan la diversidad cultural ni de género. En República Dominicana también existe una doble barrera para las personas trans migrantes de Haití, las cuales se les añade la barrera del idioma (creole), a pesar de que existen centros especializados para ellos, su oferta es escasa.

La situación de las personas trans viviendo con VIH en estos países es particularmente crítica. En El Salvador, Guatemala y Honduras, son las personas trans viviendo con VIH las únicas que tienen algún tipo de acceso a servicios de salud especializados, pero estos se limitan exclusivamente a la atención del VIH, ignorando otras necesidades, incluyendo las relacionadas con la afirmación de género. En República Dominicana, las personas trans trabajadoras sexuales enfrentan una violencia institucional extrema, que incluye, en muchos casos, la negación absoluta de servicios médicos y la criminalización efectiva de su identidad.

Esta realidad no es ajena a las personas trans menores de edad, quienes a menudo son rechazadas por sus familias y expulsadas de sus hogares, lo que en muchos casos las lleva a vivir en situación de calle debido a su orientación sexual o expresión de género.

La falta de acceso a servicios de salud se entrecruza con la violencia, la pobreza y la exclusión social, generando un círculo vicioso que perpetúa la marginación.

En este grupo de países, la intersección de la identidad de género con otras condiciones de vulnerabilidad, como la pobreza extrema, la ruralidad, la pertenencia a comunidades indígenas, el VIH, el trabajo sexual, y la migración agrava exponencialmente la exclusión y la discriminación, dejando a las personas trans en una situación de desprotección casi absoluta en el ámbito de la salud.

Caso grupo 3: Guatemala

En Guatemala, la intersección entre la identidad trans y la pertenencia a comunidades indígenas genera desafíos particularmente agudos. Desde muy temprana edad, las mujeres que nacen en contextos tradicionales se ven obligadas a cumplir con roles y costumbres ancestrales, en los que la vestimenta y las prácticas culturales son símbolos de identidad. Sin embargo, al asumir una identidad de género distinta a la asignada al nacer, las personas trans se encuentran rechazadas no solo por desafiar las normas de género, sino también por transgredir los valores que su comunidad ha conservado durante generaciones.

En muchos pueblos, la tradición dicta límites estrictos sobre la expresión de género, y cualquier desviación puede desencadenar castigos severos o un rechazo violento. Por ello, algunas se ven forzadas a abandonar su entorno para buscar refugio y oportunidades en ciudad principales, donde la discriminación por su identidad trans se suma a la invisibilización de sus raíces indígenas.

Aunque en las ciudades grandes existen redes de apoyo y algunas instituciones que ofrecen ayuda, la barrera cultural persiste y se suma a la marginalidad impuesta por la interseccionalidad: el problema no es solo la discriminación de género, sino también la marginación que surge al intentar mantener una identidad indígena en un entorno que no está preparado para aceptar la diversidad en todas sus formas.

Identificación de barreras por grupos

Barreras	Grupo	Detalles
Económicas	Grupo 1 (Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México)	<ul style="list-style-type: none">• Desabastecimiento frecuente de medicamentos en el sistema público que obliga a las personas a comprarlos en el sector privado• Gastos indirectos no cubiertos como transporte y alojamiento para acceder a servicios especializados en centros urbanos• Tiempos de espera prolongados en el sistema público que presionan hacia alternativas privadas costosas
	Grupo 2 (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Perú)	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de cobertura pública específica para la mayoría de los tratamientos de afirmación de género, lo que obliga a recurrir al sector privado• Alto costo de medicamentos hormonales que deben ser adquiridos de manera particular, con variaciones significativas de precios entre países que llevan a la búsqueda de alternativas en países vecinos• La informalidad laboral predominante (especialmente alta en Bolivia con 80.8%) limita el acceso a seguros de salud• Los servicios privados especializados son escasos y tienen costos excesivamente elevados para la mayoría• Las personas deben asumir completamente los gastos de laboratorios y seguimiento médico, incluso cuando logran acceder a algunos servicios públicos• El costo de traslados para acceder a servicios especializados, concentrados en las capitales, representa una barrera adicional significativa
	Grupo 3 (El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana)	<ul style="list-style-type: none">• La falta de protocolos o normativas específicas resulta en que todos los costos de tratamientos de afirmación de género deban ser cubiertos de manera privada• Alta dependencia de la cooperación internacional y organizaciones civiles para acceder a cualquier tipo de servicio, siendo la mayoría enfocados exclusivamente en VIH/ITS• Escasez de servicios especializados incluso en el sector privado, lo que eleva los costos y obliga a buscar alternativas en otros países• La precariedad laboral y la discriminación limitan el acceso a empleos formales y por ende a seguros médicos• Los pocos servicios disponibles se concentran en las capitales y grandes urbes, agregando costos de traslado significativos

Geográficas

Barreras

Grupo

Detalles

Grupo 1
(Argentina,
Chile, Colombia,
Brasil y México)

- Concentración de servicios de alta complejidad en capitales y grandes ciudades principales
- Número limitado de unidades hospitalarias y servicios ambulatorios especializados para atender a toda la población trans del país
- Los tiempos de espera se multiplican significativamente para personas que viven fuera de los centros urbanos principales
- Los programas especializados de atención a personas trans están ausentes en múltiples regiones
- La descentralización administrativa agrava las disparidades territoriales, ya que cada región debe gestionar sus propios recursos

Grupo 2 (Bolivia,
Costa Rica,
Ecuador, Perú)

- Centralización de los pocos servicios especializados existentes en las capitales
- Algunas regiones carecen por completo de especialistas incluso para la población general, lo que hace imposible iniciar servicios especializados para personas trans
- La rotación frecuente del personal de salud en zonas alejadas dificulta la continuidad de la atención

Grupo 3 (El
Salvador,
Guatemala,
Honduras,
Panamá,
República
Dominicana)

- Los escasos servicios existentes, principalmente enfocados en VIH/ITS, se concentran exclusivamente en las capitales
- La infraestructura de salud es deficiente, incluso en zonas urbanas, con graves carencias en áreas rurales
- La ausencia de protocolos nacionales resulta en servicios fragmentados y desconectados territorialmente
- Las personas trans se ven forzadas a migrar a las capitales o incluso a otros países para acceder a servicios básicos
- Las iniciativas de organizaciones civiles tienen un alcance geográfico muy limitado

Sociales y Culturales

Barreras

Grupo

Detalles

Grupo 1
(Argentina,
Chile, Colombia,
Brasil y México)

- Discriminación institucionalizada en el sistema de salud, incluyendo el uso incorrecto de nombres y pronombres
- Falta de concordancia entre protocolos de atención y personal de salud en la atención a personas trans
- Resistencia de especialistas clave como endocrinólogos y cirujanos a atender personas trans
- Presión hacia expresiones de género binarias y hegemónicas para facilitar el acceso a servicios

Grupo 2 (Bolivia,
Costa Rica,
Ecuador, Perú)

- La discriminación se manifiesta a través de la negación activa de servicios bajo pretextos técnicos o administrativos
- La patologización de las identidades trans está profundamente arraigada en las prácticas médicas y administrativas
- La atención se ve fuertemente condicionada por prejuicios personales del personal de salud debido a la ausencia de protocolos vinculantes
- El personal de salud carece de formación básica sobre diversidad sexual y de género
- La influencia de sectores religiosos conservadores en las instituciones de salud dificulta la implementación de políticas inclusivas
- Las personas trans que no se ajustan a expectativas binarias enfrentan obstáculos adicionales

Grupo 3 (El
Salvador,
Guatemala,
Honduras,
Panamá,
República
Dominicana)

- Negación sistemática de la existencia y necesidades específicas de las personas trans en el sistema de salud
- La atención depende completamente de la voluntad individual del personal de salud ante la ausencia de protocolos
- Los prejuicios religiosos y culturales se traducen en discriminación abierta sin consecuencias institucionales
- Las personas trans son frecuentemente referidas innecesariamente a servicios de salud mental o VIH sin importar su motivo de consulta
- El clima político adverso genera temor en el personal de salud a ser identificado como aliado de la población trans

Administrativas

Barreras

Grupo

Detalles

Grupo 1
(Argentina,
Chile, Colombia,
Brasil y México)

- Falta de actualización de los sistemas de información que perpetúan un enfoque patologizante al exigir el diagnóstico de disforia de género para remisiones a especialistas. Adicionalmente, esta falta de actualización evita que las personas puedan acceder a servicios que están atados a un género, como el de ginecología
- Remisiones innecesarias a otras especialidades que no hacen parte de la ruta de atención y extienden los procesos para poder acceder a cuidado afirmativo de género
- Necesidad de acudir a instrumentos legales para solicitar los servicios, como demandas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en México o el uso de la acción de tutela en Colombia

Grupo 2 (Bolivia,
Costa Rica,
Ecuador, Perú)

- Los protocolos de atención son generales, sin suficiente información técnica y restringidos en su alcance. En Bolivia y Ecuador, las normas de atención no abordan la afirmación de género como un componente de la salud de las personas trans. En Perú, este componente solo abarca mujeres trans mayores de 18 años

Grupo 3 (El
Salvador,
Guatemala,
Honduras,
Panamá,
República
Dominicana)

- Los países no cuentan con protocolos para los tratamientos de afirmación de género, por lo tanto no en este caso la barrera es la inexistencia del servicio. Para la atención en salud en general, las barreras administrativas se reflejan en el manejo inadecuado, intencional o accidental, de los datos de identidad de las personas. Por ejemplo, en Panamá, durante la pandemia de COVID-19 las personas que habían hecho cambio de identidad inicialmente no pudieron recibir la vacuna porque no estaba la actualización del cambio de nombre en el sistema

Legales

Barreras	Grupo	Detalles
	Grupo 1 (Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México)	<ul style="list-style-type: none"> Desafíos en la implementación de las leyes de identidad de género (cuando hay existencia de ello en el país). Ante la complejización de procesos burocráticos Utilización excesiva de mecanismos legales para garantizar derechos ante la inexistencia de leyes de género Incongruencias entre las leyes, normas y lineamientos de atención a personas trans y no binarias
	Grupo 2 (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Perú)	<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones o ausencia de leyes específicas de identidad de género Dependencia de decisiones judiciales o proyectos de ley para avanzar en la protección de derechos Falta de desarrollo legislativo en el ámbito de la salud para personas trans
	Grupo 3 (El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana)	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia total de leyes de identidad de género Situación de extrema vulnerabilidad y falta de mecanismos legales para defender derechos Discriminación y negación de servicios de salud debido a la falta de reconocimiento legal

Interseccionales

(raza, etnia, clase social, VIH, trabajo sexual, privación de la libertad, migración)

Barreras

Grupo

Detalles

Grupo 1
(Argentina,
Chile, Colombia,
Brasil y México)

- Las personas trans que viven con VIH enfrentan una doble estigmatización y frecuentemente son derivadas automáticamente a servicios de ITS, ignorando otras necesidades de salud
- Para las personas trans en trabajo sexual, el estigma asociado a su ocupación genera barreras adicionales, incluyendo discriminación explícita en servicios de salud y dificultades para acceder a seguimiento médico regular
- La falta de documentación legal consistente con la identidad de género agrava todas estas barreras, especialmente para personas trans migrantes o en situación de calle

Grupo 2 (Bolivia,
Costa Rica,
Ecuador, Perú)

- Las personas trans indígenas y afrodescendientes enfrentan una triple discriminación: por su identidad de género, su etnia/raza y por vivir predominantemente en zonas rurales donde hay menor acceso a servicios especializados
- En el caso de personas trans viviendo con VIH, los únicos servicios disponibles suelen estar vinculados a programas de VIH/SIDA, sin considerar otras necesidades médicas específicas
- Las personas trans en trabajo sexual enfrentan mayor riesgo de violencia institucional en servicios de salud y frecuentemente evitan buscar atención médica por temor a la discriminación
- Para personas trans privadas de libertad, la situación es especialmente crítica al no existir protocolos ni servicios específicos en centros penitenciarios
- La intersección entre pobreza y falta de educación formal limita la capacidad de las personas trans para navegar sistemas de salud complejos o exigir sus derechos

Grupo 3 (El
Salvador,
Guatemala,
Honduras,
Panamá,
República
Dominicana)

- Las personas trans indígenas, especialmente en Guatemala y Honduras, enfrentan múltiples capas de discriminación, agravadas por barreras lingüísticas y culturales en sistemas de salud que no contemplan la diversidad cultural

BUENAS PRÁCTICAS Y AVANCES EN LA REGIÓN

A pesar del panorama complejo y desafiante que enfrentan las personas trans en América Latina para acceder a servicios de salud, es importante reconocer y visibilizar los avances y las buenas prácticas que han emergido en los últimos años. Estas iniciativas, impulsadas tanto por actores gubernamentales como no gubernamentales, representan luces de esperanza en el camino hacia la inclusión y la garantía del derecho a la salud para esta población. Si bien aún queda un largo trecho por recorrer, estos ejemplos demuestran que el cambio es posible y sirven como inspiración y modelo para otros países de la región.



Legislación y políticas públicas inclusivas

A graphic featuring a pair of scales of justice in the upper right, and a globe with latitude and longitude lines in the lower right. The scales are light gray, and the globe is light red. There are also several overlapping circles in shades of blue and red on the right side of the page.

Uno de los avances más significativos en la región ha sido la promulgación de leyes de identidad de género que reconocen la autodeterminación como un derecho fundamental. La Ley de Identidad de Género de Argentina (2012) es un referente mundial en este sentido, al garantizar el acceso a la rectificación registral mediante un simple trámite administrativo y al incluir explícitamente la cobertura de tratamientos hormonales y cirugías de afirmación de género en el sistema de salud. Esta ley ha servido de inspiración para otros países, como Chile, que en 2018 aprobó su propia Ley de Identidad de Género, la cual ha significado un importante paso adelante.

Colombia, por su parte, ha avanzado a través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que ha reconocido el derecho a la identidad de género y el acceso a servicios de salud como derechos fundamentales. Otro gran avance ha sido la Sentencia T-033 del 2022, la cual reconoce el derecho a la identidad de género diversa dentro de los documentos de identidad.

México también ha logrado avances significativos, tanto a nivel subnacional como federal. La Ciudad de México lideró el camino con la legalización del matrimonio igualitario en 2009 y la posterior aprobación de la Ley para el Reconocimiento y la Atención de las Personas LGBTTTI en 2021. A nivel federal, la reciente tipificación de las “terapias de conversión” como delito contra la orientación sexual o la identidad de género y la recomendación de la CNDH para armonizar la legislación en favor de los derechos de las personas trans, marcan un rumbo prometedor.

Estas experiencias de éxito se destacan por su potencial para inspirar iniciativas en otros países. Además, demuestran que la ley como instrumento puede usarse estratégicamente dependiendo del contexto de las instituciones, como cortes o parlamentos progresistas que están dispuestos a liderar cambios para avanzar en el acceso a la salud y a los tratamientos de afirmación de la identidad de género de las personas trans.



Programas y servicios especializados



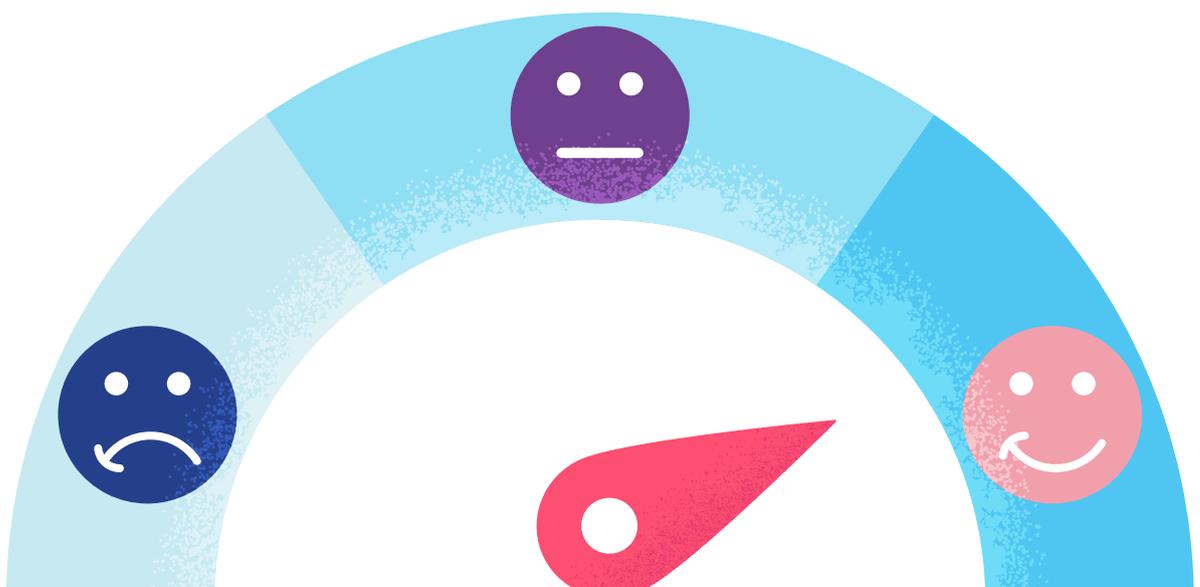
Varios países han implementado programas y servicios especializados para la atención de personas trans, lo que representa un avance importante en el reconocimiento de sus necesidades específicas de salud.

En Brasil, el Proceso Transexualizador del SUS, a pesar de enfrentar desafíos en su implementación, como se discutió anteriormente, contempla la provisión de terapias hormonales y cirugías de afirmación de género, estableciendo un marco para la atención especializada dentro del sistema público. México cuenta con la Clínica Condesa en la Ciudad de México, un centro pionero que ofrece servicios integrales a personas trans, incluyendo terapia hormonal gratuita y acompañamiento psicológico. Además, la guía protocolizada para la atención de personas transgénero, emitida por la Secretaría de Salud en 2017, proporciona un marco de referencia para la atención en otras instituciones.

Chile ha implementado los Programas Integrales de Identidad de Género (PIIG), que, aunque limitados en número y con una distribución geográfica desigual, como se señaló anteriormente, ofrecen una atención multidisciplinaria que incluye evaluación psicológica, terapia hormonal y cirugías.¹⁷ En Costa Rica, la CCSS aprobó en 2018 un protocolo de hormonización que, a pesar de sus

limitaciones operativas, representa un paso hacia la atención especializada.¹⁴ Ecuador, por su parte, cuenta con organizaciones que brindan servicios de salud mental y apoyo en procesos de transición, aunque con recursos limitados.

Estos programas y servicios especializados, si bien presentan distintos niveles de desarrollo y cobertura, son fundamentales para garantizar una atención adecuada y respetuosa con las necesidades de las personas trans. Entre sus virtudes destacan el respeto al nombre social y los pronombres elegidos, así como la inclusión de estos datos en los sistemas de información de salud y la documentación institucional, tal como ocurre en los ambulatorios trans de Brasil. A esto se suma la creación de clínicas o centros de atención específicos para personas trans o LGBTIQ+, espacios donde se garantiza que todo el personal cuente con capacitación para ofrecer una atención adaptada a las necesidades de salud y libre de discriminación. Además, estos servicios suelen ser de acceso gratuito.



Iniciativas de la sociedad civil y alianzas estratégicas

Ante las limitaciones de los sistemas de salud y la persistencia de barreras en el acceso, las organizaciones de la sociedad civil han asumido un rol fundamental en la provisión de servicios, el acompañamiento a las personas trans y la incidencia política.

En Bolivia, las “Casas Trans” ofrecen una gama de servicios que incluyen atención primaria en salud, apoyo psicológico y orientación, supliendo las carencias del sistema público y brindando un espacio seguro para las personas trans. En República Dominicana, organizaciones como COIN e IDEP han implementado programas pilotos de acompañamiento psicológico y servicios de bajo costo, enfocándose especialmente en la salud mental y el bienestar emocional. En Guatemala, el Colectivo Trans-Forma ha desarrollado un modelo de atención integral que incluye evaluación socioeconómica, información

contextualizada, apoyo médico básico, acompañamiento en salud mental y asesoría legal, convirtiéndose en un referente en la atención a hombres trans y personas con identidades no binarias.

En Chile, la Fundación Todo Mejora y la organización Organizando Trans Diversidades (OTD) tienen programas de apoyo tanto a nivel psicológico como familiar. En la Universidad Diego Portales se ha constituido el Proyecto T, dirigido por el docente Claudio Martínez, que brinda apoyo psicológico y psicosocial gratuito. Adicionalmente, el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) y la Fundación Iguales defienden los derechos de la población LGBTIQ+ en diversos ámbitos, entre ellos el seguimiento legislativo, la incidencia en la toma de decisiones públicas, la asesoría legal y psicológica y la promoción de la inclusión en el campo laboral.

En Colombia, la Liga de Salud Trans posee una atención especial a la población trans, abordando las brechas existentes en el sistema de salud mediante la provisión de servicios como orientación para navegar el sistema, acompañamiento psicosocial, asesoría jurídica y la creación de espacios seguros. Por su parte, Profamilia ha implementado programas enfocados en población trans y no binaria que incluyen terapia de afirmación hormonal, servicios de telemedicina y prevención de infertilidad. Un ejemplo de la articulación entre distintos actores para mejorar el acceso a la salud de esta población es el Proyecto Sin

Etiquetas, una iniciativa impulsada por Profamilia en alianza con la Embajada del Reino de los Países Bajos, que buscó implementar un modelo de atención en salud humanizado e integral en sus 47 sedes. Este consorcio reconoció la importancia del trabajo conjunto entre organizaciones con enfoques complementarios: Profamilia en la prestación de servicios, la Liga de Salud Trans en el acompañamiento y asesoría desde la experiencia de vida trans, y Colombia Diversa en la incidencia y el litigio para garantizar el acceso a la salud. A pesar de sus avances, estas iniciativas enfrentan desafíos significativos debido a la falta de convenios sólidos con el sistema de salud público, lo que limita su cobertura y sostenibilidad financiera.

En Honduras, la Asociación Kukulcán gestiona una clínica que ofrece servicios básicos de hormonización, representando un oasis en medio de un sistema que carece de protocolos y servicios para la población trans. En Panamá, la APPT mantiene un directorio actualizado de profesionales de salud aliados, incluyendo psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos y urólogos, facilitando el acceso a una red de atención sensibilizada y capacitada.

Estas iniciativas, a menudo en alianza con organismos internacionales como el Fondo Mundial o la Universidad del Valle de Guatemala, demuestran la capacidad de la sociedad civil organizada para generar respuestas innovadoras y efectivas ante la falta de atención estatal.

Innovación y emprendimiento social



Más allá de las iniciativas gubernamentales y de la sociedad civil, en los últimos años han surgido en la región ejemplos innovadores de emprendimiento social enfocados en la atención a la salud de las personas trans. Estas iniciativas, que provienen tanto de profesionales de la salud como de personas trans y aliadas, están generando alternativas de atención accesibles y culturalmente apropiadas, especialmente en contextos donde los servicios públicos son inexistentes o deficientes.

En El Salvador, la clínica privada que atiende a unas 200 personas trans, operando bajo estándares internacionales, es un ejemplo de cómo la iniciativa particular puede suplir la ausencia de servicios estatales, como se mencionó en la sección 3.2.3. En Guatemala, la colaboración entre el Colectivo Trans-Forma y el hospital APROFAM para facilitar el acceso a histerectomías a costos reducidos demuestra el potencial de las alianzas estratégicas entre organizaciones

sociales y el sector privado para ampliar la oferta de servicios.

En Honduras, la existencia de una red informal de personal de enfermería que apoya en la aplicación de hormonas y la telemedicina transnacional, a la que recurren personas trans para obtener consultas y recetas, evidencian la capacidad de adaptación e innovación de la población para sortear las barreras del sistema. Incluso en países con mayor desarrollo normativo, como México, han surgido empresas sociales que ofrecen servicios de hormonización a bajo costo, ampliando el acceso a estos tratamientos más allá de las limitadas opciones que ofrece el sistema público.

Las iniciativas de emprendimiento social no solo brindan servicios esenciales, sino que también generan conocimiento, desarrollan buenas prácticas y demuestran la viabilidad de modelos de atención alternativos, sostenibles e inclusivos.

RECOMENDACIONES: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE SISTEMAS DE SALUD INCLUSIVOS PARA LAS PERSONAS TRANS

El análisis realizado a lo largo de este informe ha evidenciado las múltiples barreras que enfrentan las personas trans para acceder a servicios de salud integrales y de calidad en América Latina. Para transformar esta realidad y garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud para esta población, es necesario implementar una serie de medidas integrales y coordinadas que involucren a los gobiernos, los sistemas de salud, la sociedad civil, las organizaciones internacionales y los donantes. A continuación, se presentan recomendaciones generales y específicas por grupo de países, dirigidas a los diferentes actores involucrados.



Recomendaciones generales



Las siguientes recomendaciones son aplicables a todos los países de la región, independientemente de su nivel de desarrollo normativo o de la configuración de sus sistemas de salud. Estas recomendaciones buscan establecer una base sólida para la construcción de sistemas de salud inclusivos que reconozcan y atiendan las necesidades específicas de las personas trans.

A los gobiernos

Los gobiernos, como garantes del derecho a la salud, tienen la responsabilidad primordial de adoptar medidas legislativas, administrativas y de política pública para garantizar el acceso a la salud de las personas trans. Entre las acciones prioritarias se encuentran:

Promulgar leyes de identidad de género que reconozcan la autodeterminación de género como un derecho fundamental, permitiendo la rectificación de nombre y sexo registral mediante procedimientos administrativos sencillos, gratuitos y expeditos, sin requisitos médicos, psicológicos o psiquiátricos.

Adoptar leyes antidiscriminación integrales que prohíban explícitamente la discriminación por identidad y expresión de género en todos los ámbitos, incluyendo el acceso a la salud, el empleo, la educación y la vivienda.

Desarrollar e implementar políticas públicas de salud con enfoque de género y derechos humanos, que aborden las necesidades específicas de las personas trans, incluyendo el acceso a servicios de afirmación de género

Garantizar la asignación de recursos suficientes para la implementación efectiva de las leyes y políticas públicas relacionadas con la salud de las personas trans, incluyendo la creación de programas especializados y la capacitación del personal.

Mejorar los sistemas de información y registro para incluir la variable de identidad de género en los censos nacionales, encuestas de hogares y registros administrativos de los sistemas de salud. Esto permitirá tener estimaciones precisas sobre la población trans, sus características sociodemográficas, su estado de salud y sus experiencias en el acceso a los servicios.

Promover la investigación académica y la producción de conocimiento sobre la salud de las personas trans, a través del financiamiento de proyectos de investigación, el apoyo a investigadores locales y la creación de alianzas con universidades y centros de investigación. Estos estudios deben tener en cuenta las intersecciones de la identidad de género con otras categorías como la raza, etnia, clase social, ubicación geográfica, estatus migratorio y la vivencia del VIH, para poder comprender mejor las inequidades en salud.

Fortalecer la formación y sensibilización del personal de salud en materia de diversidad sexual e identidad de género, con el objetivo de erradicar prácticas discriminatorias y garantizar una atención respetuosa y de calidad.

Impulsar campañas de sensibilización y educación pública para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas trans, promoviendo una cultura de respeto e inclusión.

Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación de las políticas públicas y los servicios de salud dirigidos a la población trans, con la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil.

Ratificar y cumplir con los tratados internacionales de derechos humanos que protegen el derecho a la salud, la igualdad y la no discriminación, incluyendo la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

A los sistemas de salud

Los sistemas de salud, tanto públicos como privados, deben adoptar medidas concretas para garantizar una atención integral y de calidad a las personas trans, eliminando las barreras que obstaculizan su acceso a los servicios. Entre las acciones prioritarias se encuentran:

Desarrollar e implementar protocolos de atención integral para personas trans, basados en la evidencia científica y los estándares internacionales de derechos humanos, que garanticen el acceso a servicios de afirmación de género, incluyendo terapias hormonales y cirugías, con un enfoque despatologizador.

Eliminar las barreras administrativas y burocráticas que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, como la exigencia de requisitos innecesarios o la falta de concordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales.

Garantizar la cobertura de los tratamientos de afirmación de género, tanto en los sistemas de salud públicos como en los seguros privados, sin discriminación ni exclusiones arbitrarias.

Asegurar el abastecimiento continuo y suficiente de hormonas, incluyendo aquellas utilizadas en los tratamientos de afirmación de género para personas trans, reconociendo su importancia para diversas poblaciones. Lo que implica negociar con la industria farmacéutica para obtener precios accesibles y evitar el desabastecimiento.

Ampliar la red de servicios especializados para la atención de personas trans, con una distribución geográfica equitativa que garantice el acceso a la atención sin importar el lugar de residencia.

Implementar programas de capacitación continua para el personal de salud sobre las necesidades específicas de la población trans, con un enfoque en la atención culturalmente competente y libre de prejuicios.

Establecer mecanismos de atención a quejas y denuncias por discriminación en el ámbito de la salud, con procesos expeditos y sanciones efectivas para los responsables.

Promover la investigación y la generación de conocimiento sobre la salud de las personas trans, con el fin de mejorar la calidad de la atención y desarrollar intervenciones más efectivas.

Asegurar que los sistemas de información en salud incluyan la variable de identidad de género en los registros médicos y en la documentación de la atención, permitiendo a las personas trans ser identificadas de acuerdo con su identidad autopercebida y facilitando el análisis de sus experiencias y necesidades en el sistema de salud.

A las Organizaciones de la Sociedad Civil

Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un rol crucial en la promoción y defensa de los derechos de las personas trans, así como en la provisión de servicios y el desarrollo de estrategias innovadoras para mejorar el acceso a la salud. Se recomienda que estas organizaciones continúen y fortalezcan su trabajo en las siguientes áreas:

Continuar con la labor de acompañamiento, apoyo y orientación a las personas trans en el acceso a los servicios de salud, especialmente en contextos donde la atención estatal es deficiente o inexistente, actuando como navegadores del sistema y defensores de los derechos de los usuarios.

Fortalecer las redes de apoyo comunitario y los espacios seguros para las personas trans, promoviendo el empoderamiento, la solidaridad entre pares y el intercambio de información y recursos.

Desarrollar estrategias de incidencia política para exigir el cumplimiento de los derechos de las personas trans y la implementación de políticas públicas inclusivas, participando en espacios de diálogo con las autoridades y presentando propuestas de ley y de política pública.

Promover alianzas estratégicas con el sector privado, la academia y organismos internacionales para ampliar el alcance de sus acciones, generar sinergias en la promoción de la salud de las personas trans y acceder a nuevas fuentes de financiamiento y cooperación técnica.

Documentar y visibilizar las experiencias de discriminación y las barreras de acceso a la salud que enfrentan las personas trans, generando evidencia a través de informes, publicaciones, campañas en redes sociales y otros medios, que sustente las demandas de cambio y sensibilice a la sociedad.

Desarrollar programas de formación y capacitación para el personal de salud, en colaboración con instituciones académicas y gubernamentales, para mejorar la calidad de la atención y promover prácticas inclusivas.

Impulsar iniciativas de emprendimiento social que ofrezcan soluciones innovadoras y sostenibles para el acceso a servicios de salud de calidad para la población trans, como la creación de clínicas comunitarias, servicios de telemedicina o redes de apoyo entre pares.

Participar activamente en los mecanismos de monitoreo y evaluación de las políticas públicas y los servicios de salud, exigiendo transparencia, rendición de cuentas a las autoridades y proponiendo mejoras basadas en la evidencia y la experiencia de las personas trans.

Desarrollar repositorios de información, bibliotecas virtuales y otras plataformas que faciliten el acceso a información actualizada y relevante sobre la salud de las personas trans, incluyendo protocolos de atención, guías de buenas prácticas, investigaciones académicas y recursos legales.

A donantes y organizaciones cooperantes

Los donantes internacionales, las fundaciones y las organizaciones internacionales que trabajan en el ámbito de la salud y los derechos humanos tienen un papel importante que jugar en la promoción del acceso a la salud de las personas trans en América Latina. Se recomienda que estas entidades:

Priorizar el financiamiento de proyectos e iniciativas dirigidos a mejorar el acceso a la salud de las personas trans, con un enfoque en el fortalecimiento de las organizaciones de base y el emprendimiento social.

Apoyar la investigación y la generación de conocimiento sobre la salud de las personas trans en la región, incluyendo estudios epidemiológicos, investigaciones cualitativas sobre las experiencias de discriminación y barreras de acceso, y evaluaciones de impacto de las intervenciones.

Promover el intercambio de buenas prácticas y lecciones aprendidas entre países y regiones, facilitando la cooperación Sur-Sur y el aprendizaje mutuo.

Brindar asistencia técnica a los gobiernos y a los sistemas de salud para el desarrollo e implementación de políticas públicas y protocolos de atención inclusivos.

Abogar por la inclusión de la variable de identidad de género en los sistemas de información en salud y en los censos nacionales, por la despatologización de las identidades trans en las clasificaciones internacionales de enfermedades y por la comprensión de la naturaleza humana más allá del binario tradicional hombre/mujer cisgénero.

Financiar programas de formación y capacitación para el personal de salud, con un enfoque en la atención culturalmente competente y el respeto a los derechos humanos de las personas trans.

Apoyar el fortalecimiento institucional de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la defensa de los derechos de las personas trans, a través de financiamiento flexible, apoyo técnico y la creación de espacios de articulación y trabajo en red.

Recomendaciones específicas por grupo de países

Además de las recomendaciones generales y atendiendo a las particularidades de cada grupo de países, proponemos acciones que respondan a sus contextos y desafíos específicos.

Grupo 1 (Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México): Consolidar los avances y reducir las brechas

En estos países, que cuentan con marcos legales más avanzados y algunos programas específicos, las recomendaciones se enfocan en fortalecer la implementación de las leyes y políticas existentes, y en superar las barreras que aún persisten en la práctica.

A los Gobiernos

- Realizar campañas de difusión y sensibilización sobre las leyes de identidad de género y lineamientos públicos de atención, dirigidas tanto a la población general como a los funcionarios públicos, para asegurar su conocimiento y correcta aplicación.
- Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los programas especializados de atención a personas trans, asegurando una distribución geográfica equitativa y reduciendo los tiempos de espera.
- Implementar mecanismos efectivos de monitoreo y sanción de la discriminación en el ámbito de la salud, con especial atención a la discriminación interseccional que afecta a las personas trans racializadas, migrantes o en situación de pobreza.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional para garantizar la continuidad de la atención y la integralidad de los servicios.

A los Sistemas de Salud

- Realizar auditorías periódicas para evaluar la implementación de los protocolos de atención a personas trans y el cumplimiento de las leyes de identidad de género en la práctica cotidiana de los servicios de salud.
- Incorporar la participación de las personas trans y las organizaciones de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de los programas y servicios especializados.
- Asegurar la provisión gratuita y sin interrupciones de los medicamentos hormonales, tanto en el sistema público como en los seguros privados.
- Promover la investigación local sobre las necesidades y experiencias de las personas trans en el acceso a los servicios de salud, con el fin de generar evidencia para la mejora continua de la atención

A las Organizaciones de la Sociedad Civil

- Desarrollar estrategias de litigio estratégico y de incidencia política para exigir el pleno cumplimiento de las leyes y políticas existentes, y para promover reformas que fortalezcan la protección de los derechos de las personas trans.
- Ampliar las redes de apoyo y acompañamiento a las personas trans en el acceso a los servicios de salud, incluyendo la orientación legal y el apoyo emocional.
- Fortalecer la colaboración con la academia y los centros de investigación para generar conocimiento sobre las brechas en la atención y las estrategias más efectivas para superarlas.

Grupo 2 (Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú): Avanzar en el reconocimiento legal y fortalecer la capacidad de respuesta

En estos países, donde el reconocimiento legal de la identidad de género es aún incipiente o presenta limitaciones, y donde los sistemas de salud enfrentan mayores desafíos, las recomendaciones se orientan a promover reformas legislativas y a fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

A los Gobiernos

- Promover la discusión y aprobación de leyes de identidad de género que reconozcan la autodeterminación de género y establezcan procedimientos administrativos sencillos para la rectificación registral, sin requisitos patologizantes.
- Desarrollar e implementar políticas públicas de salud con enfoque de género que aborden las necesidades específicas de las personas trans, incluyendo la creación de programas especializados de atención y la asignación de recursos específicos.
- Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para brindar atención integral a las personas trans, a través de la capacitación del personal, la mejora de la infraestructura y la dotación de insumos y medicamentos esenciales.
- Impulsar la recolección de datos sobre la población trans y sus experiencias en el acceso a la salud, como base para la formulación de políticas públicas más efectivas.

A los Sistemas de Salud

- Desarrollar e implementar protocolos de atención integral para personas trans, basados en la evidencia científica y los estándares internacionales de derechos humanos, con un enfoque despatologizador y de respeto a la autodeterminación de género.
- Capacitar al personal de salud en la atención a personas trans, con énfasis en la sensibilización, el trato digno y la no discriminación.
- Establecer mecanismos para garantizar el acceso a medicamentos hormonales a precios accesibles, a través de la inclusión en listados oficiales de medicamentos, la negociación con la industria farmacéutica y la exploración de alternativas de financiamiento.
- Ampliar la oferta de servicios especializados para la atención de personas trans, priorizando la descentralización y la atención en zonas rurales y comunidades indígenas.

A las Organizaciones de la Sociedad Civil

- Intensificar la labor de incidencia política para promover el reconocimiento legal de la identidad de género y la adopción de políticas públicas inclusivas.
- Desarrollar estrategias de litigio estratégico para exigir el cumplimiento de los derechos de las personas trans, especialmente en el acceso a la salud y la no discriminación.
- Fortalecer las redes de apoyo y acompañamiento a las personas trans, brindando orientación legal, apoyo psicosocial y asistencia en la navegación del sistema de salud.
- Promover alianzas con el sector privado, la academia y organismos internacionales para ampliar la oferta de servicios y generar conocimiento sobre la salud de las personas trans en estos contextos.

Grupo 3 (El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana): Construir desde la ausencia: hacia el reconocimiento y la protección

En estos países, donde la ausencia de reconocimiento legal y la precariedad de los sistemas de salud configuran un escenario de desprotección extrema, las recomendaciones se enfocan en promover cambios legislativos urgentes, en fortalecer las iniciativas de la sociedad civil y en fomentar la cooperación regional e internacional.

A los Gobiernos

- Promover la discusión y aprobación de leyes de identidad de género y leyes antidiscriminación que protejan explícitamente la identidad y expresión de género como un primer paso fundamental hacia el reconocimiento de los derechos de las personas trans.
- Desarrollar políticas públicas de salud que reconozcan las necesidades específicas de las personas trans y establezcan las bases para la creación de servicios especializados, incluso en un contexto de recursos limitados.
- Asignar recursos para la capacitación del personal de salud en la atención a personas trans, con un enfoque en la despatologización y el respeto a los derechos humanos.
- Impulsar campañas de sensibilización a nivel nacional para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas trans, con un enfoque en la promoción de la igualdad y el respeto a la diversidad.

A los Sistemas de Salud

- Desarrollar protocolos de atención básica para personas trans, que garanticen un trato digno y respetuoso, incluso en ausencia de servicios especializados. Estos protocolos deben ser elaborados con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y basados en los estándares internacionales de derechos humanos.
- Capacitar al personal de salud en la atención a personas trans, con énfasis en la despatologización de las identidades trans, el uso correcto del nombre y los pronombres, y la no discriminación.
- Establecer alianzas con organizaciones de la sociedad civil para brindar atención a la población trans, a través de convenios de cooperación, apoyo técnico y logístico, y la referencia de casos.
- Implementar programas de prevención y atención del VIH y otras ITS con un enfoque de derechos humanos y no discriminación hacia las personas trans.

A las Organizaciones de la Sociedad Civil

- Continuar con la labor de visibilización y denuncia de la discriminación y la exclusión que enfrentan las personas trans en el acceso a la salud, documentando casos, presentando informes a instancias nacionales e internacionales y generando alianzas con otras organizaciones de derechos humanos.
- Fortalecer las redes de apoyo y acompañamiento a las personas trans, brindando orientación legal, apoyo psicosocial y asistencia en la navegación del sistema de salud, a través de líneas telefónicas de ayuda, grupos de apoyo entre pares y servicios de asesoría legal.
- Desarrollar estrategias de incidencia política para exigir el reconocimiento legal de la identidad de género y la adopción de políticas públicas inclusivas, incluyendo la presentación de propuestas de ley y la participación en espacios de diálogo con las autoridades.
- Promover la creación de alianzas con el sector privado, la academia y organismos internacionales para desarrollar iniciativas de emprendimiento social que ofrezcan soluciones innovadoras y sostenibles para el acceso a la salud de las personas trans, incluyendo la creación de clínicas comunitarias, servicios de telemedicina y programas de capacitación para profesionales de la salud.

A los donantes y organizaciones internacionales

- Incrementar el apoyo a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en estos países, reconociendo su rol fundamental en la provisión de servicios y la defensa de los derechos de las personas trans.
- Promover el desarrollo de proyectos regionales que aborden las barreras comunes que enfrentan las personas trans en Centroamérica y el Caribe, fomentando la cooperación Sur-Sur y el intercambio de buenas prácticas.
- Brindar asistencia técnica a los gobiernos para el desarrollo de políticas públicas inclusivas y la implementación de servicios de salud especializados.

Cooperación regional e intercambio de buenas prácticas

Finalmente, es fundamental promover la cooperación regional y el intercambio de buenas prácticas entre los países de América Latina. Las organizaciones de la sociedad civil, los donantes internacionales y los organismos regionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) pueden jugar un rol clave en este sentido, facilitando espacios de diálogo, promoviendo la investigación colaborativa y apoyando la implementación de proyectos transnacionales que aborden las necesidades de las personas trans en la región.

El fortalecimiento de las redes regionales de organizaciones trans y aliadas, con el apoyo de donantes y organismos internacionales, tiene el potencial de ser una estrategia efectiva para compartir experiencias, desarrollar

estrategias conjuntas de incidencia política y fortalecer las capacidades de las organizaciones locales. Además, se podrían establecer programas de intercambio y pasantías para profesionales de la salud, con el fin de que puedan conocer de cerca las buenas prácticas implementadas en otros países y replicarlas en sus propios contextos.

La OPS, como organismo especializado en salud, podría liderar el desarrollo de guías regionales de atención a la salud de las personas trans, basadas en la evidencia científica y los estándares internacionales de derechos humanos, que sirvan como referencia para los países de la región. Asimismo, podría promover la inclusión de la variable de identidad de género en los sistemas de información en salud y en las encuestas regionales, con el fin de generar datos comparables que permitan monitorear los avances y desafíos en el acceso a la salud de las personas trans.

CONCLUSIONES



Este estudio, a través del análisis de 14 países, ha revelado una brecha significativa entre el derecho a la salud reconocido formalmente y la realidad que viven las personas trans en América Latina.

Si bien existen avances legislativos importantes en algunos países, como las leyes de identidad de género en Argentina, Chile y las reformas en México, persisten múltiples barreras que obstaculizan el acceso a servicios de salud integrales y de calidad.

Estas barreras son de diversa índole: económicas, como los altos costos de tratamientos hormonales y cirugías, no cubiertos en la mayoría de los sistemas públicos; geográficas, por la concentración de servicios especializados en las capitales; sociales y culturales, reflejadas en el estigma, la discriminación y la transfobia internalizada en los sistemas de salud; estructurales y administrativas, como la falta de protocolos adecuados y la

patologización de las identidades trans; y legales, por la ausencia de leyes de identidad de género y antidiscriminación en muchos países. La interseccionalidad de estas barreras con factores como la raza, la edad, el sexo biológico, la etnia, la clase social, la situación migratoria y el VIH agrava la situación de vulnerabilidad de muchas personas trans.

A pesar de este panorama complejo, la investigación también ha identificado buenas prácticas y avances que iluminan el camino hacia la inclusión. Entre ellos, destacan las leyes de identidad de género pioneras en la región, la implementación de programas y servicios especializados en algunos países, y el rol fundamental de las organizaciones de la sociedad civil en la provisión de servicios, el acompañamiento y la incidencia política. Asimismo, se resalta el potencial del emprendimiento social y las alianzas estratégicas para generar soluciones innovadoras y sostenibles.

Las recomendaciones propuestas buscan impulsar un cambio integral en los sistemas de salud que redunde en beneficio de toda la población, que le permita acceder con más confianza a los sistemas de salud por cualquier circunstancia que lo requieran, con acciones dirigidas a los gobiernos, los sistemas de salud, las organizaciones de la sociedad civil y los donantes internacionales. Estas recomendaciones enfatizan la necesidad de:

Legislar a favor del reconocimiento de la identidad de género y la no discriminación.

1

2

Desarrollar políticas públicas de salud con enfoque de género y derechos humanos.

Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para brindar una atención integral y de calidad.

3

4

Capacitar al personal de salud en la atención a personas trans, con un enfoque despatologizador.

Promover la participación activa de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de las políticas y servicios.

5

6

Generar información y conocimiento sobre la salud de las personas trans.

Fomentar la cooperación regional y el intercambio de buenas prácticas.

7

8

Impulsar el emprendimiento social y las alianzas público-privadas para brindar acceso a servicios asequibles y de calidad.

Asegurar el financiamiento adecuado y sostenible de las políticas y programas dirigidos a la población trans.

9

10

Erradicar la violencia y el estigma a través de campañas de sensibilización.

Garantizar el derecho a la salud de las personas trans en América Latina es un imperativo ético y un compromiso impostergable para los Estados de la región. Si bien el camino por recorrer es largo y complejo, los avances legislativos, las buenas prácticas emergentes y el activismo incansable de la sociedad civil demuestran que la construcción de sistemas de salud verdaderamente inclusivos es posible. Se requiere voluntad política, recursos adecuados y un enfoque integral que aborde las múltiples dimensiones de la exclusión.



La salud, en su sentido más amplio, no es solo la ausencia de enfermedad, sino el pleno bienestar físico, mental y social, y es un derecho inalienable de todas las personas, sin importar su identidad de género. Alcanzar esta meta es una responsabilidad colectiva y una condición indispensable para la construcción de sociedades más justas, equitativas y respetuosas de la dignidad humana.

Perfil de Países

Argentina

I. Contexto

Argentina, con una población de aproximadamente 46.2 millones de habitantes, se posiciona como una de las economías más importantes de América Latina.⁴⁹ Según el censo nacional de 2022, los principales centros urbanos incluyen la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Rosario. En el ámbito socioeconómico, el país enfrenta desafíos significativos. Durante el primer semestre de 2024, la tasa de pobreza alcanzó el 52.9%, el nivel más elevado en dos décadas, mientras que la tasa de desempleo se incrementó al 7.6% en el primer trimestre del mismo año.^{50 51} En cuanto a la población trans, el último censo de 2022 sugiere una prevalencia que oscila entre el 0,13% de mujeres trans/travestis, el 0,16% de varones trans/masculinidad trans y el 0,08% de no binario, lo que representa un total aproximado del 0,37% de la población total.⁵²

La República Argentina opera bajo un sistema federal presidencialista, con una división tripartita del poder en Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El panorama político está conformado principalmente por el Justicialismo (peronismo), la Unión Cívica Radical y Propuesta Republicana (PRO). Sin embargo, la victoria electoral de Javier Milei en 2023 ha transformado significativamente el escenario político. Su administración ha implementado políticas de ajuste económico que han impactado de manera adversa en

diversos sectores sociales, incluyendo a la población trans, particularmente tras la disolución del Ministerio de la Mujer, Género y Diversidad (MMGYD), que constituía un pilar institucional fundamental para la protección de los derechos de las personas trans.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

Argentina ha sido pionera en el reconocimiento de los derechos de la población LGBTIQ+ en América Latina. La aprobación de la Ley de Matrimonio Igualitario en 2010 estableció un precedente regional al permitir el matrimonio entre personas del mismo sexo. Este liderazgo se consolidó con la promulgación de la Ley 26.743 de Identidad de Género en 2012, que se ha convertido en un modelo regional e internacional para los derechos de las personas travestis-trans. Este marco legal, complementado por los Decretos 721 de 2020 de cupo laboral para personas travestis, transexuales y transgénero en la Administración Pública Nacional y 476 de 2021 de reconocimiento legal de la identidad no binaria, junto con las leyes nacionales 27.636 de promoción de acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero “Diana Sacayán-Lohana Berkins” y 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, ha establecido un sistema jurídico avanzado que busca reconocer la identidad de género autopercebida,

facilitar el cambio de nombre y sexo registral sin requerimientos judiciales, ni médicos, psicológicos o psiquiátricos, y garantizar el acceso a tratamientos de afirmación de género.

El derecho a la salud en Argentina encuentra su fundamento constitucional en los artículos 41 y 42 de la Constitución Nacional; en el artículo 75, incisos 19, 22 –que incorpora tratados internacionales con jerarquía constitucional que reconocen expresamente el derecho a la salud– y 23, y en el artículo 125. Recientemente, la Resolución 4210 de 2023 del Ministerio de Salud estableció el Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud (PAISS), cuyo objetivo es garantizar el acceso equitativo y universal a la salud mediante la integración de los subsistemas sanitarios.

La Ley de Identidad de Género (26.743) de 2012 establece garantías fundamentales para el reconocimiento de la identidad de género, el libre desarrollo personal y el derecho a recibir un trato digno y acorde a dicha identidad. Además, asegura el acceso a tratamientos de afirmación de género, incluyendo tratamientos farmacológicos y cirugías, para aquellas personas con capacidad para prestar su consentimiento libre, previo e informado de acuerdo con la Constitución Nacional y las normas nacionales sobre capacidad y consentimiento, sin requerir diagnósticos psiquiátricos ni condiciones médicas patologizantes. La legislación argentina ha desarrollado un marco normativo progresista en materia de derechos laborales y

sanitarios para la población trans. La Ley de Promoción de Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero (27.636) representa un avance significativo en la inclusión laboral. Por su parte, la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (27.610) destaca por ser una de las pocas normativas a nivel mundial que reconoce explícitamente a las personas trans como titulares de derechos reproductivos. El Decreto 476/2021 amplía el reconocimiento de la diversidad de género al permitir la inscripción de identidades no binarias en los documentos de identidad, de acuerdo con el marco ya establecido por la Ley de Identidad de Género.

En el ámbito internacional, Argentina ha ratificado y constitucionalizado importantes instrumentos de derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que fortalecen el marco de protección de los derechos de las personas trans.

B. Sistema de salud

El sistema de salud argentino presenta una estructura mixta compuesta por tres sectores: público, seguridad social y privado. El sector público, financiado mediante recursos fiscales, tiene como objetivo garantizar el acceso universal a la atención sanitaria. La seguridad social opera a través de las contribuciones de trabajadores y empleadores, mientras que el sector privado funciona mediante pagos directos y seguros privados.

Según datos del Censo de 2022, el 60.9% de la población cuenta con cobertura de salud a través de obras sociales, entidades de medicina prepaga o el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), mientras que el 38.9% depende exclusivamente del sistema público.⁵³ En términos de inversión sanitaria, el gasto corriente en salud durante 2021 representó el 9.71% del Producto Interno Bruto (PIB), con un gasto per cápita equivalente al 15.24% del gasto público total y un gasto de bolsillo del 24.21% del gasto total en salud.⁵⁴

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

Las personas trans en Argentina enfrentan múltiples obstáculos en su interacción con el sistema sanitario, a pesar del marco legal progresista existente. La discriminación estructural y las deficiencias en la capacitación del personal de salud continúan siendo desafíos significativos. Una investigación realizada en la provincia de Jujuy evidenció la persistencia de prácticas patologizantes en salud mental, donde se impone la consulta psicológica como requisito previo para acceder a tratamientos hormonales o quirúrgicos, contraviniendo lo establecido en la legislación vigente.⁵⁵

Los obstáculos administrativos representan otra barrera significativa. Los horarios limitados de atención, la escasez de profesionales especializados y los extensos tiempos de espera

dificultan el acceso efectivo a los tratamientos. En numerosas ocasiones, las personas trans se ven forzadas a realizar largos desplazamientos para recibir atención especializada. La fragmentación del sistema de salud y la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención agravan esta problemática.

Las organizaciones sindicales han desempeñado en algunas circunstancias un papel fundamental en la defensa de los derechos laborales de las personas trans, particularmente en casos de discriminación laboral y despidos injustificados. Sin embargo, estos sindicatos carecen de los recursos técnicos necesarios para emprender acciones colectivas que busquen la reincorporación masiva de trabajadores trans discriminados.

B. Servicios de afirmación de género

La terapia hormonal, garantizada por ley, está incluida en el Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece las prestaciones mínimas, básicas y esenciales que deben cubrir todos los agentes del sistema de salud. El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la provincia de Buenos Aires, la más poblada de Argentina, ha implementado procedimientos simplificados para el acceso a la terapia hormonal, requiriendo únicamente una orden médica y una historia clínica básica. No obstante, el desabastecimiento de hormonas constituye un problema recurrente. Durante 2019, se documentó una significativa escasez de testosterona en centros de salud pública, situación que se agudizó en 2022, llevando a la

agrupación Hombres Trans Argentinos a dirigir una carta abierta a la Ministra de Salud denunciando la falta persistente de medicamentos esenciales.⁵⁶ Esta problemática ha continuado en 2024, según reportes de la misma organización.

Para las personas menores de edad, anteriormente el artículo 11 de la Ley 26.743, que establece el derecho a la identidad de género, determinaba que es posible acceder a tratamientos hormonales con la autorización de sus representantes legales. El acceso se rigía por los principios de capacidad progresiva e interés superior del menor en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. No obstante, en Febrero de 2025, el presidente Javier Milei, por medio del Decreto 62/2025, alteró el artículo 11 con el fin de prohibir los tratamientos de afirmación de género a menores, añadiendo como modificación que “Las personas menores de DIECIOCHO (18) años de edad no podrán acceder a las intervenciones y tratamientos a los que hace referencia el presente artículo”.⁵⁷ En Buenos Aires, esta medida está siendo contrarrestada por un grupo de adolescentes trans con una acción de amparo por medio de la cual buscan poder darle continuidad a sus tratamientos. Si bien se ha hablado sobre la inconstitucionalidad del decreto y se han hecho llamados al poder judicial para limitar el abuso de poder del ejecutivo, el futuro de los servicios de salud de afirmación de género para menores permanece incierto.⁵⁸

Por otro lado, las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género, incluyendo vaginoplastia, faloplastia, metoidioplastia y mastectomía, están cubiertas por el PMO. Sin embargo, la disponibilidad de servicios quirúrgicos en hospitales públicos varía significativamente entre provincias, lo que frecuentemente obliga a las personas a trasladarse a centros urbanos mayores o recurrir a instituciones privadas. Los hospitales Durand y Gutiérrez en Buenos Aires se han convertido en centros de referencia para estas cirugías, siguiendo los estándares de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (World Professional Association for Transgender Health, WPATH).

El apoyo psicológico especializado para personas trans y sus familias está disponible dentro del sistema de salud, aunque su accesibilidad varía considerablemente según la región y el tipo de cobertura. Los protocolos de atención, actualizados en 2020 por el Ministerio de Salud, enfatizan un enfoque integral y despatologizante, alineado con los estándares internacionales de derechos humanos.

Si bien los procedimientos médicos están cubiertos por el sistema de salud, las obras sociales y entidades de medicina prepaga frecuentemente imponen barreras burocráticas o rechazan inicialmente las solicitudes de cobertura. A partir de 2024, algunas de estas instituciones han implementado requisitos adicionales, como la exigencia de que las prescripciones

médicas sean emitidas exclusivamente por profesionales de su red propia, lo que incrementa los costos y dificulta el acceso a los tratamientos necesarios.

A la vez, la distribución geográfica de los servicios especializados presenta una marcada desigualdad territorial, con una concentración significativa en los grandes centros urbanos, particularmente en Buenos Aires. Los tiempos de espera para acceder a intervenciones quirúrgicas complejas pueden extenderse considerablemente debido a la elevada demanda y la limitada disponibilidad de profesionales especializados.

Los protocolos de atención vigentes se fundamentan en evidencia científica actualizada y en estándares internacionales de derechos humanos. Los profesionales de la salud en los centros hospitalarios de referencia cuentan con capacitación especializada, aunque la sensibilización y formación en materia de diversidad de género en el sistema de salud general continúa siendo insuficiente. Los niveles de satisfacción reportados por las personas trans respecto a la calidad de la atención recibida varían según el centro de atención, aunque generalmente son elevados en las instituciones especializadas.

IV. Barreras de acceso

A pesar de la cobertura legal de los tratamientos, los costos indirectos asociados, incluyendo transporte, gestiones administrativas y tiempo invertido en trámites burocráticos,

pueden representar obstáculos significativos. La reciente exigencia de que las prescripciones médicas sean emitidas por profesionales pertenecientes a la red propia de cada obra social o prepaga ha incrementado la carga económica para aquellas personas que no pueden afrontar estos gastos adicionales. Las políticas de ajuste económico implementadas en 2024 han impactado negativamente en los programas de asistencia social, afectando especialmente a las personas trans que dependían de estos apoyos para acceder a servicios de salud esenciales.

La centralización de los servicios especializados en los principales centros urbanos, particularmente en Buenos Aires, genera importantes disparidades en el acceso a la atención médica para quienes residen en áreas rurales o regiones menos desarrolladas. Esta concentración geográfica obliga a numerosas personas trans a realizar largos desplazamientos para recibir atención especializada, como lo ejemplifican las experiencias de activistas con reconocimiento como Lohana Berkins y Diana Sacayán, quienes se vieron forzadas a trasladarse desde Salta y Tucumán, respectivamente, hacia Buenos Aires debido a la discriminación, el estigma social, el abandono familiar, la exclusión del sistema educativo y la ausencia de oportunidades en sus lugares de origen.

Los ámbitos de salud reflejan un contexto más amplio de discriminación.

Según el Primer Relevamiento Nacional de Condiciones de Vida de la Diversidad Sexual y Genérica en Argentina (2023), el 26,5% de las mujeres trans y travestis y el 38,6% de los hombres trans reportaron haber sufrido discriminación o agresiones por parte de docentes, personal o directivos en el ámbito educativo durante los 12 meses previos a la encuesta.⁵⁹

En el ámbito laboral, el 33,3% de las mujeres trans y travestis, y el 31,9% de los hombres trans manifestaron haber experimentado trato desigual en el mismo período.⁵⁹ Además, un estudio realizado en 2023 con una muestra de 100 personas trans en Argentina reveló que el 95% ha enfrentado situaciones de discriminación o violencia motivadas por su identidad de género, lo que evidencia la persistencia de barreras sociales que dificultan el acceso efectivo a los servicios de salud.⁶⁰

No obstante, la Ley de Identidad de Género ha tenido un impacto positivo en la asistencia médica de la población trans. En 2005, el 57,8% de las mujeres trans y travestis reportaban acudir a servicios de salud, cifra que aumentó al 87,6% en 2016 y al 92,3% en 2022.⁶¹ En el caso de los hombres trans, aunque no hay datos disponibles para 2005, la asistencia médica se situaba en el 75,8% en 2016, cuatro años después de la promulgación de la ley, y alcanzó el 96,9% en 2022.⁶¹

A pesar de estos avances, existen procesos burocráticos complejos, horarios de atención restringidos

y falta de coordinación entre los distintos niveles del sistema sanitario dificultan el acceso a los servicios de salud. La escasez de profesionales capacitados en atención sanitaria trans y la fragmentación del sistema agravan estas dificultades, limitando la posibilidad de recibir una atención integral y continua.

Si bien el marco jurídico progresista ha mejorado la situación de las personas travestis-trans, han surgido iniciativas legislativas que buscan modificar o derogar aspectos fundamentales de la Ley de Identidad de Género, lo que representa una amenaza para los derechos adquiridos. Además, la implementación deficiente de las normativas vigentes y la desinformación sobre los derechos garantizados continúan siendo obstáculos para el acceso efectivo a la salud.

V. Conclusiones

El análisis del caso argentino revela una dicotomía significativa entre un marco legal progresista y las realidades prácticas en el acceso a los servicios de afirmación de género. La Ley de Identidad de Género, junto con normativas complementarias, establece garantías comprensivas para el derecho a la salud integral de las personas trans. Sin embargo, la implementación efectiva de estas garantías enfrenta múltiples obstáculos que limitan su materialización en la práctica cotidiana.

Las brechas entre el marco normativo y la realidad se manifiestan en diversos aspectos: la persistencia

de prácticas discriminatorias, las deficiencias en la capacitación del personal sanitario, la complejidad de los procesos administrativos, y el desabastecimiento recurrente de medicamentos esenciales. A pesar de la cobertura legal garantizada, las personas trans continúan enfrentando barreras económicas, geográficas, sociales, estructurales y culturales que obstaculizan su acceso a la atención médica necesaria.

La situación se ve agravada por la ausencia de políticas específicas para abordar las complicaciones de salud derivadas de prácticas nocivas y por la desatención de las necesidades particulares de las personas trans migrantes. El contexto político actual, caracterizado por el desmantelamiento de instituciones clave como el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad en 2024 y modificaciones a la Ley de Identidad de Género a través de decretos de necesidad y urgencia (DNU) dictados por mera voluntad presidencial, representa un retroceso en la protección de los derechos adquiridos.

La experiencia argentina subraya la necesidad de desarrollar estrategias integrales que aborden tanto los aspectos normativos como los prácticos en el acceso a la salud trans. Para reducir las brechas identificadas, resulta fundamental fortalecer la implementación efectiva de las leyes existentes, garantizar la capacitación continua del personal sanitario, asegurar el suministro constante de medicamentos esenciales y

desarrollar políticas públicas inclusivas que respondan a las necesidades específicas de toda la población trans. La articulación de esfuerzos a nivel regional emerge como una estrategia crucial para abordar estos desafíos

de manera coordinada y efectiva. No obstante, la viabilidad de estos avances está sujeta a la existencia de un compromiso político que está completamente ausente en el gobierno de Javier Milei.

Bolivia

I. Contexto

Bolivia presenta un panorama demográfico y socioeconómico complejo que contextualiza la situación de las personas trans en el país. Según datos del Banco Mundial para 2022, el país cuenta con una población de aproximadamente 12,13 millones de habitantes, mientras que el Instituto Nacional de Estadística (INE) estimaba la población en alrededor de 11,8 millones en el mismo año.^{62 63} Si bien no existen datos oficiales sobre el porcentaje de población trans, se documenta una presencia significativa en los principales centros urbanos como La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su Panorama Social de América Latina 2022, señalaba que el 36,6% de la población vivía en condiciones de pobreza multidimensional en 2021.⁶⁴ Aunque la tasa de desempleo se situó en 4,3% en 2022 según el INE, la economía informal alcanza niveles críticos, con un 80,8% de la población trabajando en condiciones de informalidad.^{65 66}

En términos políticos, Bolivia se constituye como un Estado Plurinacional unitario, social de derecho, democrático,

intercultural, descentralizado y con autonomías. El sistema político se caracteriza por su naturaleza presidencialista, donde el Presidente cumple las funciones de jefe de Estado y de Gobierno. Luis Arce asumió la presidencia en noviembre de 2020, con un mandato que se extiende hasta 2025. El escenario político está dominado por tres fuerzas principales: el Movimiento al Socialismo (MAS), Comunidad Ciudadana (CC) y Creemos.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La evolución de los derechos de la población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales (LGBTI) en Bolivia ha sido gradual y no exenta de contradicciones. El país no reconoce el matrimonio igualitario desde la constitución, aunque en 2020 se logró un hito significativo cuando una resolución judicial obligó al Servicio de Registro Cívico a reconocer la primera unión entre personas del mismo sexo. Un avance significativo fue la promulgación de la Ley de Identidad de Género en 2016, que permite el cambio de nombre y sexo registral para personas trans. Sin embargo, una posterior decisión del Tribunal Constitucional limitó ciertos aspectos de esta ley, generando un marco jurídico ambiguo que ha afectado el ejercicio efectivo de los derechos de las personas trans. Este contexto legal incierto, sumado a la persistencia de altos niveles de discriminación,

violencia y exclusión social, mantiene a la población trans en una situación de particular vulnerabilidad.

En el ámbito de la salud, la Constitución Boliviana establece un marco jurídico robusto para la protección de este derecho. El artículo 35 consagra la responsabilidad estatal en la protección de este derecho mediante políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito a los servicios públicos. Complementariamente, el artículo 36 garantiza el seguro universal de salud, mientras que el artículo 41 asegura el acceso a los medicamentos. Este marco constitucional se fortalece con la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (Ley 475 de 2013), que define la atención integral en salud como un conjunto de acciones que abarcan la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, beneficiando a grupos específicos como mujeres embarazadas, niños menores de cinco años, mayores de 60 años, mujeres en edad fértil y personas con discapacidad.

En el ámbito internacional, Bolivia ha fortalecido su compromiso con el derecho a la salud mediante la ratificación de diversos tratados internacionales. Entre estos destacan el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, específicamente su artículo 12, y el Protocolo de San Salvador, que establecen estándares internacionales para la protección del derecho a la salud y obligan al Estado a garantizar su cumplimiento efectivo.

B. Sistema de salud

El sistema de salud boliviano presenta una estructura mixta que integra distintos subsectores con diferentes modalidades de financiamiento y prestación de servicios. Este sistema se compone de un sector público, que incluye el Sistema de Seguridad Social y el Sistema Único de Salud (SUS), y un sector privado. El Sistema de Seguridad Social opera a través de cajas de salud donde los empleados realizan contribuciones equivalentes al 10% de sus salarios.⁶⁷ La Caja Nacional de Salud (CNS) se posiciona como la institución principal dentro de este esquema, proporcionando cobertura al 45% de la población asegurada.

La implementación del SUS en 2019 representa un esfuerzo significativo por ampliar la cobertura sanitaria a la población no asegurada, que constituye el 51% del total.⁶⁸ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Bolivia alcanzó un índice de cobertura de servicios de salud cercano al 65% hacia 2019.⁶⁹ En términos de inversión sanitaria, el Banco Mundial reporta que el gasto total en salud oscila alrededor del 6,4%-6,5% del Producto Interno Bruto (PIB) para el período cercano a 2019.⁶²

No obstante, el sistema enfrenta desafíos estructurales significativos que afectan su eficacia y alcance. La fragmentación institucional, la falta de coordinación entre subsectores, la escasez de recursos y la distribución geográfica inequitativa de los servicios constituyen obstáculos persistentes para la prestación efectiva de servicios de salud. La situación se ha agravado

recientemente debido a la crisis económica y la escasez de divisas, que ha impactado significativamente en la importación de medicamentos, incluyendo las hormonas, con incrementos de costos que pueden triplicar los precios en comparación con países vecinos.

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia de las personas trans en el sistema de salud boliviano revela una brecha significativa entre los derechos garantizados y su ejercicio efectivo. Los testimonios y reportes documentan casos sistemáticos de negación de atención médica, llegando incluso a situaciones fatales. La prevalencia de discriminación y malos tratos ha generado un patrón de evitación de los servicios de salud convencionales, propiciando el surgimiento de alternativas comunitarias como las "Casas Trans".

Estas Casas Trans emergieron como una respuesta comunitaria durante la pandemia de COVID-19, con el respaldo financiero del Fondo Mundial. Se han consolidado como centros comunitarios integrales que proporcionan una gama de servicios esenciales: atención primaria en salud, apoyo psicológico, orientación para la terapia hormonal, prevención y detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), apoyo

legal y acompañamiento en procesos de transición. Estas instituciones han demostrado ser fundamentales para subsanar las deficiencias críticas del sistema de salud pública en la atención a la población trans.

El Ministerio de Salud y Deportes introdujo en 2022 la Norma de Atención Integral para la Población LGBTIQ+, sin embargo, su alcance es limitado. Si bien aborda la discriminación, carece de lineamientos técnicos específicos para la atención de personas trans. La norma no contempla aspectos críticos como protocolos de medicación, esquemas de dosificación, procedimientos de seguimiento, protocolos específicos para terapia hormonal, o requisitos de monitoreo. Significativamente, tampoco establece programas de capacitación para el personal de salud.

Esta ausencia de capacitación sistemática se manifiesta en prácticas discriminatorias y prejuicios, como la presunción generalizada de que las personas trans viven con VIH, lo que complica aún más la atención para quienes efectivamente tienen esta condición. La Defensoría del Pueblo reportó en 2022 un promedio de 18 denuncias anuales por vulneraciones de derechos de personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en servicios de salud.⁷⁰ La falta de oportunidades de especialización dentro de Bolivia obliga a los profesionales de la salud a buscar capacitación en el extranjero, asumiendo los costos personalmente.

Las barreras administrativas representan otro obstáculo significativo para el acceso a servicios de salud. Por ejemplo, los hombres trans que han modificado legalmente su identidad enfrentan dificultades para acceder a servicios ginecológicos. La situación se complica aún más en casos específicos, como cuando un hombre trans gestante debe utilizar su nombre anterior para completar registros médicos, generando complicaciones posteriores en el registro del recién nacido. Un informe defensorial de 2023 reveló que el 33% de las personas encuestadas carecían de cobertura en salud, siendo las poblaciones más vulnerables las personas disidentes sexuales y las mujeres trans.⁷¹

En diciembre de 2024 el Ministerio de Salud y Deportes se reunió con 20 organizaciones LGTBIQ+ para acordar una agenda que conduzca a un sistema de salud más inclusivo.⁷² Del taller surgieron recomendaciones como garantizar la capacitación de todo el personal de instituciones de salud sobre salud para poblaciones LGTBIQ+, actualizar y socializar las normas nacionales que abordan la atención en salud y no discriminación de esta población, aplicar de forma consistente las leyes contra la discriminación y tomar datos de forma desagregada. Se espera que a lo largo de 2025 lo discutido en estos encuentros constituya un insumo importante para la creación de estrategias de mejora del sistema.

B. Servicios de afirmación de género

El panorama de los servicios de afirmación de género en Bolivia revela una compleja interacción entre limitaciones sistémicas, barreras estructurales y respuestas comunitarias adaptativas. La comprensión de esta dinámica requiere un análisis detallado de tres dimensiones fundamentales: disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios.

En términos de disponibilidad, el sistema público de salud boliviano presenta una carencia significativa en la cobertura de tratamientos de afirmación de género. Esta ausencia no se debe únicamente a limitaciones presupuestarias, sino que refleja una problemática más profunda relacionada con la persistente patologización de la identidad trans, que permea tanto el sector público como el privado. En el contexto del SUS, la atención psicológica para personas trans continúa enmarcada dentro del paradigma diagnóstico de la disforia de género. Esta perspectiva se replica en el sector privado, donde algunos especialistas en endocrinología mantienen el requisito de evaluaciones psiquiátricas previas al inicio de terapias hormonales, a pesar del posicionamiento oficial de Bolivia en favor de la despatologización durante el desarrollo de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11 (CIE-11) en la OMS.

La dimensión de accesibilidad presenta desafíos particulares en el contexto económico actual. Los servicios de afirmación de género, disponibles principalmente en el sector privado,

enfrentan barreras económicas significativas que se han exacerbado por la crisis económica reciente. Un ejemplo ilustrativo es el caso del Nebido Undecanoato de Testosterona, cuyo costo en Bolivia (aproximadamente 200 dólares estadounidenses) casi triplica el precio en países vecinos como Colombia (aproximadamente 70 dólares estadounidenses). Esta disparidad de precios ha generado patrones de búsqueda transfronteriza de atención médica, con personas trans que viajan a Argentina o Colombia en busca de terapias hormonales y cirugías de afirmación de género más asequibles. Para quienes no pueden acceder a estas alternativas, las consecuencias pueden ser severas: algunas mujeres trans, ante la imposibilidad de costear sus medicamentos prescritos, recurren al uso de anticonceptivos, una práctica que la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) ha identificado como potencialmente riesgosa para la salud.⁷³

La calidad de los servicios disponibles se ve comprometida por la ausencia de protocolos de atención basados en evidencia y alineados con estándares internacionales de derechos humanos. La capacitación y sensibilización del personal de salud presenta deficiencias significativas, creando un vacío que las organizaciones de la sociedad civil han intentado llenar. Estas organizaciones han desarrollado servicios de asesoría para terapia hormonal que incluyen valoración médica, prescripción de medicamentos e información sobre puntos de acceso a medicamentos. Las

Casas Trans han establecido una red de atención comunitaria, colaborando con profesionales de la salud que poseen experiencia en la atención a la población LGBTIQ+ o que han trabajado previamente con las organizaciones fundadoras. Sin embargo, la sostenibilidad de estas alternativas se ve amenazada por la crisis económica en Bolivia y la inestabilidad política regional, particularmente en Argentina, que tradicionalmente ha sido un destino importante para tratamientos de afirmación de género.

La situación de los jóvenes trans en Bolivia merece especial atención por su particular vulnerabilidad y las barreras específicas que enfrentan en el acceso a servicios de salud. El panorama actual se caracteriza por limitaciones significativas en la atención médica especializada, aunque existe un incipiente reconocimiento de sus necesidades específicas en el debate público y judicial.

En el sector privado, algunos profesionales de la salud proporcionan atención a jóvenes trans con el consentimiento parental, sin embargo, las barreras económicas son particularmente prohibitivas. Los bloqueadores hormonales, un tratamiento crucial para muchos jóvenes trans, pueden alcanzar costos de hasta 1000 dólares estadounidenses por un período de tratamiento de dos a tres meses, situándolos fuera del alcance de la mayoría de las familias bolivianas.

La visibilidad creciente de las necesidades de las personas trans

menores de edad ha comenzado a generar respuestas en el ámbito jurídico. Si bien no existe una normativa específica que regule el reconocimiento legal de género para menores de edad, casos presentados ante la Justicia Plurinacional están sentando precedentes importantes. Organizaciones de la sociedad civil y familias han presentado argumentos ante el Tribunal Constitucional Plurinacional enfatizando dos aspectos fundamentales: la importancia del reconocimiento legal temprano de la identidad de género y la necesidad de acceso a bloqueadores hormonales bajo supervisión médica especializada como elementos cruciales para la salud integral de los jóvenes trans.

IV. Barreras de acceso

El análisis de las barreras que obstaculizan el acceso a servicios de salud para personas trans en Bolivia revela un entramado complejo de factores interrelacionados que operan en múltiples niveles de la sociedad y el sistema de salud.

Las barreras económicas constituyen un obstáculo fundamental que se manifiesta en múltiples dimensiones. La ausencia de cobertura pública para tratamientos de afirmación de género traslada la carga financiera directamente a las personas trans y sus familias, creando una situación particularmente crítica en un contexto donde la informalidad laboral alcanza el 80,8% de la población. Esta realidad se agudiza con los costos prohibitivos de medicamentos hormonales esenciales: el caso del Nebido ilustra la

magnitud del problema, con precios que triplican los de países vecinos. La crisis económica reciente ha exacerbado esta situación, no solo incrementando los costos, sino también generando escasez de medicamentos importados. Esta combinación de factores económicos ha llevado al desarrollo de estrategias adaptativas, algunas potencialmente riesgosas, como la búsqueda de alternativas médicas transfronterizas o el uso de sustitutos hormonales no apropiados. Las barreras geográficas reflejan y amplifican las desigualdades estructurales existentes en el sistema de salud boliviano. La concentración de servicios especializados en los tres principales centros urbanos –La Paz, Santa Cruz y Cochabamba– crea un patrón de exclusión sistemática para la población trans que reside en áreas rurales o ciudades secundarias. Esta centralización no solo implica mayores costos de transporte y tiempo para acceder a los servicios, sino que también fragmenta la continuidad de la atención médica, particularmente crucial en procesos de transición que requieren seguimiento regular y sostenido.

Las barreras sociales se manifiestan a través de un continuo de discriminación que abarca desde microagresiones cotidianas hasta la negación explícita de servicios médicos. El estigma social se traduce en experiencias concretas de maltrato en entornos sanitarios, donde la presunción generalizada de VIH entre la población trans ejemplifica la persistencia de estereotipos discriminatorios. Estas experiencias generan un ciclo de evitación de

servicios de salud que profundiza las vulnerabilidades existentes y puede resultar en desenlaces fatales que, significativamente, no se registran como consecuencias de la discriminación en las estadísticas oficiales.

Las barreras estructurales y administrativas revelan las contradicciones inherentes al sistema actual. La patologización persistente de la identidad trans, manifestada en requisitos como evaluaciones psiquiátricas previas a tratamientos hormonales, contradice el apoyo oficial de Bolivia a la despatologización en foros internacionales. Los obstáculos administrativos, como la imposibilidad de acceder a servicios ginecológicos para hombres trans o las complicaciones en el registro de nacimientos para padres trans, ilustran cómo la rigidez burocrática perpetúa la exclusión incluso en presencia de marcos legales nominalmente inclusivos.

Las barreras culturales operan en un nivel más profundo, moldeando las percepciones y actitudes tanto de proveedores de salud como de la sociedad en general. La prevalencia de imaginarios sociales negativos sobre la transexualidad se ve reforzada por la ausencia de información precisa y actualizada. La influencia de instituciones religiosas en la educación médica ejemplifica cómo las barreras culturales se institucionalizan, perpetuando ciclos de desinformación y prejuicio que afectan directamente la calidad de la atención médica.

Las barreras legales reflejan las tensiones entre avances normativos y limitaciones en su implementación efectiva. La Norma de Atención Integral para la Población LGBTIQ+ de 2022, aunque representa un avance en el reconocimiento formal de necesidades específicas, ilustra estas contradicciones: mientras aborda la discriminación en términos generales, carece de lineamientos técnicos específicos para la atención de personas trans y no establece mecanismos concretos de capacitación para el personal de salud. La decisión del Tribunal Constitucional que limitó ciertos aspectos de la Ley de Identidad de Género ha creado un marco jurídico ambiguo que complica la implementación efectiva de políticas de salud inclusivas.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de salud para personas trans en Bolivia revela una brecha fundamental entre los marcos normativos existentes y su implementación efectiva. Esta discrepancia se manifiesta en múltiples dimensiones que se refuerzan mutuamente, creando un sistema de exclusión complejo y multinivel.

La Constitución boliviana y la legislación derivada establecen un marco teóricamente robusto para la protección del derecho a la salud. Sin embargo, la realidad cotidiana de las personas trans está marcada por barreras persistentes que limitan severamente el acceso a servicios de

salud en general y a tratamientos de afirmación de género en particular. La ausencia de cobertura pública para estos últimos, combinada con costos prohibitivos en el sector privado y exacerbada por la crisis económica actual, crea un escenario de exclusión sistemática.

Las respuestas comunitarias, ejemplificadas por las Casas Trans, han emergido como mecanismos adaptativos cruciales para llenar los vacíos en la atención institucional. Sin embargo, estas iniciativas, aunque valiosas, no pueden sustituir la responsabilidad estatal de garantizar el acceso universal a servicios de salud integrales y culturalmente apropiados. El contexto preelectoral actual añade un nivel adicional de incertidumbre sobre el futuro del acceso a la salud para la población trans en Bolivia. Esta coyuntura política complica los esfuerzos de incidencia y advocacy, sugiriendo la necesidad de estrategias innovadoras que combinen la presión política con el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario.

La transformación de esta realidad requeriría un abordaje integral que trascienda las reformas normativas para abordar las barreras estructurales, económicas y culturales que sostienen la exclusión. Este cambio demanda no solo voluntad política y recursos económicos, sino también un compromiso sostenido con la transformación de imaginarios sociales y prácticas institucionales que perpetúan la discriminación.

Brasil

I. Contexto

Brasil cuenta con una población aproximada de 212 millones de habitantes, según las estimaciones del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) para 2024.⁷⁴ La demografía de la población transgénero en el país presenta desafíos en su cuantificación precisa, dado que el IBGE no incluye variables sobre identidad de género en sus censos nacionales.⁷⁵ No obstante, un estudio realizado por la Universidad de São Paulo calcula que un 2% de la población brasileira es trans o de identidad de género diversa.⁷⁶ Las principales concentraciones urbanas se encuentran en São Paulo, Río de Janeiro y Brasilia, ciudades que también concentran la mayor parte de los servicios especializados de salud.⁷⁷ En el ámbito socioeconómico, Brasil presenta un índice de pobreza del 27.4% y una tasa de desempleo del 7.8% para 2023, indicadores que impactan directamente en el acceso a servicios de salud.^{78,79}

En términos políticos, Brasil opera bajo un sistema presidencialista multipartidista, actualmente liderado por el presidente Luiz Inácio Lula da Silva, del Partido de los Trabajadores. La trayectoria del país en materia de derechos LGBTI ha experimentado avances significativos en las últimas décadas. El año 2013 marcó un hito cuando el Supremo Tribunal Federal reconoció la “unión estable” entre personas del mismo sexo.⁸⁰ En 2019, se alcanzó otro logro significativo al tipificarse la homofobia y la transfobia

como delitos equiparables al racismo.⁸¹ Sin embargo, estos avances legislativos contrastan con una realidad social diferente: Brasil continúa registrando el mayor número de muertes de LGBTQIA+ en la región, con 257 asesinatos documentados en 2023, en donde las mayores víctimas corresponden a personas trans.⁸²

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La Constitución Federal de 1988 establece el fundamento jurídico del derecho a la salud en Brasil, consagrándolo como un derecho fundamental en su artículo 196.⁸³ Este artículo define la salud como un derecho universal y un deber del Estado, que debe garantizarse mediante políticas sociales y económicas orientadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros agravios, asegurando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.⁸⁴

La implementación de este derecho constitucional se materializa a través de la Ley Orgánica de Salud (Ley 8.080 de 1990), que reglamenta el Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS). Esta ley fundamental no solo establece los principios y directrices para la promoción, protección y recuperación de la salud, sino que también reafirma la salud como un derecho humano fundamental, atribuyendo al Estado la

responsabilidad de proporcionar las condiciones necesarias para su pleno ejercicio.⁸⁵

El poder judicial, particularmente el Supremo Tribunal Federal, ha desempeñado un papel crucial en la interpretación y protección de los derechos de la población trans. En 2018, este tribunal estableció el derecho de las personas trans a modificar su nombre y sexo registral sin requerir cirugías o peritajes, representando un avance crucial en el reconocimiento de la autodeterminación de género.⁸⁶ Adicionalmente, a través de diversas sentencias, ha reafirmado la obligación estatal de proporcionar medicamentos y tratamientos, incluso cuando estos no están incluidos en las listas oficiales del SUS. No obstante, estas decisiones también han buscado equilibrar las necesidades individuales con las limitaciones presupuestarias y la equidad en el acceso a los servicios de salud.⁸⁷

B. Sistema de salud

El sistema de salud brasileño se estructura principalmente alrededor del SUS, un sistema público, universal y gratuito financiado a través de impuestos. Establecido por la Constitución de 1988 y regulado por la Ley 8.080, el SUS atiende aproximadamente al 75% de la población brasileña que depende exclusivamente de sus servicios, mientras que el 25% restante complementa su atención con seguros privados, según datos de 2020.⁸⁸ La gestión del SUS sigue un modelo

descentralizado, con responsabilidades compartidas en nivel federal, estatal y municipal, bajo la dirección nacional del Ministerio de Salud.⁸⁵

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia de las personas trans en el sistema de salud brasileño revela una brecha significativa entre los derechos garantizados y su implementación efectiva. Desde el nivel más básico de atención, las personas trans enfrentan obstáculos sistemáticos, incluyendo la derivación innecesaria a servicios especializados para necesidades de atención primaria, como consultas por resfriados o controles rutinarios. Esta práctica no solo representa una forma de discriminación estructural, sino que también evidencia una comprensión limitada por parte del sistema de salud sobre las necesidades integrales de las personas trans, que abarcan mucho más que los servicios de afirmación de género.

B. Servicios de afirmación de género

La provisión de servicios de afirmación de género en Brasil se estructura a través del Proceso Transexualizador del Sistema Único de Salud (SUS), un programa integral que fue establecido para garantizar el acceso a servicios especializados para personas trans. Este proceso abarca una gama completa de servicios que incluyen

atención psicológica, terapia hormonal y cirugías de afirmación de género. Sin embargo, la implementación de estos servicios enfrenta desafíos significativos que afectan su disponibilidad, accesibilidad y calidad, creando una brecha considerable entre la política establecida y su ejecución práctica.

La disponibilidad de servicios presenta un panorama complejo y fragmentado. La terapia hormonal, aunque teóricamente accesible a través del SUS, enfrenta desafíos significativos en su implementación. Los protocolos y tipos de tratamientos hormonales disponibles varían considerablemente entre regiones, creando disparidades en el acceso y la calidad de la atención. Esta variabilidad se ve exacerbada por la escasez de endocrinólogos especializados en atención a personas trans, particularmente en áreas fuera de los principales centros urbanos. El sistema contempla diferentes opciones de terapia hormonal, incluyendo estrógenos, antiandrógenos y testosterona, pero la disponibilidad real de estos medicamentos fluctúa significativamente según la región y el centro de salud.

En cuanto a las cirugías de afirmación de género, el SUS cubre un espectro completo de cirugías que incluyen mastectomía, histerectomía, orquiectomía, metoidioplastia, faloplastia y vaginoplastia. Sin embargo, la realidad operativa revela limitaciones severas en la capacidad del sistema para satisfacer la demanda, con tiempos de espera que han llegado a alcanzar los 9 años. Esta situación

se agrava por la limitada cantidad de equipos quirúrgicos especializados y la concentración de servicios en pocos centros hospitalarios.

El apoyo psicológico, componente fundamental del proceso de transición, también enfrenta desafíos significativos. Si bien el programa contempla el acompañamiento psicológico tanto para las personas trans como para sus familias, la disponibilidad de profesionales especializados en psicología con formación específica en temas de género es extremadamente limitada. Esta carencia afecta no solo la calidad del apoyo psicológico directo sino también la capacidad del sistema para proporcionar una atención integral y culturalmente competente.

La accesibilidad a estos servicios se ve comprometida por una compleja interacción de factores estructurales y operativos. Aunque son gratuitos dentro del SUS, los extensos tiempos de espera frecuentemente obligan a las personas a buscar atención en el sector privado, donde los costos son prohibitivos para la mayoría de la población trans.

La distribución geográfica de los servicios especializados representa un obstáculo particularmente significativo. Por un lado, la capacidad de atención del SUS para cubrirlos depende del presupuesto que cada estado destine para este fin, lo que genera disparidades significativas en la calidad y disponibilidad de servicios entre diferentes regiones. Los estados con menores recursos económicos o con

gobiernos menos comprometidos con la atención a la población trans tienden a asignar presupuestos limitados, lo que resulta en una oferta insuficiente de servicios y tiempos de espera aún más prolongados que el promedio nacional. Por otro lado, solo cinco estados están habilitados para realizar cirugías de afirmación de género bajo el SUS, con una notable ausencia de centros quirúrgicos especializados en las regiones Norte y Nordeste del país.⁸⁹ Esta situación se agrava por el hecho de que El programa de Tratamiento Fuera del Domicilio (TFD), diseñado para facilitar el acceso a servicios especializados en otras ciudades, presenta limitaciones significativas en su implementación. Las deficiencias en la provisión de apoyo postoperatorio y alojamiento temporal durante los tratamientos evidencian la brecha entre la existencia formal de mecanismos de apoyo y su efectividad real en la práctica.

En términos de calidad de la atención, existen protocolos establecidos para el Proceso Transexualizador en el SUS, complementados por las directrices de la Sociedad Brasileña de Endocrinología y Metabología para la terapia hormonal. Sin embargo, la implementación de estos protocolos no es uniforme en todo el territorio nacional, lo que resulta en variaciones significativas en la calidad de la atención proporcionada.

IV. Barreras de acceso

Las barreras que enfrentan las personas trans en Brasil para acceder a servicios de salud constituyen un

entramado complejo de obstáculos interrelacionados que se refuerzan mutuamente, creando ciclos de exclusión y discriminación que afectan profundamente el acceso efectivo a la atención médica necesaria.

Las barreras económicas, aunque aparentemente mitigadas por la gratuidad del SUS, persisten de manera significativa a través de múltiples dimensiones. Los costos indirectos asociados al acceso a servicios especializados representan una carga financiera sustancial para las personas trans, especialmente aquellas que deben viajar largas distancias para recibir atención. Estos costos incluyen no solo el transporte y alojamiento, sino también la pérdida de ingresos debido al tiempo invertido en desplazamientos y esperas, gastos en medicamentos complementarios no cubiertos por el sistema, y costos asociados al seguimiento postoperatorio. La situación se agrava para aquellas personas que, ante los extensos tiempos de espera en el sistema público, se ven forzadas a buscar atención en el sector privado, donde los costos pueden ser considerablemente altos y frecuentemente quedan fuera del alcance de la mayoría de la población trans.

Las barreras geográficas se manifiestan de manera particularmente aguda en la distribución inequitativa de servicios especializados. La concentración de centros de atención en grandes núcleos urbanos crea un sistema de acceso estratificado que afecta desproporcionadamente a residentes

de áreas rurales o remotas. Esta centralización no solo implica mayores distancias y costos de traslado, sino que también complica significativamente el seguimiento adecuado de los tratamientos y la atención de complicaciones postoperatorias. La ausencia de servicios especializados en regiones enteras del país perpetúa desigualdades históricas en el acceso a la salud.

Las barreras sociales y culturales conforman un complejo sistema de obstáculos que permean todos los niveles de atención. El estigma y la discriminación se manifiestan no solo en el trato directo del personal de salud, sino también en prácticas institucionales que, aunque aparentemente neutras, resultan discriminatorias en su aplicación. Estas barreras incluyen el uso incorrecto de pronombres y nombres sociales, la falta de comprensión de las necesidades específicas de la población trans, y actitudes prejuiciosas que pueden llevar a la negación o postergación de servicios esenciales. Las personas trans negras tienen mayores dificultades para acceder al Proceso Transexualizador del SUS, y enfrentan mayores tasas de violencia y discriminación en el sistema de salud.

Las barreras estructurales y administrativas se manifiestan a través de la persistente patologización de las identidades trans, así como en requisitos diagnósticos excesivos y procesos burocráticos innecesariamente complejos. Los protocolos de atención, cuando

existen, frecuentemente carecen de perspectiva de género y no consideran las necesidades específicas de la población trans. Los sistemas de registro y documentación médica no siempre están adaptados para reflejar adecuadamente la identidad de género de las personas, lo que puede llevar a situaciones de revictimización y discriminación institucional.

Las barreras administrativas se evidencian en la excesiva burocratización de los procesos de autorización para tratamientos hormonales y cirugías, la falta de claridad en los criterios de elegibilidad, y la ausencia de mecanismos efectivos de seguimiento y evaluación de la calidad de la atención. La fragmentación en la prestación de servicios y la falta de coordinación entre diferentes niveles de atención complican aún más el acceso a un cuidado integral y continuo.

Las barreras legales, aunque menos visibles, tienen un impacto significativo en el acceso efectivo a servicios de salud. La ausencia de una ley de identidad de género a nivel federal genera vacíos legales significativos que afectan directamente el acceso a servicios de salud. Esta carencia legislativa resulta en interpretaciones variables de los derechos de las personas trans entre diferentes jurisdicciones y establecimientos de salud, creando un panorama de inseguridad jurídica que dificulta la implementación uniforme de políticas de atención. La falta de

un marco legal federal robusto también impacta en la asignación de recursos y en la priorización de servicios para la población trans, dejando estas decisiones cruciales a discreción de autoridades locales y administradores de salud que pueden carecer de directrices claras para la implementación de servicios inclusivos y especializados.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de salud para personas trans en Brasil revela una paradoja significativa: mientras el marco legal y las políticas públicas establecen garantías comprehensivas, la implementación práctica enfrenta obstáculos sustanciales que limitan su efectividad. La brecha entre el "Deber Ser" y la realidad se manifiesta en múltiples dimensiones, desde las barreras estructurales hasta las prácticas discriminatorias que persisten en el sistema de salud.

Para abordar estas disparidades, se requiere un enfoque integral que combine la expansión y descentralización de servicios especializados, la capacitación sistemática del personal de salud, y la eliminación de barreras burocráticas innecesarias. Solo a través de un compromiso sostenido con la equidad y la justicia social será posible garantizar que las personas trans en Brasil puedan ejercer plenamente su derecho fundamental a la salud.

Chile

A light gray silhouette map of Chile is positioned vertically on the left side of the page, extending from the top to the bottom.

I. Contexto

Chile cuenta con una población estimada de 20.086.377 habitantes para 2024, según el Censo de Población y Vivienda de 2017.⁹⁰ En cuanto a la población trans, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2022 identificó 31.102 personas que declararon su identidad de género como trans, lo que equivale a un 0,2% de los nacionales mayores de edad.⁹¹

El país se estructura alrededor de 16 regiones y cuenta con cuatro núcleos urbanos principales: Santiago, la capital y centro político-económico; Valparaíso, principal puerto del país; Concepción, polo industrial del sur; y Antofagasta, centro minero del norte. Los indicadores socioeconómicos revelan una tasa de pobreza del 6,5%, según la CASEN de 2022, mientras que el desempleo se sitúa en un 8,6% a octubre de 2024, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).⁹²

El sistema político chileno se configura como una república democrática presidencialista, con una clara división tripartita del poder en el Ejecutivo, Legislativo y Judicial.⁹³ El espectro político incluye partidos desde la izquierda progresista hasta la derecha conservadora, destacando el Frente Amplio, el Partido Socialista, el Partido Demócrata Cristiano, Renovación Nacional y la Unión Demócrata Independiente.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La Constitución Política de Chile establece en su artículo 19, numeral 9, el derecho fundamental a la salud, obligando al Estado a garantizar el acceso a servicios de salud. El artículo 20 complementa esta garantía al proporcionar el recurso de protección como mecanismo judicial para casos de vulneración de derechos constitucionales, incluyendo el derecho a la salud.

En el ámbito internacional, el Estado chileno ha firmado diversos tratados que generan obligaciones para los Estados en términos de la garantía del derecho a la salud. Entre ellos se encuentran la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.⁹⁴

En la jurisprudencia, la interpretación del derecho a la salud que ha realizado el Tribunal Constitucional refuerza el rol estatal en la prestación de servicios de salud. En diversas sentencias ha declarado que este es un derecho de naturaleza prestacional o de segunda generación, lo que exige conductas activas del Estado y los particulares para su materialización.⁹⁵

En materia de derechos LGBTI, Chile ha experimentado una evolución significativa en las últimas décadas, marcada principalmente por la promulgación de la Ley de Identidad de Género en 2018, un hito fundamental para la población trans.⁹⁶ En el campo de la salud, pese a ciertas barreras aún persisten, se han dado avances en el acceso a tratamientos de afirmación de género a través de los Programas Integrales de Identidad de Género (PIIG) implementados a nivel regional y las diversas directrices emitidas por el Ministerio de Salud sobre el tema.

La legislación nacional específica sobre la población trans incluye la Ley 21.120 de 2018 (Ley de Identidad de Género), que permite la rectificación de nombre y sexo registral por vía administrativa para personas trans mayores de 18 años, y por vía judicial para mayores de 14 y menores de 18.¹⁰ Por su parte, la Ley 20.609 de 2012 (Ley Zamudio) establece un mecanismo judicial en contra de actos discriminatorios en razón de diferentes categorías protegidas, entre ellas la identidad de género y la orientación sexual.

B. Sistema de salud

El sistema de salud chileno presenta un buen desempeño en la prestación de servicios de salud. En la última medición del Índice de Acceso y Calidad de los Servicios de Salud en 2018, Chile cuenta un puntaje de 77.9, significativamente superior al promedio regional.¹⁶ Los indicadores del Banco Mundial muestran que el gasto nacional en salud medido como porcentaje del PIB

alcanza el 9% para 2022²³, mientras que el gasto de bolsillo como porcentaje de los gastos en salud reportado por la OMS alcanza un 30.27% para 2021.⁹⁷

El sistema está compuesto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es de carácter público, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que son de carácter privado, ambos regulados por el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 1 de 2005. Según datos de 2022, aproximadamente el 76% de la población chilena se encuentra afiliada a FONASA, el 15% a las ISAPRES, y el restante 9% al seguro de las FF.AA. y otros seguros.¹⁵

El FONASA es un servicio público descentralizado que administra y distribuye los recursos del seguro público de salud, provenientes de cotizaciones obligatorias y aportes estatales directos. La atención se realiza mediante los Servicios de Salud ubicados en cada región, que incluyen establecimientos públicos, municipales y privados convenidos. Por su parte, las ISAPRES otorgan prestaciones de salud mediante contratos de plazo indefinido con sus afiliados, financiados con cotizaciones legales o porcentajes superiores convenidos.⁹⁸

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La primera Encuesta Nacional de Salud Trans realizada entre 2021 y 2022 revela

una realidad preocupante: el 84% de participantes experimentó alguna forma de abuso en la prestación de servicios de salud, específicamente el uso inapropiado de pronombres y comentarios estereotípicos de género por parte de los profesionales. Como consecuencia, el 42.4% de ellos abandonó sus tratamientos o dejó de buscar atención médica, lo que muestra cómo la discriminación puede convertirse en una forma de expulsión del sistema de salud.²⁸ Varias organizaciones de la sociedad civil han señalado que el temor que genera en las personas trans acercarse a los establecimientos de salud puede conducir a prácticas de riesgo como la automedicación y la inyección de sustancias no aptas para el cuerpo.

B. Servicios de afirmación de género

El Ministerio de Salud de Chile es el encargado de dictar los protocolos para realizar tratamientos de afirmación de género en los Servicios de Salud. Por ello, ha emitido diversas circulares que propenden por un trato igualitario y sin discriminación hacia las personas trans, entre las que se encuentran las Circulares 34 de 2011, 21 de 2012 y 5 de 2022. Dichos tratamientos pueden ser hormonales o quirúrgicos. Algunos Servicios de Salud cuentan con Programas Integrales de Identidad de Género (PIIG) que los ofrecen. En total, el país cuenta con 15 PIIG distribuidos en las regiones Metropolitana, Bío Bío, Los Lagos, Antofagasta, Valparaíso, Coquimbo y Araucanía.⁴²

El acceso a la terapia hormonal y a las cirugías de afirmación de género

se encuentra regulado en la *Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género* del Ministerio de Salud. En ella se establecen cuatro intervenciones de salud mental que deben surtirse antes de la administración de los tratamientos: evaluación inicial, psicoterapia, consejería y seguimiento, y confirmación de los criterios de elegibilidad.³³

En cuanto a la terapia hormonal, el DFL 1 de 2005 establece, como parte de las prestaciones cubiertas por el FONASA, el acceso a los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, es decir, en el documento oficial que determina los productos farmacéuticos priorizados según la realidad epidemiológica del país y la evidencia científica. Dicho Formulario incluye los fármacos empleados en la terapia hormonal, a saber: andrógenos, estrógenos y progestágenos. Sin embargo, su administración depende de la disponibilidad de cada establecimiento de la red asistencial, por lo cual el acceso es limitado en algunos hospitales del país.¹⁷

El acceso a la terapia hormonal para menores de edad está restringido en Chile. Aunque la Circular 5 de 2022 del Ministerio de Salud promueve una atención libre discriminación para las infancias y adolescencias trans, y la Ley 21.120 de 2018 sustenta el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG) que les brinda apoyo psicosocial, en la actualidad no se contemplan tratamientos hormonales en el sistema de salud, estos solo

pueden ser recetados por los médicos en el libre ejercicio de su profesión.⁹⁹ En junio de 2024, el Ministerio de Salud emitió la Circular 7, que recomienda a la Red Asistencial pública y privada suspender nuevos tratamientos con bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas en menores de edad, basándose en el debate generado por el Informe Cass en abril de 2024.

Finalmente, respecto a las cirugías, el FONASA ofrece cobertura parcial. Para mujeres trans, cubre orquiectomía, amputación parcial del pene y prótesis mamaria, excluyendo vaginoplastia, construcción de clítoris y labioplastía. Para hombres trans, incluye mastectomía, histerectomía, ooforectomía, salpingectomía, escrotoplastía, prótesis testicular y prótesis de pene, pero excluye vaginectomía, alargamiento uretral, faloplastía o metaidoloplastía.¹⁷

IV. Barreras de acceso

Las barreras geográficas se evidencian en la alta centralización del país: muchas regiones carecen de instalaciones y médicos especializados suficientes para cubrir la demanda de tratamientos de afirmación de género. Además, la cobertura que ofrece el FONASA para la terapia hormonal y las cirugías es limitada debido a la falta de disponibilidad de los medicamentos en algunos hospitales del país y la exclusión de algunos procedimientos quirúrgicos.¹⁷

Los PIIG, si bien representan un avance en algunas regiones, tienen

limitaciones significativas: operan de forma autoadministrada, su institucionalización es variable y solo atienden a afiliados del Servicio de Salud correspondiente, lo que impide el acceso para las personas de otras regiones que no cuentan con la misma oferta de servicios. Esta situación se agrava por las largas listas de espera y los altos costos de intervenciones como las cirugías de afirmación.¹⁷

Las barreras sociales y culturales se manifiestan principalmente en la discriminación y falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud. Como se mencionó antes, en la Encuesta Nacional de Salud Trans, 84% de los encuestados reportaron malos tratos en la prestación de los servicios de salud.²⁸ A esta realidad se suma el hecho de que los documentos técnicos emitidos por las autoridades de salud son poco conocidos por los profesionales, y las capacitaciones no son de asistencia obligatoria. Una encuesta realizada a 123 profesionales de la salud en el norte del país reveló que el 84% nunca recibió formación universitaria sobre atención a población trans, y el 77% desconocía la existencia de la normativa especializada para atender a esta población.¹⁰⁰

Las barreras estructurales y administrativas se ven reflejadas en la exigencia de documentos y procedimientos excesivos a las personas trans para poder recibir la atención en salud. En la Encuesta antes citada, esta situación fue reportada en un 30% por hombres trans y en un 24.8% por mujeres trans.²⁸

Finalmente, se deben mencionar las barreras que enfrentan grupos específicos como los menores de edad y las personas trans migrantes. El derecho a la salud de los primeros se encuentra en un estado crítico debido a la Circular 7 del Ministerio de Salud que recomienda suspender el acceso a nuevos tratamientos hormonales. Pese a que estos deben ser suministrados en un momento específico del desarrollo para obtener los resultados esperados, existe incertidumbre sobre cuándo podrán ser reanudados. Adicionalmente, el Congreso chileno ha creado la Comisión Especial Investigadora 57 con el fin de examinar las políticas dirigidas a la población trans.¹⁸ El informe publicado por ella ha sido criticado por organizaciones de la sociedad civil, ya que exige modificar la Ley de Identidad de Género y suspender la ejecución del PAIG y de los tratamientos de afirmación de género en menores de edad.¹⁰¹ Si bien su aprobación no es vinculante, este informe será sometido a votación y podrá suscitar debates antiderechos en la Cámara de Diputados y Diputadas.

Respecto a las personas trans migrantes, aunque Chile puede ofrecer mayor libertad de expresión de género, el acceso a servicios especializados es complicado. El cambio de nombre y sexo registral exige tener una residencia permanente en el país, cuya obtención puede tardar hasta 10 años.¹⁰² Esto dificulta que el sistema de salud brinde un tratamiento acorde a la identidad de género del paciente. Además, como lo plantean Galaz y Menares, existe un desacoplamiento entre el proceso de regularización y las políticas de

identidad de género, lo cual genera una exclusión de las personas trans migrantes de las causas de refugio y de las instituciones que ofrecen acompañamiento y apoyo psicosocial a la población LGBTIQ.⁴⁶

V. Conclusiones

El panorama de los servicios de salud para la población trans en Chile refleja tanto avances como desafíos. Aunque se han implementado programas y normativas que buscan garantizar el acceso a los tratamientos de afirmación de género, la centralización de los servicios, las demoras derivadas de los trámites burocráticos y el alto costo de algunos tratamientos dificultan la atención en varias regiones del país. Los PIIG representan un paso adelante, pero su alcance sigue siendo insuficiente debido a su desigual distribución geográfica.

Las barreras sociales y culturales también desempeñan un rol importante en la exclusión de esta población del sistema de salud. La discriminación, la falta de formación especializada entre

los profesionales y la escasa difusión de normativas específicas perpetúan la exclusión de las personas trans en el sistema de salud. Además, decisiones recientes como la suspensión de nuevos tratamientos hormonales para menores de edad y la publicación del informe de la Comisión 57 de la Cámara de Diputados y Diputadas, suponen un riesgo de retroceso para la garantía de sus derechos.

Para superar estas barreras, se requiere un fortalecimiento de las entidades de salud regionales desde el Ministerio de Salud y los PIIG que ya tienen experiencia en la materia. Asimismo, es necesaria la capacitación obligatoria de los profesionales de la salud y la expansión de la cobertura de servicios de afirmación de género por parte del FONASA. La participación de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas e incluso en la articulación para la prestación de los servicios de salud trans es fundamental para obtener mejores resultados.

Colombia

I. Contexto

Colombia, con una población estimada de 52.09 millones de habitantes, se caracteriza por una significativa concentración urbana, principalmente en sus cuatro ciudades más pobladas: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.¹⁰³ Los indicadores socioeconómicos del país revelan desafíos importantes: según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el índice de pobreza multidimensional alcanzó un 12.1% en 2023, con una incidencia más pronunciada en zonas rurales.¹⁰⁴ La tasa de desempleo se situó en 10.2% en 2023, afectando de manera desproporcionada a jóvenes y mujeres.¹⁰⁵

En términos políticos, Colombia opera bajo un sistema presidencialista republicano. El poder ejecutivo está encabezado por el Presidente, quien es elegido mediante voto popular para un período de cuatro años. El poder legislativo se estructura en un Congreso bicameral, compuesto por el Senado y la Cámara de Representantes, cuyos miembros también son elegidos por sufragio universal. El panorama político actual tiene una gran diversidad dentro de las Cámaras incluyendo diversos partidos de diferentes índoles políticas como el Pacto Histórico, el Partido Conservador, el Partido Liberal, el Centro Democrático y Cambio Radical; y teniendo actualmente en la presidencia un gobierno de izquierda progresista.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece el fundamento del derecho a la salud, principalmente en su artículo 49, que define la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos bajo la responsabilidad del Estado. Los artículos 44 y 366 refuerzan este derecho, estableciéndolo como fundamental, especialmente para la población infantil, y como un fin esencial del Estado.

El marco legislativo en materia de salud se ha desarrollado progresivamente. La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mientras que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consolidó la salud como un derecho autónomo e irrenunciable. La Ley 1949 de 2019 introdujo medidas para mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud. Para la población LGBTIQ+, el Decreto 762 de 2018 estableció una política pública integral, y el Proyecto de Ley 122-2024 tiene como objetivo establecer un marco integral para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con identidades de género diversas, eliminando la discriminación y promoviendo acciones afirmativas.

La trayectoria de los derechos de la población LGBTIQ+ en Colombia ha experimentado avances significativos desde la década de 1990, comenzando con la despenalización

de la homosexualidad en 1980. Hitos importantes incluyen el reconocimiento de los derechos de parejas del mismo sexo por la Corte Constitucional en 2011 (Sentencia C-577) y la aprobación del matrimonio igualitario en 2016.¹⁰⁶ Para la población trans específicamente, un avance crucial fue la emisión del Decreto 1227 en 2015, que permite la modificación del marcador de género y nombre en documentos legales mediante una declaración juramentada ante notario, eliminando requisitos anteriores como intervenciones quirúrgicas o autorizaciones judiciales. La Corte Constitucional ha fortalecido estos avances mediante sentencias que reconocen el derecho a la identidad de género y el acceso a servicios de salud. No obstante, persisten desafíos significativos en la implementación efectiva de estos derechos y en la erradicación de la discriminación y violencia hacia las personas trans, dentro de los procesos burocráticos y de atención.

Un avance reciente significativo es la Circular Externa 202415000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud, que establece directrices específicas a EPS, clínicas, hospitales, alcaldías, gobernaciones y empresas farmacéuticas, para garantizar que las personas trans reciban atención médica adecuada, oportuna y libre de discriminación. La jurisprudencia ha sido fundamental en la evolución del derecho a la salud, destacando la Sentencia T-760 de 2008 que identificó fallas estructurales en el sistema de salud y ordenó al Estado tomar medidas para garantizar su

efectividad. Al igual que las Sentencias T-321 de 2023, T-218 de 2022, T-236 de 2020, T-406 de 2019 y T-409 de 2019, han abordado específicamente el derecho a la salud de las personas trans, su autonomía y la necesidad de capacitación del personal sanitario.

En el ámbito internacional, Colombia ha ratificado diversos tratados que fortalecen el marco de protección del derecho a la salud, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos y el Protocolo de San Salvador. El país también es parte de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre derechos del niño, además de participar activamente en la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

B. Sistema de salud

El SGSSS, implementado en 1993, opera bajo dos regímenes principales: el Contributivo, destinado a trabajadores formales e independientes con capacidad de pago, y el Subsidiado, que atiende a poblaciones vulnerables con financiamiento estatal. El sistema integra un sector público, liderado por el Ministerio de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y gobiernos locales, y un sector privado que incluye Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Existen además regímenes especiales para poblaciones específicas, como las Fuerzas Armadas. El sistema de salud

colombiano alcanza una cobertura universal del 80%, con un gasto público en salud que representó el 6.55% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2021, mientras que el gasto de bolsillo constituyó el 13.67% del gasto total en salud.^{107 20}

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La realidad del acceso a servicios de salud para las personas trans en Colombia revela una brecha significativa entre el marco normativo y su implementación efectiva. A pesar de los avances legales, persisten barreras fundamentales que obstaculizan el acceso a una atención sanitaria integral, sumándose a esto, la falta de documentación actualizada que refleje la identidad de género crea obstáculos significativos para acceder a servicios básicos y genera desconfianza en el sistema de salud.

Un aspecto particularmente problemático es que, incluso cuando los documentos están actualizados, surgen dificultades específicas de género en el acceso a servicios especializados. Los hombres trans, por ejemplo, enfrentan obstáculos significativos en servicios de ginecología debido a la imposibilidad de poder acceder a estos una vez hecho el cambio del marcador de sexo en los documentos oficiales, mientras que las mujeres trans experimentan una alta estigmatización, violencia y rechazo ante procedimientos esenciales

de atención médica. Esta situación se ve agravada por el uso continuado de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) en el sistema de salud colombiano, que mantiene una visión patologizante de las identidades trans, en lugar de adoptar la versión 11 (CIE-11).

Las IPS y EPS evidencian una carencia significativa de lineamientos claros para los tratamientos de afirmación de género, lo que resulta en la ausencia de un acompañamiento psicosocial y médico integral adecuado. Los procesos médicos y burocráticos dentro de las EPS frecuentemente presentan dilaciones injustificadas para acceder a servicios especializados y se usan como mecanismos de disuasión para que las personas trans puedan transicionar con facilidad a través del sistema público.

En respuesta a estas deficiencias institucionales, han surgido iniciativas positivas en ciudades como Bogotá y Cali, donde algunas instituciones han comenzado a ofrecer servicios más inclusivos. Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental al cubrir los vacíos institucionales existentes. Estas organizaciones facilitan espacios de diálogo entre las personas trans y el sector salud, participan en la discusión de protocolos de atención, identifican necesidades específicas y trabajan en la eliminación de estigmas históricos. Sus servicios incluyen orientación para navegar el sistema de salud, acompañamiento psicosocial, asistencia jurídica, talleres de empoderamiento y la creación de

espacios seguros. De igual manera, organizaciones han implementado iniciativas innovadoras como programas pilotos de telemedicina y servicios de afirmación de género, incluyendo terapia hormonal. También existen otras organizaciones de la sociedad civil destinadas a la ayuda en cuanto activismo y acompañamiento social y jurídico. No obstante, estas organizaciones enfrentan limitaciones significativas debido a la falta de convenios sólidos con el sistema de salud público, lo que restringe su capacidad de cobertura y sostenibilidad financiera.

B. Servicios de afirmación de género

La disponibilidad y acceso a servicios de afirmación de género en Colombia presenta variaciones significativas según la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico. En el ámbito de la terapia hormonal, las zonas urbanas como Bogotá y Medellín ofrecen acceso a servicios especializados, aunque con tiempos de espera considerables. En contraste, las zonas rurales enfrentan limitaciones severas debido al desabastecimiento de medicamentos, la escasez de especialistas capacitados y las distancias considerables a los centros de atención.

El sistema público de salud incluye la provisión de terapias hormonales, pero los frecuentes problemas de desabastecimiento y los extensos tiempos de espera han llevado a muchas personas trans a buscar alternativas, incluyendo la hormonización empírica, lo que puede representar riesgos significativos

para su salud. En el sector privado, instituciones han desarrollado desde 2019 programas más comprehensivos que incluyen terapia de afirmación hormonal, servicios de prevención de infertilidad y acompañamiento sensible para el proceso de tránsito. Sin embargo, los costos asociados siguen siendo altos a pesar de ser más baratos que en otras entidades privadas.

En cuanto a las cirugías de afirmación de género, aunque están reconocidas dentro del sistema de salud público, su acceso efectivo se ve obstaculizado por desigualdades territoriales y logísticas significativas. Este es el caso de regiones como el Chocó, donde la ausencia de especialistas obliga a las personas a desplazarse largas distancias. Las EPS suelen proporcionar solamente transporte terrestre, incluso muchas veces en casos postquirúrgicos, sin considerar necesidades adicionales como alojamiento temporal o alimentación durante el proceso de recuperación y el acompañamiento.

IV. Barreras de acceso

Las barreras económicas constituyen un obstáculo fundamental en el acceso a servicios de afirmación de género, sobre todo cuando las posibilidades de encontrar trabajos bien remunerados y que respeten la integridad de las personas trans es sumamente difícil. Las cirugías de afirmación de género en el sector privado representan un gasto considerablemente alto, quedando fuera del alcance de una porción significativa de la población.

Incluso opciones más accesibles, como los servicios ofrecidos por las organizaciones, pueden resultar imposibles de acceder para una gran parte de la población.

Las barreras geográficas magnifican las dificultades de acceso, especialmente en zonas rurales, donde la escasez de medicamentos, la falta de personal especializado y las distancias a los centros de atención crean grandes obstáculos. La concentración de servicios especializados en las principales ciudades obliga a muchas personas a realizar largos desplazamientos, enfrentando gastos adicionales no cubiertos por el sistema de salud.

Las barreras sociales se manifiestan en diversas formas de discriminación y prejuicios dentro del sistema de salud. Los hombres trans enfrentan grandes obstáculos en servicios ginecológicos, mientras que las mujeres trans experimentan rechazo en la atención inicial. La falta de documentación actualizada que refleje la identidad de género crea dificultades adicionales en el acceso a servicios básicos. En el caso de la población migrante, el acceso al sistema de salud está directamente vinculado al estatus migratorio, mientras que los migrantes con estatus regular pueden afiliarse al sistema de salud público – enfrentando las mismas barreras burocráticas y de desabastecimiento que los ciudadanos colombianos–, los migrantes en situación irregular ven su acceso limitado exclusivamente a la atención de urgencias. Esta restricción impacta significativamente en su

capacidad para acceder a servicios esenciales como terapias hormonales o cirugías de afirmación de género. En este contexto, las organizaciones internacionales humanitarias han asumido un papel fundamental en la provisión de servicios básicos de salud sexual y reproductiva para esta población particularmente vulnerable.

Las barreras estructurales y administrativas se evidencian en la ausencia de lineamientos claros para tratamientos de afirmación de género en IPS y EPS, la falta de acompañamiento integral psicosocial y médico, y las dilaciones injustificadas en procesos administrativos. La situación es particularmente preocupante para adolescentes trans, quienes enfrentan dificultades específicas en el acceso a bloqueadores hormonales y servicios de acompañamiento psicológico. Al igual que la persistencia del uso del CIE-10, que mantiene una visión patologizante de las identidades trans, contribuye a perpetuar estos obstáculos.

Las barreras culturales se manifiestan principalmente en la atención existente en el sistema de salud, ya que muchas veces las creencias religiosas rigen lo que está “bien” y “mal” para el personal de salud y generan campañas de desinformación que impactan el acceso a la salud en las dos direcciones tanto la de demanda del servicio por las personas trans como la de oferta de los servicios de salud por las y los profesionales como por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Otro gran obstáculo es la ausencia de datos específicos sobre la población trans, lo que impacta directamente en la

capacidad del sistema de salud para diseñar y ofrecer servicios adecuados. El DANE, en sus procesos de recolección de datos, frecuentemente presenta confusiones en la categorización de la población trans, lo que limita la capacidad de las instituciones para tomar decisiones informadas y diseñar políticas públicas efectivas. Resulta fundamental mejorar los sistemas de recolección de datos sobre la población trans y avanzar simultáneamente en la despatologización tanto en el lenguaje como en la práctica médica, estableciendo así bases más sólidas para la prestación de servicios de salud inclusivos y efectivos.

Las barreras legales persisten a pesar del marco normativo existente. Aunque la legislación colombiana establece que el sistema de salud debe cubrir todos los tratamientos de afirmación de género, en la práctica, numerosas personas trans se ven obligadas a recurrir a acciones legales para garantizar esta cobertura. Esta situación se ve agravada por iniciativas legislativas como el Proyecto de Ley 001 de 2024, denominado “¡Con los niños NO te metas!”, que busca imponer regulaciones restrictivas sobre tratamientos fundamentales como bloqueadores de pubertad, terapia hormonal cruzada y cirugías de afirmación de género para menores de 18 años. Esta propuesta legislativa ha generado intensos debates en la comunidad médica y de derechos humanos, siendo considerada potencialmente nociva para el libre desarrollo de la personalidad de las personas trans.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de afirmación de género en Colombia revela una realidad compleja y multifacética. Por un lado, el país ha logrado avances significativos en el reconocimiento formal de los derechos de las personas trans, ejemplificados en hitos como el Decreto 1227 de 2015 y la reciente Circular Externa 202415000000011-5 de 2024. Estos instrumentos normativos establecen un marco progresista para el reconocimiento de la identidad de género y el acceso a servicios de salud. Sin embargo, la implementación efectiva de estos derechos enfrenta obstáculos estructurales que limitan significativamente el acceso a servicios de salud de calidad.

La brecha entre el marco normativo y la realidad práctica se manifiesta en múltiples dimensiones. A pesar de contar con una base constitucional y legislativa sólida, el acceso efectivo a los servicios de salud continúa siendo limitado por factores como la discriminación institucionalizada, la ausencia de lineamientos claros para tratamientos de afirmación de género, y la necesidad frecuente de recurrir a acciones legales para garantizar el acceso a tratamientos. Las tensiones sociales y políticas actuales, evidenciadas en iniciativas legislativas como el Proyecto de Ley 001 de 2024, añaden complejidad al panorama, particularmente en lo que respecta a la atención de menores de edad.

Las desigualdades territoriales en la prestación de servicios, las limitaciones en el acceso para poblaciones migrantes y la persistencia de requisitos como la psiquiatrización obligatoria para ciertos tratamientos, subrayan la necesidad de adoptar un enfoque más inclusivo y equitativo en la prestación de servicios de salud. La falta de datos específicos sobre la población trans y la continuidad de un lenguaje patologizante en el sistema de salud, representan desafíos críticos que requieren atención urgente.

No obstante, existen elementos positivos que sugieren posibilidades de mejora. Los esfuerzos de organizaciones de la sociedad civil como el proyecto Sin Etiquetas, así como la implementación gradual de soluciones innovadoras como la telemedicina representan pasos en la dirección correcta, al igual que la existencia de personal de la salud concientizado han hecho que empiece a verse un cambio significativo de forma positiva. Para lograr un cambio sustantivo y sostenible, se requiere un compromiso renovado con la equidad en salud, el respeto por la diversidad, y la implementación de programas comprensivos de educación en sexualidad para el personal de salud. Resulta fundamental que las entidades del sistema de salud implementen de manera efectiva las directrices establecidas, garantizando así una atención integral y libre de discriminación para las personas trans en todo el territorio nacional.

La evolución futura del acceso a servicios de afirmación de género en Colombia dependerá en gran medida de la capacidad del sistema de salud para abordar estas barreras de manera sistemática y comprehensiva, asegurando que los avances normativos se traduzcan en mejoras tangibles en la calidad de vida de las

personas trans. Esto requerirá no solo la continuidad de los esfuerzos actuales, sino también la implementación de nuevas estrategias que permitan superar las barreras identificadas y garantizar un acceso efectivo y equitativo a servicios de salud de calidad para toda la población trans en Colombia.

Costa Rica

I. Contexto

Costa Rica cuenta con una población de 5.129.910 millones de habitantes según estimaciones de 2023 reportadas por la OPS.¹⁰⁸ En cuanto a la población trans, no existen datos oficiales que permitan determinar sus indicadores demográficos y que puedan ser utilizados para el diseño de políticas públicas.

El país se estructura alrededor de siete provincias: Alajuela, Cartago, Guanacaste, Heredia, Limón, Puntarenas y San José. Los principales centros urbanos conforman el Gran Área Metropolitana de Costa Rica, a saber: San José (la capital), Alajuela, Cartago y Heredia. En el ámbito socioeconómico presenta desafíos significativos, evidenciados por una tasa de desempleo del 6,7% y un nivel de pobreza del 18% para 2024, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares¹⁰⁹ y la Encuesta Continua de Empleo¹¹⁰, respectivamente. Sin embargo, se debe considerar que ambas mediciones se han reducido en los últimos años.

Políticamente, Costa Rica opera bajo un sistema de república presidencialista con una democracia multipartidista consolidada, estructurada en tres poderes fundamentales: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El poder legislativo es unicameral, ejercido por la Asamblea Legislativa.¹¹ El panorama político está dominado por cinco fuerzas principales: el Partido Liberación Nacional (PLN), el Partido Unidad Social Cristiana (PUSC), el Partido Progreso Social Democrático (PPSD) y el Partido Frente Amplio (PFA).

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber ser

A. Marco legal

El derecho a la salud en Costa Rica encuentra su fundamento constitucional en tres artículos clave: el artículo 46, que aborda la protección de la salud de los consumidores y usuarios; el artículo 50, que establece el derecho a un ambiente saludable; y el artículo 73, que designa a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como la entidad responsable de administrar los servicios de salud. La interpretación jurisprudencial, particularmente a través de las sentencias No. 5130-94 y No. 8160-05 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, ha establecido una conexión fundamental entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, y además ha resaltado la importancia de que estos sean garantizados por encima de consideraciones económicas.¹³

El marco jurídico nacional se fortalece con la ratificación de tratados internacionales fundamentales, incluyendo la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño. Estos instrumentos internacionales sirven como criterios interpretativos esenciales para la normativa nacional.

En cuanto a los derechos LGBTIQ+, Costa Rica ha marcado hitos importantes: en 2018, a raíz de la Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, dio reconocimiento a la identidad de género con la posibilidad de cambiar el nombre en los documentos oficiales; y, en 2020, se convirtió en el primer país centroamericano en aprobar el matrimonio igualitario.⁸ Respecto a la salud de las personas trans, Costa Rica ha desarrollado un protocolo para el acceso a la terapia hormonal. Sin embargo, no existe una regulación para las intervenciones quirúrgicas y, en términos generales, el sistema de salud presenta múltiples dificultades para hacer efectiva la prestación de servicios.

Otros instrumentos jurídicos para la protección de la población LGBTI incluyen el voto No. 2018-012782 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia que declara inconstitucional la prohibición del matrimonio entre

parejas del mismo sexo.¹¹² El Decreto 07-2018 del Tribunal Supremo de Elecciones reforma el reglamento del registro del estado civil y la cédula de identidad en consideración del derecho a la identidad de género; mientras que los Decretos presidenciales N° 34399-S de 2008, N°37071-S de 2012 y N°41313-S de 2019 establecen el 17 de mayo como el Día Nacional contra la homofobia, la lesbofobia, la bifobia y la transfobia.¹¹³

En el contexto centroamericano, Costa Rica es el único país que ofrece asilo debido a la persecución por la orientación sexual y la identidad de género. El Reglamento de Personas Refugiadas (Decreto Ejecutivo N° 36831-G) consagra los derechos a la igualdad y no discriminación, a la confidencialidad, al debido proceso, entre otros.¹¹⁴ Además, concibe un enfoque diferenciado y de género en los procesos administrativos que adelantan las autoridades migratorias. Estos mismos enfoques son adoptados en la Política Migratoria Integral 2024-2034 (Decreto Ejecutivo N° 44385-MGP), cuyo propósito es promover acciones y estrategias que garanticen el respeto a los derechos humanos y la cohesión social de las personas migrantes, la seguridad nacional y la sostenibilidad del Estado social de derecho.¹¹⁵

Un aspecto significativo del marco legal actual frente a la población trans es la ausencia de una ley específica de identidad de género. En junio de 2023 fue presentado el Proyecto de Ley No. 23.809 titulado “Ley de Reconocimiento de las Identidades Trans, No Binarias, de Género Diverso e Intersex”. En él

se establecen garantías no solo para facilitar la rectificación registral, sino también para los derechos al empleo, a la salud, a la educación, a la familia, a la vivienda, entre otros.¹¹⁶ Sin embargo, su aprobación se ha visto obstaculizada por las críticas provenientes de sectores políticos religiosos.¹¹⁷

B. Sistema de salud

El sistema de salud costarricense ha demostrado un desempeño notable, evidenciado por un puntaje de 73.7 en el Índice de Acceso y Calidad de los Servicios de Salud de 2021, el cual resulta significativamente superior al promedio regional. De acuerdo con el Banco Mundial, para el mismo año el gasto público en salud como porcentaje del PIB alcanzó un 7.57%, mientras que el gasto de bolsillo como porcentaje de los gastos en salud reportado por la OMS alcanzó un 20.74%.

La CCSS, pilar fundamental del sistema, establece un esquema de cobertura obligatoria para trabajadores asalariados y voluntaria para independientes. La institución administra el Seguro de Salud, que comprende tanto prestaciones sanitarias como económicas. La regulación de medicamentos se realiza a través de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) del Comité Central de Farmacoterapia.²²

Los servicios de salud se prestan en establecimientos que pueden ser de primer, segundo y tercer nivel de complejidad. Estos establecimientos funcionan en red, por lo que establecen relaciones de mutua colaboración. Cada red se compone de un área de salud en la que se prestan servicios

integrales de salud ambulatorios de un primer o segundo nivel de atención, en una población delimitada geográficamente. Asimismo, cada área se subdivide en sectores de salud en los que se brindan servicios integrales de primer nivel por parte de un equipo básico de atención integral en salud denominado EBAIS.¹¹⁸

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

Las personas trans enfrentan diversas barreras para acceder a los tratamientos de afirmación de género. Entre ellas se encuentran los procesos burocráticos largos y complejos para la obtención del carnet del seguro social, la persistencia de actitudes discriminatorias entre algunos profesionales de la salud y las disparidades geográficas en cuanto a la oferta de servicios.

B. Servicios de afirmación de género

El acceso a tratamientos de afirmación de género se regula en el Protocolo de Atención Integral de Personas Trans para la Hormonización en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. En él se establece que es posible el abordaje farmacológico de los pacientes con incongruencia de género que lo requieran, siempre y cuando cumplan con el protocolo institucional. Los criterios a cumplir para acceder al tratamiento hormonal son: (1) tener

18 años cumplidos o más, (2) haber reforzado su autodeterminación de identidad durante un año o más mediante la vivencia con el rol de género y (3) haber recibido acompañamiento psicológico por seis meses o más para afirmar su identidad de género. Sumado a esto, en términos administrativos, es necesario estar adscrito al establecimiento de salud según el área de jurisdicción por residencia habitual, ser asegurado y no estar en mora con la Caja.¹⁴

Una vez cumplidos los criterios antes mencionados, las personas deben tener una valoración endocrinológica, así como exámenes de laboratorio y gabinete con una antigüedad no superior a seis meses. Además, deben diligenciar un consentimiento informado. Las hormonas disponibles para el tratamiento se encuentran en la LOM establecida por el Comité Central de Farmacoterapia.¹⁴

En cuanto a las cirugías de afirmación de género, no se cuenta con un protocolo de la CCSS que regule su acceso. Según la *Cartografía de derechos trans en Costa Rica*, las personas trans enfrentan múltiples obstáculos para acceder a ellas, sobre todo en el sistema de salud público. Con frecuencia son consideradas procedimientos estéticos y por ende no son priorizadas por la Caja. Las técnicas quirúrgicas utilizadas son rudimentarias y no existen incentivos para su mejora. Como consecuencia de estas limitaciones, muchas personas trans acuden a intervenciones clandestinas o, si tienen los medios económicos, a

los servicios de salud de otros países como Colombia, Venezuela, España, Ecuador y Cuba.³⁴

IV. Barreras de acceso

Las barreras económicas constituyen un obstáculo fundamental para los tratamientos de afirmación de género, pues la falta de cobertura de algunos de ellos por parte de la CCSS, especialmente las cirugías, hace que el acceso a ellas dependa de la capacidad individual para pagar servicios privados. La proliferación de clínicas privadas y la migración de especialistas al sector privado en los últimos años han profundizado esta problemática. Como consecuencia, algunas personas han buscado alternativas en países como Colombia, España, Ecuador y Cuba, donde el costo de los servicios puede ser más asequible que en el sector privado costarricense.³⁴

Las barreras geográficas se manifiestan en la centralización de servicios en el Gran Área Metropolitana. Existen provincias que no cuentan con hospitales ni especialistas, por lo cual no ofrecen tratamientos de afirmación de género. Algunas de las que presentan una situación más crítica son Guanacaste, Limón y Puntarenas. Adicionalmente, en los principales hospitales del Gran Área Metropolitana (a saber: el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios), se presentan largas listas de espera para recibir los servicios.

Las barreras estructurales y administrativas incluyen los requisitos y trámites para afiliarse a la CCSS. La exigencia de un empleo formal para vincularse a ella no considera las condiciones de vulnerabilidad económica en las que se encuentran muchas personas trans.²⁴ Por otra parte, las barreras normativas se ven reflejadas en la ausencia de una ley de identidad de género que proteja de manera integral los derechos de la población trans, así como de un protocolo para el acceso a tratamientos de afirmación de género que contemple las intervenciones quirúrgicas.

Las barreras culturales se evidencian en la discriminación por parte de los profesionales de salud respecto a las necesidades específicas de la población trans. Según testimonios de organizaciones de la sociedad civil, aún se presentan casos en los que las personas trans son llamadas por su nombre de nacimiento, en lugar del que corresponde a su identidad de género. Además, muchos profesionales se niegan a brindar servicios bajo el argumento de objeción de conciencia contemplada en el Código del Trabajo.

Al respecto, la *Cartografía de derechos trans en Costa Rica* señala que el sistema de salud carece de una difusión adecuada de las normas diseñadas para garantizar la atención de pacientes trans y que las facultades de medicina continúan impartiendo una formación basada en un esquema binario de género.³⁴ De igual forma, la relatora de Naciones Unidas Tlaleng Mofokeng en el informe sobre el

derecho a la salud en Costa Rica afirma que el país carece de datos, protocolos o directrices suficientes para la atención clínica y la educación sexual integral con enfoque en las necesidades de la población LGBTIQ.³¹

Finalmente, existen barreras específicas para el acceso a tratamiento de afirmación de género en segmentos de la población como los menores de edad y los migrantes. En Costa Rica, no existen políticas públicas para la protección de la niñez y la adolescencia que consideren la identidad de género.¹¹⁹ Por ende, el acceso a la terapia hormonal y las cirugías de afirmación depende del aseguramiento privado.³¹ Desde junio de 2023, se debate en la Comisión de Derechos Humanos del poder legislativo el Proyecto de Ley No. 23.809, que permitiría a los menores de 12 años cambiar su nombre legal sin necesidad de acudir a un tribunal y acceder a tratamientos como bloqueadores de pubertad y hormonización.¹¹⁶ Sin embargo, el proyecto ha enfrentado críticas de sectores políticos conservadores, y, debido al contexto electoral de 2026, su avance legislativo es poco probable.

En cuanto a la población migrante, Costa Rica se ha consolidado como uno de los principales destinos, especialmente para personas trans provenientes de Nicaragua, Colombia, Venezuela y Cuba. El país ha logrado avances significativos en la protección de sus derechos, incluyendo el reconocimiento de la identidad de género en el Documento de Identidad Migratorio para Extranjeros (DIMEX) y

la inclusión de la orientación sexual e identidad de género como motivos válidos para solicitar refugio.¹²⁰ En cuanto al derecho a la salud, el marco jurídico costarricense garantiza a todas las personas migrantes, solicitantes de refugio y refugiadas los mismos derechos a la salud que la población costarricense, sin discriminación alguna, lo que incluye el acceso a una atención médica integral a través de la CCSS. Este principio de igualdad en el acceso a la salud está respaldado por la Constitución Política, la Ley General de Migración y Extranjería y los compromisos internos.¹²¹

Pese a lo anterior, las dificultades prácticas en los trámites exigidos, así como la situación de vulnerabilidad económica, limitan el acceso efectivo de las personas trans migrantes a los servicios de salud. El trabajo de las organizaciones de la sociedad civil han jugado un papel fundamental en este contexto, pues han gestionado el cambio de nombre legal de muchas personas trans migrantes, lo que a su vez ha facilitado su aseguramiento en la CCSS. Además, mediante acuerdos con esta última y la ACNUR, han promovido el acceso a servicios de salud para diagnosticar y tratar el VIH.

V. Conclusiones

Costa Rica presenta un panorama complejo en el acceso a servicios de afirmación de género para personas trans. Las principales barreras identificadas incluyen las económicas, derivadas de la falta de cobertura de tratamientos clave por parte de la CCSS y la dependencia del sector

privado; las geográficas, debido a la centralización de servicios en el Gran Área Metropolitana; las culturales, relacionadas con la discriminación y falta de capacitación del personal de salud; y las normativas, marcadas por la ausencia de una ley integral de identidad de género y la falta de protocolos claros para el acceso a cirugías de afirmación de género.

Para superar estas barreras, es necesario mejorar la inversión en salud en las provincias que en la

actualidad carecen de infraestructura y especialistas; así como implementar programas de formación continua para el personal de salud en todos los niveles del sistema con un enfoque en las necesidades específicas de la población trans y en la eliminación del estigma y la discriminación. Adicionalmente, el diálogo y la articulación con organizaciones de la sociedad civil que brindan acompañamiento legal y psicosocial a la población trans puede contribuir a una mejor prestación de los servicios.

Ecuador

I. Contexto

Ecuador, situada en la región andina de América del Sur, cuenta con una población de aproximadamente 16.9 millones de habitantes según el censo de 2022, presentando una rica diversidad socioeconómica y cultural.¹²² Este mismo censo reveló que el 2.4% de las personas mayores de 18 años se identifican como parte de la población LGBTI+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex y otras identidades), y específicamente, 110,519 personas se identifican como trans, lo que representa aproximadamente el 0.65% de la población adulta del país.¹²³

Los indicadores educativos del censo de 2022 muestran que el 36.3% de la población LGBTI+ alcanza la Educación General Básica, el 29.6% el bachillerato y el 28.7% la educación superior.¹²⁴ Sin embargo, estos logros educativos no se reflejan en el bienestar económico de esta población. En ciudades como

Cuenca, 51% de la población LGBTIQ+ tiene ingresos entre 0 y 400 dólares, lo cual evidencia una alta concentración de pobreza en este grupo.¹²⁵

El país, cuyas principales urbes son Quito (la capital política) y Guayaquil (el principal puerto y centro económico), presentaba a diciembre de 2023 un índice de pobreza del 25.2% y una tasa de desempleo del 3.2%.²⁵ Como república presidencialista, Ecuador mantiene un sistema político multipartidista donde destacan fuerzas políticas como la Revolución Ciudadana, el Movimiento CREO y el Partido Social Cristiano

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

En materia de derechos LGBTIQ+, Ecuador ha experimentado una evolución significativa desde la despenalización de la homosexualidad en 1997, un hito fundamental en la lucha por la igualdad. La Constitución de 2008 marcó otro avance crucial al reconocer explícitamente la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. Posteriormente, la aprobación de la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles en 2016 representó un progreso sustancial al permitir el cambio de nombre y sexo registral para las personas trans. No obstante, estos avances legales contrastan con los persistentes desafíos que enfrentan las personas trans en el acceso a derechos fundamentales,

particularmente en el ámbito de la salud, una situación que se ha visto agravada por la actual crisis económica del país, caracterizada por el racionamiento eléctrico y la reducción del gasto público.

Para el derecho a la salud, el marco legal ecuatoriano establece una robusta base normativa, sustentada en tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el país. Estos incluyen la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre todo tipo de Discriminación hacia la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, y la Convención sobre los Derechos del Niño.

La Constitución de 2008 constituye el pilar fundamental de este marco normativo. Su artículo 32 consagra la salud como un derecho fundamental, vinculándolo intrínsecamente con otros derechos esenciales para el “buen vivir” e incorporando el enfoque de género como principio rector en la prestación de servicios de salud. Complementariamente, el artículo 11, numeral 2, establece una protección explícita contra la discriminación por identidad de género y orientación sexual.

En el ámbito penal, el artículo 176 del Código Penal refuerza esta protección al tipificar la discriminación como delito, estableciendo penas de uno a tres años de prisión para la población general, y de tres a cinco años para

servidores públicos. La Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles de 2016 representa un avance significativo al permitir el cambio de nombre y sexo registral para las personas trans, aunque no contempla disposiciones específicas sobre el acceso a servicios de salud.

En el marco específico de la salud, la Ley Orgánica de Salud y la Ley de Derechos y Amparo al Paciente establecen los principios generales del sistema sanitario, si bien no abordan explícitamente las necesidades específicas de la población trans. Un avance notable se dio en 2016 con la publicación por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) del “Manual de Atención en Salud a Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersex (LGBTI)”, que busca garantizar el derecho a la atención de salud y al buen trato. Sin embargo, este manual presenta limitaciones significativas en su sección sobre personas trans, al no proporcionar información suficiente sobre derivaciones a especialistas o manejo de terapias hormonales. Además, según evidencian las entrevistas realizadas, su implementación se ve obstaculizada por el desconocimiento generalizado entre los profesionales de la salud, consecuencia de una insuficiente difusión y capacitación.

En el ámbito jurisprudencial, el desarrollo en materia de derechos trans se encuentra en una etapa inicial. Si bien la Corte Constitucional ha emitido algunas

sentencias relacionadas con el derecho a la identidad, hasta la fecha no se han registrado fallos específicos sobre el acceso a servicios de afirmación de género, lo que representa un vacío significativo en la interpretación judicial de estos derechos.

B. Sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS) se caracteriza por su estructura segmentada y fragmentada, compuesta por tres actores principales: el Ministerio de Salud Pública (MSP), que atiende a la población de escasos recursos y sin seguro; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), responsable de la cobertura de trabajadores formales, sus cónyuges e hijos; y los prestadores privados, que concentran sus servicios principalmente en zonas urbanas.

Los indicadores de cobertura y financiamiento del sistema revelan importantes desafíos estructurales. A 2021, el índice de cobertura universal alcanzaba el 77%, con un gasto público en salud que representaba el 5.28% del Producto Interno Bruto (PIB).²⁵ El gasto de bolsillo, que alcanza el 30.62% del gasto total en salud, indica una carga financiera significativa para las familias. Las estadísticas muestran que aproximadamente una de cada cuatro personas carece de acceso a servicios de salud, mientras que menos de la mitad de la población cuenta con algún tipo de seguro social, evidenciando importantes brechas en la cobertura efectiva del sistema.

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia de las personas trans en el sistema de salud ecuatoriano presenta matices significativos que reflejan tanto avances como persistentes desafíos. En situaciones donde la identidad de género no es un factor determinante, como en el caso de atención por COVID-19, el acceso a servicios suele presentar menos obstáculos. Este fenómeno se ve respaldado por un conocimiento generalizado sobre la ilegalidad de la discriminación por identidad de género, aunque paradójicamente, el manual de atención específico para la población LGBTIQ+ frecuentemente es desconocido por el personal de salud.

Un factor crítico que afecta la continuidad de la atención es la alta rotación del personal en el sistema público. Las entrevistas realizadas revelan que, incluso cuando se logra establecer vínculos con profesionales sensibilizados en temas de diversidad sexual y de género, su traslado a otros centros interrumpe los procesos de atención establecidos, generando incertidumbre incluso para citas previamente programadas.

La atención a complicaciones derivadas de modificaciones corporales o hormonización empírica presenta un panorama particularmente complejo. Se documentan casos contrastantes:

mientras algunos pacientes reciben atención adecuada, como en procedimientos de extracción quirúrgica de biopolímeros, otros enfrentan negativas de atención injustificadas, como el caso documentado de un hombre trans al que se le negó una mastectomía necesaria a pesar de presentar heridas abiertas y tumores.

En el ámbito institucional, destaca el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca, que cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye especialidades de endocrinología y genética. Sin embargo, el acceso efectivo a estos servicios se ve obstaculizado por barreras tanto administrativas como actitudinales. Como contrapunto positivo, se destaca la labor del doctor Juan Pablo Salamea en cirugía reconstructiva para personas trans con complicaciones por biopolímeros, ejemplificando cómo la presencia de profesionales sensibilizados puede marcar una diferencia significativa en la calidad de la atención.

B. Servicios de afirmación de género

Los datos de la Encuesta de Condiciones de vida de la población GLBTI de 2012, aunque desactualizados, revelan patrones preocupantes que sugieren la persistencia de prácticas riesgosas: el 80.7% de las personas que utilizaban hormonas lo hacían sin prescripción médica, mientras que el 82.5% de quienes se inyectaban sustancias recurrían a la ayuda de amistades en lugar de profesionales de la salud.¹²⁶

El panorama actual muestra avances limitados y condicionados. Algunas personas trans logran obtener apoyo parcial en sus procesos de transición, incluyendo exámenes de laboratorio pre-hormonales y acompañamiento psicológico. Sin embargo, este acceso está frecuentemente condicionado al cumplimiento de expectativas binarias y expresiones de género hegemónicas, resultando en la exclusión de personas trans bisexuales o con expresiones de género no normativas.

Un desarrollo significativo fue la apertura en agosto de 2020 de la Unidad de Salud Trans Tayra Evelyn Ormeño en Quito, que ofrece atención especializada incluyendo servicios de salud mental y apoyo en procesos de transición. En Cuenca, la Red de Salud Sexual y Reproductiva (Red Sex), institucionalizada en 2013, representa otro esfuerzo por promover los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el reconocimiento de las diversidades sexuales. Esta iniciativa cuenta con respaldo presupuestario para programas sociales dirigidos a grupos prioritarios, aunque la falta de voluntad política ha obstaculizado la ejecución efectiva de estos recursos.

Ante las deficiencias del sistema de salud público, diversas organizaciones de la sociedad civil han asumido un rol crucial. Algunas proporcionan acompañamiento psicológico y endocrinológico, mientras que otras iniciativas incluyen un banco de hormonas gratuito en Quito y Guayaquil, atención psicológica sin

costo y asesoría sobre tratamientos de afirmación de género. Algunas de estas organizaciones han expandido sus servicios para incluir a menores de edad, siempre con el consentimiento parental requerido.

La dimensión económica representa una barrera significativa en el acceso a tratamientos de afirmación de género. Los costos elevados, ejemplificados en el caso de las mastectomías que pueden alcanzar los 6,000 dólares en Ecuador han generado un fenómeno de migración médica hacia países vecinos con costos más accesibles. La ausencia de datos sobre tiempos de espera en el sector privado dificulta una evaluación completa de la accesibilidad temporal de estos servicios.

La evaluación de la calidad de los servicios revela carencias significativas en varios aspectos fundamentales. Se evidencia una ausencia de protocolos de atención actualizados y alineados con estándares internacionales para la atención de personas trans. La capacitación del personal de salud en temas de diversidad sexual y de género es insuficiente, una situación que la Red Sex en Cuenca ha intentado abordar mediante propuestas de eventos formativos con profesionales internacionales, aunque estas iniciativas se han visto limitadas por restricciones presupuestarias. La falta de datos sobre la satisfacción de las personas trans con la atención recibida representa un vacío importante en la evaluación de la calidad del servicio.

IV. Barreras de acceso

Las barreras que enfrentan las personas trans en el acceso a servicios de salud en Ecuador son múltiples y se interrelacionan de manera compleja, creando un panorama de exclusión sistemática que requiere atención urgente.

En el ámbito económico, los elevados costos de los tratamientos de afirmación de género, sumados a su exclusión de la cobertura del sistema de salud público, constituyen un obstáculo fundamental. Esta barrera se ve exacerbada por la actual crisis económica del país, caracterizada por el racionamiento eléctrico y la reducción del gasto público. La situación es particularmente grave considerando que más del 50% de la población LGBTI+ subsiste con ingresos entre 0 y 400 dólares, lo que prácticamente imposibilita el acceso a servicios privados.

La dimensión geográfica presenta otro desafío significativo, con una marcada concentración de servicios especializados en las principales ciudades como Quito y Guayaquil. Esta centralización crea una barrera adicional para las personas trans que residen en zonas rurales o alejadas de los centros urbanos, quienes deben enfrentar costos adicionales de transporte y alojamiento para acceder a la atención necesaria.

Las barreras sociales se manifiestan principalmente a través del estigma, la discriminación y la transfobia persistentes en el ámbito sanitario. Un estudio de 2021 reveló que el 62%

de las personas trans en Ecuador han experimentado discriminación en servicios de salud, un dato alarmante que evidencia cómo estas actitudes negativas continúan disuadiendo a muchas personas de buscar atención médica necesaria.¹²⁶

En el plano estructural y administrativo, diversos factores obstaculizan el acceso efectivo a los servicios de salud. La patologización de las identidades trans, los complejos requisitos burocráticos (como las dificultades para acceder al historial clínico después del cambio de nombre), y la ausencia de protocolos adecuados crean barreras significativas. La segmentación por género de ciertos servicios, como la ginecología, representa un obstáculo particular para los hombres trans, evidenciando cómo la rigidez institucional puede limitar el acceso a atención médica esencial.

Las barreras culturales se expresan a través de imaginarios sociales negativos y la persistente desinformación sobre la transexualidad. La exigencia implícita o explícita de adherirse a expresiones de género hegemónicas para recibir apoyo en los procesos de transición refleja cómo los prejuicios culturales pueden condicionar el acceso a servicios esenciales de salud. Este condicionamiento cultural no solo afecta el acceso directo a los servicios, sino que también influye en la calidad de la atención recibida y en la disposición de las personas trans a buscar atención médica preventiva.

Finalmente, las barreras legales, aunque menos visibles, son igualmente

significativas. Si bien la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles representa un avance al permitir el cambio de nombre y sexo registral, su alcance limitado en materia de salud deja un vacío importante. La ausencia de una ley integral de identidad de género que garantice explícitamente el acceso a servicios de salud, incluyendo los tratamientos de afirmación de género, perpetúa la vulnerabilidad de la población trans en el sistema de salud ecuatoriano.

V. Conclusiones

El análisis exhaustivo del acceso a servicios de afirmación de género para personas trans en Ecuador revela una compleja interacción entre avances normativos significativos y persistentes barreras estructurales que limitan su implementación efectiva. La brecha entre el marco legal progresista establecido en la Constitución de 2008 y la realidad cotidiana que enfrentan las personas trans en el sistema de salud evidencia la necesidad de transformaciones profundas en múltiples niveles.

El perfil del país muestra que, a pesar de contar con un marco constitucional que reconoce explícitamente la no discriminación por identidad de género y establece la salud como un derecho fundamental, la implementación práctica de estos principios enfrenta obstáculos significativos. La fragmentación del Sistema Nacional de Salud, las limitaciones presupuestarias exacerbadas por la actual crisis

económica, y la persistencia de prejuicios socioculturales crean un entramado de barreras que dificultan el acceso efectivo a servicios de salud esenciales.

Las iniciativas locales demuestran el potencial de respuestas institucionales específicamente diseñadas para atender las necesidades de la población trans. Sin embargo, la falta de voluntad política para ejecutar presupuestos ya asignados y la ausencia de protocolos de atención estandarizados limitan el impacto de estos esfuerzos. El rol complementario asumido por organizaciones de la sociedad civil, aunque valioso, no puede sustituir la responsabilidad estatal de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad.

La situación actual demanda una respuesta integral que aborde simultáneamente las múltiples dimensiones del problema. Esto incluye la necesidad de desarrollar una ley integral de identidad de género que específicamente garantice el acceso a servicios de afirmación de género, la implementación de programas de capacitación sistemática para profesionales de la salud, y la asignación de recursos específicos para ampliar la disponibilidad y accesibilidad de servicios especializados más allá de los principales centros urbanos.

El caso de Ecuador ilustra cómo los avances en el reconocimiento formal de derechos, aunque fundamentales, deben ir acompañados de transformaciones estructurales en

los sistemas de salud y de medidas concretas para abordar las barreras económicas, sociales y culturales que limitan el acceso efectivo a servicios de salud para la población trans. Solo mediante un abordaje integral que

considere estas múltiples dimensiones será posible cerrar la brecha entre el reconocimiento formal de derechos y su realización práctica en la vida cotidiana de las personas trans en Ecuador.

El Salvador

I. Introducción

El Salvador, con una población que supera los 6.5 millones de habitantes, se caracteriza por presentar significativos desafíos socioeconómicos, evidenciados por un índice de pobreza que afecta a más del 30,3% de la población y una tasa de desempleo del 4.5% para el 2023.^{127 127 128} Las principales concentraciones urbanas del país se encuentran en San Salvador (capital), Soyapango y Santa Ana.

En términos de organización política, El Salvador es una república democrática y presidencialista, dividida en 14 departamentos y 262 municipios. El Estado se organiza en tres poderes: Ejecutivo, liderado por el presidente Nayib Bukele; Legislativo, representado por una Asamblea Legislativa unicameral de 84 diputados elegidos por representación proporcional; y Judicial. El presidente es elegido por mayoría absoluta por un mandato de cinco años. Los gobiernos locales, a través de concejos municipales, gestionan los asuntos comunitarios por tres años. El sistema electoral, supervisado por el Tribunal Supremo Electoral, utiliza listas cerradas y garantiza la paridad de género.¹²⁹ Actualmente, el partido oficialista Nuevas Ideas predomina sobre los partidos tradicionales ARENA y FMLN.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La Constitución salvadoreña establece el fundamento del derecho a la salud en sus artículos 1 y 65, definiendo la salud como un bien público y estableciendo la obligación estatal de preservarla mediante políticas inclusivas. Este marco constitucional se fortalece con la ratificación de instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo de San Salvador, que garantizan el acceso al bienestar físico, mental y social.

En el ámbito de la protección contra la discriminación, el Decreto Legislativo 56-2010 prohíbe específicamente la discriminación por identidad de género dentro del Poder Ejecutivo. Un avance jurisprudencial significativo ocurrió en febrero de 2022, cuando la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia emitió un fallo histórico reconociendo el derecho de las personas trans al cambio de nombre según su identidad de género.¹³⁰ Sin embargo, esta decisión no abordó el cambio de la anotación de género en documentos oficiales, y la Asamblea Legislativa aún no ha implementado el procedimiento correspondiente.

Actualmente, la evolución reciente de los derechos de la población LGBTI en El Salvador ha experimentado retrocesos significativos durante la administración de Nayib Bukele. Dos

eventos destacan particularmente: el archivo de una propuesta para una Ley de Identidad de Género y la eliminación del protocolo con Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la población LGBTI del Ministerio de Salud (MINSAL) en 2024.¹³¹ Este último documento resultaba fundamental al proporcionar definiciones clave y pautas específicas para el trato a la población trans. Su eliminación ha generado un vacío en las directrices gubernamentales para la atención sanitaria de personas con orientación sexual y/o identidad de género diversa, mientras que la Asamblea Legislativa mantiene una postura reticente hacia el avance en legislación sobre identidad de género.

B. Sistema de salud

El sistema de salud salvadoreño opera bajo un modelo mixto, donde el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) constituyen los principales proveedores de servicios. En 2018, el MINSAL proporcionó cobertura al 71.7% de la población, mientras que el ISSS atendió al 28%.¹³² El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Comando de Sanidad Militar (COSAM) atienden a segmentos específicos de la población. Las estadísticas de 2019 muestran que el 58.5% de la población utilizó establecimientos del MINSAL, el 16.4% recurrió al ISSS, y el 21.2% optó por servicios privados.¹³² La cobertura del seguro médico presenta disparidades geográficas significativas, con 32 de los 44 municipios por debajo del promedio nacional del 27%.¹³³

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La situación actual del acceso a servicios de salud para personas trans en El Salvador refleja una realidad marcada por múltiples obstáculos y discriminación sistemática. La ausencia de un marco legal que reconozca y proteja la identidad de género ha creado un entorno donde el rechazo y la negación de servicios son experiencias comunes en las instituciones de salud. La eliminación del protocolo de atención para personas LGBTI del MINSAL en 2024 ha exacerbado esta situación, creando un vacío en la atención especializada que aumenta la vulnerabilidad de esta población.¹³⁴

El clima político actual ha generado un ambiente de temor entre los profesionales de la salud, quienes frecuentemente se autocensuran o evitan prestar servicios a personas trans por miedo a ser identificados como aliados de grupos estigmatizados. Esta situación se ve agravada por la falta generalizada de capacitación en temas de identidad de género y diversidad sexual entre el personal sanitario, lo que perpetúa la prestación de servicios de baja calidad y la reproducción de estereotipos y prejuicios.

B. Servicios de afirmación de género

Los servicios de afirmación de género en El Salvador presentan limitaciones

severas en su disponibilidad y acceso. La terapia hormonal, aunque teóricamente disponible, enfrenta obstáculos significativos debido a la ausencia de programas gubernamentales específicos y profesionales capacitados. Los tratamientos incluyen estrógenos y antiandrógenos para mujeres trans, y testosterona para hombres trans, aunque sin ninguna regulación clara sobre su prescripción. Esta situación ha llevado a muchas personas trans a recurrir a la automedicación o al mercado negro.

No obstante, existen iniciativas destacables desde la sociedad civil. Una clínica de la sociedad civil, establecida desde 2014, atiende aproximadamente a 200 personas trans, distribuidas equitativamente entre hombres y mujeres trans, operando bajo un protocolo basado en los “Estándares de Atención para la Salud de las Personas Transgénero y de Género Diverso” de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés). Organizaciones han logrado asegurar suministros de medicamentos hasta 2025 mediante cooperación internacional y han sido fundamentales en la capacitación de profesionales de la salud, a través de talleres, congresos y simposios médicos.

Los costos asociados a los tratamientos de afirmación de género representan una barrera significativa para la población trans en El Salvador. Las terapias hormonales, cuando están disponibles, deben ser financiadas

por las propias personas debido a la ausencia de cobertura del sistema de salud. Las cirugías de afirmación de género resultan prácticamente inaccesibles, las mamoplastias y mastectomías tienen costos prohibitivos; y las vaginoplastias y faloplastias no se realizan en el país. Además, estas intervenciones quirúrgicas no están cubiertas por seguros de salud, ni públicos, ni privados.

La concentración geográfica de los escasos servicios especializados en San Salvador crea una barrera adicional para quienes residen fuera de la capital. Los tiempos de espera prolongados, incluso en organizaciones de la sociedad civil que ofrecen atención especializada, reflejan el desequilibrio entre la alta demanda y la limitada disponibilidad de recursos.

La calidad de la atención para personas trans se ve comprometida por la ausencia de protocolos actualizados basados en evidencia y estándares internacionales de derechos humanos, especialmente tras la eliminación del protocolo del MINSAL en 2024. La falta de capacitación y sensibilización del personal de salud resulta en experiencias de trato inadecuado y discriminatorio, que disuaden a muchas personas trans de buscar atención médica.

IV. Barreras de acceso

Las barreras que enfrentan las personas trans en El Salvador se manifiestan en múltiples dimensiones interrelacionadas. En el ámbito económico, los costos

prohibitivos de tratamientos hormonales y la inaccesibilidad de cirugías de afirmación de género, combinados con la discriminación laboral, crean un círculo vicioso de exclusión. La concentración geográfica de servicios especializados en San Salvador impone obstáculos adicionales para residentes de zonas rurales y otras ciudades.

Las barreras sociales se materializan en forma de estigma, discriminación y transfobia, evidenciadas en febrero de 2024 cuando cientos de personas trans denunciaron ataques constantes a sus derechos y la falta de garantías estatales. Las barreras estructurales y administrativas incluyen la patologización de las identidades trans, la burocracia excesiva y la ausencia de protocolos de atención adecuados.

En el ámbito cultural, los imaginarios sociales negativos y la desinformación sobre la transexualidad contribuyen a perpetuar la discriminación. Las barreras legales, particularmente la ausencia de una ley de identidad de género y legislación antidiscriminación específica, mantienen a la población trans en un estado de vulnerabilidad jurídica.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de afirmación de género en El Salvador revela una brecha significativa entre el marco jurídico formal y la realidad cotidiana que enfrentan las personas trans. A pesar de las garantías constitucionales y los compromisos internacionales que reconocen el

derecho a la salud, la ausencia de una ley de identidad de género, la eliminación de protocolos especializados y la prevalencia de discriminación crean un entorno hostil para el ejercicio efectivo de estos derechos.

La situación actual refleja un retroceso en materia de derechos LGBTQ+ bajo la administración de Nayib Bukele, con impactos directos en el bienestar de la población trans. La sostenibilidad de los servicios existentes depende cada vez más de la cooperación internacional y el trabajo de organizaciones de la sociedad civil, ante la ausencia de

apoyo estatal efectivo. La falta de reconocimiento legal de la identidad de género perpetúa un ciclo de marginación que afecta todos los aspectos de la vida de las personas trans, desde el acceso a servicios básicos hasta su participación en la vida pública. En este contexto, el papel de las organizaciones de la sociedad civil resulta fundamental para proporcionar servicios esenciales y defender los derechos de la población trans, aunque sus esfuerzos no pueden sustituir la responsabilidad estatal de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad.

Guatemala

I. Contexto

Guatemala, con una población estimada de 18.1 millones de habitantes, enfrenta desafíos significativos en términos de derechos humanos y acceso a servicios de salud para su población trans, que de acuerdo a un informe realizado por la organización Otrans existen al rededor de 7.000 personas trans.¹³⁵ El país se estructura territorialmente alrededor de sus principales centros urbanos: Ciudad de Guatemala, Quetzaltenango y Escuintla. Los indicadores socioeconómicos revelan una realidad compleja, con un índice de pobreza del 56% y una tasa de desempleo del 2.8%.^{136,137}

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

El fundamento constitucional del derecho a la salud en Guatemala se encuentra en el artículo 95 de la Constitución Política, que establece la salud como un bien público y determina la responsabilidad colectiva en su preservación. Esta disposición se complementa con el artículo 1 del Código de Salud, que garantiza el derecho universal a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud sin discriminación. Sin embargo, la ausencia de una legislación específica sobre identidad de género y la falta de protección legal contra la discriminación hacia las personas trans limitan significativamente la efectividad de estas garantías constitucionales.

En el ámbito internacional, Guatemala ha asumido compromisos significativos mediante la ratificación de diversos instrumentos, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. No obstante, la implementación efectiva de estos compromisos internacionales encuentra obstáculos particulares en relación con las comunidades indígenas y la población LGBTIQ+.

Un desarrollo relevante en el marco normativo fue la emisión en 2016 de

la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para personas trans 2016–2030 por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). La historia de este documento refleja las complejidades del proceso de reconocimiento de derechos: iniciado en 2014 por activistas trans, el documento final, aprobado tras un cambio de gobierno, redujo significativamente su alcance original de doce a cuatro ejes de trabajo.

La brecha entre los ideales constitucionales, los tratados internacionales adoptados y la realidad social en Guatemala se hace evidente al analizar la situación de la población LGBTIQ+. Mientras la Constitución proclama la igualdad en dignidad y derechos de todos los seres humanos, la aprobación de la Ley para la Protección de la Vida y la Familia en marzo de 2022 ha creado un marco legal restrictivo que no solo impide el matrimonio entre personas del mismo sexo, sino que ha servido como catalizador para propuestas legislativas que buscan limitar el acceso de las personas transgénero a servicios fundamentales como la educación y la salud.¹³⁸

B. Sistema de salud

El sistema de salud guatemalteco presenta una estructura dual que comprende sectores público y privado. El sector público está encabezado por el MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), complementado por otras instituciones gubernamentales. Desde 2001, el sistema de seguridad social opera bajo tres regímenes: el Contributivo para

empleados formales, el Subsidiado para población vulnerable, y el Contributivo-Subsidiado para trabajadores independientes con capacidad de aporte parcial.

Las comunidades rurales, especialmente las más pobres, enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios básicos. El Programa de Extensión de Cobertura (PEC), implementado desde 1997, representa un esfuerzo por ampliar el acceso a servicios de salud en zonas rurales mediante la colaboración con Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Sin embargo, este programa ha enfrentado limitaciones debido a la escasez de recursos y la inconsistencia en el apoyo político. La OMS ha documentado que Guatemala presenta una de las tasas más bajas de médicos por cada mil habitantes en América Latina (0.9), con una concentración del 70% del personal sanitario en la zona metropolitana.

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia cotidiana de las personas trans en el sistema de salud guatemalteco revela una brecha significativa entre las garantías formales y la realidad práctica. La Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para personas trans 2016-2030, aunque representa un avance formal, no ha logrado

materializarse en mejoras sustanciales en la atención. Su implementación se ha visto obstaculizada por actitudes discriminatorias desde su misma concepción. La persistencia del uso del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por parte del MSPAS, que patologiza la identidad trans, ejemplifica la desconexión entre las políticas declaradas y las prácticas institucionales. La persistencia del uso del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por parte del MSPAS, que patologiza la identidad trans, ejemplifica la desconexión entre las políticas declaradas y las prácticas institucionales.

La situación se torna aún más compleja para grupos específicos dentro de la población trans. Las personas trans indígenas enfrentan múltiples capas de discriminación, que se ven agravadas por barreras lingüísticas y culturales en un sistema de salud que no contempla adecuadamente ni la diversidad cultural ni la de género. Por otro lado, las personas trans que viven con VIH representan un caso particular, siendo las únicas que tienen algún tipo de acceso a servicios de salud especializados. Sin embargo, esta atención se limita exclusivamente al manejo del VIH, ignorando otras necesidades fundamentales, incluyendo aquellas relacionadas con la afirmación de género

B. Servicios de afirmación de género

La disponibilidad de servicios de afirmación de género en Guatemala se caracteriza por su limitación y

fragmentación. Ante la ausencia de servicios públicos, algunas organizaciones de la sociedad civil han emergido como actores fundamentales en la provisión de servicios integrales, aunque con recursos limitados. Si bien las organizaciones no pueden proporcionar terapia hormonal directamente, han establecido un sistema de apoyo que incluye seguimiento médico, monitoreo mediante pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas.

La accesibilidad a estos servicios enfrenta múltiples obstáculos. Los costos de la terapia hormonal y otros tratamientos deben ser asumidos íntegramente por las personas trans, al no existir cobertura del sistema de salud. La concentración geográfica de los servicios ofrecidos por las organizaciones, significan barreras para quienes residen fuera de estas áreas. Adicionalmente, al tener las organizaciones la única oferta de estos servicios en el país, existen períodos prolongados de espera debido a la limitada capacidad instalada frente a una demanda creciente.

IV. Barreras de acceso

El análisis de las barreras de acceso a servicios de salud y afirmación de género en Guatemala revela un panorama complejo de obstáculos interrelacionados. En el ámbito económico, la ausencia de cobertura por parte del sistema de salud para tratamientos fundamentales como

la terapia hormonal representa una barrera significativa. Las cirugías de afirmación de género esenciales, como histerectomías y mastectomías, tienen un costo aproximado de 1,500 dólares cada una, una suma muy elevada para muchas personas trans en un contexto de alta vulnerabilidad económica.

La dimensión geográfica de las barreras se manifiesta en la marcada centralización de los servicios especializados en la Ciudad de Guatemala. Esta concentración geográfica, combinada con la deficiente infraestructura de salud en áreas rurales, crea obstáculos significativos para las personas trans que residen fuera de la capital, limitando severamente su acceso a atención especializada y culturalmente competente.

En el plano social, la persistencia del estigma y la discriminación en el ámbito sanitario se ve exacerbada por la falta de capacitación del personal médico en temas de género y diversidad sexual. Estas actitudes discriminatorias no solo afectan la calidad de la atención proporcionada sino que también generan experiencias traumáticas que disuaden a las personas trans de buscar atención médica en el futuro.

Las barreras estructurales y administrativas se evidencian en la implementación deficiente de la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para personas trans, reflejando una falta de

compromiso institucional real con las necesidades de esta población. La continuidad en el uso de clasificaciones médicas que patologizan la identidad trans perpetúa un ciclo de discriminación institucionalizada en el sistema de salud.

Los obstáculos culturales se manifiestan en la prevalencia de imaginarios sociales negativos y desinformación sobre la experiencia trans, que contribuyen a la marginación sistemática de esta población. Estos prejuicios culturales profundamente arraigados influyen negativamente en la calidad de la atención médica y crean un ambiente hostil que desalienta la búsqueda de servicios de salud.

En el ámbito legal, la ausencia de una ley de identidad de género y la imposibilidad de realizar cambios legales en el marcador de género en documentos oficiales constituyen barreras fundamentales. Esta carencia en el marco jurídico no solo obstaculiza el acceso a servicios básicos sino que también perpetúa ciclos de discriminación y exclusión social.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de afirmación de género en Guatemala revela una profunda discrepancia entre los pocos avances en el marco normativo formal y la realidad cotidiana que enfrentan las personas trans. Si bien existe una base legal que reconoce el derecho universal a la salud y una estrategia específica para la atención de personas trans, la implementación efectiva de estas garantías se ve severamente limitada por múltiples barreras interconectadas.

La experiencia y los esfuerzos de las organizaciones de la sociedad civil demuestran la viabilidad y el impacto positivo de modelos de atención integrales y respetuosos. Sin embargo, la escasez de recursos, la falta de voluntad política y la persistencia de prejuicios institucionales limitan la replicabilidad y el alcance de estas iniciativas exitosas. La ausencia de un marco legal que reconozca plenamente la identidad de género y la continuidad de prácticas patologizantes en el sistema de salud representan obstáculos fundamentales para la garantía efectiva del derecho a la salud de las personas trans en Guatemala.

Honduras

I. Contexto

Honduras, con una población estimada de 10.5 millones de habitantes en 2023, enfrenta desafíos significativos en cuanto a los derechos y el acceso a servicios de salud para la población trans. La falta de estadísticas oficiales sobre el porcentaje de personas trans en el país se debe a la ausencia de datos desagregados en censos y encuestas nacionales. Esta situación limita la comprensión de sus necesidades y realidades, lo que a su vez agrava su vulnerabilidad en un contexto donde la violencia y la discriminación son prevalentes.

El país se estructura alrededor de cuatro principales centros urbanos: Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela), San Pedro Sula, La Ceiba y Choluteca. En términos socioeconómicos, Honduras es uno de los países más pobres y desiguales de América Latina y el Caribe, con una tasa de pobreza del 51.9% para el 2022.¹³⁹ La tasa de desempleo general alcanza el 8.5% en 2023, aunque este indicador se agrava significativamente en la población trans, que enfrenta mayores obstáculos para acceder al empleo formal, incrementando su vulnerabilidad económica.

En cuanto a su estructura política, Honduras se constituye como una república democrática presidencialista, con una división tripartita del poder: el ejecutivo, encabezado por el Presidente electo cada cuatro años; el legislativo, representado por el Congreso Nacional con 128 diputados; y el judicial, liderado por la Corte Suprema de Justicia. El

espectro político está dominado por cuatro fuerzas principales: el Partido Nacional, el Partido Liberal, el Partido Libre y el Partido Innovación y Unidad.

Honduras presenta una compleja historia en relación con los derechos LGBTIQ+. Si bien fue pionera en América Latina al despenalizar la homosexualidad en 1899, la inestabilidad política y social reciente, incluyendo el golpe de estado de 2009, ha generado un ambiente hostil para las minorías.¹⁴⁰ El país se ha convertido en uno de los más peligrosos de la región para la población LGBTIQ+, como lo demuestran las cifras alarmantes: entre 2017 y 2022, al menos 194 personas LGBTIQ+ fueron asesinadas, con un 93% de estos crímenes permaneciendo en la impunidad, según datos del Observatorio de Violencia Hacia las Personas LGBT+ de Honduras KAI+^{141 142}

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

La Constitución de la República de Honduras establece en sus artículos 145 al 150 el derecho fundamental a la salud, garantizando a toda persona el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, vinculándolo intrínsecamente con el derecho a la seguridad social. El marco legal hondureño en materia de salud se sustenta en diversos instrumentos normativos: el Código de Salud, la Ley Especial de VIH/SIDA, la Ley del Seguro Social, el Reglamento General de Salud Ambiental y el

Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

En el ámbito internacional, Honduras ha ratificado importantes instrumentos de derechos humanos que complementan el marco normativo nacional: la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Sin embargo, es notable la ausencia de ratificación de la Convención Interamericana Contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia, lo que refleja las limitaciones en el compromiso estatal con la protección integral de grupos vulnerables.

Un punto de inflexión en la historia de los derechos LGBTIQ+ en Honduras fue la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el caso de Vicky Hernández y otras Vs. Honduras. Vicky Hernández, mujer trans, trabajadora sexual y activista reconocida, quien fue asesinada en 2009. La sentencia, que declaró al Estado hondureño responsable de su muerte, generó expectativas de mejora para las personas LGBTIQ+.¹⁴³ Esta sentencia estableció dentro de las obligaciones específicas para el Estado hondureño: el acceso al reconocimiento administrativo del nombre, indemnización, becas de estudio y garantías de acceso a derechos fundamentales como salud, educación y vivienda.

Sin embargo, la única medida implementada ha sido la otorgación de becas de estudio, mientras que las medidas generales y colectivas no han sido cumplidas. Por el contrario, se ha registrado un aumento en la violencia y la discriminación. Los intentos de avance legislativo, como el anteproyecto de ley de identidad de género, han encontrado una fuerte oposición de sectores religiosos, que promueven iniciativas contrarias como la “Ley de Derechos Parentales” para contrarrestar lo que denominan “ideología de género”.¹⁴⁴ En el ámbito de las políticas públicas, destaca la “Primera Política Pública y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos en Honduras”, que incorpora los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, aunque su implementación efectiva continúa siendo un desafío.

El sistema de salud hondureño presenta una estructura dual, compuesta por sectores público y privado. El sector público está integrado por dos entidades principales: la Secretaría de Salud (SESAL), responsable de atender a la población en zonas urbanas y rurales que no labora, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que proporciona cobertura a trabajadores del sector formal y sus familias. Su alcance es limitado, ya que solo aproximadamente el 60% de la población tiene acceso regular a servicios médicos, principalmente debido a la falta de infraestructura y personal en áreas rurales. El sector privado, por su parte, atiende aproximadamente al 5% de la

población, principalmente familias de ingresos altos, a través de una red de aseguradoras, clínicas y hospitales privados.

La marcada dependencia de fondos externos, presente desde 1998, evidencia la vulnerabilidad del sistema ante posibles interrupciones en la cooperación internacional, particularmente en lo que respecta a la continuidad de servicios específicos para la población trans, enfocados principalmente en VIH. Un actor relevante en este contexto es el Fondo Mundial, que desempeña un papel crucial en el financiamiento de servicios específicos para la población trans.

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia de las personas trans en el sistema de salud hondureño está caracterizada por patrones sistemáticos de discriminación y exclusión. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha documentado múltiples denuncias sobre profesionales de la salud que, fundamentándose en creencias religiosas o personales, ejercen prácticas discriminatorias que van desde el maltrato hasta la negación directa de servicios médicos esenciales.¹⁴³ Se han documentado múltiples casos específicos de maltrato y negación de servicios por parte del personal de salud, lo que ha generado una desconfianza generalizada en el

sistema sanitario. Las organizaciones locales de la sociedad civil, han evidenciado que el acceso a servicios de salud integral para personas trans es extremadamente limitado dentro del sistema público. Siendo las personas trans con VIH las únicas que tienen algún tipo de acceso a servicios de salud especializados, pero estos se limitan exclusivamente a la atención del VIH. En respuesta a esta carencia institucional, han surgido iniciativas desde la sociedad civil que, aunque valiosas, resultan insuficientes para satisfacer la demanda existente.

B. Servicios de afirmación de género

La provisión de servicios de afirmación de género en Honduras revela una profunda brecha entre las necesidades de la población trans y la capacidad y voluntad del sistema de salud para satisfacerlas.

La terapia hormonal para personas trans es inexistente dentro del sistema público de salud hondureño, caracterizado por la ausencia de protocolos y programas estructurados para facilitar el acceso a tratamientos de reemplazo hormonal. Esta situación ha generado un patrón preocupante de automedicación, con riesgos significativos para la salud. Una organización de la sociedad civil gestiona la única clínica avalada por la Secretaría de Salud para servicios de salud sexual y reproductiva orientada a la vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual, donde incluyen servicios básicos de hormonización, aunque las personas usuarias deben asumir el costo total de las hormonas. Las prácticas de modificación corporal

han evolucionado históricamente, particularmente entre mujeres trans, desde el uso documentado de sustancias peligrosas como aceites industriales hacia la automedicación hormonal sin supervisión médica. Esta transición, aunque representa un alejamiento de las prácticas más peligrosas, continúa presentando riesgos significativos, incluyendo complicaciones cardíacas, síndrome de Cushing exógeno y alteraciones en la presión arterial.

El acceso a hormonas presenta disparidades significativas según el tipo de tratamiento: las hormonas feminizantes, generalmente en forma de anticonceptivos, están disponibles en farmacias a un costo relativamente accesible, mientras que la testosterona representa una barrera económica sustancial. Esta disparidad de precios genera una inequidad notable en el acceso a la hormonización entre hombres y mujeres trans.

En respuesta a estas limitaciones, han surgido modelos alternativos de atención. La existencia de una red informal de personal de enfermería que apoya en la aplicación de hormonas y la telemedicina transnacional, a la que recurren personas trans para obtener consultas y recetas (con profesionales médicos en España o Colombia), evidencian la capacidad de adaptación e innovación de las personas para sortear las barreras del sistema. Sin embargo, la red informal de personal de enfermería plantea preocupaciones sobre la seguridad y supervisión médica necesarias.

Las cirugías de afirmación de género representan un desafío aún mayor, ya que su disponibilidad se limita exclusivamente al sistema privado, con costos prohibitivos para la mayoría de la población trans. La ausencia de protocolos especializados y profesionales capacitados en el país obliga a quienes pueden permitírselo a buscar estos servicios en el extranjero.

Por otro lado, el panorama de accesibilidad a los tratamientos de afirmación de género en Honduras está fundamentalmente condicionado por factores económicos estructurales. Los costos asociados a estos tratamientos resultan restrictivos para la mayoría de la población trans, situación que se agrava considerando que estos servicios no están cubiertos por el sistema de salud público ni por la mayoría de los seguros privados. Esta realidad económica tiene implicaciones profundas en las decisiones de modificación corporal, particularmente evidentes en el caso de las mujeres trans, donde la mayoría se ven forzadas a recurrir al trabajo sexual como medio de subsistencia y potencial financiamiento de sus necesidades de atención médica.

La calidad de la atención en servicios de salud para personas trans en Honduras presenta deficiencias sistemáticas en múltiples niveles. La ausencia de protocolos de atención basados en evidencia científica y alineados con estándares internacionales de derechos humanos representa una barrera fundamental para la provisión de servicios adecuados. Esta carencia

se ve exacerbada por las limitaciones en la capacitación y sensibilización del personal de salud en temas de diversidad sexual y de género. La clínica de la organización de la sociedad, si bien representa un avance significativo al ofrecer servicios básicos de hormonización, enfrenta limitaciones importantes en su capacidad para proporcionar servicios integrales de salud mental, aunque ha implementado un valioso sistema de acompañamiento entre pares. Un caso particularmente crítico es el documentado por organizaciones de la sociedad civil en su trabajo con personas trans privadas de libertad, quienes enfrentan restricciones severas tanto en el acceso a tratamientos hormonales como en la atención adecuada para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

IV. Barreras de acceso

El análisis integral de las barreras de acceso a servicios de salud para personas trans en Honduras revela un entramado complejo de obstáculos interconectados que operan en múltiples niveles:

Las barreras económicas constituyen un impedimento fundamental, manifestándose principalmente en los elevados costos asociados a los tratamientos hormonales y las cirugías de afirmación de género, al no tener la opción de acceder a estos de manera pública. El contexto de pobreza generalizada y las altas tasas de desempleo en la población trans magnifican el impacto de estas barreras económicas.

La dimensión geográfica de la exclusión se materializa en la concentración de los escasos servicios disponibles en los principales centros urbanos, principalmente Tegucigalpa y San Pedro Sula. Esta centralización de servicios genera un patrón de desigualdad territorial que afecta desproporcionadamente a las personas trans que residen en zonas rurales o periféricas, quienes enfrentan obstáculos adicionales relacionados con los costos y tiempos de desplazamiento.

Las barreras sociales se manifiestan a través de un arraigado sistema de estigmatización y discriminación que permea todas las capas del sistema de salud. Las personas trans indígenas enfrentan múltiples capas de discriminación, agravadas por barreras lingüísticas y culturales en sistemas de salud que no contemplan la diversidad cultural ni de género. Los testimonios documentados por la CIDH evidencian patrones sistemáticos de maltrato y discriminación por parte del personal de salud hacia pacientes trans.¹⁴³ La intersección entre la falta de reconocimiento legal de la identidad de género y el acceso a servicios de salud crea un ciclo de exclusión que se perpetúa a través de múltiples ámbitos de la vida social, incluyendo la educación, donde se han documentado casos de personas trans que se ven forzadas a abandonar sus estudios debido a la imposibilidad de graduarse con su identidad de género.

Las barreras estructurales y administrativas se materializan

en la ausencia de protocolos de atención específicos, la inexistencia de programas de hormonización en el sistema público de salud y la falta de un marco legal que reconozca el derecho al cambio de nombre y sexo registral. La persistencia de un enfoque patologizante hacia las identidades trans, que continúa categorizándolas como trastornos mentales, representa una barrera adicional que obstaculiza el acceso a servicios de salud dignos y respetuosos.

El componente cultural de las barreras de acceso se manifiesta en la prevalencia de imaginarios sociales negativos sobre la transexualidad, fuertemente influenciados y promovidos por grupos religiosos conservadores. Esta dimensión cultural se ve reforzada por la escasez de información accesible y científicamente fundamentada sobre la transexualidad y los derechos de las personas trans, lo que contribuye a la perpetuación de prejuicios y estereotipos discriminatorios.

Las barreras legales, fundamentalmente caracterizadas por la ausencia de una ley de identidad de género y la carencia de legislación antidiscriminación que proteja específicamente la identidad y expresión de género, crean un vacío normativo que dificulta el acceso no solo a servicios de salud sino a derechos fundamentales en general. Esta ausencia de protección legal específica perpetúa un ciclo de vulnerabilidad y exclusión que afecta todos los aspectos de la vida de las personas trans en Honduras.

V. Conclusiones

El análisis exhaustivo de la situación del acceso a servicios de afirmación de género para personas trans en Honduras revela una brecha profunda entre el marco normativo existente y la realidad cotidiana que enfrenta esta población. El contraste entre el “Deber Ser” establecido en la Constitución y los tratados internacionales ratificados por el país, y la realidad práctica del acceso a servicios de salud, evidencia las limitaciones sistémicas que enfrenta el Estado hondureño en la garantía efectiva de derechos fundamentales para la población trans.

La confluencia de múltiples factores, incluyendo la falta de reconocimiento legal, la discriminación estructural, la ausencia de políticas públicas inclusivas y las barreras económicas significativas, configura un escenario de vulnerabilidad persistente para la población trans. Las iniciativas de la sociedad civil, aunque fundamentales, resultan insuficientes para abordar la

magnitud de las necesidades existentes en la población trans hondureña. El caso emblemático de Vicky Hernández, que inicialmente se presentó como una oportunidad para catalizar cambios positivos en la situación de las personas LGBTIQ+ en Honduras, ha coincidido paradójicamente con un incremento en los niveles de violencia contra esta población.

La evidencia presentada subraya la urgente necesidad de que el Estado hondureño implemente medidas comprensivas para garantizar el derecho a la salud y la igualdad de las personas trans. Estas medidas deben incluir, como mínimo, la adopción de una ley de identidad de género, la implementación de protocolos de atención integral basados en evidencia, programas sistemáticos de capacitación para el personal de salud, y la asignación de recursos suficientes para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de los servicios de salud específicos para la población trans, en cumplimiento con lo ordenado por CIDH.

México

I. Contexto

México cuenta con una población de 126.7 millones de habitantes según datos de 2023, distribuida principalmente en grandes centros urbanos como la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), hay aproximadamente 900 mil personas trans (0.99% de la población).¹⁴⁵ En el ámbito socioeconómico, México registró en 2022 una tasa de pobreza del 36.3%, mientras que la tasa de desempleo se situó en 2.8% para 2023.¹⁴⁶

En términos político-administrativos, México se constituye como una república federal democrática con un sistema presidencialista, conformada por 32 entidades federativas. El panorama político actual está dominado por cuatro fuerzas principales: el Movimiento Regeneración Nacional (Morena), el Partido Acción Nacional (PAN), el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y Movimiento Ciudadano.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La evolución de los derechos de la población LGBTIQ+ en México ha experimentado avances significativos en las últimas décadas. Un hito fundamental fue la legalización del matrimonio igualitario en la Ciudad de México en 2009, que estableció un

precedente para su posterior adopción en otras entidades federativas. En el ámbito específico de los derechos de las personas trans, se destacan tres acontecimientos fundamentales: la apertura en 2009 del primer programa de hormonización gratuita en la Clínica de Especialidades Condesa; la aprobación de la Ley para el Reconocimiento y la Atención de las Personas LGBTTTI (Lésbica, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti e Intersexual) en la Ciudad de México en 2021, que reconoce explícitamente la transfobia como una forma de discriminación y establece responsabilidades específicas para la Secretaría de Salud local; y la aprobación en marzo de 2024 de una reforma al Código Penal Federal y una adición a la Ley General de Salud para tipificar y sancionar los delitos contra la orientación sexual o la identidad de género, incluyendo la prohibición de las terapias de conversión.

En materia de salud, el marco jurídico mexicano se sustenta en compromisos internacionales y legislación nacional. En el ámbito internacional, México es signatario de diversos tratados que reconocen el derecho a la salud, incluyendo la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

A nivel nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º el derecho universal a la protección de la salud.

Este derecho se desarrolla a través de la Ley General de Salud, que define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, garantizando el acceso gratuito a servicios de salud, medicamentos e insumos asociados para todas las personas sin seguridad social.¹⁴⁷ Si bien la legislación no hace mención específica a las personas trans, su protección está amparada por el carácter universal de la ley y por disposiciones específicas sobre diversidad de identidades y expresiones de género en el capítulo sobre salud mental.

La Ciudad de México ha sido pionera en la protección legal de la salud de las personas trans a través de la Ley para el Reconocimiento y la Atención de las Personas LGBTTTI, vigente desde 2021. Esta legislación no solo reconoce la transfobia como una forma de discriminación, sino que también asigna responsabilidades específicas a la Secretaría de Salud local, incluyendo la capacitación del personal médico y el fortalecimiento de servicios especializados.

Un avance significativo se produjo en marzo de 2024 con la reforma al Código Penal Federal y la adición a la Ley General de Salud, que tipifican y sancionan los delitos contra la orientación sexual o la identidad de género, incluyendo la prohibición de las terapias de conversión.¹⁴⁸ Estas modificaciones establecen penas de prisión y suspensión del ejercicio profesional para el personal de salud que realice dichas prácticas.

En el mismo mes, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación 42/2024, dirigida al Congreso de la Unión y a la Secretaría de Gobernación, instando a armonizar la legislación para proteger los derechos de la población trans en México. Esta recomendación enfatiza la necesidad de una Ley General de Acceso Integral a los Derechos de las Personas Trans, actualmente en discusión, que busca garantizar el reconocimiento legal de la identidad de género y el acceso a servicios de salud especializados en todo el país.¹⁴⁹

B. Sistema de salud

El sistema de salud mexicano presenta una estructura mixta, con un sector público segmentado entre la seguridad social para trabajadores formales, administrada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), y la Secretaría de Salud para personas sin seguridad social.

Como parte de las medidas de austeridad del gobierno actual, se ha implementado una unificación de los sistemas de salud entre el IMSS, ISSSTE y los servicios de salud militares, con el objetivo de eliminar funciones duplicadas.¹⁵⁰ Desde 2023, la Secretaría de Salud opera a través del IMSS-Bienestar, que reemplaza al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y al Seguro Popular. Sin embargo, la implementación del IMSS-Bienestar presenta una notable disparidad

geográfica: a septiembre de 2023, solo 20 de las 32 entidades federativas lo habían adoptado.¹⁵¹

A pesar de la propuesta de cobertura universal, en 2020 el 30.6% de la población no estaba afiliada a ningún subsistema de salud, y el gasto de bolsillo en salud constituía el 41.37% del gasto total en salud a 2021.²¹ Además, existe un contraste significativo entre los servicios cubiertos por la seguridad social y la Secretaría de Salud, con una diferencia de 8,000 intervenciones cubiertas por el IMSS e ISSSTE frente a 1,807 por el INSABI en 2018.¹⁵²

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

Las experiencias de las personas trans en el sistema de salud mexicano reflejan una realidad marcada por la discriminación sistemática y las barreras de acceso. El Diagnóstico Nacional sobre la Discriminación a las Personas LGBTI en México Derecho a la Salud de 2018 reveló datos preocupantes: el 53% de las personas LGBTI reportaron una baja frecuencia de asistencia a centros y servicios de salud.²⁹ Aunque solo el 2.5% citó la discriminación como motivo principal para no asistir, únicamente el 12% consideró que existían establecimientos públicos de salud adecuados para atender a personas LGBTI. De manera más específica, el 5.6% de las personas LGBTI reportaron la negación

de medicamentos o tratamientos relacionados con su proceso de afirmación de género.²⁹

Un estudio más reciente del Instituto de Salud Pública, centrado en mujeres trans, arrojó resultados igualmente preocupantes: el 39% experimentó dificultades para obtener atención médica debido a su identidad de género, el 20% reportó maltrato o humillación, el 36% no recibió un servicio o tratamiento adecuado, y el 69% experimentó situaciones que las hicieron sentir incómodas durante la atención médica.³⁰

La situación se complica por el desconocimiento generalizado de los protocolos de atención entre los proveedores de servicios de salud, quienes en ocasiones niegan la atención argumentando falta de capacitación para tratar a personas trans, particularmente en especialidades críticas como endocrinología, ginecología y urología.

B. Servicios de afirmación de género

En el ámbito de la terapia hormonal, la Clínica de Especialidades Condesa de Ciudad de México marcó un hito en 2009 al establecer el "Programa transgénero" con servicios gratuitos de hormonización. En la misma década, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofreció la posibilidad de acceder a terapia hormonal para personas trans que participaran en un estudio de sueño. El estudio estaba enmarcado en una visión patogizante y se caracterizó por un ambiente hostil de escrutinio durante el proceso de transición.

En 2017, la Secretaría de Salud desarrolló un protocolo que, en su quinta versión de 2020, incluye la Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero. Esta guía establece una ruta de atención que comienza con una evaluación de salud mental, seguida de una evaluación médica para identificar posibles comorbilidades antes de iniciar el tratamiento hormonal. El protocolo requiere una "experiencia de vida real" (EVR) de al menos seis meses en dos aspectos de la vida antes de iniciar la terapia hormonal, junto con la firma de un consentimiento informado.¹⁵³ Para infancias y adolescencias trans, la guía contempla el uso de bloqueadores de pubertad con el consentimiento de ambos padres, aunque la ruta de atención para este grupo etario no está claramente definida.

Respecto a las cirugías de afirmación de género, estas no están explícitamente mencionadas en la guía de atención del protocolo de la Secretaría de Salud. Se ha reportado que en Ciudad de México, las Clínicas Condesa y el Hospital General Dr. Manuel Gea González realizan estos procedimientos, al igual que el Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva en el Estado de Jalisco. Sin embargo, existe una notable falta de claridad sobre qué cirugías están cubiertas, y la información sobre el acceso a estos servicios se transmite principalmente a través de redes informales, con requisitos variables entre hospitales y especialistas.

La accesibilidad a los servicios existentes está limitada por múltiples factores adicionales. En términos

económicos, el costo de los medicamentos hormonales representa una barrera significativa. Por ejemplo, el Primoteston, utilizado frecuentemente por hombres trans, ha experimentado un incremento de precio de 150 a más de 300 pesos mexicanos (MXN) en los últimos cuatro años. Para las mujeres trans, el costo mensual de la terapia hormonal oscila entre 2,000 y 3,000 MXN. Según la Encuesta sobre Salud Sexual de Mujeres trans 72% de ellas ejerce el trabajo sexual, el cual en algunos casos puede generar más ingresos que otros trabajos, pero genera ingresos fluctuantes que en algunos casos pueden impedir la adherencia al tratamiento.³⁰

La distribución geográfica de los servicios especializados muestra una marcada concentración en Ciudad de México y Guadalajara. En contraste, estados como Quintana Roo carecen por completo de endocrinólogos y servicios especializados, obligando a las personas trans a buscar atención en Ciudad de México.

Los tiempos de espera representan otra barrera significativa, con citas asignadas a meses de distancia en el sistema público. La situación se agrava por la falta de adherencia a la ruta de atención establecida en el protocolo, donde las remisiones a especialistas dependen del criterio individual del proveedor de salud, añadiendo pasos adicionales y demoras al proceso.

Para quienes logran acceder a los servicios, la calidad algunas veces dista de ser óptima. Si bien existe un protocolo oficial de la Secretaría de

Salud que incluye una guía específica para la atención de personas trans, su implementación en la práctica es inconsistente. Se han realizado esfuerzos para mejorar la situación, como el desarrollo de un programa piloto para capacitar a médicos generales en el manejo de la terapia hormonal. Adicionalmente, organizaciones de la sociedad civil han elaborado nuevos protocolos que han sido presentados al IMSS y al Ministerio de Salud, aunque estos permanecen en revisión después de dos años.

IV. Barreras de acceso

Las barreras de acceso a los servicios de afirmación de género en México son multifacéticas y se refuerzan mutuamente. Las barreras económicas son particularmente significativas. Se calcula que 19.6% de las personas trans están desempleadas (en contraste con 2.6% del país).¹⁵⁴

Las barreras geográficas se manifiestan en la concentración de servicios especializados en las principales áreas metropolitanas, dejando a las personas trans en otras regiones del país sin acceso a atención especializada local. Esta situación se agrava por barreras estructurales y administrativas, incluyendo la falta de adherencia a los protocolos establecidos y requisitos burocráticos variables entre instituciones.

Las barreras sociales y culturales persisten en forma de discriminación y estigma dentro del sistema de salud,

como lo evidencia el bajo porcentaje de personas LGBTI que consideran adecuados los establecimientos públicos de salud para su atención. Este panorama se complica por barreras legales, como la ausencia de una ley de identidad de género a nivel federal, aunque recientes reformas legislativas marcan avances prometedores en este ámbito.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de afirmación de género en México revela una brecha significativa entre el marco normativo y la realidad práctica. A pesar de contar con un fundamento legal que reconoce el derecho universal a la salud y protocolos específicos para la atención de personas trans, la implementación efectiva de estos servicios enfrenta obstáculos sustanciales.

Las recientes reformas legislativas, incluyendo la prohibición de terapias de conversión y la Recomendación 42/2024 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), representan avances prometedores en el marco normativo. Sin embargo, persisten desafíos estructurales que requieren atención urgente. La concentración geográfica de servicios especializados en Ciudad de México y Guadalajara genera inequidades significativas en el acceso, mientras que los altos costos de los tratamientos, particularmente en terapia hormonal, constituyen una barrera económica sustancial para una población que frecuentemente enfrenta condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

En este contexto, las organizaciones de la sociedad civil y algunos prestadores privados han emergido como actores fundamentales para mitigar las barreras de acceso, desarrollando soluciones innovadoras como las empresas sociales que ofrecen servicios a precios accesibles y estableciendo redes de apoyo para la navegación del sistema de salud. Estas iniciativas, aunque valiosas, no sustituyen la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad para las personas trans.

La situación actual presenta una oportunidad significativa para la transformación del sistema bajo la nueva administración, especialmente considerando el apoyo histórico del ejecutivo a las iniciativas de atención médica trans en la Ciudad de México. No obstante, la materialización de estos cambios requiere acciones concretas que trasciendan el marco normativo y se traduzcan en mejoras tangibles en la prestación de servicios. Esto incluye la necesidad de fortalecer la capacitación del personal de salud, expandir la disponibilidad de servicios especializados más allá de los centros urbanos principales, y establecer mecanismos efectivos para la implementación de los protocolos existentes.

La propuesta de una Ley General de Acceso Integral a los Derechos de las Personas Trans representa una oportunidad crucial para establecer un marco comprehensivo que garantice no solo el reconocimiento legal de la

identidad de género, sino también el acceso efectivo a servicios de salud especializados en todo el territorio nacional. Sin embargo, su éxito dependerá de la voluntad política

para su aprobación y, más importante aún, de la asignación de recursos adecuados y la implementación de mecanismos de monitoreo y evaluación que aseguren su cumplimiento efectivo.

Panamá

I. Contexto

Panamá, nación centroamericana con una población total de 4,500,000 habitantes según las estimaciones más recientes del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), presenta un panorama socioeconómico caracterizado por un índice de pobreza de 21.8% y una tasa de desempleo del 6.7%, de acuerdo con los datos del Banco Mundial de 2021 y 2023 respectivamente.⁶² El país concentra su actividad económica y política principalmente en tres núcleos urbanos: la Ciudad de Panamá, San Miguelito y David. Aunque no existen datos oficiales sobre la población trans en el país, las organizaciones de la sociedad civil reconocen su presencia como un segmento poblacional pequeño pero significativo que requiere atención específica en materia de políticas públicas y servicios de salud.

La estructura política del país se configura como una república presidencialista con un sistema multipartidista, donde destacan el Partido Revolucionario Democrático (PRD), Cambio Democrático (CD), y el Partido Panameñista. El contexto político ha sido un obstáculo para lograr

avances significativos en la oferta de servicios de salud para las personas trans. Por ejemplo, en noviembre de 2024 fue bloqueada en la asamblea una propuesta legislativa que buscaba modificar la Ley 7 del 14 de febrero de 2018, para proteger a las personas de la discriminación por motivo de identidad de género y orientación sexual.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

El derecho a la salud en Panamá encuentra su fundamento tanto en la legislación nacional como en los compromisos internacionales asumidos por el Estado. La Constitución Política de la República de Panamá, en su Capítulo 6, Artículo 109, conceptualiza la salud como el completo bienestar físico, mental y social, estableciendo el derecho a su promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación. El Artículo 110 complementa esta disposición al asignar al Estado la responsabilidad primordial en las funciones de prevención, curación y rehabilitación.

En el ámbito internacional, Panamá ha ratificado diversos tratados fundamentales de derechos humanos que fortalecen el marco de protección del derecho a la salud. Estos incluyen la Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos,

la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, y la Convención sobre los Derechos del Niño. Sin embargo, es notable la ausencia de consideraciones explícitas sobre la perspectiva de género y la no discriminación basada en la identidad de género en la legislación sanitaria nacional. La única referencia específica a las personas trans se encuentra en la mencionada Resolución 167 de 2022 del Ministerio de Salud, que las incluye como población clave en la “Norma de Atención Integral para Poblaciones Claves”, reconociendo la necesidad de asistencia para “concretar” la identidad de género mediante intervenciones médicas.

Un desarrollo significativo en el ámbito legislativo ha sido el trabajo sostenido durante aproximadamente dos años por parte de la sociedad civil en la elaboración de una propuesta de ley de identidad de género. Esta iniciativa, desarrollada por una coalición de organizaciones con respaldo internacional, busca establecer un marco legal que reconozca y proteja la identidad de género autopercibida. Es importante señalar que actualmente no existen leyes antidiscriminación que incluyan la identidad y/o expresión de género como categorías protegidas, ni se ha encontrado jurisprudencia relevante específica sobre los derechos de las personas trans en el ámbito de la salud.

B. Sistema de salud

El sistema de salud panameño opera bajo un modelo mixto que integra tres componentes principales: el Ministerio de Salud (Minsa), la Caja de Seguro Social (CSS) y el sector privado. El Minsa tiene la responsabilidad fundamental de garantizar servicios de salud a toda la población, con énfasis en aquellos sin seguro médico, mientras que la CSS proporciona cobertura a los trabajadores del sector formal y pensionados. La coordinación entre estas instituciones ha sido históricamente limitada, generando problemas de escasez y duplicidad en la prestación de servicios. Si bien un decreto ejecutivo de 2019 intentó mejorar esta coordinación, los desafíos persisten.¹⁵⁵

En términos de cobertura, Panamá registra un índice de cobertura universal de salud del 78%, lo que implica que un 22% de la población carece de cobertura efectiva. Las cifras económicas del sector salud para 2021 revelan que el gasto público en salud representó el 5.38% del Producto Interno Bruto (PIB) y el 21.66% del gasto público total, mientras que el gasto de bolsillo alcanzó el 37.33% del gasto total en salud.¹⁵⁶

En la legislación sobre salud, el único documento que menciona a las personas trans es la Resolución 167 de 2022, que “aprueba la Norma de Atención Integral para Poblaciones Claves”. Allí, son categorizadas como población clave en riesgo de VIH. La norma establece que la atención debe ser libre de estigma y discriminación, y reconoce que entre las necesidades en salud se encuentra necesidad de

asistencia para “concretar” la identidad de género, incluyendo intervenciones médicas para feminizar o masculinizar el cuerpo.¹⁵⁷ Sin embargo, esto no se traduce en estrategias para facilitar la afirmación de género en el país.

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La ausencia de una ley de identidad de género en Panamá genera obstáculos significativos para el acceso a la salud de las personas trans. Un desafío fundamental surge de la falta de concordancia entre la identidad de género y los documentos oficiales, lo que frecuentemente resulta en el uso inadecuado de nombres y pronombres por parte del personal de salud. Esta discordancia documental no solo afecta la dignidad de las personas trans sino que también genera barreras administrativas concretas en el acceso a los servicios.

La pandemia de COVID-19 evidenció de manera particular estas dificultades, con reportes de personas trans a quienes se les negó la vacunación debido a discrepancias entre sus documentos actualizados y los registros del Tribunal Electoral. Las restricciones de movilidad basadas en género implementadas durante este período también generaron obstáculos adicionales para esta población.¹⁵⁸ En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se han identificado

dificultades específicas, particularmente en el acceso a servicios de ginecología para hombres trans.

En este contexto, las organizaciones de la sociedad civil han asumido un rol fundamental en la prestación de servicios a la población trans, que han ofrecido apoyos económicos, apoyo para el cambio de nombre, y redes de profesionales aliados.

B. Servicios de afirmación de género

La disponibilidad de servicios de afirmación de género en el sector público panameño es extremadamente limitada. Un proyecto piloto que brindaba orientación sobre hormonización a personas trans, implementado por un equipo multidisciplinario del sistema público, concluyó hace dos años sin admitir nuevos pacientes. Actualmente, los únicos servicios públicos disponibles para la población trans se concentran en las Clínicas Amigables, financiadas por la Universidad del Valle de Guatemala como parte del Programa Regional Centroamericano de VIH. Estas clínicas proveen servicios gratuitos que incluyen laboratorio, vacunación, tratamiento y pruebas de VIH, además de orientación psicológica y sobre hormonización. Sin embargo, su alcance es restringido debido a horarios limitados (una vez por semana o fines de semana), distribución geográfica concentrada y ausencia de seguimiento formal para procesos de hormonización, que frecuentemente resulta en automedicación.

En el sector privado, la oferta de servicios es igualmente escasa. Según el directorio mantenido por organizaciones locales, existen solo cuatro endocrinólogos en el país que atienden a personas trans, complementados por vínculos con especialistas en países vecinos como Guatemala. Esta red permite a los pacientes alternar entre consultas presenciales locales para obtener prescripciones médicas y seguimiento remoto con especialistas extranjeros a menor costo. El acceso a la testosterona está estrictamente regulado, requiriendo receta de un endocrinólogo y con un costo aproximado entre 100 y 120 dólares estadounidenses (USD).

En el ámbito quirúrgico, la situación es aún más restrictiva. Solo un cirujano en el país realiza mastectomías para personas trans, aunque no publicita abiertamente este servicio. Este profesional ha realizado más de 16 intervenciones de este tipo, con costos que oscilan entre 2,000 y 3,000 USD. Las cirugías de reasignación de sexo no se realizan en Panamá, por lo que las personas que requieren estas intervenciones deben viajar principalmente a Colombia. Es notable la ausencia de información sobre protocolos de atención basados en evidencia y estándares internacionales de derechos humanos, así como sobre la capacitación del personal de salud en la atención a personas trans y su nivel de satisfacción con los servicios recibidos.

IV. Barreras de acceso

Las barreras que enfrentan las personas trans en Panamá para acceder a servicios de salud, particularmente aquellos relacionados con la afirmación de género, son múltiples y complejas. En el ámbito económico, el impacto es significativo debido a que los tratamientos hormonales y las cirugías no están cubiertos por el sistema público de salud. Los costos en el sector privado resultan prohibitivos para muchas personas trans: una consulta ginecológica puede costar entre 75 y 90 USD, el tratamiento con testosterona entre 100 y 120 USD, y una mastectomía entre 2,000 y 3,000 USD.

Las barreras geográficas se manifiestan en la concentración de especialistas en las principales áreas urbanas, lo que afecta particularmente a las personas trans que residen en zonas rurales o remotas, con un impacto especialmente severo en las personas trans indígenas. Esta distribución inequitativa de servicios profundiza las desigualdades existentes en el acceso a la atención médica.

En el ámbito social, el estigma, la discriminación y la transfobia continúan manifestándose en los servicios de salud a través de prácticas como el uso inadecuado de nombres y pronombres, y la negación directa de servicios. Por ejemplo, en 2021 la Defensoría del Pueblo reconoció que el confinamiento por género, instaurado durante la pandemia de COVID-19, vulneró los derechos de las personas trans, quienes fueron

discriminadas y violentadas verbal y físicamente, tanto en espacios públicos como comerciales, bajo el pretexto de que su género no correspondía al día de confinamiento.^{159 160}

Las barreras estructurales y administrativas son particularmente complejas. La ausencia de una ley de identidad de género genera discordancias en la documentación oficial que obstaculizan no solo el acceso a servicios de salud sino también a servicios bancarios y empleo formal. El proceso legal de cambio de nombre, con costos entre 1,000 y 3,000 USD, resulta inaccesible para la mayoría de las personas trans. Además, la patologización implícita en la Resolución 167 y la falta de protocolos de atención específicos perpetúan un enfoque inadecuado en la atención médica.

Las barreras culturales se manifiestan en imaginarios sociales negativos sobre la transexualidad y la falta generalizada de información, lo que contribuye a la persistencia de la discriminación y dificulta el acceso a servicios. En el marco legal, la ausencia de una ley de identidad de género y el limitado reconocimiento del derecho a la salud de las personas trans en la legislación vigente constituyen obstáculos fundamentales para garantizar una atención adecuada.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de afirmación de género en Panamá revela una brecha significativa entre

el marco normativo establecido en la Constitución y los tratados internacionales, y la realidad que enfrentan las personas trans. La ausencia de una ley de identidad de

género, combinada con una oferta limitada de servicios en el sector público y los altos costos en el sector privado, configura un escenario de acceso restringido y vulneración de derechos.

Perú

I. Introducción

Perú, con una población estimada de 34 millones de habitantes en 2024 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se caracteriza por una gran diversidad geográfica y cultural.¹⁶¹ Las principales ciudades son Lima, Arequipa y Trujillo, concentrando gran parte de la infraestructura y servicios del país. En términos socioeconómicos, el país ha mostrado avances significativos en la reducción de la pobreza, que según el INEI, afectó al 29,0% de la población en 2023, evidenciando una tendencia a la baja en los últimos años.¹⁶² El sistema de salud peruano muestra indicadores relevantes: en 2021, el gasto público en salud representó el 3.99% del Producto Interno Bruto (PIB), equivalente al 16.94% del gasto público total, mientras que el gasto de bolsillo alcanzó el 27.22% del gasto total en salud, lo que refleja una carga financiera significativa para las familias.¹⁶³

Perú es una república democrática y soberana con un sistema presidencialista, dividida en 24 departamentos, 196 provincias y 1890 distritos. El Estado se organiza en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.¹⁶⁴ El Congreso unicameral

tiene 130 miembros elegidos por representación proporcional. El presidente es elegido por mayoría absoluta por un mandato de cinco años sin reelección inmediata. Los gobiernos locales, mediante municipalidades, gestionan asuntos comunitarios por cuatro años. El sistema electoral, supervisado por el Jurado Nacional de Elecciones, garantiza la paridad de género. Partidos como Fuerza Popular, Acción Popular, Perú Libre y Renovación Popular operan en un entorno político diverso.

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

La Constitución Política del Perú establece en su Artículo 7 el derecho fundamental a la protección de la salud, tanto individual como familiar y comunitaria. El Artículo 9 complementa esta disposición al establecer que el Estado determina la política nacional de salud, asumiendo la responsabilidad de promoverla y supervisarla para garantizar un acceso equitativo y descentralizado a los servicios.

En el ámbito legislativo, Perú presenta vacíos significativos en materia de derechos trans. Si bien en marzo de 2021 la Comisión de la Mujer y la Familia del Congreso aprobó el predictamen de la Ley de Identidad de Género, que busca simplificar el proceso de obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI) para personas trans sin requerir constancias médicas o legales, esta

ley fue aprobada en Comisión, pero para diciembre de 2024 aún no ha sido debatida en el pleno del Congreso.¹⁶⁵

El Decreto Legislativo 1323 de 2017 reconoce como agravante del delito de asesinato la intolerancia hacia la orientación sexual o identidad de género de la víctima. No obstante, su alcance es limitado, ya no impone obligaciones concretas a ninguna institución, no constituye una política pública y se mantiene en el plano declarativo. Más allá de esta norma, Perú carece de legislación o políticas antidiscriminación que incluyan explícitamente la identidad o expresión de género como categorías protegidas.

La Ley General de Salud (Ley N° 26842) establece los principios y normas fundamentales para la organización y funcionamiento del sistema de salud. En 2016, el Ministerio de Salud dio un paso importante al aprobar la Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida) mediante la Resolución Ministerial N° 980-2016/MINSA.¹⁶⁶ Sin embargo, esta norma ha sido criticada por su enfoque restrictivo, al centrarse únicamente en mujeres trans y vincular primariamente su atención con la prevención de ITS y VIH, excluyendo a hombres trans y menores de edad.

En el ámbito judicial, un avance significativo ocurrió en 2020 cuando el Tercer Juzgado Especializado

en lo Constitucional Transitorio de Lima ordenó al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) desarrollar un procedimiento administrativo para la rectificación de nombre y género sin requisitos patologizantes. No obstante, la entidad apeló esta decisión, evidenciando la resistencia institucional al cambio.¹⁶⁷ Asimismo en mayo de 2024, el gobierno peruano generó controversia al publicar un decreto supremo que clasificaba las identidades trans como condiciones de salud mental en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).¹⁶⁸ Aunque en junio de 2024 se emitió la Resolución Ministerial N° 447, que dispuso que en todos los establecimientos de salud del país, tanto públicos como privados, cesara el uso de términos como transexualismo y travestismo en el capítulo de Trastornos Mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades, este decreto supremo no ha sido derogado y sigue en vigor. La falta de su derogatoria ha generado fuertes críticas por parte de organizaciones y activistas de derechos humanos, quienes han señalado que la norma sigue representando un obstáculo para el reconocimiento y acceso a derechos de las personas trans en el país.

En el marco internacional, Perú ha ratificado diversos tratados que protegen los derechos de las personas trans, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Estos instrumentos establecen obligaciones para el Estado en materia de protección de derechos humanos y no discriminación.

B. Sistema de salud

El sistema de salud peruano se caracteriza por su naturaleza mixta, integrando un sector público robusto con servicios privados complementarios. El sector público está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. Para 2020, la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) alcanzaba al 51,4% de la población, mientras que EsSalud cubría al 22,3%, y otros seguros representaban el 3,5% de la cobertura total.¹⁶⁹

Desde 2013, el país ha implementado una Reforma del Sector Salud orientada a mejorar la coordinación del sistema. Un hito importante fue la creación en 2018 de las Redes Integradas de Salud (RIS), que consolidaron 55 redes bajo el Plan Nacional de 2021.¹⁶⁹ Sin embargo, según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), persisten desafíos significativos en el acceso a servicios y medicamentos. Esta situación se ve agravada por un desabastecimiento crónico de medicamentos, que se ha intensificado desde la pandemia de COVID-19, afectando no solo el suministro de hormonas sino también de otros medicamentos esenciales.

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia de las personas trans en el sistema de salud peruano está marcada por múltiples obstáculos y formas de discriminación. Las personas trans enfrentan regularmente situaciones de discriminación en hospitales y centros de salud, donde no se respeta su identidad de género y, en ocasiones, se les niega la atención médica adecuada. La ausencia de reconocimiento legal de su identidad de género amplifica estas barreras, dificultando el acceso a servicios básicos y perpetuando ciclos de discriminación.

Un informe revelador de la Defensoría del Pueblo de 2018, que evaluó 35 Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP), expuso deficiencias críticas en la implementación de la norma técnica de salud para la atención integral de la población trans. Los hallazgos fueron alarmantes: el 97% de los establecimientos no ofrecía terapia hormonal para mujeres trans, y aproximadamente el 49% del personal carecía de capacitación reciente en derechos y atención especializada para personas LGBTIQ+.¹⁶⁹

A pesar de la existencia de la Norma Técnica 980, su implementación ha sido limitada y geográficamente desigual,

concentrándose en determinadas regiones y generando brechas significativas de acceso, especialmente en zonas rurales y comunidades indígenas. Esta situación se agrava al considerar las necesidades específicas de las personas migrantes trans, especialmente tras la promulgación de la legislación de octubre de 2023 sobre cobertura temporal en seguros de salud. En el contexto regional actual, las barreras adicionales que enfrentan las personas migrantes para acceder a los servicios de salud subrayan la urgencia de una implementación más equitativa y efectiva de la normativa vigente.

B. Servicios de afirmación de género

La provisión de servicios de afirmación de género en Perú presenta limitaciones significativas en múltiples niveles. Si bien la terapia hormonal para personas trans está reconocida normativamente, su disponibilidad efectiva es restringida y excluyente. La Norma Técnica 980 establece protocolos únicamente para mujeres trans mayores de 18 años, dejando sin cobertura a los hombres trans y menores de edad. Los protocolos existentes contemplan la administración de estradiol y espironolactona bajo supervisión médica periódica, pero su implementación se ve severamente obstaculizada por el desabastecimiento crónico de hormonas, una situación que se ha intensificado notablemente desde la pandemia de COVID-19.

En cuanto a las cirugías de afirmación de género, estas permanecen ausentes del catálogo de servicios del sistema de salud público. Esta carencia se ve agravada por la escasez de

especialistas capacitados y la falta de cobertura tanto en seguros públicos como privados. El apoyo psicológico especializado para personas trans y sus familias es prácticamente inexistente en el sistema público de salud, creando un vacío crítico en el acompañamiento integral necesario durante el proceso de transición.

Particularmente preocupante es la situación de los menores de edad, para quienes no existen servicios especializados ni protocolos para la administración de bloqueadores de pubertad. Esta carencia persiste incluso en casos donde las familias apoyan activamente la transición, evidenciando la ausencia de rutas claras de atención y especialistas capacitados en el sistema público.

Las barreras de acceso a los servicios de afirmación de género en Perú son multidimensionales y profundamente arraigadas en el sistema de salud. El desabastecimiento crónico en los servicios públicos obliga a las personas trans a recurrir al mercado privado para obtener terapia hormonal, donde el costo aproximado de 100 dólares mensuales representa una barrera económica sustancial. Esta situación se agrava por la falta de cobertura explícita en el Seguro Integral de Salud (SIS) y la escasa inclusión de estos tratamientos en los planes de seguros privados.

La concentración geográfica de los servicios especializados en las principales ciudades, especialmente en Lima, crea una brecha significativa en el acceso para la población trans

que reside fuera de estos centros urbanos. Esta centralización de servicios amplifica las desigualdades existentes y dificulta el acceso equitativo a la atención médica especializada.

La calidad de los servicios de afirmación de género disponibles presenta deficiencias sistemáticas. Si bien la Norma Técnica 980 establece protocolos para la administración de terapia hormonal, su implementación efectiva se ve comprometida por múltiples factores. El informe de la Defensoría del Pueblo de 2018 reveló que una proporción significativa del personal de salud carece de capacitación adecuada en derechos y atención especializada para personas LGBTIQ+, lo que impacta directamente en la calidad de la atención brindada.

En el sector privado, donde se realizan las cirugías de afirmación de género, la calidad de los servicios es variable y carece de una regulación específica que garantice estándares adecuados. Esta ausencia de normativas específicas genera preocupaciones sobre la seguridad y efectividad de los cirugías disponibles.

IV. Barreras de acceso

Las barreras que enfrentan las personas trans en el acceso a servicios de salud en Perú son múltiples y se interrelacionan de manera compleja, creando obstáculos significativos para el acceso efectivo a la atención médica necesaria.

Las barreras económicas constituyen un obstáculo fundamental. El costo mensual aproximado de 100 dólares para la terapia hormonal en el mercado privado representa una carga financiera considerable, especialmente en un contexto donde muchas personas trans enfrentan inestabilidad laboral y económica. Esta situación se ha visto exacerbada por el empobrecimiento pospandemia y el incremento de la inseguridad ciudadana, que afectan particularmente a quienes ejercen el trabajo sexual como medio de subsistencia.

Las barreras geográficas se manifiestan en la marcada centralización de los servicios especializados en las principales ciudades, creando una brecha significativa para la población que reside en zonas rurales o alejadas. Esta situación es particularmente crítica en la región amazónica, especialmente en Loreto, donde se observa una intersección compleja entre identidad de género, indigeneidad y ruralidad. La influencia de las iglesias evangélicas en estos territorios añade una capa adicional de complejidad, contribuyendo a la violencia contra personas con expresiones de género diversas desde la niñez.

Las barreras sociales se materializan en el estigma, la discriminación y la transfobia prevalentes en el ámbito de la salud. Prácticas discriminatorias como el uso incorrecto del nombre y los pronombres, la negación de atención médica y las actitudes prejuiciosas del personal sanitario son experiencias comunes que afectan

significativamente el bienestar de las personas trans. Esta discriminación es particularmente severa en zonas rurales y comunidades indígenas, donde la violencia y el castigo hacia niños con expresiones de género no normativas alcanza niveles alarmantes.

Las barreras estructurales y administrativas se evidencian en la complejidad de los procesos burocráticos para acceder a tratamientos hormonales y cirugías. Los requisitos incluyen evaluaciones psicológicas y psiquiátricas que perpetúan la patologización de las identidades trans. Los extensos tiempos de espera para el cambio de nombre y género en documentos oficiales, que pueden extenderse entre uno y diez años, ejemplifican la magnitud de estos obstáculos administrativos.

Las barreras culturales se manifiestan en la persistencia de imaginarios sociales negativos y la falta generalizada de información sobre la transexualidad, factores que contribuyen a la discriminación y exclusión sistemática. La patologización de las identidades trans permanece arraigada en las instituciones y prácticas médicas, mientras que la influencia de grupos religiosos conservadores en ciertas regiones exacerba la violencia contra las personas trans.

Las barreras legales, particularmente la ausencia de una Ley Integral de Identidad de Género promulgada, representan un obstáculo fundamental para el reconocimiento y ejercicio de

los derechos de las personas trans. Esta carencia en el marco legal dificulta el acceso a derechos básicos, incluyendo la salud, mientras que las limitaciones de la Norma Técnica 980, que excluye a hombres trans y menores de edad, perpetúan las inequidades en el acceso a servicios de salud.

V. Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de afirmación de género en Perú revela una brecha sustancial entre el marco normativo establecido y la realidad que enfrentan las personas trans. A pesar del reconocimiento constitucional del derecho a la salud y ciertos avances jurisprudenciales, la ausencia de una Ley Integral de Identidad de Género y la implementación deficiente de las normas existentes generan obstáculos significativos para el acceso efectivo a servicios de salud.

La discriminación sistémica, la falta de capacitación del personal sanitario, el desabastecimiento

crónico de medicamentos, los costos prohibitivos y la centralización de servicios configuran un panorama de exclusión y vulneración de derechos. Esta situación se ve agravada por el impacto del empobrecimiento pospandemia y el incremento de la inseguridad ciudadana, que afectan desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables, particularmente a las personas trans que ejercen el trabajo sexual.

Las barreras se intensifican para quienes residen en zonas rurales y comunidades indígenas, así como para las personas migrantes trans, evidenciando la necesidad urgente de políticas públicas integrales que aborden no solo el acceso a servicios de salud, sino también las múltiples formas de discriminación y exclusión que enfrentan las personas trans en Perú. La realidad actual del sistema de salud no garantiza el acceso equitativo a servicios de afirmación de género, perpetuando ciclos de marginación y vulneración de derechos fundamentales.

República Dominicana

I. Contexto

República Dominicana, es un país ubicado en el Caribe, en la isla de La Española, que comparte con Haití, presenta un panorama complejo en términos demográficos y socioeconómicos. Según el X Censo Nacional de Población y Vivienda de 2022, el país cuenta con una población total de 10,760,028 habitantes, distribuidos principalmente entre sus centros urbanos más importantes: Santo Domingo (la capital), Santiago de los Caballeros, San Pedro de Macorís y La Romana.^{170 171}

Los indicadores socioeconómicos revelan desafíos significativos, con un índice de pobreza del 23.0%, según datos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo para 2023, y una tasa de desempleo del 5.3% para abril-junio del 2024, de acuerdo con el Banco Central de la República Dominicana.^{172 173} Estas cifras generales enmascaran disparidades más profundas en la población trans, particularmente entre mujeres trans, quienes enfrentan mayores obstáculos en el acceso al empleo formal y frecuentemente se ven forzadas al trabajo sexual, mientras que algunos hombres trans logran acceder a empleos en Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) o en el sector informal. La Encuesta Nacional de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (LGBTI) 2020 revela que el 96.7% de las personas encuestadas han sido víctimas o testigos de alguna forma de violencia, situación

que impacta directamente en sus oportunidades laborales y su capacidad para acceder a servicios de salud privados.³²

El sistema político dominicano se estructura como una democracia representativa con un sistema presidencialista, fundamentado en la división tradicional de poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. En el espectro político, destacan como principales fuerzas el Partido de la Liberación Dominicana (PLD), el Partido Revolucionario Moderno (PRM) y el Partido Reformista Social Cristiano (PRSC).

II. El derecho a la salud y el sistema de salud: el Deber Ser

A. Marco legal

El marco constitucional y legislativo de República Dominicana establece una base teórica para la protección del derecho a la salud. El artículo 61 de la Constitución consagra el derecho a la salud integral y establece la responsabilidad estatal de garantizar el acceso a servicios de salud gratuitos para quienes lo necesiten. Este mandato constitucional se materializa a través de dos instrumentos legislativos fundamentales: la Ley General de Salud (Ley No. 42-01) de 2001, que estructura el sistema nacional de salud enfocándose en la promoción, prevención y acceso a servicios médicos de calidad, y la Ley de Seguridad Social (Ley No. 87-01) del mismo año, que instituye el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS),

diseñado para proporcionar cobertura tanto a trabajadores formales como a poblaciones vulnerables.

En materia de protección contra la discriminación, aunque el país carece de una ley específica de identidad de género, el artículo 39 de la Constitución establece el principio de igualdad sin discriminación por razones de género. Este marco se complementa con la Ley de VIH/SIDA del 2011, cuyo artículo 2 prohíbe explícitamente la discriminación basada en la orientación o conducta sexual e identidad sexual y de género. Los precedentes judiciales, aunque limitados, han comenzado a construir una jurisprudencia favorable en casos de discriminación en servicios de salud, sentando bases importantes para la protección de los derechos de las personas trans.

La evolución histórica de los derechos LGBTI en República Dominicana refleja un progreso gradual pero significativo desde la década de 1990, cuando el movimiento comenzó a ganar visibilidad en una sociedad predominantemente conservadora. Avances legislativos significativos como la Ley de VIH/SIDA del 2011, la sentencia del Tribunal Constitucional del 22 de abril del 2024, que declaró inconstitucionales los artículos 14 y 16 de la Ley de Delitos Sexuales por contravenir los derechos a la libertad, la libertad de expresión y la protección de la intimidad personal. Adicionalmente, el decreto No. 76-14 del 2014 ha facilitado que algunas personas puedan realizar cambios en sus nombres legales.

El compromiso internacional de República Dominicana con los derechos humanos se refleja en la ratificación de diversos tratados que refuerzan el derecho a la salud: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Interamericana de Derechos Humanos (Pacto de San José), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Estos instrumentos internacionales proporcionan un marco adicional de protección y establecen estándares para la garantía del derecho a la salud.

B. Sistema de salud

El Sistema Dominicano de Seguridad Social, implementado en 2001, estructura la prestación de servicios de salud en tres regímenes diferenciados: el Contributivo, destinado a trabajadores asalariados de los sectores público y privado; el Subsidiado, que cubre a la población vulnerable con financiamiento gubernamental; y el Contributivo-Subsidiado, diseñado para trabajadores independientes con capacidad de aporte parcial. Esta estructura se implementa a través de un sistema mixto que integra sectores público y privado.

En el sector público, la coordinación institucional se establece entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), este último fungiendo como la principal aseguradora pública. El

sector privado, por su parte, opera a través de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), proveedores privados de servicios de salud y ONGs. En este contexto, organizaciones como el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), el Instituto de Desarrollo Educativo y Psicológico (IDEP) y otros centros comunitarios desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de salud para personas trans, desarrollando programas pilotos como el acompañamiento psicológico y servicios de bajo costo. Estos servicios, aunque valiosos, se concentran principalmente en Santo Domingo, con presencia limitada en Puerto Plata, y Barahona.

Según la OMS, República Dominicana cuenta con un índice de cobertura universal del 77%, mientras que en el 2021 el gasto público en salud representó 3.29% del producto interno bruto (PIB) y 17.74% del gasto público total, mientras que el gasto de bolsillo constituyó el 23.59% del gasto total en salud.¹⁷⁴

III. La realidad del acceso a la salud para personas trans: lo que en realidad sucede

A. Acceso a servicios de salud

La experiencia cotidiana de las personas trans en el sistema de salud dominicano revela una marcada discrepancia entre el marco legal y la realidad práctica. La Encuesta Nacional LGBTI 2020 documenta patrones preocupantes de discriminación en los

servicios de salud, donde el personal sanitario frecuentemente asume que los síntomas presentados por hombres gays y mujeres trans están relacionados con el VIH, limitando así el acceso a una atención integral y perpetuando estigmas nocivos. Esta situación se agrava por la presencia de personal médico con fuertes convicciones religiosas, particularmente evangélicas, que pueden influir negativamente en la calidad de la atención y crear barreras adicionales para el acceso a los servicios.

La ausencia de protocolos públicos específicos para la atención de personas trans agrava esta situación sistemática de discriminación. Los testimonios recopilados a través de entrevistas cualitativas revelan un patrón preocupante donde las personas trans frecuentemente evitan buscar atención médica debido al temor fundamentado al maltrato y la discriminación. En respuesta a esta realidad, se ha desarrollado una red informal de profesionales de la salud, principalmente conformada por médicos y psicólogos que hacen parte de la población LGBTIQ+, quienes han cultivado competencias específicas para atender a la población trans, proporcionando espacios seguros y respetuosos. Sin embargo, esta red, aunque valiosa, resulta insuficiente para satisfacer la demanda de atención integral dentro del sistema de salud formal.

En este contexto, algunas organizaciones han emergido como proveedoras cruciales de servicios especializados. El Centro de Orientación

e Investigación Integral (COIN) ha implementado programas pilotos de acompañamiento psicológico, con un enfoque particular en personas que viven con VIH. Por su parte, el Instituto de Desarrollo Educativo y Psicológico (IDEP) ofrece servicios de acompañamiento psicológico a costos reducidos en Santo Domingo. La presencia de centros de atención primaria con enfoques más inclusivos, como la Asociación CEPROSH ONG en Puerto Plata, el hospital público de Barahona y una clínica familiar en Peravia, representa avances modestos pero significativos en la expansión del acceso a servicios de salud para la población trans.

B. Servicios de afirmación de género

En el ámbito específico de los servicios de afirmación de género, la situación actual refleja limitaciones severas tanto en disponibilidad como en accesibilidad. La terapia hormonal, aunque disponible en el sector privado, enfrenta barreras económicas significativas, con costos mensuales que oscilan entre 15 y 30 dólares estadounidenses, según documentación de organizaciones locales. El Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos (DR-CAFTA) ha facilitado la disponibilidad de hormonas en farmacias e incluso a través de plataformas en línea, aunque frecuentemente sin la necesaria supervisión médica.³⁶

Las cirugías de afirmación de género representan un desafío aún mayor, con costos que superan los 5.000 dólares estadounidenses, según

estimaciones de activistas locales. Estos procedimientos, disponibles exclusivamente en el sector privado, resultan prácticamente inaccesibles para la mayoría de la población trans debido no solo a sus costos, sino también a la escasez crítica de personal de salud especializado. Los servicios de apoyo psicológico especializado para personas trans y sus familias brillan por su ausencia en el sistema público de salud, no obstante, existen iniciativas de organizaciones privadas que sí cuentan con acompañamiento psicológico especializado.

La distribución geográfica de los escasos servicios especializados existentes presenta un patrón de concentración en los principales centros urbanos, predominantemente en Santo Domingo, creando barreras geográficas significativas para personas trans que residen en zonas rurales o periféricas. Los tiempos de espera prolongados para acceder a estos servicios reflejan tanto la escasez de especialistas como una demanda no satisfecha bastante alta.

La calidad de los servicios disponibles se ve comprometida por la ausencia de protocolos de atención basados en evidencia y alineados con estándares internacionales de derechos humanos. La deficiente capacitación y sensibilización del personal de salud en temas de diversidad sexual y de género impacta directamente en la calidad de la atención. Aunque no existen datos cuantitativos sobre la satisfacción de las personas trans con los servicios recibidos, la evidencia cualitativa recogida a través de entrevistas sugiere

niveles significativos de insatisfacción, principalmente atribuibles a experiencias de discriminación y la inadecuación de los servicios disponibles.

IV. Barreras de acceso

El análisis detallado de las barreras que obstaculizan el acceso a servicios de salud para la población trans en República Dominicana revela un entramado complejo de factores interrelacionados que operan en múltiples niveles. Las barreras económicas constituyen un obstáculo fundamental, manifestándose en los altos costos de los tratamientos hormonales y, particularmente, de las cirugías de afirmación de género. La ausencia de cobertura por parte del sistema de salud público o de seguros privados transfiere la totalidad de la carga financiera a las personas trans, situación que resulta especialmente gravosa considerando los altos niveles de desempleo y precariedad laboral que enfrenta esta población, con particular impacto en las mujeres trans que frecuentemente dependen del trabajo sexual como única fuente de ingresos.

La dimensión geográfica de la inequidad en el acceso se materializa en la concentración de servicios especializados en Santo Domingo y otras ciudades principales, creando un patrón de exclusión sistemática para las personas trans que residen en áreas rurales o remotas. Esta centralización de servicios no solo implica costos adicionales de transporte sino que también genera barreras logísticas

significativas que pueden dificultar el acceso a la atención médica necesaria. Las barreras sociales, manifestadas a través del estigma, la discriminación y la transfobia, permean profundamente el ámbito de la salud. Las experiencias documentadas de burla, rechazo y trato inadecuado por parte del personal de salud crean un efecto disuasorio que aleja a las personas trans de los servicios de salud. Este impacto se distribuye de manera diferenciada según el género, con las mujeres trans enfrentando niveles más elevados de discriminación y exclusión en comparación con los hombres trans. En este contexto, organizaciones de la sociedad civil han asumido un rol crucial en la sensibilización y educación, implementando campañas de concientización y programas de apoyo comunitario.

Las barreras culturales, enraizadas en imaginarios sociales negativos sobre la transexualidad, y religiones ultraconservadoras, perpetúan ciclos de discriminación y obstaculizan la aceptación social plena de las personas trans. La ausencia de campañas efectivas de sensibilización y educación pública sobre diversidad sexual y de género contribuye a la persistencia de estos prejuicios y dificulta la transformación cultural necesaria para garantizar el ejercicio pleno de derechos.

En el ámbito legal, la ausencia de una ley de identidad de género que reconozca la identidad autopercibida y facilite los procesos de cambio de nombre y sexo registral constituye una

barrera fundamental. Esta carencia se ve agravada por la falta de una ley integral contra la discriminación que proteja explícitamente a las personas trans por su identidad y expresión de género, creando un vacío legal que permite la perpetuación de prácticas discriminatorias en el ámbito de la salud y otros espacios sociales.

V. Conclusiones

El análisis exhaustivo del acceso a servicios de afirmación de género en República Dominicana revela una brecha significativa entre el marco normativo y la realidad práctica. A pesar del reconocimiento constitucional del derecho a la salud y la existencia de diversas leyes que lo respaldan, la ausencia de normativas específicas para la población trans y de una ley de identidad de género crea un vacío institucional que se traduce en barreras sistemáticas para el acceso a servicios esenciales.

La realidad cotidiana de las personas trans en el sistema de salud dominicano está marcada por experiencias de discriminación, estigmatización y exclusión. Los servicios fundamentales como tratamientos hormonales y cirugías de afirmación de género resultan prácticamente inaccesibles debido a barreras económicas y geográficas. Esta situación ha generado patrones preocupantes de automedicación y prácticas informales que ponen en riesgo la salud y el bienestar de la población trans.

Aunque existen iniciativas valiosas por parte de organizaciones de la sociedad civil como COIN e IDEP la respuesta estatal continúa siendo insuficiente para abordar las necesidades específicas de esta población. La situación se torna aún más crítica para las personas trans migrantes, especialmente aquellas de origen haitiano, quienes enfrentan barreras adicionales en el acceso a servicios básicos y encuentran obstáculos prácticamente infranqueables para acceder a tratamientos especializados.

La transformación de esta realidad requiere reformas urgentes y comprehensivas que incluyan la implementación de políticas públicas inclusivas, programas sistemáticos de capacitación para el personal de salud, el desarrollo de protocolos de atención especializados, y la aprobación de una Ley de Identidad de Género integral. Estas medidas deben complementarse con estrategias efectivas para combatir la discriminación y promover la inclusión social, reconociendo que el acceso a servicios de salud de calidad constituye un derecho fundamental que debe garantizarse para todas las personas, independientemente de su identidad de género.

Referencias

1. USAID is going away. Here's what it's been doing in South America. *AP News* <https://apnews.com/article/trump-usaid-brazil-colombia-peru-amazon-venezuela-a0e9bb720165da-269bf472b0f9cb50d4> (2025).
2. Declaración Internacional de los Derechos de Género. (1995).
3. Lengua Parra, A. La trans-formación del Derecho: La evolución del Derecho Internacional de los Derechos Humanos para proteger la identidad de género de las personas trans. *IUS ET VERITAS* 208–225 (2019) doi:10.18800/iusetveritas.201902.013.
4. Principios de Yogyakarta. in (2007).
5. Rueda Castillo, A. R. Derechos de las personas trans. (2015).
6. Restar, A. J. Gender-affirming care is preventative care. *The Lancet Regional Health – Americas* 24, (2023).
7. Correll-King, W. M. *et al.* Healthcare Avoidance and Delay Among Trans Adults: Associations With Mental and Behavioral Health Outcomes. *Am J Prev Med* S0749-3797(24)00453-7 (2024) doi:10.1016/j.amepre.2024.12.018.
8. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017 solicitada por la República de Costa Rica: identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. (2017).
9. Villegas, R. A pesar del DNU de Milei, Mendoza decidió continuar la hormonización de 3 menores trans en el Notti. *Diario Uno* <https://www.diariouno.com.ar/politica/a-pegar-del-dnu-milei-mendoza-seguira-dando-hormonizacion-3-menores-trans-el-notti-n1401798> (2025).
10. Poder Judicial de Chile. Guía Ley 21.120. Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género.
11. Presidente de la República de Colombia. *Decreto 1227 de 2015 N.* (2015).
12. Superintendencia de Salud de Colombia. *Circular Externa 2024150000000011-5 de 2024.* (2024).
13. Navarro Fallas, R. Derecho fundamental a la salud, reconocimiento positivo, características y principios jurídicos que lo informan. *Revista Judicial* vol. 91 11–71 (2009).
14. Caja Costarricense de Seguro Social. *Atención integral de personas trans para la hormonización en la red de servicios de salud.* (2018).
15. Acuña, J. & Hernando, A. *Reforma de salud y sus implicancias en la clase media.* <https://ocec.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2022/12/Informe-18-VF.pdf> (2022).
16. Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. Healthcare Access and Quality Index. *European Commission* <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/explorer/indices/haqi/healthcare-access-and-quality-index>.
17. Ramírez Rojas, I. A. & Díaz Ayala, A. M. Acceso a la salud de las personas trans en Chile. (2022).
18. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Movilh). Movilh pide a diputadas y diputados su “más sólido” rechazo a “transfóbico informe” que cercena derechos de NNA trans – Movilh Chile. <https://www.movilh.cl/movilh-pide-a-diputadas-y-diputados-su-mas-solido-rechazo-a-transfobico-informe-que-cercena-derechos-de-nna-trans/> (2025).
19. Organización Mundial de la Salud. Coverage of essential health services (SDG 3.8.1). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País – Colombia. *Salud en las Américas* <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/colombia> (2024).
21. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país – Mexico. *Salud en las Américas* <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/mexico> (2024).
22. Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley Constitutiva de La Caja Costarricense de Seguro Social CCSS.* (1943).
23. Current health expenditure (% of GDP). *World Bank* <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS> (2022).
24. Castillo, D. Las trans y el acceso a la salud en Costa Rica. *Corresponsales Clave* (2015).
25. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país – Ecuador. *Salud en las Américas* <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador> (2024).
26. Gómez Vega, R. Perú: El Gobierno de Dina Boluarte clasifica a las personas trans como enfermos mentales. *El País* (2024).
27. Roa, C. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN PANAMÁ: UNA AGENDA IMPOSTERGABLE.
28. Roselló-Peñaloza, M., Julio, L., Álvarez-Aguado, I. & Farhang, M. Abuse in Chilean Trans and Non-Binary Health Care: Results from a Nationwide Survey. *Social Sciences* 13, 228 (2024).

29. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas & Fundación Arcoiris. *Diagnóstico Nacional Sobre La Discriminación Hacia Personas LGBTI En México: Derecho a La Salud*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/437845/FINAL._Diagn_sticoNacionalSalud_1.pdf.
30. Gobierno de México. Personas trans y las barreras en el acceso a servicios de salud. <https://www.insp.mx/avisos/personas-trans-y-las-barreras-en-el-acceso-a-servicios-de-salud>.
31. Mofokeng, T. *Informe de La Relatora Especial Sobre El Derecho de Toda Persona al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental*. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g24/069/27/pdf/g2406927.pdf> (2024).
32. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de Resultados: Encuesta Nacional LGBTI 2020*. https://dominicanrepublic.un.org/sites/default/files/2021-08/Informe%20de%20Resultados%20Encuesta%20Nacional%20LGBTI%202020%20en%20la%20Republica%20Dominicana_2.pdf (2021).
33. Ministerio de Salud de Chile. *Vía Clínica Para La Adecuación Corporal En Personas Con Incongruencia Entre Sexo Físico e Identidad de Género*. (2011).
34. OutRight International. Cartografía de derechos trans en Costa Rica. (2016).
35. Redacción. El 87% de personas trans en Ecuador no tiene empleo. *Ecuavisa* <https://www.ecuavisa.com/noticias/sociedad/personas-trans-ecuador-empleo-EE5776644> (2023).
36. Office of the United States Trade Representative. *Dominican Republic-Central America FTA (CAFTA-DR)*.
37. *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*. (OEA, Washington, DC, 2020).
38. CEAV & Fundación Arcoiris. *Diagnóstico Nacional Sobre La Discriminación Hacia Personas LGBTI En México: Derecho al Trabajo*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459448/Diagn_sticoNacionalTrabajo_CEAV_OK.pdf (18).
39. Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A. & Colchero, M. A. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública Mex* 65, s15-s22 (2023).
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Talento Humano en Salud (THS) a Nivel Nacional 2011-2023. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiejZjNDIjYzYzMTM-TE3OS00MTI4LWFKYjgtNTg0YzEzYjliM2JjliwidCI6ImJmYjdlMTNhlTdmYjctNDExNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9>.
41. Fantin, R. *et al.* Identificación de las zonas con dificultades geográficas de acceso a los servicios públicos de salud en Costa Rica: una propuesta metodológica. *Acta Médica Costarricense* 64, 4-15 (2022).
42. Organizando Trans Diversidades. Mapa Trans OTD Chile. <https://otdchile.org/recursos/mapa-trans-otdchile/>.
43. Coleman, E. *et al.* Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health* 23, S1-S259.
44. Sarpi-Ramirez, K. & Carrasco-Portiño, M. Consecuencias de las inyecciones cosméticas irregulares en personas trans: una revisión bibliográfica. (2023).
45. Personería de Bogotá. ABC Acciones de tutela 2022. <https://www.personeriabogota.gov.co/contratacion/plan-anual-de-adquisiciones/download/22416-abc-acciones-de-tutela-2022> (2022).
46. Galaz, C. & Menares, R. Migrantes/refugiadas trans en Chile: sexilio, transfobia y solidaridad política*. *Nómadas* 205-221 (2021).
47. Ministerio de Salud de Chile. *Circular No. 7 Recomendaciones Para El Abordaje de La Terapia Hormonal Género Afirmativa En Adolescentes*. (2024).
48. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual MOVILH. Transfobia: Comisión de la Cámara pide derogar políticas en Salud y Educación para niños, niñas y adolescentes trans - Movilh Chile. <https://www.movilh.cl/transfobia-comision-de-la-camara-pide-derogar-politicas-en-salud-y-educacion-para-ninos-ninas-y-adolescentes-trans/> (2024).
49. Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_fecundidad.pdf (2024).
50. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2024. (2024).
51. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina. Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH). Segundo trimestre de 2024.
52. Lavagna, M. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos.
53. Steren, M. El 60,9% de la población tiene obra social, prepaga o cobertura de PAMI. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas* <https://censo.gob.ar/index.php/el-609-de-la-poblacion-tiene-obra-social-prepaga-o-cobertura-de-pami/> (2023).
54. World Bank Open Data Argentina. *World Bank Open Data* <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=AR&type=shaded&year=2023>.
55. Espíndola, E. Accesibilidad a la salud de las personas trans* de Tilcara - Maimara, Jujuy (Argentina): Vínculo entre género y salud. *Plaza Pública: Revista de Trabajo Social* 133-151.
56. Zani, A. Denuncian faltantes de hormonas: "Estamos ante una emergencia de vida". *Agencia Presentes* <https://agenciapresentes.org/2019/10/21/denuncian-faltantes-de-hormonas-estamos-ante-una-emergencia-de-vida/> (2019).

57. Poder Ejecutivo de la República de Argentina. *Decreto 61/2025*. (2025).
58. Ludeña, M. E. Milei modificó por decreto la Ley de Identidad de Género: qué cambió y por qué piden que intervenga la Justicia. *Agencia Presentes* <https://agenciapresentes.org/2025/02/06/milei-modifico-por-decreto-la-ley-de-identidad-de-genero-que-cambio-y-por-que-piden-intervenga-la-justicia/> (2025).
59. Agencia I+D+i. Primer Relevamiento Nacional de Condiciones de Vida LGBTIQ+ en Argentina. <https://censodiversidad.ar/docs/informe-CensoDiversidad.pdf>.
60. Asociación Ciudadana por los Derechos Humanos. *Estudio Exploratorio Cualitativo. Prevención de Violencia de Género: Mujeres Migrantes, Trans y Con Discapacidad*. (2023).
61. Ministerio Público de la Defensa. *Con Nombre Propio: A Diez Años de La Ley de Identidad de Género*. (2023).
62. World Bank Open Data. *World Bank Open Data* <https://data.worldbank.org>.
63. Bolivia: Proyecciones de Población. <https://siip.produccion.gob.bo/repSIIP2/documento.php?n=2777>.
64. Caribe, C. E. para A. L. y el. *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible*. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022).
65. Mamani, A. B. L. La tasa de desocupación en Bolivia disminuyó en 0,9 p.p en 2022. *INE* <https://www.ine.gob.bo/index.php/la-tasa-de-desocupacion-en-bolivia-disminuyo-en-09-p-p-en-2022/> (2023).
66. Organización Internacional del Trabajo. *Panorama Laboral 2023 América Latina y El Caribe*.
67. Agafitei, G. A. The Bolivian universal health system and effective access to healthcare: A diagnosis.
68. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Sistema Único de Salud es un hecho histórico que brindará atención al 51% de la población sin seguro médico. <https://www.minsalud.gob.bo/3453-ministro-sus-historico>.
69. Organización Mundial de la Salud. Índice de cobertura del servicio UHC. *datadot* <https://data.who.int/es/indicadores/i/3805BIE/9A706FD>.
70. Defensoría del Pueblo de Bolivia. Defensoría del Pueblo observa que la estigmatización y discriminación impiden el pleno acceso a la prevención y tratamiento de las personas con VIH. <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-observa-que-la-estigmatizacion-y-discriminacion-impiden-el-pleno-acceso-a-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-personas-con-vih>.
71. Defensoría del Pueblo. *Desiguales Ante La Ley*. (2023).
72. Colectivos LGTBIQ+ y el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia acuerdan una agenda para avanzar hacia un Sistema de Salud más inclusivo y equitativo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/13-12-2024-colectivos-lgtbiq-ministerio-salud-deportes-bolivia-acuerdan-agenda-para> (2024).
73. Coleman, E. et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health* 23, S1–S259 (2022).
74. Presidencia da República. Según el IBGE, la población de Brasil alcanza los 212,6 millones de habitantes.
75. EFE. Investigan exclusión de comunidad LGBT+ en encuestas para censo en Brasil. *Swissinfo*.
76. Spizzirri, G. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021).
77. Pesquisa Fapesp. Desigualdade marca os serviços médicos no Brasil. <https://revistapesquisa.fapesp.br/desigualdade-marca-os-servicos-medicos-no-brasil/>.
78. Vieceli, L. & dos Santos, M. Brasil registra el índice más bajo de pobreza extrema y pobreza desde el inicio de la serie histórica. *Folha de S.Paulo*.
79. Índio do Brasil, C. El desempleo en Brasil bajó al 6,4% entre julio y septiembre. *Agência Brasil*.
80. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.277 Distrito Federal*.
81. Oliveira, J. El Supremo de Brasil tipifica la homofobia como delito. *El País*.
82. Cruz, E. P. Brasil continúa registrando el mayor número de muertes de personas trans y travestis en la región, con 131 asesinatos documentados en 2022. *Agência Brasil*.
83. Constitution of the Federative Republic of Brazil. (1988).
84. Bertotti, B. M. & Ranade, A. Implementation of the right to health in Brazil and India: a comparative study. *Rev. Eurolatin. Derecho Adm.* 8, 27–46 (2021).
85. de Souza, R. R. El sistema público de salud brasileño. in (São Paulo, Brasil, 2002).
86. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece a transgêneros possibilidade de alteração de registro civil sem mudança de sexo.
87. Vieira, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Rev. saúde pública* 57, 1 (2023).
88. The Commonwealth Fund. International Health Care System Profiles. *How does universal health coverage work?* <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil#universal-coverage>.
89. Arán, M., Murta, D. & Lionço, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 14, 1141–1149 (2009).
90. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Indicadores demográficos. *bcn.cl* https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2024&idcom=1402 (2024).

91. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Serie de resultados CASEN. Orientación sexual e identidad de género. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN. (2023).
92. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Resultados pobreza por ingresos CASEN 2022. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados%20pobreza%20por%20ingresos%20Casen%202022.pdf> (2022).
93. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. La Democracia y la Ciudadanía. Formas de gobierno. Guía de formación cívica. https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45673.
94. Vargas Cárdenas, A. Tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile sobre Derechos Humanos. Recomendaciones internacionales con incidencia constitucional. (2020).
95. Tribunal Constitucional de Chile. *Rol N° 1218-08, 7 de Julio 2009, C° 23*.
96. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 21.120. Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. www.bcn.cl/leychile <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1126480> (2018).
97. World Health Organization. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). WHO <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDOOPSCHESHA-2011v?lang=en> (2021).
98. Ministerio de Salud. *Decreto con Fuerza de Ley 1: Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469*. (2005).
99. Ministerio de Desarrollo Social y Familia & Ministerio de Salud. Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género Crece Con Orgullo. <https://www.crececonorgullo.cl/>.
100. Zapata Pizarro, A. et al. Percepción de la atención de salud de personas transgénero en profesionales médicos y médicas del norte de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 86, 61-67 (2021).
101. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual MOVILH. Transfobia: Comisión de la Cámara pide derogar políticas en Salud y Educación para niños, niñas y adolescentes trans – Movilh Chile. <https://www.movilh.cl/transfobia-comision-de-la-camara-pide-derogar-politicas-en-salud-y-educacion-para-ninos-ninas-y-adolescentes-trans/> (2024).
102. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. *Circular 32. Señala La Aplicabilidad de La Ley 21.120 de 2019 Que 'Reconoce y Da Protección al Derecho a La Identidad de Género' En Materia de Extranjería e Indica Compromiso Del Departamento de Extranjería En Esta Materia*. (2020).
103. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Demografía y población. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
104. DANE - Pobreza multidimensional. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>.
105. La tasa de desempleo de 2023 fue de 10,2%. <https://www.dnp.gov.co:443/publicaciones/Planeacion/Paginas/tasa-de-desempleo-diciembre-2023.aspx>.
106. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia SU214 de 2016*.
107. SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>.
108. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País - Costa Rica. *Salud en las Américas* <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/costa-rica> (2024).
109. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Hogares 2024. Resultados generales sobre ingresos, pobreza y desigualdad. (2024).
110. Departamento Nacional de Planeación. Tasa de desempleo de 6,7% es la más baja desde que se publica la encuesta continua de empleo. https://www.mtss.go.cr/prensa/comunicados/2024/octubre/cp_047_2024.html (2024).
111. Instituto Nacional Electoral. Carpeta Informativa. Segunda vuelta presidencial Costa Rica. https://www.ine.mx/wp-content/uploads/2022/03/COSTA-RICA_SegundaVueltaPresidencial.pdf (2022). Poder Judicial. Voto 18-12782. *Revista de la Sala Constitucional* (2019).
113. Acuña-Rodríguez, M. del C. Población LGBTIQ+ en Costa Rica: avances en derechos (nacionales e institucionales) y perspectivas para las universidades. *Cambios y Permanencias* 13, 1-28 (2022).
114. Presidencia de la República de Costa Rica & Ministerio de Gobernación y Policía de Costa Rica. *Decreto Ejecutivo No. 36831-G. Reglamento de Personas Refugiadas*. (2011).
115. Presidencia de la República de Costa Rica & Ministerio de Gobernación y Policía de Costa Rica. *Decreto Ejecutivo No. 44501-MGP de 2024. Política Integral Migratoria 2024-2034*.
116. Vindas Salazar, P. *Expediente 23809. Ley de Reconocimiento de Identidades Trans, No Binarias, de Género Diverso e Intersex*. (2023).
117. Angulo, Y. No me extrañaría que el Frente Amplio el día de mañana busque legalizar la pedofilia, señala Alvarado. *El Mundo CR* (2023).
118. Caja Costarricense de Seguro Social. Servicios de Salud de la CCSS. (2021).
119. Heartland Alliance for Human Needs and Human Rights, REDLACTRANS - Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans, TRANSVIDA & Akahatá- Equipo de Sexualidades y Derechos. Información a tener en cuenta para el Tercer Informe Hemisférico del MESECVI. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Round3-ShadowReport-CostaRica.pdf>.
120. Presidencia de la República. *Reglamento Para El Reconocimiento Del Derecho a La Identidad Sexual y de Género Para Personas Extranjeras En El DIMEX*. (2018).
121. Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley General de Migración y Extranjería*. (2010).

122. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Ecuador. *Censo Ecuador* <https://www.censoecuador.gob.ec/>.
123. Resultados. *Censo Ecuador* <https://www.censoecuador.gob.ec/resultados-censo/>.
124. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Mes del orgullo LGBTI+: censo 2022 revela la diversidad y desafíos de la población en Ecuador. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mes-del-orgullo-lgbti-censo-2022-revela-la-diversidad-y-desafios-de-la-poblacion-en-ecuador/>.
125. Fernanda Ramírez Álvarez, Jorge Betancourt Torres, Víctor Castro Delgado, & Santiago Castro Arteaga. Realidad Política, Derechos Discriminación y Violencia de la Población LGBTI de la Ciudad de Cuenca. *Fundación Verde Equilibrante* <https://vequilibrante.wixsite.com/verdeequilibrante/investigacionescuenca-no-discrimina>.
126. INEC. *Estudio de Caso Sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Cumplimiento de Derechos Humanos de La Población LGBTI En El Ecuador*. (2012).
127. El Salvador: panorama general. *World Bank* <https://www.bancomundial.org/es/country/el-salvador/overview>.
128. Perfil nacional social-demográfico: El Salvador - CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/perfil-nacional.html?theme=1&country=slv&lang=es>.
129. El Salvador - Political and electoral system | Observatorio de Igualdad de Género. <https://oig.cepal.org/es/paises/13/system>.
130. Condiciones actuales de la población LGBTI en El Salvador durante el período 2020-2021.
131. Agencia Presentes. Protestas por rechazo a Ley de Identidad de Género en El Salvador. <https://agenciapresentes.org/2021/05/19/protestan-por-rechazo-a-ley-de-identidad-de-genero-en-el-salvador/> (2021).
132. (PDF) Sistema Nacional de Salud El Salvador estudio de caso VERSION DIGITAL. *ResearchGate* https://www.researchgate.net/publication/373093064_Sistema_Nacional_de_Salud_El_Salvador_estudio_de_caso_VERSION_DIGITAL.
133. Mapa Socioeconómico de El Salvador.
134. Organizaciones LGBTIQ+ piden al MINSAL que retome el protocolo de atención especializada. *La Prensa Gráfica* <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Organizaciones-LGBTIQ-piden-al-MINSAL-que-retome-el-protocolo-de-atencion-especializada-20240625-0078.html> (2024).
135. *Guatemala: La Incansable Lucha de Las Mujeres Trans Indígenas Por Sus Derecho*.
136. Oliva, C. El INE presenta cifras de pobreza en Guatemala. *Instituto Nacional de Estadística Guatemala*.
137. Da Silva, L. H., Calderón Mejía, V., Ahuat Valencia, E. M. & Joachin Godinez, P. C. *Mercado Laboral En Guatemala: Análisis de Los Últimos 10 Años, Proyecciones Para Los Próximos 30 Años y Recomendaciones de Políticas de Empleo*. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-06/pds-number50_guatemala_es.pdf.
138. Amnistía Internacional. Guatemala: Ley discriminatoria pone en riesgo la vida y los derechos de miles de mujeres, niñas, y personas LGBTI.
139. World Bank Group. Honduras: panorama general. <https://www.bancomundial.org/es/country/honduras/overview>.
140. La Red Lésbica Cattrachas & Robert F. Kennedy Human Rights. *Escrito de Solicitudes, Argumentos y Pruebas. Caso Vicky Hernández y Otras Vs. Honduras*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/hernandez_otros_hn/esap.PDF.
141. EFE. Asesinados 194 miembros de la comunidad LGBTI en Honduras entre 2017 y 2022. *Swissinfo*.
142. Observatorio de Violencia Hacia las Personas LGBT+ de Honduras KAI+. *Informe Anual 2024*. https://drive.google.com/drive/folders/1ei-4z3pB490BphMKb1_Ob6kWL8JVsPQU.
143. Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Vicky Hernández y Otras Vs. Honduras*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_422_esp.pdf.
144. Ocon, B. Movimiento Por Nuestros Hijos presenta iniciativa del Ley de Derechos Parentales. *La Prensa*.
145. Tiene México 0.9% de población trans: Inegi. <https://imagedelgolfo.mx/nacional/tiene-mexico-09-de-poblacion-trans-inegi/50256710>.
146. Disminuye pobreza, pero aumentan carencias. *El Diario de Chihuahua* <https://www.eldiariodechihuahua.mx/nacional/2023/aug/10/diminuye-pobreza-pero-aumentan-carencias-500835.html>.
147. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. (1984).148. La Cámara de Diputados aprobó dictamen a la minuta que penaliza los delitos contra la orientación sexual o identidad de género. <http://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/boletines/la-camara-de-diputados-aprobo-dictamen-a-la-minuta-que-penaliza-los-delitos-contra-la-orientacion-sexual-o-identidad-de-genero>.
149. Recomendación 42/2024 | Comisión Nacional de los Derechos Humanos - México. <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-422024>.
150. Noticias, I. Gobierno va por sistema unificado de salud en IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar. *IMER Noticias* <https://noticias.imer.mx/blog/secretaria-de-salud-presenta-el-nuevo-plan-de-salud/> (2024).
151. Gobierno de México. Programa IMSS-BIENESTAR. <https://imss.gob.mx/imss-bienestar>.

152. Cobertura y financiamiento: Servicios Estatales de Salud (SESA) – CIEP. <https://ciep.mx/cobertura-y-financiamiento-servicios-estatales-de-salud-sesa/>.
153. Secretaría de Salud. Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTIQ+. (2020).
154. Vázquez Parra, J. C. La inclusión como elemento determinante de la pobreza en personas del colectivo LGBTI+ en México. *Ciencia ergo sum* **29**, (2022).
155. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto Ejecutivo N 290 de 9 de Julio de 2019. (2019).
156. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País – Panamá. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/panama>.
157. Ministerio de Salud de la República de Panamá. Resolución No. 167. Que aprueba la norma de atención integral para poblaciones claves. <https://www.minsa.gob.pa/normatividad/resolucion-ndeg-167-de-jueves-10-de-marzo-de-2022-que-aprueba-la-norma-de-atencion> (2022).
158. Human Rights Watch. El confinamiento por género en Panamá y la resiliencia del activismo transgénero. <https://www.hrw.org/es/news/2021/07/21/el-confinamiento-por-genero-en-panama-y-la-resiliencia-del-activismo-transgenero> (2021).
159. Defensoría: Medidas de movilidad vulneraron los DH de la población LGBTIQ+ | Crítica. <https://www.critica.com.pa/nacional/defensoria-medidas-de-movilidad-vulneraron-los-dh-de-la-poblacion-lgbtiq-406411>.
160. Coronavirus en Panamá: por qué la pandemia está causando un aumento del acoso a personas trans. *BBC News Mundo*.
161. 5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf.
162. Belapatiño, V. & Perea, H. Perú | Pobreza monetaria creció a 29% en 2023 | BBVA Research. <https://www.bbva.com/publicaciones/peru-pobreza-monetaria-crecio-a-29-en-2023/>.
163. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País – Perú. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/peru>.
164. Perú – Political and electoral system | Observatorio de Igualdad de Género. <https://oig.cepal.org/es/paises/52/system>.
165. Aprueban dictamen que propone Ley de Identidad de Género. *Comunicaciones* <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/aprueban-dictamen-que-propone-ley-de-identidad-de-genero/>.
166. Ministerio de Salud de Perú. Resolución Ministerial N° 980 de 2016. (2016).
167. Defensoría del Pueblo de Perú. *A Dos Años Del Informe Defensorial No. 175. Estado Actual de Los Derechos de Las Personas LGBTI*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%B0-007-2018-DPADHPD-%E2%80%9CA-2-a%C3%B1os-del-Informe-Defensorial-N%C2%B0-175.-Estado-actual-de-los-derechos-de-las-personas-LGBTI%E2%80%9D.pdf>.
168. Minsa dispone cese del uso del término transexualismo en el capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/977793-minsa-dispone-cese-del-uso-del-termino-transexualismo-en-el-capitulo-de-trastornos-mentales-y-del-comportamiento-de-la-cie-10>.
169. Análisis de Situación de Salud del Perú.pdf.
170. Estadística (ONE), O. N. de. Informe general del X Censo Nacional de Población y Vivienda 2022. *Oficina Nacional de Estadística (ONE)* <http://www.one.gob.do/publicaciones/2024/informe-general-del-x-censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2022/?altTemplate=pubicacionOnline>.
171. Estadística (ONE), O. N. de. ONE informa los primeros resultados preliminares del X Censo Nacional de Población y Vivienda. *Oficina Nacional de Estadística (ONE)* <http://www.one.gob.do/noticias/2023/one-informa-los-primeros-resultados-preliminares-del-x-censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda/>.
172. Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria en la República Dominicana 2023. *Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)* <https://mepyd.gob.do/publicaciones/boletin-de-estadisticas-oficiales-de-pobreza-monetaria-en-republica-dominicana-2023> (2024).
173. Banco Central de la República Dominicana. <https://www.bancentral.gov.do/a/d/6008-economia-dominicana-genera-238972-nuevos-ocupados-netos-en-doce-meses-situando-el-total-de-ocupados-por-encima-de-los-5-millones-en-abriljunio-de-2024>.
174. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país – República Dominicana. *Salud en las Américas* <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/republica-dominicana> (2024).

