

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial



Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá

Carmen Elisa Castellanos Saavedra

Niyireth Molina Valero

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Virtual y a Distancia

Maestría en Gerencia de la Innovación en Proyectos

Sublínea de investigación: Liderazgo, comunicación y emprendimiento con sentido social

Julio de 2025

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones  
de salud de Bogotá

Carmen Elisa Castellanos Saavedra

Niyireth Molina Valero

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en Gerencia de la  
Innovación en Proyectos

Asesora

Jazmín Arias Hernández

Doctora en Estudios Latinoamericanos en Territorio, Sociedad y Cultura

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Virtual y a Distancia

Maestría en Gerencia de la Innovación en Proyectos

Julio de 2025

## CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| Lista de figuras.....                                      | 6  |
| Lista de anexos.....                                       | 7  |
| Resumen.....   | 8  |
| Abstract.....  | 9  |
| INTRODUCCIÓN .....   | 10 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                         | 13 |
| 1.1. Descripción del problema .....                        | 13 |
| 1.1.1. Contexto global.....                                | 14 |
| 1.1.2. Contexto local .....                                | 17 |
| 1.1.3. Problema concreto .....                             | 18 |
| 1.2. Pregunta de investigación .....                       | 18 |
| 1.3. Objetivos de investigación.....                       | 19 |
| 1.3.1. Objetivo general.....                               | 19 |
| 1.3.2. Objetivos específicos .....                         | 19 |
| 1.4. Justificación de la investigación .....               | 19 |
| 2. MARCO DE REFERENCIA.....                                | 22 |
| 2.1. Marco teórico.....                                    | 22 |
| 2.1.1. Salud desde el enfoque de derechos humanos .....    | 22 |
| 2.1.2. Salud desde el enfoque diferencial .....            | 24 |
| 2.1.3. Discriminación por causa de diversidad sexual ..... | 27 |
| 2.2. Estado del arte .....                                 | 30 |
| 2.3. Marco legal.....                                      | 34 |
| 3. METODOLOGÍA.....  | 37 |
| 3.1. Postura epistemológica.....                           | 37 |
| 3.2. Enfoque, alcance y tipo de investigación .....        | 38 |
| 3.2.1. Enfoque.....  | 38 |
| 3.2.2. Alcance .....                                       | 38 |
| 3.2.3. Tipo de investigación.....                          | 38 |
| 3.3. Población y muestra.....                              | 39 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.3.1. Definición de la población .....   | 39  |
| 3.3.2. Cálculo y selección de la muestra .....  | 41  |
| 3.3.3 Método de muestreo .....  | 42  |
| 3.4. Diseño metodológico .....  | 43  |
| 3.4.1 Variables .....   | 46  |
| 3.4.2 Hipótesis .....   | 51  |
| 3.5. Instrumentos de recolección de información y validación .....  | 52  |
| 3.6. Consentimientos informados .....   | 57  |
| 3.7. Procedimiento de análisis de información .....   | 58  |
| 3.8. Consideraciones éticas .....   | 59  |
| 4. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....   | 60  |
| 4.1. Objetivo No. 1: Diagnosticar el estado de la prestación del servicio de salud para la población LGBTIQ+ en Bogotá .....                                | 60  |
| 4.1.1. Entrevistas .....  | 60  |
| Activista social: .....   | 60  |
| 4.1.2. Encuestas .....  | 73  |
| 4.1.2.1 Hipótesis .....   | 86  |
| 4.1.3. Revisión documental .....  | 100 |
| 4.2. Objetivo no. 2: <i>Verificar la implementación de las rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud.</i> ..... | 105 |
| 4.2.1 Grupo focal .....   | 105 |
| 4.3. Objetivo no. 3: <i>Establecer recomendaciones para la efectiva implementación de una ruta de atención diferencial.</i> .....                           | 113 |
| 4.3.1. Búsqueda de lineamientos internacionales .....   | 113 |
| 4.3.2. Propuesta modelo de atención .....   | 115 |
| 4.3.3. Recomendaciones .....  | 116 |
| 5. CONCLUSIONES .....   | 119 |
| 6. RECOMENDACIONES .....  | 121 |
| REFERENCIAS .....   | 122 |
| ANEXOS .....  | 129 |

## Lista de tablas

|   |    |
|---|----|
| <u>Tabla 1. Cuadro de operacionalización de variables</u> .....           | 46 |
| <u>Tabla 2: Resultados código documento</u> .....                         | 62 |
| <u>Tabla 3. Información sociodemográfica</u> .....                        | 75 |
| <u>Tabla 4. Información de orientación sexual</u> .....                   | 76 |
| <u>Tabla 5. Información de identidad de genero</u> .....                  | 77 |
| <u>Tabla 6. Información uso de servicios de salud</u> .....               | 78 |
| <u>Tabla 7 Información tipo de servicios</u> .....                        | 79 |
| <u>Tabla 8. Información dificultades en el acceso</u> .....               | 80 |
| <u>Tabla 9. información explicación de la discriminación</u> .....        | 81 |
| <u>Tabla 10 conocimiento ruta de atención diferencial</u> .....           | 82 |
| <u>Tabla 11 Satisfacción del personal de salud y administrativo</u> ..... | 83 |

## Lista de figuras

|   |     |
|---|-----|
| Ilustración 1: Diagrama de Sankey de código-documento .....   | 63  |
| Ilustración 2. Información de edad .....  | 76  |
| Ilustración 3. Experiencia en la atención: discriminación .....   | 81  |
| Ilustración 4 Satisfacción por personal de vigilancia.....  | 83  |
| Ilustración 5 Satisfacción por personal auxiliar de caja/admisiones.....  | 84  |
| Ilustración 6 satisfacción auxiliar servicios generales .....   | 84  |
| Ilustración 7 Satisfacción profesional de medicina.....   | 84  |
| Ilustración 8 Satisfacción personal de enfermería .....   | 84  |
| Ilustración 9 Satisfacción profesionales psicosociales.....   | 85  |
| Ilustración 10. Correlación conocimiento sobre rutas de atención diferencial y uso efectivo.....  | 86  |
| Ilustración 11. Correlación trato con respeto y dignidad y la satisfacción general.....   | 87  |
| Ilustración 12. Correlación: conocimiento del personal de salud y confianza del/la usuario/e/a .....  | 88  |
| Ilustración 13. Correlación: percepción de respeto y las experiencias de discriminación .....   | 89  |
| Ilustración 14. Correlación entre atención y calidad y disposición a recomendar el servicio .....   | 90  |
| Ilustración 15. Correlación entre la percepción de calidad de la atención y la confianza para hablar sobre identidad y necesidades de salud. .... | 91  |
| Ilustración 16. Correlación entre atención integral y de calidad y seguridad al acudir al sistema de salud  | 92  |
| Ilustración 17. Correlación entre percepción de calidad y presentación de quejas, peticiones o reclamos   | 93  |
| Ilustración 18. Correlación entre discriminación y la confianza para hablar de identidad y necesidades ..   | 94  |
| Ilustración 19. Correlación entre discriminación y conocimiento sobre temas de salud específicos .....  | 94  |
| Ilustración 20. Correlación entre experiencias de discriminación y percepción de conocimiento en temas LGBTIQ+.....                               | 95  |
| Ilustración 21. Correlación entre trato respetuoso y experiencias de discriminación .....   | 96  |
| Ilustración 22. Correlación entre uso de pronombres y experiencias de discriminación .....  | 97  |
| Ilustración 23. Correlación entre trato respetuoso y percepción de conocimiento profesional .....   | 97  |
| Ilustración 24. Presencia digital en las IPS de primer nivel.....   | 101 |
| Ilustración 25. Inclusión de información diversidad, equidad e inclusión (DEI) en la comunicación institucional.....                              | 102 |
| Ilustración 26. Actualización de información en la página web .....   | 103 |
| Ilustración 27. Declaraciones y compromisos institucionales .....   | 104 |
| Ilustración 28. Diagrama Sankey Grupo focal.....  | 106 |
| Ilustración 29. Propuesta modelo de atención a través de mapa de procesos atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ .....        | 116 |

## Lista de anexos

|          |   |
|----------|---|
| ANEXO A  | Instrumento entrevista funcionario ente territorial   |
| ANEXO B  | Instrumento entrevista activista  |
| ANEXO C  | Instrumento entrevista profesional de la salud  |
| ANEXO D  | Instrumento encuesta población LGBTIQ+  |
| ANEXO E  | Instrumento guion grupo focal   |
| ANEXO F  | Instrumento revisión documental IPS   |
| ANEXO G  | Hoja de vida XV   |
| ANEXO Ga | Formato validación entrevista funcionarios XV   |
| ANEXO Gb | Formato validación entrevista activistas y líderes LGBTIQ+ XV                                     |
| ANEXO Gc | Formato validación entrevista profesional de la salud XV  |
| ANEXO H  | Hoja de vida actualizada MARS   |
| ANEXO Ha | Formato validación entrevista activistas y líderes LGBTIQ+ MARS                                   |
| ANEXO Hb | Formato validación entrevista funcionarios MARS   |
| ANEXO Hc | Formato validación entrevista profesional de la salud MARS  |
| ANEXO I  | Hoja de vida MG   |
| ANEXO Ia | Formato validación encuesta LGTBIQ+ MG  |
| ANEXO J  | Hoja de vida DN   |
| Anexo Ja | Formato validación encuesta LGTBIQ+ DN  |
| ANEXO K  | Hoja de vida HEC  |
| ANEXO Ka | Formato validación grupo focal – HEC  |
| ANEXO L  | Hoja de vida SH   |
| ANEXO La | Formato Validación grupo focal SH   |
| ANEXO M  | Consentimiento informado entrevistas  |
| ANEXO N  | Consentimiento informado encuestas  |
| ANEXO Ñ  | Consentimiento informado grupos focales   |
| ANEXO O  | Libro de códigos encuesta   |
| ANEXO P  | Libro de códigos entrevistas cualitativa Atlas.TI   |
| ANEXO Q  | Pieza comunicativa  |
| ANEXO R  | Libro de códigos grupo focal  |
| ANEXO S  | Captura de pantalla Teams asistencia y resumen de reunión entrevista funcionaria ente territorial |
| ANEXO T  | Captura de pantalla Teams asistencia y resumen de reunión entrevista profesional de la salud      |
| ANEXO U  | Foto desarrollo entrevista líder LGBTIQ+  |
| ANEXO V  | Foto desarrollo grupo focal   |

## Resumen

El objetivo general de la presente investigación es generar una propuesta para aportar en la garantía del derecho a la salud, bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+, en las instituciones de salud (IPS) de Bogotá, la investigación es de enfoque mixto, combinando metodologías como entrevistas, grupo focal, encuestas, y la revisión documental de IPS y de lineamientos internacionales, como fuentes secundarias.

Los resultados revelan que, aunque la mayoría de las/os/es usuarias/os/es accede a servicios generales y percibe un trato generalmente positivo, el 21,4% de las personas manifestó haber sido víctima de discriminación o comentarios inapropiados. Se evidenció que la existencia y publicación de protocolos específicos, junto con la capacitación del personal, mejoran la satisfacción, reduciendo prejuicios y prácticas discriminatorias. Por otro lado, persisten falencias en la sensibilización, compromiso institucional y actualización de protocolos, limitando una atención verdaderamente diferenciada. La revisión documental de la presencia digital de las instituciones de primer nivel ayudó a demostrar que estos lugares no tienen protocolos explícitos, y que a nivel internacional existen mejores prácticas aún por implementar en Colombia.

La propuesta va dirigida a fortalecer ejes transversales de atención de humanización y buen trato, la documentación, implementación y divulgación de protocolos con rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+, la capacitación y formación del personal de salud y administrativo de las IPS, el sistema de referencia/contrarreferencia, el proceso de gestión de la tecnología que garantice la interoperatividad de los sistemas informáticos, y el compromiso de la gerencia y calidad de las IPS.

*Palabras clave:* Política de la salud, diversidad cultural, diferencia individual, servicio de salud, derecho a la salud, grupo sexual minoritario, discriminación sexual.

## **Abstract**

This study aims to develop a proposal to contribute to guarantee the access to health for the LGBTIQ+ population in Bogotá's healthcare institutions (IPS), under a differential approach. Using a mixed-methods design, this investigation combines qualitative and quantitative techniques, including interviews, focus groups, surveys (76 completed out of a target of 384, with 60% confidence), and document analysis of IPS and international guidelines as secondary sources.

While most users report positive treatment when accessing general services, 21.4% experienced discrimination or inappropriate comments. The existence and publishing of specific protocols, alongside staff training, improve satisfaction and reduce discriminatory practices. However, gaps persist in institutional commitment, staff sensitization and protocol updates, hindering access to truly differentiated care. Document reviews revealed that few IPS have explicit protocols, and international best practices remain yet to be implemented in Colombia.

The study proposes strengthening cross-cutting strategies, including humanized care, documentation/implementation of differential care protocols for LGBTIQ+ populations, staff training, referral systems, interoperable health technologies, and institutional management commitment.

*Keywords: Health policy, cultural diversity, individual difference, health service, right to health, sexual minority group, sexual discrimination.*

## INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud está consagrado en la declaración de derechos humanos, implicando que los estados tienen la obligación legal de desarrollar y aplicar leyes y políticas que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad y aborden las causas profundas de las disparidades en materia de salud, incluyendo la pobreza, la estigmatización y la discriminación. Sin embargo, la población LGBTIQ+ ha sido vulnerada en sus derechos humanos, sufriendo estigmatización y barreras específicas que limitan el acceso a servicios de salud de calidad debido a prejuicios, discriminación y la ausencia de protocolos de atención alineados a sus necesidades.

En Bogotá, estas problemáticas se manifiestan en experiencias de trato desigual, falta de capacitación del personal de las instituciones de salud y escasa implementación de políticas inclusivas, lo que afecta negativamente la calidad y humanización de la atención. Este estudio cobra relevancia al abordar estas brechas desde un enfoque diferencial, que reconoce la diversidad sexual y de género como elementos centrales para garantizar derechos en el ámbito sanitario.

Al consultar diferentes investigaciones locales, nacionales e internacionales, se ha evidenciado que la discriminación en salud hacia personas LGBTIQ+ genera desconfianza y limita la utilización de servicios, afectando los indicadores de salud física y mental. Colombia es un país que tiene un marco normativo bastante riguroso y fuerte que han permitido proteger estos derechos, sin embargo, la implementación efectiva de protocolos diferenciales es limitada, especialmente en instituciones de baja complejidad (primer nivel). A nivel nacional, los estudios previos en regiones como Villavicencio, Bucaramanga y Bogotá han señalado la necesidad de fortalecer la formación del talento humano, eliminar prejuicios y crear espacios seguros para esta población. A nivel internacional, se destacan buenas prácticas en la creación de rutas diferenciadas y acompañamiento especializado.

Por lo anterior, el objetivo principal de esta investigación fue analizar la implementación y percepción de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá. Se buscó evaluar variables como la calidad del servicio, la humanización en la atención, la capacitación del personal y la experiencia de los usuarios, con el

fin de identificar fortalezas, debilidades y oportunidades para mejorar la garantía del derecho a la salud con un enfoque inclusivo y respetuoso.

El estudio se centró en instituciones de salud ubicadas en Bogotá, con una muestra homogénea en el lugar donde residen los usuarios, pero diversa en orientación sexual e identidad de género, mayoritariamente joven. Se aplicaron encuestas, entrevistas y grupos focales, lo que permitió obtener información cualitativa y cuantitativa relevante, aunque con un nivel de confianza ajustado al 60% debido a la dificultad para alcanzar la muestra inicial de las encuestas. La investigación se enfocó en la percepción de las/os/es usuarias/os/es y la revisión documental de protocolos, sin profundizar en indicadores o resultados de salud o clínicos específicos.

Se adoptó un enfoque mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos para obtener una visión integral del fenómeno. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y usuarias/os/es, un grupo focal para profundizar en experiencias y percepciones propias o cercanas, y una encuesta para cuantificar aspectos clave de los prejuicios, experiencias y validación del servicio de salud y revisión documental para evaluar la existencia y actualización de protocolos. Además, se contó con validación por expertos para garantizar la pertinencia y calidad de los instrumentos de recolección de datos.

Se espera que este trabajo contribuya al avance del campo de la salud pública y los derechos humanos al evidenciar la importancia de un enfoque diferencial en la atención sanitaria para la población diversa. Sus hallazgos permiten identificar áreas críticas para la mejora institucional, como la capacitación continua del personal, la implementación y divulgación de protocolos claros y la promoción de un ambiente libre de prejuicios. La investigación ofrece insumos para la formulación de políticas públicas más inclusivas y para el diseño de estrategias que garanticen una atención humanizada, respetuosa y de calidad, fortaleciendo así el derecho a la salud de una población históricamente vulnerada.

Este trabajo se encuentra dividido en 6 capítulos. En el capítulo 1 se plantea el problema de investigación donde se describe el problema desde un contexto global y local, se relaciona la pregunta de la investigación, los objetivos y la justificación. En el capítulo 2, se plasma el marco de referencia a través del marco teórico el cual conto con 3 enfoques: salud desde derechos humanos, salud desde el enfoque diferencial y discriminación por causa de diversidad sexual, el

estado de arte y finaliza con el marco legal. El capítulo 3, hace referencia a la metodología desde la postura epistemológica, el enfoque, alcance y tipo de investigación, la población y muestra, el diseño metodológico de la investigación que incluye las variables e hipótesis, los instrumentos de recolección de información, así como su validación, los consentimientos informados, el procedimiento para análisis de la información y por último las consideraciones éticas.

En el capítulo 4, se encuentran los resultados por objetivos específicos, análisis y discusión, exponiendo los hallazgos cuantitativos y cualitativos sobre la percepción de las/os/es usuarias/os/es, la capacitación del personal, la existencia y aplicación de protocolos, y las experiencias de discriminación o trato respetuoso, además del análisis y discusión de los resultados en relación con los antecedentes y teorías, identificando fortalezas, limitaciones y desafíos para la atención diferencial en Bogotá. Finalmente, en los capítulos 5 y 6 se relacionan las principales conclusiones y recomendaciones para mejorar la formación, protocolos y políticas públicas, con énfasis en la participación comunitaria y el compromiso institucional.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción del problema

Las minorías sexuales, incluyendo Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales y Queer (LGBTIQ+), normalmente enfrentan a menudo estigmas, prejuicio y discriminación en diversos contextos sociales. De acuerdo con estudios a nivel global y nacional, la población se siente aún discriminada en sus servicios de salud (Balbontín Steinert et al., 2023; Berardi et al., 2024; Hoyos Hernández et al., 2023; León Murillo et al., 2023).

Teniendo en cuenta que el derecho a la salud está consagrado en la declaración de derechos humanos, este derecho implica que los Estados tienen la obligación legal de desarrollar y aplicar leyes y políticas que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad y aborden las causas profundas de las disparidades en materia de salud, incluyendo la pobreza, la estigmatización y la discriminación. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha destacado que en diversos países del mundo se ha promovido el reconocimiento de los derechos de la población LGBTIQ+ tanto en el ámbito legislativo como judicial (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2018; Organización Mundial de la Salud, 2023).

De acuerdo con el informe de Amnistía Internacional sobre la situación de los derechos humanos en el mundo, la población LGBTIQ+ encuentra diferentes barreras para acceder a la atención médica, como la discriminación por parte del personal sanitario, la falta de información y servicios específicos para sus necesidades, y las leyes que penalizan las relaciones entre personas del mismo sexo (Amnesty International, 2023).

Adicional a lo anterior, la población LGBTIQ+ es más propensa a sufrir violencia y abusos, tanto físicos como verbales, que las personas heterosexuales. Esta violencia puede provenir de familiares, amigos, vecinos, e incluso de las autoridades estatales; y en algunos países, estas personas son sometidas a “terapias de conversión”, que son prácticas pseudocientíficas que pretenden cambiar su orientación sexual o identidad de género. Estas terapias pueden causar daños psicológicos y físicos graves y es necesario prohibirlas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022).

En resumen, la población LGBTIQ+ enfrenta desafíos significativos en relación con su bienestar y acceso a servicios de salud adecuados. La falta de datos precisos sobre los crímenes contra esta población refleja el prejuicio arraigado en la sociedad, subrayando la necesidad urgente de acciones concretas para combatir la discriminación. Específicamente en el campo de la salud, es fundamental que las y los profesionales se familiaricen con las políticas públicas y las problemáticas específicas de la población LGBTIQ+ para mejorar la calidad del servicio prestado, y evitar victimizaciones y revictimizaciones.

Y aunque Bogotá cuenta con lineamientos para atención de salud bajo un enfoque diferencial (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022), no existen reportes de implementación efectiva.

### 1.1.1. Contexto global

En el Reino Unido se han identificado barreras y facilitadores para la implementación de tecnologías digitales en los sistemas de salud mental, destacando la importancia de contar con acceso a servicios de salud mental adecuados y sensibles a las necesidades de la población LGBTIQ+, dado que esta población enfrenta tasas más altas de problemas de salud mental en comparación con sus pares heterosexuales, en gran parte debido a la discriminación, el estigma y la violencia (Berardi et al., 2024).

Las intervenciones digitales en salud mental ofrecen la oportunidad de superar barreras al proporcionar un acceso más anónimo y flexible a la ayuda. Es fundamental que estas tecnologías se diseñen e implementen considerando las necesidades específicas de la población LGBTIQ+ para asegurar que sean inclusivas y efectivas. El co-diseño de soluciones digitales con la participación de la población LGBTIQ+ puede ayudar a garantizar que estas herramientas sean relevantes y culturalmente competentes. Además, la educación y capacitación de los proveedores de servicios de salud en competencia cultural y sensibilidad hacia las necesidades de la población LGBTIQ+ son esenciales para mejorar el acceso y la calidad de la atención (Berardi et al., 2024).

Con respecto al trato del personal de salud hacia la población LGBTIQ+ en Chile, mencionaron que las personas sienten incomodidad al no recibir un trato adecuado desde su ingreso a las instituciones de salud, destacando la necesidad de capacitación del personal para una atención integral, evidenciando deficiencias en la indagación y el respeto por el nombre, así como tratos descorteses e irrespetuosos (Balbontín Steinert et al., 2023).

De manera general, en Latinoamérica y el Caribe, entre el 2005 y 2020, la atención brindada por profesionales de la salud a población trans demuestra una baja formación de las y los profesionales sobre la identidad de género, el enfoque diferencial y la necesidad de realizar un abordaje integral para el acceso a la salud de las diversidades sexuales (Hoyos Hernández et al., 2023). Por ejemplo, en países como Perú, se evidencia que el sector salud es la segunda instancia después de la policía, donde ocurre discriminación en la comunidad LGBTIQ+ (Martín Jaime, 2013).

En 2024, se reportó en México que, en la comunidad transexual, la discriminación afecta el acceso a la salud, causado por la falta de comunicación entre los sistemas jurídico, educativo y cultural, bajo una postura social en donde existe el individuo binario como un ideal, lo cual también ha sido influenciado porque desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se consideraba hasta hace poco la transexualidad como una enfermedad mental, ahora considerada clínicamente discordancia de género, igualmente muestra cómo la falta de un sistema educativo fortalecido en derechos humanos, recae como barrera de acceso de la población transexual, sumado a los altos casos de violencia hacia la población LGBTIQ+ de México. También se evidencia que existe desinformación de los profesionales de la salud sobre protocolos, aunque en México existe el Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTIQ+, el cual es una herramienta valiosa para la garantía al derecho a la salud, la desinformación por parte de los profesionales de la salud desprotege a dicha población, lo que conlleva a la continuidad en la vulneración de los derechos (Sierra, 2024).

Por otro lado, durante el XX Congreso de Investigación en Salud Pública, Salazar (2025) presentó la experiencia "Implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición (PrEP) para VIH en el Primer Nivel de Atención", desarrollada en la Clínica de Medicina Familiar "Ermita" del ISSSTE. Esta iniciativa, alineada con las estrategias del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ONUSIDA del 2022, adaptadas al contexto mexicano, buscó prevenir el VIH mediante un modelo de atención integral. El programa incluyó tres componentes clave: capacitación del personal en plataformas oficiales, adquisición de insumos (pruebas rápidas y medicamentos), y atención médica bajo criterios normativos. Si bien el 60% del personal completó la formación —evidenciando avances—, se identificaron barreras como la falta de psicólogos, recursos limitados, dependencia de laboratorios externos y baja autonomía institucional.

Asimismo, se reportaron estigmas asociados al VIH, escasa difusión del programa y desinterés de algunos profesionales, factores que afectaron tanto el acceso como la calidad del servicio. Pese a estos desafíos, el proyecto demostró la viabilidad de implementar la PrEP en el primer nivel de atención, destacando su potencial replicabilidad si se abordan las barreras estructurales y culturales.

Esta experiencia evidencia que, incluso en iniciativas bien estructuradas, persisten obstáculos institucionales como, por ejemplo, la falta de personal capacitado, baja priorización presupuestaria, y barreras socioculturales, como el estigma hacia la población, limitando la efectividad de las intervenciones.

Dichas barreras coinciden con las documentadas en instituciones de salud de Bogotá, especialmente en la atención a personas LGBTIQ+, es por ello por lo que, se resalta la necesidad de políticas con enfoque diferencial que garanticen el derecho a la salud desde perspectivas inclusivas y libres de discriminación, así como la asignación de recursos suficientes para su implementación.

Otro expositor en el mismo congreso, en su artículo aún no publicado, destaca la importancia de un enfoque diferencial que considere los determinantes sociales, el estrés de minorías y la participación comunitaria para mejorar la atención en salud mental para la población LGBT en México. Además, menciona cómo la discriminación y exclusión en los servicios de salud para esta población generan un estrés crónico que se relaciona con el incremento de su vulnerabilidad a problemas de salud mental como ansiedad, depresión e ideación suicida y se subraya el papel de la bioética social como herramienta para democratizar las políticas públicas, redistribuir el poder y construir sistemas de salud más justos e inclusivos, enfrentando las desigualdades estructurales y promoviendo la justicia social en salud mental y derechos humanos (Orihuela-García, 2025).

Este enfoque resulta pertinente para la presente investigación, que busca verificar la implementación de rutas de atención diferencial para personas LGBTIQ+ en instituciones de salud en Bogotá, así como establecer recomendaciones orientadas a garantizar una atención equitativa y respetuosa de los derechos humanos.

### 1.1.2. Contexto local

Colombia se ha destacado en América Latina por tener marcos legales sólidos en defensa de los derechos de la población LGBTIQ+. En el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, se menciona el derecho a la salud y la garantía del Estado en la prestación del servicio de salud a la población colombiana (Constitución Política de Colombia de 1991., 1991), pero, pese a los avances jurídicos, esta población sigue siendo objeto de rechazo, discriminación y estigmatización.

En el ámbito de la salud, es crucial garantizar que los procesos y acciones de promoción, prevención y atención de la salud de la población LGBTIQ+ estén alineados con el acceso a la atención médica y el respeto a la dignidad humana. En Villavicencio, por ejemplo, se han documentado barreras de acceso para las personas de esta comunidad, lo que demuestra que la orientación sexual aún influye en la atención, evidenciado con estereotipos y prejuicios por parte del personal de salud (León Murillo et al., 2023). En Bogotá, se indagaron experiencias sobre la atención en salud en consultas de medicina general para la población LGBTIQ+ tanto a la población en mención como a los profesionales de la salud, donde la diversidad sexual sigue siendo una barrera de acceso para la adecuada atención dada por la persistencia de los juicios de valor de los profesionales de la salud y que conllevan a problemas éticos del actuar médico, así como el no reconocimiento de las políticas públicas de la población LGBTIQ+ (Arenas, 2018).

En Bucaramanga, se realizó un estudio sobre las barreras de atención para los hombres trans, evidenciándose que persisten las barreras económicas, sociales, administrativas y de calidad, así como la pobre formación de los profesionales de la salud para atender la población trans, y la ausencia de protocolos y rutas de atención específicas en servicios de salud como el de ginecología, lo anterior también reflejado en la permisividad de las instituciones de salud frente al cumplimiento normativo que se evidencie a través de trato respetuoso y una atención en salud que cumpla con las necesidades de la población trans (Gelvez Parra, 2024).

Lo anterior deja entrever que hay una diciente necesidad de eliminar las barreras de acceso, a través de la implementación efectiva de políticas públicas existentes en Colombia, y de protocolos, lineamientos y rutas de atención también existentes en el territorio, y, paralelamente, la necesidad de formación de los profesionales de la salud para la atención de la población LGBTIQ+, favoreciendo el buen trato y la humanización.

De igual manera, en Cali, en el 2018, se realizó un estudio sobre el acceso a los servicios de salud en mujeres transgénero, donde se evidenció la persistencia de barreras de acceso por falta de implementación efectiva de políticas públicas, reiterando la necesidad de establecer protocolos de atención diferencial, ya que la falta de estos favorece el aumento de riesgos en la salud, en este caso en particular, de las mujeres trans (Domínguez et al., 2018).

Para abordar esta problemática, es crucial cumplir con la legislación colombiana, como la Ley 1482 de 2011, que sanciona la discriminación en salud por motivos de orientación sexual e identidad de género (Ley 1482 de 2011, 2011), así como los marcos normativos específicos como el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Ruíz et al., 2022), la Resolución 2626 de 2019, que establece el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (Resolución 2626 de 2019, 2019), la Resolución 3100 de 2019 sobre requisitos de habilitación de instituciones de salud (Resolución 3100 de 2019, 2019) la Resolución 2138 de 2023 sobre lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud (Resolución 2138 de 2023, 2023a). A nivel de distrito Bogotá se destaca el Decreto 467 de 2024 sobre la adopción de la política pública LGBTIQ+ (Decreto 467 de 2024, 2024), que busca garantizar el derecho a la salud en coherencia con los determinantes sociales en salud de la población.

### **1.1.3. Problema concreto**

Teniendo en cuenta el derecho a la salud para la población LGBTIQ+, se han impartido políticas y lineamientos para implementarlo en las instituciones de salud brindando una atención sin barreras ni discriminaciones, pero persiste discriminación por parte de los/as profesionales de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Aún no se han implementado rutas efectivas de atención para población LGBTIQ+ y persisten las barreras para acceder a los servicios de salud, lo cual afecta la calidad del servicio y por supuesto, la satisfacción del/la usuario/a/e. De este modo, es relevante generar una propuesta que aporte a la garantía del derecho a la salud para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá.

## **1.2. Pregunta de investigación**

¿Cómo aportar en la garantía del derecho a la salud bajo un enfoque diferencial, para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá?

### **1.3. Objetivos de investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Generar una propuesta para aportar en la garantía del derecho a la salud, bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+, en las instituciones de salud de Bogotá.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Diagnosticar el estado de la prestación del servicio de salud para la población LGBTIQ+ en Bogotá.
2. Verificar la implementación de las rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud.
3. Establecer recomendaciones para la efectiva implementación de una ruta de atención diferencial.

### **1.4. Justificación de la investigación**

El acceso a la atención médica implica la prestación de un servicio de alta calidad y no sólo lo básico, razón por la que es fundamental alcanzar una verdadera igualdad para todos los grupos humanos. El personal de salud debe actuar para responder adecuadamente a las demandas diferenciales de la población LGBTIQ+, por lo que es importante contribuir a reflexionar sobre factores (expuestos a situaciones de discriminación y marginación y falta de enfoque diferencial) que pueden interferir en la garantía de su derecho a la salud (Chance, 2013).

En la encuesta exploratoria de las experiencias de personas trans que han utilizado los servicios de salud en Colombia realizada por el Ministerio del Interior en el 2018 (Hoyos Hernández et al., 2023; León Murillo et al., 2023; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022), el 69% piensa que no les brindan atención inclusiva, el 57% no los usa por temor a que su género afecte la atención, el 83% considera que las y los profesionales de la salud no tienen entrenamiento y capacidades para atender a las personas trans. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la atención de las instituciones de salud, en este caso de Bogotá, para que pueda garantizarse la prestación de los servicios de salud, sin barreras ni discriminaciones por género.

En este sentido, en Colombia, especialmente en Bogotá, se establecieron lineamientos en 2019 para la atención en servicios de salud, abordando el enfoque diferencial de género y la no discriminación, con el respaldo de organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Alcaldía Mayor de Bogotá (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2019).

Además, en 2021 se impartieron directrices específicas para la atención en salud de las personas trans y no binarias (Hoyos Hernández et al., 2023; León Murillo et al., 2023; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022), pero se desconoce el estado de la implementación de las normativas en las instituciones de salud, y pocos estudios disponen de investigaciones que aborden específicamente la garantía del derecho a la salud con enfoque diferencial en la capital del país.

En 2023, el Ministerio de Salud mediante el decreto 2183, publicó acciones transversales obligatorias para la implementación del enfoque diferencial de género en salud al aseguramiento, representado en las Entidad Promotoras de Servicios (EPS) y entes territoriales, así como a la prestación representada en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), entre los que se destaca específicamente el enfoque para la población LGBTIQ+, a través del fortalecimiento del talento humano, incluido el administrativo, el contar con una red de referencia de interés para la población, comunicación y divulgación de la atención con enfoque diferencial, ampliar horarios de atención, ubicar a las personas en los servicios acorde a su identidad, adoptar o adaptar protocolos de atención integral para el tránsito de género, implementar de servicios amigables, así como la garantía permanente frente al uso adecuado de pronombres que incluyan el reconocimiento de la identidad de género en los sistemas de información, fomentando y acercando a las personas de la población LGBTIQ+ al uso de servicios, sensibilizando el personal, promoviendo la empatía y adecuando baños neutros, entre otros aspectos (Resolución 2138 de 2023, 2023b). Sin embargo, no hay comprobación de su implementación.

En consecuencia, no se encuentran evidencias sobre la implementación real de una ruta atención con enfoque diferencial en Bogotá para la población LGBTIQ+, en las instituciones de salud. Por tanto, se hace necesario identificar la efectividad de los lineamientos existentes en la materia, así como proponer innovaciones en las rutas existentes o diseñar nuevas rutas que contribuyan a su implementación. Esto permitirá reducir las brechas causadas por barreras de

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

acceso y discriminación, mejorando así la calidad de los servicios de salud para la población LGBTIQ+.

## **2. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.1. Marco teórico**

#### **2.1.1. Salud desde el enfoque de derechos humanos**

De acuerdo con la OMS, la salud es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p. 1), sin embargo, a través de su evolución, el concepto de salud no solo hace referencia al bienestar, sino que va más allá, porque su percepción depende de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales (Felipe y Otálvaro, 2021). Como lo indica Cáceres (Cáceres et al., 2013 p. 699),

gozar de buena salud no es solamente no tener enfermedad, incapacidad o disfunción; es también disfrutar de un bienestar razonable en todas las facetas de nuestra vida personal e interpersonal. Garantizar el derecho a la salud significa proteger el derecho inalienable a la vida del que gozan todos los seres humanos.

Así, la salud es un derecho concebido desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Los derechos humanos son fundamentales para proteger y preservar la humanidad, asegurando que todas las personas puedan vivir una vida digna. La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece principios esenciales en este sentido (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948). En su artículo 25, se establece que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948, par. 1).

Esta disposición subraya la importancia de garantizar el acceso a la atención médica y otros servicios esenciales como parte integral de los derechos humanos universales. De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos (ACNUDH), el derecho a la salud es un derecho inclusivo, es decir que se contribuye a través de factores como la accesibilidad,

la disponibilidad, la aceptabilidad, la buena calidad y la participación, sin embargo, también precisa que no hay que confundir el derecho a la salud con el derecho de estar sano, ya que estar sanas depende de las mismas personas, y si bien el estado debe garantizar la prestación de los servicios de salud, también se debe trabajar en la discriminación, la pobreza, la estigmatización y otros factores socioeconómicos que influyen en los determinantes de la salud (Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos [ACNUDH], 2025).

No obstante, la discriminación persistente hacia ciertos grupos socava estos principios fundamentales. Cuando las personas son objeto de discriminación por cualquier motivo, recurren a diversas alternativas para procurarse algún grado de bienestar, ya que el estado no siempre les proporciona la diversidad, equidad e inclusión necesarias. Según la OMS, los gobiernos deben trabajar para erradicar la discriminación en cualquier manifestación y asegurar que todos tengan acceso equitativo a la atención médica y a los elementos fundamentales que influyen en la salud (Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas, 2008).

En la Declaración de Montreal sobre Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales, en julio de 2006 en Canadá, se

delinean una serie de derechos y libertades relativos a las personas LGBT que deben ser universalmente garantizados. Engloba todos los aspectos de los Derechos Humanos, desde la garantía de las libertades fundamentales a la prevención de discriminación en materia de sanidad, educación e inmigración (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022, p. 15).

Posteriormente, en 2007, se establecieron los 29 principios de Yogyakarta, relacionados con la orientación sexual e identidad de género, con el fin de orientar la interpretación y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos, para prevenir abusos y dar protección a los derechos de la comunidad LGBT (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022).

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de Colombia, en el marco de la garantía del Derecho a la Salud (Ruíz et al., 2022), en Colombia la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud ha consagrado que la salud es un derecho autónomo e irrenunciable tanto en el aspecto individual como en el colectivo (Ley Estatutaria 1751 de 2015, 2015). En este sentido, todas las personas sin importar sus particularidades tienen el derecho de que se les garantice “el acceso a

los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y para la preservación, mejoramiento y promoción de su salud” (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de Colombia, 2022, p. 350).

De este modo, en Colombia, se creó la Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en donde se reconoce la sexualidad desde sus diferentes dimensiones, más allá de la biológica o de credos religiosos, centrándose en un marco de referencia laico fundado en los derechos de la población (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -, 2019). Esta política se encuentra inmersa en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en su capítulo 10, relacionado con acciones diferenciales para población LGBTIQ+, en el eje estratégico gestión integral de la atención primaria en salud.

En Bogotá, en 2024 se adoptó la política pública para la garantía de los derechos de las personas LGBTIQ+, identidad de género y orientaciones sexuales en el distrito, y resuelve, entre otros aspectos, el diseño y aplicación de protocolos de atención, rutas y redes de servicios especializados, de manera sistemática, en los servicios públicos sociales (Decreto 467 de 2024, 2024).

En este contexto, la población LGBTIQ+ se enfrenta a una vulnerabilidad particular en relación con el ejercicio de sus derechos humanos, incluido el acceso a servicios públicos como la salud. La discriminación y los prejuicios basados en la orientación sexual o la identidad de género crean barreras significativas que obstaculizan su acceso a la atención médica y el bienestar general.

### **2.1.2. Salud desde el enfoque diferencial**

El Ministerio de Salud de Colombia, en su informe sobre transversalización del enfoque diferencial, lo define como “una construcción cultural e histórica en la que existe la necesidad de reconocer la identidad, la diversidad y las diferencias individuales y de colectivos como titulares de derechos, de esta manera, adoptar medidas que hagan real y efectiva la igualdad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b, p. 1), es decir que, las particularidades que diferencian a la población no impide que sean tratadas con igualdad, a su vez continua la definición, aclarando que “(...) desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el Enfoque de Derechos desde los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana”(Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b, p. 1).

El enfoque diferencial permite comprender y visibilizar las dinámicas de discriminación y exclusión social en la ciudad, de tal forma que desde ahí se establezcan acciones para la transformación desde la equidad y el desarrollo humano.

La Ley de Víctimas, en su artículo 13, define el enfoque diferencial como el reconocimiento de las poblaciones con “características particulares debido a su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad” (Ley 1448 de 2011, 2011, p. 4) .

Como lo indican Gallo Restrepo et al. (2014), el enfoque diferencial genera un marco explicativo y comprensivo de la realidad social que viven grupos que históricamente han sido excluidos y marginados de la sociedad, y permite formular un concepto de lo que se considera un grupo en condición de vulnerabilidad, con el fin de plantear acciones específicas para intervenir tales condiciones. Una vez se da validez a la existencia teórica de grupos vulnerables, en este caso particular la población LGBTIQ+, se define cómo atenderla, y el porqué de la necesidad de hacerlo (Gallo Restrepo et al., 2014).

De acuerdo con lo anterior, desde la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud en Colombia, se entiende por enfoque diferencial a una estrategia integradora para atender las diferentes necesidades de la población, es una respuesta que debe dar el sistema de salud para velar que se cuente con los recursos necesarios (desarrollo de nuevas competencias del talento humano empoderados) para atender a una necesidad social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

El enfoque diferencial, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2019), es entendido como el reconocimiento de la equidad de las personas y grupos, con necesidades específicas, y que deben ser tenidas en cuenta para alcanzar su igualdad, disminuyendo situaciones de inequidad, que dificulte el goce efectivo de los derechos.

Esto significa para la salud pública, de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que

las aspiraciones derivadas del contrato social basado en derechos, relativas al logro del más alto nivel de salud posible, se deben dar sin discriminaciones por ninguna razón y con acciones afirmativas que prevengan, superen, corrijan y reparen cualquier condición o

situación en las que se generen desigualdades y brechas de equidad (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de Colombia, 2022, p. 298).

Un enfoque diferencial en salud reconoce y aborda las particularidades e inequidades dentro de ciertos grupos poblacionales, incluyendo aquellos discriminados por su orientación sexual o identidad de género. Este enfoque busca garantizar una adecuada atención, protección y garantía de derechos, ajustando la oferta institucional para asegurar el acceso equitativo a bienes y servicios, reconociendo las especificidades de los distintos grupos. Esto es crucial para la población sexualmente diversa, ya que enfrentan discriminación basada en estereotipos, prejuicios y comportamientos construidos social y culturalmente, lo que impide la garantía plena de sus derechos (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022).

Por lo anterior, el Ministerio de Salud de Colombia creó el procedimiento de gestión para la inclusión del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud y protección social, para personas en vulnerabilidad, familias y colectivos (Ministerio de Salud, 2020). Este procedimiento indica que el estado debe adoptar una serie de medidas fundamentales, iniciando por la promoción de la igualdad y eliminando la discriminación.

Para ello se deben adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables, esto incluye considerar no discriminatorias las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de derechos de la población con diversidad sexual. Así, también, debe garantizarse que se respeten los principios de igualdad, equidad, no discriminación y no estigmatización, adoptando medidas para garantizar el ejercicio y protección de los derechos de toda la sociedad, especialmente de aquellos grupos poblacionales que requieren protección especial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

En el marco del avance en la implementación de políticas públicas, se encuentra el plan nacional de acción para la garantía de los derechos de las personas LGBTIQ+. Este plan, aprobado en 2018, establece las acciones que se deben implementar para cumplir con la Política Pública Nacional LGBTIQ+ en lo referente a la implementación de un modelo de atención integral en salud con enfoque diferencial dirigido a las personas LGBTIQ+ (Alcaldía de Bogotá, 2020).

A partir del desarrollo de talleres de asistencia y acompañamiento técnico, así como del fortalecimiento de capacidades para la ejecución de centros de escuchas y la activación de rutas en

el marco del MAITE y las Rutas Integrales de Atención (RIAS), se realizaron jornadas de formación a profesionales asistenciales en temas relativos a la atención individual en salud integral a mujeres y hombres transgénero, enfocadas en brindar herramientas para la atención diferencial dentro del MIA y la RIAS (Alcaldía de Bogotá, 2020). Con ello, se subraya la importancia de la atención de las y los profesionales de la salud frente a las reacciones en cadena que implican el proceso de victimización y revictimización y que conducen a que esa población enferme.

Por otro lado y teniendo en cuenta el objetivo de desarrollo sostenible número 3, sobre salud y bienestar, en Colombia se han fortalecido los determinantes sociales a través MAITE, de acuerdo con la Resolución 2626 de 2019 (Resolución 2626 de 2019, 2019) , en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Ruíz et al., 2022), que buscan la garantía del derecho a la salud de toda la población, incluido el enfoque diferencial para personas LGBTIQ+, por tal razón, el Ministerio de Salud, estable que se deben incluir protocolos de atención con enfoque diferencial, como parte de los requisitos mínimos habilitadores de las instituciones de salud, a través de la Resolución 3100 de 2019 (Resolución 3100 de 2019, 2019). Recientemente, la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la circular externa 202415100000011-5 de 2024, dictó instrucciones para la inspección, vigilancia y control para la garantía del derechos de la salud de personas trans, para las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, entidades promotoras de servicios de salud EPS y demás entes territoriales, donde se resaltan, entre otras, la capacitación al personal administrativo, de salud, vigilancia y servicios generales sobre el enfoque diferencial, de género y orientaciones, para brindar atención con respeto; que incluye la vigilancia sobre las IPS por parte de los entes territoriales para que se garantice la atención integral de las personas trans; el registro del nombre identitario; y disponer de protocolos y demás documentos sobre la atención diferencial y de calidad para las personas trans (Circular Externa 202415100000011-5 de 2024, 2024).

### **2.1.3. Discriminación por causa de diversidad sexual**

De acuerdo con Profamilia, la diversidad sexual se refiere a la posibilidad que tiene una persona de vivir su orientación sexual e identidad de género libre y responsable (Profamilia, 2025). Para abordar la diversidad, se da claridad sobre definiciones de orientación sexual, identidad de género, identidad sexual e intersexualidad. La orientación sexual se refiere a la atracción sexual

hacia una persona del mismo género, del género opuesto o a ambos géneros (American Psychological Association, 2025). La identidad de género hace referencia a cómo la persona se identifica, como hombre o mujer, independientemente de su sexo biológico (American Psychological Association, 2025), tal como lo plantean Cáceres et al. (2013) en su ejemplo: “si una persona nacida como hombre se identifica como mujer, puede esperar que se le llame mujer trans (en el caso contrario hablamos de hombre trans)”(p. 699).

La identidad sexual, por su parte, se refiere a la identificación de una persona, según identidad de género, como hombre o mujer y según su orientación sexual, hacia personas del otro, del mismo o de ambos géneros (American Psychological Association, 2025), es decir, como hombre heterosexual, gay o bisexual; o como mujer heterosexual, lesbiana o bisexual. Para entender mejor el concepto, Cáceres et al. (2013) precisan:

nótese que esta clasificación es independiente de la identidad de género, de modo que una mujer trans atraída por hombres sería una mujer trans heterosexual; igualmente, un hombre trans atraído por mujeres sería un hombre trans gay; y así sucesivamente, clasificación que puede parecer contraintuitiva, pero que resulta de una aplicación lógica de las categorías integradas (p. 699).

Por último, intersexual es la persona que nace con alteraciones genéticas u hormonales, es decir, nace con caracteres sexuales primarios que no corresponden a su sexo genético, o puede ser genéticamente hermafrodita, con características físicas que lo reflejan (American Psychological Association, 2025).

Sin embargo, es importante mencionar que la diversidad sexual, en este caso, la homosexualidad, fue considerada un trastorno y fue incluido en 1952 por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su primer Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, pero en 1973 fue retirado al considerar que la homosexualidad *per se* no conlleva impedimento en juicio, estabilidad, confiabilidad o capacidades sociales y vocacionales (Cáceres et al., 2013). En 1975, la Asociación Psicológica Americana al ver la nueva posición de la APA, realizó un llamado a los profesionales de la salud para que ayuden a abolir el estigma asociado a la orientación sexual como enfermedad mental (Cáceres et al., 2013). De igual manera, la OMS en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE o ICD-9, 1977), incluyó la

homosexualidad como una enfermedad mental hasta 1990 (Cáceres et al., 2013). Lo anterior, deja en evidencia que, al considerar en este caso la homosexualidad como una enfermedad mental hasta la década de 1990, existe un estigma social en particular en el campo de la medicina que históricamente se ha construido, y a la luz de hoy, persiste en los imaginarios a pesar de los avances para la reducir la estigmatización y, en consecuencia, la discriminación.

Desde la década de 1970, en Estados Unidos, se viene desarrollando la Teoría Queer, y su mayor representante ha sido Judith Butler; esta teoría se basa en la lucha por normalizar la identidad de género sin caer en diferenciaciones ((Motta, 2016), es decir que, el ser humano debe ser tratado sin categorías de identidad de género.

La accesibilidad, como característica de los servicios de salud, determina que las personas accedan a los servicios de salud, bajo cuatro componentes: la no discriminación, la accesibilidad en la infraestructura, la asequibilidad, y el acceso a la información (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -, 2019). En el 2006, las Naciones Unidas adoptaron los principios de Yogyakarta, estableciendo en el principio 17, el disfrute al derecho a la salud sin discriminación, lo que permite a los estados adoptar medidas para prevenir y erradicar la discriminación en la comunidad LGBTIQ+ (Ministerio de las Mujeres, 2023).

La discriminación, entendida como la limitación de acceso al goce del derecho a la salud, basada en la homofobia, lesbofobia y transfobia, está enmarcada en las dinámicas de los contextos socioeconómicos y culturales (Martin Jaime, 2013). Por ello, a través del abordaje de los determinantes sociales sobre la diversidad de género y orientaciones sociales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por medio de la Resolución CD52.R6, invita a los estados a abordar disparidades sobre el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población LGBTIQ+ (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -, 2019); asimismo, en coherencia con la OMS, informa que los derechos reproductivos incluyen el disfrute de la sexualidad, el satisfacer y respetar los derechos de las demás personas, bajo la protección frente a la discriminación (Ministerio de las Mujeres, 2023).

En Ecuador, en el Plan Nacional de 1998, se incluyó un capítulo sobre el derecho de las minorías sexuales, donde se menciona en su artículo 25 la no discriminación en razón a su opción sexual, y el artículo 26 sobre velar por la tranquilidad y seguridad de las personas LGBTIQ+.

Además, es importante resaltar que en Colombia la Ley 1482 de 2011 prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género en el ámbito laboral; De acuerdo con el análisis de la sentencia T-09/96, se puede inferir que toda diferencia en el trato, dada por la diversa orientación sexual, equivale a una posible discriminación (Martin Jaime, 2013).

## **2.2. Estado del arte**

De acuerdo con la OMS, desde 1948, en los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución Mundial de la Salud, la salud, más que la ausencia de enfermedades es un estado completo de bienestar físico, mental y social, es un derecho fundamental para la paz y la seguridad global que requiere la cooperación entre individuos y estados. No obstante, la desigualdad en salud es un peligro común, por lo que la salud pública requiere del conocimiento médico y la participación del público. Los gobiernos, responsables de la salud de sus pueblos, deben implementar medidas sanitarias y sociales adecuadas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

Uno de los avances importante en España, es la creación del Observatorio Madrileño contra la LGTBIfobia, proyecto creado por Arcópoli, una organización sin ánimo de lucro, que menciona en su informe de 2022, incidentes de odio motivados por las diferentes fobias hacia la población LGBTIQ+. Aunque la ciudad de Madrid es una de las ciudades más seguras para esta población debido al activismo y a que las políticas públicas contra la LGTBIfobia están más desarrolladas, se detectaron alrededor de 173 incidentes dirigidos a la población LGBTIQ+ en diferentes ámbitos. En este contexto, uno de los aspectos que preocupan es la ocurrencia de incidentes reportados en los centros de atención sanitaria, donde se han registrado manifestaciones agresivas, físicas, verbales y acosos, entre otras discriminaciones. Un caso destacado en el sector de la salud fue cinco denuncias por presuntas terapias de conversión. Según nombra el informe del Observatorio, el Consejo General de la Psicología de España, en línea con la Asociación Psiquiátrica Americana, consideran que es inadmisibles realizar este tipo de prácticas, ya que pueden desencadenar problemas mayores como el suicidio, la ansiedad y la depresión (Observatorio Madrileño contra la LGTBIfobia y Arcopoli, 2022).

Por otro lado, la sociedad estadounidense aún manifiesta prejuicios y hostilidad persistentes hacia la población LGBTIQ+, a pesar de contar con la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio

(conocida como Ley ACA, por su sigla en inglés, Affordable Care Act). Además de que el equipo médico no está aislado de estos prejuicios, se presentan disparidades en salud que enfrenta la comunidad LGBTIQ+. No obstante, se están examinando varias propuestas de soluciones, como el uso de intercambios de salud de la Ley ACA, la aplicación de estatutos estatales antidiscriminación y la promulgación de leyes federales contra la discriminación. Sin embargo, estas soluciones no abordan la raíz del problema (Chance, 2013).

Aunque la ACA tiene como objetivo ampliar el acceso a la atención médica, enfrenta desafíos para abordar la discriminación y el trato hostil hacia la comunidad LGBTIQ+ en entornos médicos. La derogación de la Sección 3 de Defensa Ley de Matrimonio (DOMA, por sus siglas en inglés) ha mejorado el acceso a la atención médica para algunas parejas del mismo sexo, pero persisten desafíos significativos. En cambio, se sugiere que la educación en competencia cultural específica para la comunidad LGBTIQ+ para los proveedores de atención médica es una solución más integral. Esta educación puede reducir las disparidades de salud al mejorar la relación entre proveedores y pacientes (Chance, 2013).

En Chile, en el 2018 se realizó un estudio sobre las principales barreras de acceso a los servicios de salud para personas lesbianas, gay y bisexuales, encontrando que la principal barrera eran los profesionales de salud y su deficiente formación desde el pregrado, recomendando que en las instituciones de salud se genere educación por medio de capacitaciones al personal y a través de la difusión de información a nivel global sobre la no discriminación y la diversidad sexual, para generar conciencia colectiva (Águila, 2018).

En Colombia, la investigación sobre las barreras de acceso y atención en salud para las personas trans es limitada. Hernández et al. (2023) mencionan algunas guías para orientar la atención en servicios de salud, como los lineamientos de atención en servicios de salud de la UNFPA, el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía del Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el UNFPA, y la Política Nacional en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud. Además, resalta la necesidad de reducir las brechas teóricas y metodológicas en los estudios con población trans, proporcionando información clave para orientar las intervenciones en salud (Hoyos Hernández et al., 2023).

La Asociación Colombiana Pro-Bienestar de la Familia Profamilia y Estado del Reino de los Países Bajos, realizaron en el 2019, una investigación para dar recomendaciones en torno a la adaptación de los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans (Calderón-Jaramillo et al., 2020). Entre ellas, se reitera la necesidad de:

Mejorar e invertir en el fortalecimiento de relaciones de confianza entre las personas trans y las instituciones prestadoras de servicios de salud, consolidar una atención centrada en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas trans, impulsar y materializar el enfoque de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas trans, eliminar toda forma de violencia, estigma y discriminación en la prestación de servicios de salud, desarrollar capacidades y entrenamiento de calidad en el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de las personas trans, asegurar la gestión de conocimiento, difusión y comunicación de esta nueva evidencia con otros prestadores de servicios de salud, sectores del gobierno y comunidad en general (p. 7).

En Villavicencio (Meta), se realizó un estudio sobre las experiencias de atención en salud de la población diversa (León Murillo et al., 2023), donde, a partir de la observación y grupos focales, se identificó que persisten barreras de acceso con las aseguradoras, y que, en ocasiones, la población LGBTIQ+ piensa que su calidad de atención se ve afectada por su orientación sexual, y que, dependiendo del o la profesional de la salud que les atienda, se ve afectada la prestación del servicio debido a prejuicios.

En Bogotá son muy pocos los estudios al respecto, sin embargo, a nivel distrital existe el Lineamiento para la atención en salud de las personas trans y no binarias (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2022), como herramienta que imparte recomendaciones de atención desde el ingreso del o la usuaria al servicio de salud de la institución prestadora, y recomendaciones a nivel de consulta, sobre aspectos relevantes para mejorar las condiciones de salud en cuanto a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, de tal forma que permita contar con mecanismos para la atención de necesidades en salud de las personas trans y no binarias, de acuerdo a los atributos de calidad de la atención en salud.

Con relación a las experiencias de la población LGBTIQ+ durante la atención en salud, se realizó en Bogotá un estudio donde se analizaron las experiencias de la población y de los profesionales de salud, donde se evidenció la persistencia de la diversidad sexual como barrera de atención por causa de los juicios de valor de los profesionales de la salud y el desconocimiento de las políticas públicas (Arenas, 2018).

Asimismo, la investigación de Mendoza et al. (2019) propuso un modelo de prestación de servicios de salud con enfoque diferencial para personas con experiencia de vida trans para una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de salud sexual y salud reproductiva en Bogotá, concluyendo que con un modelo de prestación de servicios para las necesidades de la población trans se mejora la percepción y se cierran brechas de atención en cuanto a la discriminación y desconocimiento del personal frente al trato de las personas trans.

En 2024, se realizó un estudio sobre barreras de acceso y atención en los servicios de ginecología para los hombres trans en Bucaramanga y su Área Metropolitana, en la discusión del estudio, se encuentra que las instituciones tienen protocolos pero que no han sido socializados con el personal de salud y tampoco son de acceso libre, lo que se suma a la ausencia de rutas específicas, en el caso del estudio, para hombres trans en ginecología, lo que deja entrever una deficiencia clara en el sistema de salud actual (Gelvez Parra, 2024). Asimismo, refiere que

la implementación de protocolos que promuevan la atención humana y empática, junto con rutas de atención que involucren a todos los actores relevantes, podría mejorar significativamente la experiencia de atención de estos individuos. Además, se enfatiza la necesidad de un cambio en la formación y conocimiento de los profesionales de ginecología para brindar un trato adecuado y libre de discriminación (Gelvez Parra, 2024, p. 86).

En este sentido, en 2025 en César, se realizó un estudio sobre cómo perciben los estudiantes de enfermería el cuidado hacia la comunidad LGBTIQ+ (Lemus Celin et al., 2025), resaltando que se requiere aumentar el conocimiento de enfermería de manera integral para la población desde una formación teórica previa, y se precisan las siguientes recomendaciones:

1. Implementar educación en salud y diversidad sexual y de género, incluyendo actividades como escenarios prácticos de formación, talleres y conferencias, con el fin de visibilizar las necesidades específicas de la población LGBTIQ+;
2. Actualizar las políticas y

protocolos de salud para incluir indicaciones específicas para esta población; 3. Promover la investigación sobre las experiencias de las personas sexualmente diversas en los entornos de atención de salud, analizando las ventajas y desventajas en el acceso; 4. Promover un enfoque diferencial, respetando la dignidad humana y las decisiones de los demás; 5. Promover planes de autocuidado para minimizar las necesidades de la comunidad LGBTIQ+; 6. Promover el proceso de cuidado de enfermería en el contexto clínico guiado por la teoría de Leininger; 7. Implementar temas para los contenidos curriculares que promuevan el respeto a la diversidad; 8. Aplicar políticas favorables a la diversidad para lograr una perspectiva de atención uniforme y holística; y, finalmente, 9. Difundir material educativo sobre la diversidad sexual y de género y la teoría del cuidado transcultural, que llama a aceptar las diferencias y hacer del cuidado un proceso transformador (Lemus Celin et al., 2025, p. 12).

### **2.3. Marco legal**

Constitución Política de Colombia, artículo 49: sobre la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, también habla sobre que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Constitución Política de Colombia de 1991, 1991).

Ley 1482 de 2011, que prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género en el ámbito laboral (Ley 1482 de 2011, 2011).

Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud: ha consagrado que la salud es un derecho autónomo e irrenunciable tanto en el aspecto individual como en el colectivo (Ley Estatutaria 1751 de 2015, 2015).

Decreto 062 de 2014 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, que adopta la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales- LGBTI – y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital (Decreto 62 de 2014, 2014).

Decreto 762 de 2018. Por medio del cual se adopta la política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI

y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (Decreto 762 de 2018, 2018).

Decreto 780 de 2016. Capítulo 2. Sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS (Decreto 780, 2016).

Resolución 2626 de 2019 sobre el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE que busca fortalecer los determinantes sociales para toda la población (Resolución 2626 de 2019, 2019).

Resolución 3100 de 2019, sobre habilitación de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios, refiere

El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos (Resolución 3100 de 2019, 2019, p. 73).

Resolución 2138 de 2023. Sobre la adopción de los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual (Resolución 2138 de 2023, 2023a).

Plan Decenal en Salud Pública 2022-2031, el cual establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los retos en salud pública en los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia (Ruíz et al., 2022).

Circular externa 2024151000000011-5 de 2024, de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual imparte instrucciones generales de Inspección, Vigilancia y control para la garantía del derecho a la Salud de personas trans en Colombia (Circular Externa 2024151000000011-5 de 2024, 2024).

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

Decreto 467 de 2024 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. El cual adopta la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales - LGBTI y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones (Decreto 467 de 2024, 2024).

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Postura epistemológica

A nivel académico, la investigación se inclinó por una posición epistemológica sociocrítica, que, a través de la autorreflexión crítica, buscó aportar para el cambio social desde las comunidades (Alvarado y García, 2008), es decir, a partir de la interpretación y la crítica se logra dar respuesta a necesidades específicas en las comunidades. Es así como este enfoque permitió interpretar y analizar críticamente las necesidades específicas de la población LGBTIQ+ en Bogotá, con el objetivo de generar una propuesta que contribuya a la garantía de su derecho a la salud. Para ello, se aplicaron técnicas investigativas tanto en la población objeto de estudio como en las instituciones de salud.

Adicionalmente, la investigación se enmarcó en una postura epistemológica humanista, la cual valora profundamente la experiencia humana, la subjetividad y la diversidad, mientras promueve el desarrollo integral y busca el bienestar social del individuo, es decir, el ser humano es el centro del universo en la cual gira la vida social (Salas Hartemant et al., 2020), y se pretende comprender las dinámicas culturales y sociales de la humanidad (Chanto Espinoza y Durán López, 2014). Esta perspectiva permitió comprender las dinámicas culturales y sociales que afectan a la población LGBTIQ, centrándose en sus narrativas individuales para identificar las barreras en el acceso a la salud.

Por ende, la perspectiva humanista orientó el interés en el bienestar emocional y psicológico de la población LGBTIQ+, así como hacia la incorporación de sus voces y experiencias en la formulación de políticas de salud. Por ello, se reconoció el derecho de la población LGBTIQ+ a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental, libre de discriminación por su orientación sexual o identidad de género, en línea con los principios de derechos humanos.

Asimismo, es relevante considerar que el enfoque de derechos humanos inherente al humanismo sustentó movimientos como la promoción de los derechos de la población LGBTIQ+, los cuales han generado cambios significativos en las sociedades y han contribuido a la ampliación de los derechos y libertades para diversos grupos y minorías. Por lo tanto, la investigación abordó el tema del derecho a la salud para la población LGBTIQ+ desde esta perspectiva humanista, en

la que la igualdad de género, la inclusión social, la justicia y el respeto por la diversidad son pilares fundamentales (Olivos Campos, 2023).

## **3.2. Enfoque, alcance y tipo de investigación**

### **3.2.1. Enfoque**

El enfoque de la investigación fue predominante cualitativo, con el fin de comprender las experiencias, percepciones y opiniones de la población LGBTIQ+, de profesionales de la salud y de algunas instituciones de salud. No obstante, también se incorporaron elementos cuantitativos para analizar la implementación de las rutas de atención diferencial. Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye que el enfoque fue mixto.

### **3.2.2. Alcance**

La investigación tuvo un alcance correlacional desde lo cuantitativo, ya que se buscó identificar relaciones entre variables medibles (Hernández et al., 2014), detalladas en el apartado metodológico y se midieron mediante encuestas y entrevistas semiestructuras.

Desde un enfoque cualitativo, el alcance geográfico se limitó a Bogotá, Colombia y el alcance poblacional incluyó la población LGBTIQ+, profesionales de la salud, activistas sociales y funcionarios de entes territoriales.

### **3.2.3. Tipo de investigación**

La investigación aplicada tiene como propósito resolver problemas prácticos o mejorar procesos, mediante el uso de conocimientos científicos que orienten la toma de decisiones concretas (Hernández et al., 2014). En este sentido, el propósito de esta investigación fue de tipo aplicado, ya que, más allá de analizar las barreras en la atención en salud para la población LGBTIQ+, se propuso formular recomendaciones prácticas dirigidas a las instituciones de salud en Bogotá. Este enfoque permitió ir más allá de la descripción del problema, aportando soluciones viables y alineadas con el enfoque de derechos humanos y diferencial que sustentó el estudio.

A nivel cuantitativo la investigación es de metodología retrospectiva, porque indaga por implementación de protocolos de atención diferenciales a la población LGBTIQ+ a partir de experiencias pasadas. Con relación a la investigación cualitativa la metodología es

fenomenológica, a partir de entrevistas y grupos focales, se pretende la comprensión de las experiencias vividas por la población LGBTIQ+ y actores del sistema, en torno a la implementación de protocolos de atención diferenciales, y cuyo análisis de datos pretende captar la naturaleza del fenómeno de estudio.

### **3.3. Población y muestra**

#### **3.3.1. Definición de la población**

##### **Población LGBTIQ+**

Este estudio se centró en personas de la población LGBTIQ+ que residían en Bogotá. En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) incluyó la identificación de la orientación sexual e identidad de género en el rediseño de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Esta medida buscó disminuir la invisibilidad estadística de la población LGBTIQ+ (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2024).

La GEIH es la encuesta más extensa y representativa del país. Por lo que, de acuerdo con esta información del boletín técnico, estimó que en Colombia en el periodo de febrero de 2023 a enero de 2024 existen aproximadamente 477 mil personas se identificaron como parte de la población LGBT que correspondiente al 1,3% de la población mayor de edad en el país (DANE, 2024). Esta cifra sirvió de base para establecer la representatividad de la población en Bogotá en el contexto de este estudio, al ser la capital una de las ciudades con mayor concentración poblacional del país.

Los hallazgos del DANE contrastaron con estimaciones globales reportadas por el informe de Ipsos LGBT+ Pride 2023 Global Survey Report (Ipsos, 2023) en el que se encuestaron a 30 países, señaló que en promedio el 3% de la población se identificaba como gay o lesbiana, el 4% como bisexual, y el 1% en cada caso, como pansexual/omnisexual y asexual. En cuanto a identidad de género, el 1% de la población global se identificó como transgénero, mientras otro 1% se identificó como no binario, de género no conforme o de género fluido. Por lo anterior, se puede establecer que al menos el 10% de la población se identificó perteneciente a la población LGBTIQ+. En Latinoamérica, esta visibilidad es mayor, con Brasil liderando en número de personas que se autoidentificaron como LGBT+, mientras que Perú ocupó el extremo opuesto (Ipsos, 2023).

De acuerdo con estudios informales y observaciones de activistas, como el señor Ricardo Montenegro, la percepción de la visibilidad de personas transgénero y no binarias ha aumentado, en línea con datos de Ipsos. Según comunicación personal con Montenegro el 2 de octubre de 2024, “el censo realizado por el DANE presentó subregistros al basarse en información autorreferencial, estimando que la población LGBTIQ+ en Colombia es de aproximadamente 500.000 personas, una cifra significativamente inferior a la estimada por Naciones Unidas”. Además, resaltó que, debido al estigma y prejuicio, muchas personas no revelan su identidad, especialmente en zonas rurales, lo que hace que las estimaciones globales sean desaconsejadas. Por esta razón, Montenegro (comunicación personal 2 de octubre de 2024) refiere que “se utilizó como referencia general una estimación del 10% de la población, lo que equivale a cerca de 5,1 millones de personas LGBTIQ+ en Colombia, con variaciones entre zonas urbanas (12-14 %) y rurales (6-8 %)”.

Según el último censo realizado por el DANE en 2018, Bogotá contaba con aproximadamente 7.181.469 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2018). Para 2024, los datos de Salud Data estiman que la población ha aumentado a cerca de 7.929.539 personas, representando un incremento aproximado del 11,4 % en seis años (Secretaría de Salud, 2024).

En cuanto a la población de 18 a 59 años, Salud Data estimó que asciende a 5.015.252 residentes en todas las localidades de Bogotá (Secretaría de Salud, 2024). Considerando que alrededor del 10 % de la población en Bogotá se identificarían como parte de la población LGBTIQ+ (según los análisis anteriores), esto equivaldría aproximadamente a 501.525 personas, a partir del estimado poblacional actual.

### **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (REPS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024), en Colombia se registraron 58.573 prestadores habilitados para prestar sus servicios de salud. De estos, en Bogotá se concentraron 13.748 prestadores (24% del total nacional). En este sentido, de esa cifra, 11.942 (86%) fueron profesionales independientes, es decir, profesionales que prestan sus servicios en consultorios particulares; 1.493 (11%) son IPS, es decir instituciones prestadoras de servicios de

salud; y el restante 313 (3%) eran empresas de transporte asistencial (ambulancias) y de objeto social diferente (colegios, universidades, entre otros).

Para la investigación, se seleccionó a partir de los datos del REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024) la caracterización en las IPS (1.493 que representan el 11% de los prestadores habilitados en Bogotá). Según con su naturaleza jurídica 1.484 (99%) fueron privadas, 8 públicas (0,6%), y una mixta (0,4%). De acuerdo con su Número Único Tributario (NIT), y sin tener en cuenta las sedes y relacionando los servicios según su complejidad, 89 IPS (6%) ofrecieron servicios de alta complejidad, como servicios oncológicos, medicina nuclear, unidades de cuidado intensivo, entre otros; 1.007 (67%) contaron con servicios de media complejidad, como servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa especializada y radiología; 224 (15%) ofrecieron servicios de baja complejidad, como servicios de consulta externa general, hospitalización y urgencias básicas, entre otros; 97 IPS (6%) no tenían complejidad porque hacían referencia a servicios de apoyo diagnóstico como laboratorio clínico, rehabilitación y radiología odontológica; y de 76 IPS (5%) no se contó con información completa.

### **3.3.2. Cálculo y selección de la muestra**

#### **Población LGBTIQ+**

Para la población LGBTIQ+, se aplicó un muestreo probabilístico (95% de confianza, 5% de error), obteniendo un tamaño muestral de 384 personas que cumplan con los criterios de inclusión.

$$n = (1.96^2 * 0.5 * 0.5) / (0.05^2) = 0.9604 / 0.0025 = 384.16$$

#### *CRITERIOS DE INCLUSIÓN:*

Personas mayores de 18 años que se autoidentificaron como lesbianas, gay, bisexuales, transgénero, queer, intersex o no binarias, residentes en Bogotá, Colombia, con acceso a internet, que estaban dispuestos a participar en las diferentes actividades de recolección de información y que habían accedido a los servicios de salud en el último año.

*CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:*

Personas LGBTIQ+ menores de 18 años o mayores de 60 años, que no residían en Bogotá, que no podían participar en las actividades de recolección de información debido a barreras de idioma o discapacidad, y que no habían accedido a los servicios de salud en los últimos 12 meses.

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**

Teniendo en cuenta que son 224 las IPS de baja complejidad, se calcula la muestra para un muestreo probabilístico con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%:

$$n = ((1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) \times 224) / ((0.05^2) \times (224 - 1) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)) \approx 141.72$$

Dando un resultado de 142 IPS.

*CRITERIOS DE INCLUSIÓN:*

IPS con servicios de baja complejidad habilitadas en la ciudad de Bogotá, desagregadas por NIT.

*CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:*

IPS con servicios de alta y media complejidad por NIT.

Sedes de IPS con servicios de alta, media y baja complejidad.

### **3.3.3 Método de muestreo**

**Entrevistas a profundidad:**

Se empleó un muestreo por conveniencia, seleccionando a los funcionarios de entidades gubernamentales vinculados al ámbito de la salud. En el caso de los activistas y líderes de organizaciones LGBTIQ+, se consideró que fueran representantes activos y preferiblemente con experiencia en temas de salud. Respecto a los profesionales de la salud en las instituciones, se seleccionaron aquellos con experiencia directa en la atención. De este modo, todos los participantes fueron seleccionados en función de su facilidad de acceso y disposición para colaborar.

### **Encuestas:**

En el caso de las encuestas dirigidas a usuarios LGBTIQ+, se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, garantizando representatividad estadística.

### **Revisión documental:**

Se aplicó un muestreo aleatorio a 142 IPS para identificar la existencia de una ruta de atención diferencial.

### **Revisión de lineamientos internacionales**

Se implementó un muestreo por conveniencia de países de Latinoamérica.

### **Grupos focales:**

Se implementó un muestreo por conveniencia con participantes de la población LGBTIQ+ disponibles que aportaron perspectivas relevantes para el estudio.

## **3.4. Diseño metodológico**

Este estudio adoptó un enfoque mixto, con el objetivo de obtener una visión integral y holística de la situación. Se combinaron los enfoques cualitativo y cuantitativo para dar respuesta al objetivo general de generar una propuesta que aporte a la garantía del derecho a la salud, bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá. En consecuencia, se utilizaron técnicas de recolección de información alineadas con los tres objetivos específicos planteados al inicio de la investigación:

### ***Objetivo No. 1: Diagnosticar el estado de la prestación del servicio de salud para la población LGBTIQ+ en Bogotá***

Se implementó un proceso estructurado que incluyó entrevistas semiestructuradas a:

- Un funcionario de la Secretaría de Salud de Bogotá de la dirección de provisión de servicios de salud, con el fin de analizar las perspectivas y acciones necesarias para implementar una atención diferencial efectiva en el sector salud. Durante la entrevista,

se exploró el marco normativo vigente, los avances en la implementación de protocolos de atención diferencial, y los mecanismos de seguimiento y vigilancia. Adicionalmente, se identificaron oportunidades y desafíos clave para garantizar el derecho a la salud de la población LGBTIQ+.

- Un activista de organizaciones LGBTIQ+ para evaluar las necesidades y oportunidades reconocidas desde el derecho a la salud. Esta entrevista proporcionó una visión crítica sobre las rutas de atención diferencial y la efectividad de los protocolos existentes. También se recopilaron propuestas de cambio y perspectivas desde la incidencia política y social, complementando las experiencias de los usuarios.
- Un profesional de la salud de una institución de salud de alta complejidad, con enfoque en sus conocimientos, actitudes y prácticas en la atención a la población LGBTIQ+. Esto permitió evaluar su preparación o capacitación para ofrecer una atención diferencial; así como identificar barreras como discriminación, fallas en la comunicación o desconocimiento de protocolos de atención. Asimismo, como se documentó la implementación real de las rutas de atención en los servicios.

Se realizó una revisión sistemática de protocolos y lineamientos institucionales disponibles en las plataformas digitales oficiales de las IPS (sitios web institucionales y redes sociales verificadas). Adicionalmente, se revisó el contenido digital para identificar menciones explícitas sobre inclusión o atención diferencial dirigida específicamente a la población LGBTIQ+. Este enfoque permitió verificar no solo la existencia formal de protocolos, sino también su visibilidad y promoción activa en canales institucionales.

Se aplicaron encuestas a usuarios LGBTIQ+ del sistema de salud para recopilar experiencias directas, necesidades, niveles de satisfacción, humanización, calidad de la atención recibida, percepciones sobre el acceso a los servicios y las actitudes de los prestadores y la efectividad de las rutas.

***Objetivo No. 2: Verificar la implementación de las rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud.***

Se realizó un grupo focal con la población LGBTIQ+, en el cual se escucharon opiniones sobre los atributos de calidad en las rutas de atención diferencial, y se identificaron y analizaron las dinámicas sociales relacionadas con su implementación. Además, estos espacios constituyeron una herramienta clave para evaluar la efectividad práctica y el impacto real en la atención de dicha población.

***Objetivo No. 3: Establecer recomendaciones para la efectiva implementación de una ruta de atención diferencial.*** Se recopilaron ideas y recomendaciones para construir una propuesta basada en las experiencias de la población LGBTIQ+ que se recogieron a través de la aplicación de los instrumentos como las encuestas a usuarios diversos que hayan usado los servicios de salud en el último año, entrevistas semiestructuradas a activistas y líderes de esta población, así como también el grupo focal con los usuarios LGBTIQ+ y los hallazgos se contrastaron con la literatura internacional para evitar sesgos locales. Paralelamente, se integraron lineamientos internacionales, guías y/o protocolos relacionados con la atención en salud con enfoque diferencial, que se encontraron mediante una revisión de documentos institucionales en bases de datos académicas como SciELO, JSTOR y Google Scholar, plataformas de organismos globales (Documentos de la OMS, ONUSIDA, PNUD, y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), usando tesauros como "LGBTIQ+ health guidelines", "enfoque diferencial en salud" o "international standards for gender diversity", teniendo como criterios de selección que se hayan publicado en los últimos 5 años, lo cual aseguró que las recomendaciones estuvieran alineadas con estándares globales de atención a esta población, especialmente de países de América Latina, donde se compararon los lineamientos, guías y/o protocolos entre los países, y se determinó cuáles son las recomendaciones comunes y no comunes de atención. El análisis se centró en identificar categorías comunes como: principios de enfoque diferencial, barreras estructurales, estrategias de formación, y participación de la población LGBTIQ+.

### 3.4.1 Variables

**Tabla 1.** Cuadro de operacionalización de variables

| <b>Variable</b>   | <b>Tipo</b>                       | <b>Definición conceptual</b>   | <b>Definición operativa</b>   | <b>Dimensiones</b>  | <b>Indicadores</b>   | <b>Escala</b> |
|---|-----------------------------------|--|---|---|--|---------------|
| <b>No. 1:<br/>Protocolos de atención con enfoque diferencial para población LGBTIQ+</b> | Cuantitativa<br><br>Independiente | El enfoque diferencial, de acuerdo con la UNFPA (2019), es entendido como el reconocimiento de la equidad de las personas y grupos con necesidades específicas, y que deben ser tenidas en cuenta para alcanzar su igualdad, disminuyendo situaciones de inequidad que dificulten el goce efectivo de los derechos. Teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo sostenible número 3 (Naciones Unidas, 2024) sobre salud y | Revisión documental de los reportes e informes de las caracterizaciones de las IPS para comprender la existencia de protocolos y guías de atención diferencial en las Instituciones de salud, con el fin de identificar el avance en la documentación e implementación. | Existencia de protocolos o lineamientos escritos.<br><br>Capacitación de los y las profesionales de salud.<br><br>Implementación de protocolos de enfoque diferencial en IPS. | Porcentaje de instituciones que de IPS que cuentan con protocolos de atención con enfoque diferencial para población LGBTIQ+.<br><br>Porcentaje de instituciones que publican protocolos.<br><br>Porcentaje de personal capacitado en temas LGBTIQ+. | Ordinal       |

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

|  |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|---|--|---|--|
|  |  | <p>bienestar, en Colombia se han fortalecido los determinantes sociales a través MAITE, de acuerdo con la Resolución 2626 de 2019 (Resolución 2626 de 2019, 2019), en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Ruíz et al., 2022) que buscan la garantía del derecho a la salud de toda la población, incluido el enfoque diferencial para personas LGBTIQ+, por tal razón, el Ministerio de Salud, establece que se deben incluir protocolos de atención con enfoque diferencial, como parte de los requisitos mínimos habilitadores de las instituciones de salud, a través de la Resolución</p> | <p>Encuestas dirigidas a la población LGBTIQ+ que hayan recibido atención en IPS durante el último año.</p> |  | <p>Porcentaje de usuarios de la población LGBTIQ+ que recibieron su atención, acorde a protocolo de atención con enfoque diferencial.</p> |  |
|--|--|--|---|--|---|--|

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

|   |                                 |   |  |                                 |  |         |
|---|---------------------------------|---|--|---------------------------------|--|---------|
|   |                                 | 3100 de 2019 (Resolución 3100 de 2019, 2019).   |  |                                 |  |         |
| <b>No. 2:<br/>Calidad de la prestación del servicio</b> | Cuantitativa<br><br>Dependiente | De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de Colombia (Ruíz et al., 2022), en el marco de la garantía del Derecho a la Salud, en Colombia la Ley 1751 de 2015 (Ley 1751, 2015) Estatutaria de Salud ha consagrado que la salud es un derecho autónomo e irrenunciable tanto en el aspecto individual como en el colectivo. En este sentido, todas las personas sin importar sus particularidades tienen el derecho de que se les garantice “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y para la preservación, mejoramiento y promoción | Encuestas a los usuarios LGBTIQ+ que han recibido atención en instituciones de salud, considerando aspectos como atención, condiciones de infraestructura y trato recibido, que influyen sobre la satisfacción general de la atención. | Satisfacción promedio percibida |  | Ordinal |

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

|   |                                     |  |   |                                 |  |                |
|---|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|--|----------------|
|   |                                     | <p>de su salud” (Ruíz et al., 2022, p. 350).</p> <p>En este sentido, el artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016 (Decreto 780, 2016), define la calidad de la atención en salud como la entrega de servicios de salud a los usuarios de forma accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, costos y riesgos, con el propósito de lograr la adherencia a los servicios de salud y satisfacción de los usuarios individuales y colectivos.</p> |   |                                 |  |                |
| <p><b>No. 3:</b><br/><b>Atención humanizada</b></p> | <p>Cualitativa<br/>Dependiente.</p> | <p>De acuerdo con la secretaria Distrital de Salud, es aquella atención que se brinda con un trato digno y respetuoso que garantice los derechos a</p>   | <p>Entrevistas dirigidas a funcionarios de entes territoriales,</p> | <p>Trato digno y respetuoso</p> |  | <p>Nominal</p> |

Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | través de atención de cuidado pertinente, ético y seguro, que promueva una cultura centrada en la buena comunicación e información, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial (Alcaldía Mayor de Bogotá DC., 2022). | activistas y profesionales de la salud y grupos focales, analizando las experiencias de la población LGBTIQ+ en relación con el trato recibido en las instituciones de salud, centrado en la dignidad y respeto. |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

Fuente: Elaboración propia

### 3.4.2 Hipótesis

1. Protocolos de atención con enfoque diferencial para población LGBTIQ+ y experiencia del servicio.

Hipótesis de investigadoras: Hasta el 80% de las instituciones de salud no cuentan con la publicación e implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+.

Hipótesis nula: Hasta el 80% de las instituciones de salud sí cuentan con la publicación e implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+.

2. Implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+.

Hipótesis de las investigadoras: La falta de implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ provoca que esta población no tenga una experiencia satisfactoria durante su atención.

Hipótesis nula: La falta de publicación e implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud no afecta la satisfacción de la población LGBTIQ+ atendida durante su atención.

3. Calidad de la prestación del servicio en términos de satisfacción de salud de la población LGBTIQ+.

Hipótesis de investigadoras: La calidad en la prestación de servicios de salud en las instituciones de salud en términos de satisfacción, promueve el uso de los servicios de salud por parte de la población LGBTIQ+.

Hipótesis nula: A pesar de que los servicios de salud se prestan con calidad en las instituciones en términos de satisfacción, la población LGBTIQ+ no utiliza los servicios de salud disponibles.

4. Atención humanizada en términos del buen trato y respeto, de los profesionales de salud y prejuicios hacia la población LGBTIQ+.

Hipótesis de investigadoras: Los prejuicios de las personas profesionales de salud afectan de manera negativa el trato brindado a la población LGBTIQ+, durante su atención.

Hipótesis nula: Los prejuicios de las personas profesionales de salud no afectan de manera negativa el trato brindado a la población LGBTIQ+, durante su atención.

### **3.5. Instrumentos de recolección de información y validación**

**Objetivo no. 1: *Diagnosticar el estado de la prestación del servicio de salud para la población LGBTIQ+ en Bogotá***

#### ***Entrevistas:***

Para el primer objetivo específico se realizaron 3 entrevistas a profundidad dirigidas a funcionaria de la Secretaría de Salud, activista social y profesional de la salud. Se utilizó un guion semiestructurado que tuvo preguntas relacionadas con la existencia, implementación y cumplimiento de protocolos de atención diferencial; percepción sobre la calidad del servicio; barreras identificadas en la prestación del servicio (ANEXO A, ANEXO B, ANEXO C).

#### ***- Validación por juicio de expertos:***

Se llevó a cabo la validación con dos jueces. La primera fue un profesional senior en investigación de mercados (ANEXO G), con diligenciamiento de “Validación de contenido por juicio de expertos. Instrumentos cualitativos” para cada instrumento (ANEXO Ga, Gb, Gc) y la otra juez es enfermera magister en salud pública (ANEXO H) con diligenciamiento de “Validación de contenido por juicio de expertos. Instrumentos cualitativos” (ANEXO Ha, Hb, Hc).

Se obtuvieron las siguientes observaciones por instrumento:

#### **1. Instrumento de entrevista dirigido a líderes y activistas sociales:**

Dimensión calidad de prestación de servicios: Se sugirió precisar el concepto de necesidad, se recomienda preguntar primero si se han percibido dificultades de acceso antes de profundizar en sus causas, nos sugieren la inclusión de la pregunta: ¿Qué considera básico o primordial en una

ruta de atención para esta población que garantice sus necesidades y elimine las barreras identificadas previamente?, y estructurar la entrevista con estos bloques: información demográfica, contexto actual del sistema de la salud y la atención, y sobre la importancia de evitar la inducción de respuestas sobre la falta de respeto.

Dimensión de atención humanizada: Se recomendó la ampliación de conceptos de buen trato y respeto para el sector salud, como única observación recibida.

Dimensión protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+: Se sugirió incluir más profesiones o cargos relacionados con la atención en la formación y capacitación. De igual manera, se recomienda cambiar la estructura con técnicas de proyección para que el entrevistado plantee un esquema de atención ideal, y, por último, identificar a qué componente del sistema de salud se refiere cada aspecto de la atención en salud.

## 2. Instrumento de entrevista dirigido a funcionarios de entes territoriales:

Dimensión de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+: Los jueces recomendaron evaluar el conocimiento previo a la normatividad, particularizar la ruta de atención en el ente territorial, especificar a qué sector de salud y a qué entidad hace referencia cada pregunta y organizar las preguntas para mejorar la cohesión.

## 3. Instrumento de entrevista dirigido a profesionales de la salud:

Dimensión de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+: Los jueces sugirieron enfatizar el rol del profesional entrevistado y eliminar una pregunta repetida.

Dimensión de atención humanizada: Se propuso incluir la pregunta sobre: ¿Ha recibido alguna PQRS sobre atención no idónea o ha recibido retroalimentación sobre su atención?, y modificar la estructura de: Cuando ha atendido a población LGBTIQ+, ¿cómo se ha sentido como profesional?, ¿Qué estrategias utiliza para garantizar un trato digno y respetuoso hacia las personas de esta población?

***Encuesta:***

Se realizó una encuesta semiestructurada a la población LGBTIQ+ (ANEXO D) compuesta por aproximadamente 35 preguntas cerradas y abiertas, con múltiples respuestas y escalas de Likert para evaluar la percepción de cumplimiento de protocolos y/o rutas diferenciales en las IPS, la calidad de la atención en términos de satisfacción, y la atención humanizada con trato digno y respeto por parte del personal de las instituciones de salud.

- ***Validación por juicio de expertos:***

La validación se realizó con dos personas; una experta en auditoria y calidad de servicios de salud (ANEXO I) con diligenciamiento de “Validación de contenido por juicio de expertos. Instrumentos cuantitativos” (ANEXO Ia), y un experto en comunicaciones estratégicas (ANEXO J) con diligenciamiento de “Validación de contenido por juicio de expertos. Instrumentos cuantitativos” (ANEXO Ja), para también revisar la pertinencia y cobertura de los ítems.

Se obtuvieron las siguientes observaciones del instrumento:

Dimensión de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+: Los jueces indicaron la necesidad de clarificar el concepto de admisión al servicio de salud (urgencias, consulta médica), además, reorganizar la pregunta sobre el proceso de admisión (solicitud de documento, llamado por el nombre, manifestación de nombre identitario) y la explicación del Habeas Data en la pregunta sobre la confidencialidad de la información durante el proceso de atención y pertinencia de la misma, así como también observaciones de ortografía y gramática.

Dimensión de atención humanizada: Sugirieron precisar el concepto de satisfacción del servicio porque es amplio y realizar el cambio de la palabra diferente para evitar ambigüedades.

Dimensión de calidad de la prestación de servicios: Se recomendó especificar las dificultades de acceso que enfrenta la población LGBTIQ+ actualmente.

Por último, se hicieron observaciones generales al instrumento sobre considerar la variación de IPS (públicas, privadas, para personas con VIH); así como modificar las preguntas sobre el segmento, ya que algunas preguntas parecen dirigidas únicamente a personas trans, lo que

podría excluir a hombres gay masculinos, personas de género fluido, entre otros, y la inclusión de dimensiones de seguridad del paciente y riesgos para la población LGBTIQ+.

- ***Pilotaje:***

El pilotaje permitió evaluar la viabilidad del instrumento de recolección de datos y asegurar su adecuación al lenguaje y contexto de la población objetivo. Se aplicaron 17 encuestas de forma preliminar a personas LGBTIQ+ que cumplieran con los criterios de inclusión, pertenecientes al entorno cercano del equipo investigador. La aplicación fue virtual, mediante la plataforma Microsoft Forms (Microsoft, 2025) y de tipo autoadministrada.

Como resultado del pilotaje, se observó la necesidad de separar las categorías de identidad de género y orientación sexual, debido a que generaban confusión al estar agrupadas. También se recomendó incluir un campo para el nombre, con el fin de facilitar la trazabilidad de la información. Adicionalmente, algunas preguntas fueron reformuladas para mejorar su redacción. Estos hallazgos permitieron realizar los ajustes pertinentes y garantizar que la versión final del instrumento respondiera adecuadamente a los objetivos de la investigación.

Posteriormente, se diseñó una pieza comunicativa para la divulgación de la encuesta, dirigida a activistas sociales previamente contactados, la Secretaría de Integración Social, las casas LGBTIQ+ del Distrito, así como a familiares, personas conocidas y redes sociales (ANEXO Q). Esta estrategia tuvo como finalidad facilitar el acceso al instrumento y dar inicio al proceso de recolección de información.

***Revisión documental (fuente secundaria):***

De igual manera, se hizo una revisión documental siguiendo una lista de chequeo (ANEXO F) para evaluación de protocolos en su sitio web. Aquí, se revisaron aspectos relacionados con la existencia, claridad, actualización, y alineación de los protocolos y normativas existentes. En este caso, por ser revisión de fuentes secundarias no se realizó validación.

**Objetivo no. 2: *Verificar la implementación de las rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud.***

***Grupo focal***

Para este objetivo, se usó un guion para la moderación del grupo focal (ANEXO E). Las preguntas se enfocaron a explorar las experiencias, la percepción, los desafíos y las oportunidades de los usuarios LGBTIQ+ sobre la calidad, acceso y trato recibido.

**- *Validación por juicio de expertos***

Para su validación se contó con dos personas, una profesional en publicidad y mercadeo con amplia experiencia en el sector de mercadeo, inteligencia de mercados y comunicación estratégica (ANEXO K) con diligenciamiento de “Validación de contenido por juicio de expertos. Instrumentos cuantitativos” (ANEXO Ka); y la otra persona, un diseñador industrial, especialista en innovación y líder metodológico (ANEXO L) con diligenciamiento de “Validación de contenido por juicio de expertos. Instrumento cuantitativo” (ANEXO La).

Se obtuvieron las siguientes observaciones:

Las observaciones recibidas fueron sobre las preguntas relacionadas con capacitación: ¿Considera que el personal médico y administrativo está adecuadamente preparado para atender a la población LGBTIQ+? y ¿Consideran que las personas que atienden los servicios de salud (administrativos y asistenciales) tienen prejuicios o actitudes discriminatorias hacia la población LGBTIQ+? Respecto a las preguntas relacionadas con protocolos de atención: ¿Qué conocimientos tiene sobre la atención en salud con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+? y ¿Qué dificultades ha enfrentado al recibir atención médica en estas instituciones?, y ajustar la redacción de una pregunta sobre atención humanizada: ¿Qué IPS conocen o les han mencionado que brindan una atención humanizada y respetuosa a la población LGBTIQ+?

Sumado a lo anterior, se sugirió evitar preguntas demasiado abiertas, sintetizándolas o delimitando su alcance para controlar la extensión de las respuestas. También el profundizar en referentes internacionales en sistemas de salud con enfoque diferencial, experiencias personales o de conocidos sobre la percepción del sistema actual, descripción de un estado ideal o panorama

soñado en el acceso a la salud, inclusión de categorías sobre reportes de discriminación y la evaluación de las instalaciones físicas de las IPS.

### **3.6. Consentimientos informados**

#### ***Entrevista:***

Para la aplicación de las entrevistas, se diseñó y aplicó el formato: consentimiento informado para participar en la entrevista correspondiente al proyecto “Derecho a la salud bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá” (ANEXO M).

#### ***Encuestas:***

En el caso de las encuestas, el instrumento encuesta "Atención de la salud en la población LGBTI en Bogotá" (ANEXO D), se adaptó a formato de Microsoft forms (Microsoft, 2025), y en la primera parte del instrumento se realizó declaración de haber leído y comprendido la información sobre la encuesta "Atención de la salud en la población LGBTI en Bogotá" y que se participó de manera libre y voluntaria en la investigación, seguida a esta declaración se adjunta consentimiento informado (ANEXO N) en link de consulta en una plataforma en línea en donde el encuestado encontró el formato de consentimiento informado para participar en la encuesta "atención de la salud en la población LGBTIQ+ en Bogotá" correspondientes al proyecto “derecho a la salud bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá”.

#### ***Grupo focal:***

Por último, para el grupo focal se diseñó y aplicó el formato consentimiento informado para participar en el grupo focal correspondiente al proyecto “derecho a la salud bajo un enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud de Bogotá” (ANEXO Ñ).

### **3.7. Procedimiento de análisis de información**

#### **- Encuestas:**

Para el análisis de información, se realizó previa codificación de la encuesta "Atención de la salud en la población LGBTI en Bogotá" (ANEXO D), en formato de Microsoft Forms (Microsoft, 2025), plasmada a través del libro de códigos de la encuesta (ANEXO O). La información recolectada se procesó a través de los programas estadísticos de código abierto Jamovi (Love et al., 2025) y Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025), en los que se usó el análisis descriptivo a través de tablas de frecuencia, de tendencia central, tamaño de la muestra y de dispersión

#### **- Entrevistas y grupo focal:**

En cuanto a los resultados de la entrevista dirigida a funcionario de ente territorial (ANEXO A), activista social (ANEXO B) y profesional de la salud (ANEXO C); y el grupo focal (ANEXO E), se realizó grabación y transcripción, y el proceso de codificación a través del programa ATLAS TI (Lumivero, 2025). Se generaron cuatro códigos descritos en el libro de códigos cualitativos (ANEXO P). El análisis de la información se realizó través del mismo programa.

A partir de los resultados obtenidos de los grupos focales, se utilizó la técnica de análisis de discurso para comprender si existe coherencia, discrepancia o correspondencia en las respuestas. Además, se contrastó si las instituciones de salud que afirman contar con una ruta de atención diferencial realmente reflejan esta implementación en la calidad de la prestación del servicio que reciben las personas de la población LGBTIQ+. También se realizó triangulación para comparar los datos obtenidos en las encuestas con la información disponible sobre las rutas de atención en las instituciones de salud, con el fin de identificar percepciones generales sobre su efectividad, sin referirse a instituciones específicas.

#### **- Revisión documental (fuentes secundarias):**

Se realizó el análisis de la información de fuentes secundarias, a través de la revisión documental que disponen las 142 IPS de baja complejidad habilitadas en Bogotá, por medio de una verificación de la presencia de estas IPS de manera digital (páginas web, redes sociales), a partir de esta verificación se revisó si cuentan con información documental sobre la atención con

enfoque diferencial para la población LGBTIQ+, siguiendo una lista de chequeo para evaluación de protocolos (ANEXO F). Acorde a la información recolectada se realizó un análisis estadístico descriptivo por medio de la herramienta Excel (Microsoft, 2025), y partir de las siguientes categorías.

1. Presencial digital.
2. Inclusión de la diversidad, equidad e inclusión (DEI) en la comunicación institucional.
3. Actualización de la información en las plataformas digitales.
4. Declaración y compromisos en los valores institucionales.
5. Protocolos de atención diferencial.

- **Búsqueda de lineamientos internacionales (fuente secundaria):**

Una vez realizada la búsqueda, se realizó un análisis descriptivo de los lineamientos, identificando recomendaciones comunes y no comunes de atención.

### **3.8. Consideraciones éticas**

La presente investigación, se clasifica como una investigación sin riesgo, de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia ((Resolución 8430 de 1993, 1993) toda vez que, en las técnicas y métodos utilizados no se realiza intervención de variables biológicas, psicológicas, sociales o fisiológicas de la población objeto de estudio. Para los instrumentos de encuesta, entrevistas y grupos focales, se realizó validación por dos jueces, por otro lado, para la aplicación de las entrevistas, encuestas y grupos focales, se respeta la normatividad vigente de las Leyes de Habeas Data y de protección de datos personales, previo consentimiento informado voluntario.

## 4. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Objetivo No. 1: Diagnosticar el estado de la prestación del servicio de salud para la población LGBTIQ+ en Bogotá

#### 4.1.1. Entrevistas

##### Activista social:

Para la aplicación del instrumento cualitativo —una entrevista semiestructurada— se utilizó un muestreo por conveniencia, acudiendo a redes de contacto personales de las investigadoras con el fin de identificar a un líder social con trayectoria en el trabajo por los derechos de la población LGBTIQ+ en Bogotá. Tras aproximadamente mes y medio de gestión, se logró establecer contacto con un activista reconocido en el ámbito cultural y social, quien actualmente se desempeña como Consejero Nacional de Cultura por los sectores sociales.

El entrevistado fue seleccionado debido a su participación en la defensa de los derechos de la población LGBTIQ+ desde la infancia, su rol de liderazgo en espacios de representación política y su vinculación con la organización "Embajadoras de la Paz", la cual desarrolla procesos de formación, visibilización y movilización social. Su perfil ofrecía una perspectiva amplia y estratégica sobre los temas abordados en la investigación.

La entrevista se realizó el 13 de febrero de 2025 en una cafetería ubicada en la localidad de Chapinero (Bogotá), espacio escogido por su cercanía y neutralidad, la entrevista fue grabada en audio con previo consentimiento informado y fue posteriormente transcrita con fines de análisis cualitativo. La conversación tuvo una duración aproximada de 27 minutos y permitió obtener información valiosa sobre la implementación y percepción de políticas públicas dirigidas a la población LGBTIQ+ en el contexto bogotano.

La localización de un perfil con estas características representó un desafío logístico y temporal, ya que se requería una persona que combinara experiencia, liderazgo social y disposición para participar en el estudio. La colaboración del entrevistado fue clave para ampliar el análisis cualitativo desde una mirada institucional y comunitaria a la vez. Inicialmente, se intentó contactar a un líder o lideresa de la población LGBTIQ+; sin embargo, esta búsqueda no fue exitosa, debido

a la limitada disponibilidad de actores clave en ese ámbito y a las dificultades de acceso y contacto. Por tal motivo, se optó por priorizar un perfil con amplia trayectoria en temas sociales y culturales relacionados con la comunidad, lo cual también aportó una visión valiosa para los objetivos de la investigación.

### **Profesional de salud**

Para la segunda entrevista cualitativa, se utilizó también un muestreo por conveniencia, recurriendo a las redes de contacto de las investigadoras. A partir de la experiencia laboral en una IPS de alta complejidad por parte de una de las autoras, se logró establecer comunicación con una psicóloga asistencial de la Clínica Juan N. Corpas, ubicada en Bogotá. Se optó por este perfil profesional debido a que el componente psicológico resulta clave en la atención integral a personas LGBTIQ+, dada la alta demanda de consultas relacionadas con salud mental, estigmatización, discriminación y procesos de acompañamiento emocional.

La entrevista se llevó a cabo el día 7 de febrero de 2025, mediante la plataforma Microsoft Teams (Microsoft, 2025), previa aceptación del consentimiento informado por parte de la participante. Durante la sesión se aplicó el instrumento previamente validado y ajustado para el contexto, la cual fue grabada y posteriormente transcrita con fines de análisis cualitativo. La duración de dicha entrevista fue de 59 minutos.

Durante el desarrollo del encuentro se presentó una dificultad técnica relacionada con la conectividad en la plataforma Teams, lo que implicó pausas intermitentes en la conversación. Sin embargo, se logró completar la entrevista en su totalidad, garantizando la integridad de la información recogida.

### **Funcionario ente territorial:**

Durante los meses de diciembre de 2024 y enero de 2025 se adelantó la búsqueda de un profesional vinculado a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con experiencia en la implementación de políticas públicas dirigidas a la población LGBTIQ+. Esta búsqueda se vio inicialmente limitada por los procesos de contratación propios de inicio de año en el sector público. Sin embargo, tras varias gestiones, se logró establecer contacto con la profesional referente para los sectores sociales LGBTIQ+ de la entidad, quien a su vez facilitó la comunicación con un

profesional especializado adscrito a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Este funcionario hace parte del equipo funcional del Modelo de Atención Integral en Salud, y brinda acompañamiento y asistencia técnica en el componente de atención diferencial a los sectores sociales LGBTIQ+, lo cual resultó clave para los propósitos del estudio.

La entrevista se realizó en modalidad virtual, a través de la plataforma Microsoft Teams (Microsoft, 2025), el día 04 de abril de 2025, con una duración aproximada de 1 hora y 12 minutos, previa aceptación del consentimiento informado. La sesión fue grabada en su totalidad y posteriormente transcrita para su análisis cualitativo. La participación de este funcionario permitió enriquecer el análisis desde una perspectiva institucional y operativa, evidenciando los alcances, retos y limitaciones de la implementación de políticas de salud con enfoque diferencial en la ciudad de Bogotá.

A continuación, se relacionan los resultados de acuerdo con la codificación realizada:

Tabla 2. Resultados código documento

|  | Entrevista prof. salud<br>Gr=27 | Entrevista activista<br>Gr=25 | Entrevista funcionario<br>Gr=25 | Entrevistas<br>Gr=77; GS=3 | Totales    |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------|
| ● Atención humanizada<br>Gr=25   | 11                              | 12                            | 2                               | 25                         | 50         |
| ● Capacitación y formación del personal<br>Gr=26                                   | 13                              | 7                             | 6                               | 26                         | 52         |
| ● Prejuicio de las personas<br>Gr=8  | 2                               | 5                             | 1                               | 8                          | 16         |
| ● Protocolo de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+<br>Gr=42 | 11                              | 10                            | 21                              | 42                         | 84         |
| <b>Totales</b>   | <b>37</b>                       | <b>34</b>                     | <b>30</b>                       | <b>101</b>                 | <b>202</b> |

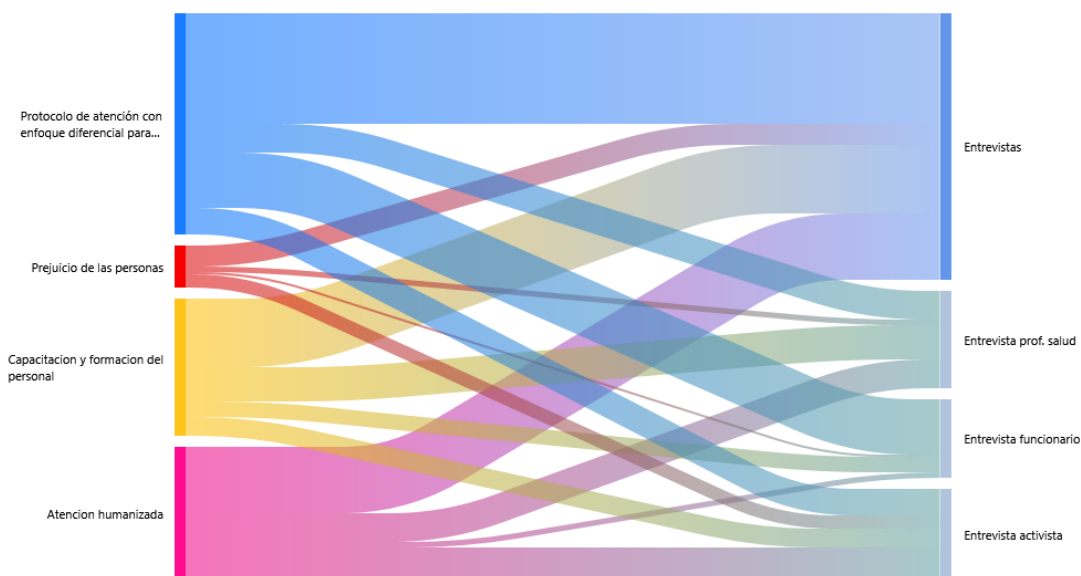
Fuente: Elaboración propia con Atlas.ti (Lumivero, 2025).

De 37 citas de la entrevista a profesional de la salud se identifican las siguientes menciones o citas: el 35% está relacionado con capacitación y formación, seguido del 29% sobre atención humanizada y 29% para protocolos de atención y un 5% se refiere al prejuicio de las personas. En cuanto a la entrevista a activista social, de 34 citas, el 35% hace alusión a la atención humanizada, seguida del 29% sobre protocolo de atención, seguido de un 20% sobre capacitación y formación y un 15% sobre prejuicio de personas. Por último, en la entrevista a funcionario de ente territorial, de 30 citas, el 70% hacen referencia a protocolos de atención con enfoque diferencial para la

población LGBTIQ+, el 20% sobre capacitación y formación del personal, el 6% hace alusión a atención humanizada y el 3% a prejuicio de personas.

De este modo, en el diagrama de Sankey (ilustración 1), se observa que el 41% del código de protocolos de atención, fue citado en las tres entrevistas siendo la línea de mayor interacción o grosor, seguida de capacitación y formación del personal con el 26%, atención humanizada con el 25% y por último prejuicio de las personas con el 8%.

Ilustración 1: Diagrama de Sankey de código-documento



Fuente: Elaboración propia con Atlas.ti (Lumivero, 2025).

De acuerdo con lo reportado por la profesional de salud en la entrevista semiestructurada (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025), se resaltó lo fundamental que es continuar avanzando en la humanización de los servicios de salud. La institución donde la profesional labora es una entidad acreditada, con un Comité de Buen Trato encargado de evaluar situaciones de violencia y las necesidades particulares de cada paciente. Este comité busca fortalecer el cumplimiento de los protocolos institucionales con el fin de garantizar una atención más empática y de calidad.

De igual manera, un hallazgo relevante en esta entrevista fue la implementación de prácticas institucionales enfocadas a respetar el nombre identitario y la ubicación física del paciente de acuerdo con su identidad, siendo la atención humanizada un eje fundamental de la

atención de la población, así como también, la importancia de reconocer los factores psicosociales de la población durante su atención, en lugar de limitarse solo la patología de consulta. Esto ha permitido que dichas acciones evidencien los avances institucionales en la implementación de protocolos de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en concordancia con estándares internacionales de salud inclusiva a través de los Principios de Yogyakarta (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2018).

*“...sí, es una persona trans, por ejemplo, fue la ubicación en el lugar donde ella se identifique, es decir, se sentía como una mujer, pues se ubica en el lugar de las mujeres...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

*“...algunos de ellos tienen factores de riesgo psicosocial, historias de vida complejas que hay que reconocer en el momento de la salud que no nos fijemos o no nos detengamos solamente en un tema orgánico...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

Sin embargo, se debe continuar desarrollando una cultura de humanización institucional del personal de salud.

*“...estrategia transversal dentro de toda la atención en salud que es la humanización, de sensibilización con los colaboradores. Frente a la atención humanizada, respetuosa de, este tipo de pacientes, creo que es todo, digamos, se deben marcar dentro de ese proceso de humanización...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

Ese mismo enfoque de humanización como pilar de la calidad de los servicios de salud, es mencionado en la entrevista realizada al funcionario de la Secretaría de Salud de Bogotá (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

*“...fortalecimiento del talento humano viene de la mano de los pilares de calidad, accesibilidad, y de todos estos pilares importantes que se manejan por la parte de calidad, pero yo pienso que la humanización es fundamental para una adecuada prestación de los servicios de salud...”* (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

Coinciden la entrevista realizada al activista social (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025) y al profesional de la salud (A. Patiño, comunicación personal 4 de abril de 2025), en la necesidad de construir sociedad desde la diversidad, rompiendo imaginarios.

*“...Los principales desafíos es romper esos imaginarios, esas deconstrucciones sociales erróneas alrededor de la población...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

*“...Todos tenemos diversidad, pero el enfoque diferencial nos lleva a pensar en construcciones humanas: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, y muchas más. El enfoque diferencial es importante, pero debemos construir desde la diversidad, donde estamos todos...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

Como señala el activista social (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025), aún persiste la brecha crítica en la sensibilización del personal de salud y administrativo, en donde se combine el conocimiento técnico y la sensibilidad humana.

*“...falta de atención y de funcionarios que trabajen con amor propio hacia la sociedad. Muchos funcionarios están por su sueldo, no por el bienestar social. Debemos construir desde el amor propio para lograr un amor social. La población con enfoque diverso es vulnerada en la atención médica, desde la asignación de citas hasta el trato en la entrada...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...necesitamos profesionales en formación, tanto técnica como emocional. No solo que sepan de medicina, sino que tengan sensibilidad humana...”* Entrevista activista...” (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...También pido que los funcionarios de vigilancia, recepción y atención inicial tengan formación en diversidad. Muchas veces el maltrato comienza en la entrada del hospital...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

Por último, el activista social refiere la importancia de garantizar espacios seguros en las instituciones de salud como parte de la humanización de la atención, y de acciones reales como profesionales capacitados y rutas de atención claras.

*“...es importante que existan espacios seguros dentro de las instituciones de salud, lugares donde la población diversa se sienta acogida, respetada y atendida sin discriminación. Hay que humanizar la atención...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...Necesitamos acciones reales: profesionales capacitados, rutas de atención claras, acompañamiento psicológico, apoyo en procesos de tránsito, terapias hormonales y orientación médica adecuada...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

Algunas de las acciones reales mencionadas en la entrevista al activista social (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025), coinciden con las falencias que persisten y que fueron mencionadas en entrevista al funcionario de la Secretaría de Salud de Bogotá (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

*“...Protocolos de atención diferencial, humanización, fortalecimiento de las capacidades del talento humano, compromiso institucional. Todo esto emerge en acciones que permitan avanzar al enfoque diferencial, seríamos totalmente diferentes...”* (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

De acuerdo con las citas anteriores sobre la atención humanizada, es reiterativa la necesidad de fortalecer la formación del personal asistencial y administrativo en la humanización de la atención, no solo desde la academia sino en las instituciones de salud, como parte de los ejes transversales de la calidad de atención, que incluye comprender la diversidad humana como constructo social con una atención humanizada desde sus particularidades psicosociales, desde la atención inicial, la identificación de la persona a través de su nombre identitario y la ubicación en los servicios de salud de acuerdo con su identidad, propendiendo por brindar una atención humanizada, con buen trato y respetando los derechos de la población.

En la entrevista al activista social (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025), se resalta la importancia de desmitificar y abordar los prejuicios en torno a la diversidad de identidades, al igual que en la entrevista al profesional de la salud (M. Ruiz, comunicación

personal, 7 de febrero de 2025), donde refiere que persisten imaginarios sociales que afectan la calidad.

*“...hay que trabajar mucho aún en con el personal de salud, el tema de los mitos alrededor de este tipo de pacientes y todavía hay un desconocimiento a pesar de ser de ser profesionales de la salud, personal de salud, todavía tenemos algunos imaginarios sociales que toca empezar a en el día a día...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

*“...Muchos funcionarios están por su sueldo, no por el bienestar social. Debemos construir desde el amor propio para lograr un amor social. La población con enfoque diverso es vulnerada en la atención médica, desde la asignación de citas hasta el trato en la entrada...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

Lo anterior se conecta con la necesidad de la formación del personal de salud y administrativo sobre el trato a las personas considerando sus particularidades, para eliminar el miedo durante la atención y reducir así, las barreras de acceso.

*“...personal de seguridad, que no ha recibido pedagogía adecuada. No es su culpa, sino su desconocimiento. Se necesita una atención especializada y sensible, no por privilegios, sino por respeto a cómo se ven, cómo se sienten y cómo quieren ser tratados...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...Profesionales formados en diversidad, que no teman nombrar a las personas por sus nombres identitarios o reconocer sus características. Que no sientan pánico ante situaciones comunes en la población diversa, como las enfermedades de transmisión sexual...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

De este modo, los tres perfiles de personas entrevistadas coinciden en el desafío de romper mitos y las construcciones e imaginarios sociales de la población LGBTIQ+.

*“...eliminar esos estereotipos porque una de las grandes problemáticas de las poblaciones es que han sido marginadas, discriminadas, y requieren una atención diferencial importante...”* (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

*“...Se necesita sensibilidad, respeto y comprensión hacia las construcciones sociales. A veces el profesionalismo mal entendido genera autoritarismo...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...Porque todavía siento que hay que hay muchos juicios de valor al respecto y se hacen comentarios a veces que impactan, que en el estado emocional del paciente hieren sus sensibilidades ...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

Por lo previamente mencionado, en las instituciones de salud se deben continuar desarrollando estrategias que permitan romper los prejuicios del personal asistencial y administrativo en torno a la población LGBTIQ+, aún es evidente que estos persisten a pesar de los lineamientos en torno a la problemática de estudio.

Existen menciones relacionadas con la falta de formación desde la academia en el caso de la entrevista al profesional de la salud (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

*“...cuando yo estaba en mi formación de pregrado, pues digamos que no había avances frente a la normatividad en temas de protección de los derechos y manejo de la de esta población, de estos grupos poblacionales especiales...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

Pero a la vez, de la importancia de que los profesionales de la salud se capaciten a pesar de que haya poca formación en la academia.

*“...uno debe como profesional de la salud estar a la vanguardia de los avances normativos...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

A su vez, al preguntarle sobre la capacitación recibida, mencionó que la institución como tal no les ha capacitado formalmente, sin embargo, la Secretaría de Salud ha realizado capacitaciones; sin embargo, la última fue hace aproximadamente un año, por lo que el proceso no ha sido continuo.

*“...Secretaría de Salud en ocasiones nos envía invitaciones a espacios de capacitación de sensibilización frente al manejo de esta población. La última fue como hace 1 año, más o menos al principio del año pasado, como en el mes de abril tal vez marzo abril, que nos*

*hicieron una invitación de manera virtual a todas las IPS en Bogotá...*” (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

También es importante señalar la importancia de la capacitación y formación a personal administrativo, incluido el personal de vigilancia, teniendo en cuenta el alcance normativo del país.

*“...hacer capacitaciones y educaciones al personal, tanto administrativo como asistencial en del manejo de este tipo de pacientes. Hemos tenido avances, pero pues digamos que no es un proceso continuo...”* (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).

*“...personal de seguridad, que no ha recibido pedagogía adecuada. No es su culpa, sino su desconocimiento... El problema es que los profesionales no están educados en estos temas... Necesitamos acciones reales: profesionales capacitados”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...Pienso que el fortalecimiento del talento humano con enfoque diferencial es un eje transversal y más que la Resolución 2138 del 2023 habla toda la parte de la transversalización del enfoque, es importante dar cumplimiento a esta norma...”* (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

De este modo, la capacitación y formación debe seguir fortaleciéndose como eje transversal en la implementación de políticas y lineamientos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+, si bien hay avances, es un proceso continuo con alcance al personal administrativo y personal de primer contacto, como personal de vigilancia, admisiones, autorizaciones y servicios generales.

Se destaca en la entrevista a profesional de la salud, que en la institución donde labora han logrado avances significativos en la implementación de protocolos de atención diferencial. Entre esos avances se encuentran, la creación de un documento guía con estándares de trato digno para esta población, la integración de campos específicos en la historia clínica (previo proceso de sensibilización) y un sistema de alertas internas adecuado que garantizan un trato adecuado a las/os/es usuarias/os/es; se precisa que la IPS es de alto nivel, acreditada en salud.

*“...construcción de un documento institucional, un protocolo para la atención diferencial, porque pues digamos que no teníamos establecido el paso a paso de cómo se debe atender*

*un paciente de los grupos poblacionales especiales, entonces, como el primer paso fue construir el documento y luego que teníamos construido el documento, se empezó desde el año pasado la implementación... (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).*

*“...se hicieron unos cambios en la historia clínica de la especialidad de Medicina familiar, donde se incluye este ítem de orientación sexual o identidad de género... educación con el personal de salud el diligenciamiento, pero digamos que sí se han hecho algunos avances importantes de que se incluya este ítem en el diligenciamiento de la historia clínica.” (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).*

*“...el protocolo tiene un paso a paso. Desde el ingreso del paciente hay unos responsables de ese proceso de atención. Entonces se generan las respectivas alertas y de ahí para adelante, pues hay una responsabilidad y como les digo desde cada área, para reconocer la diferencia del paciente...” (M. Ruiz, comunicación personal, 7 de febrero de 2025).*

También se destacan IPS con avances significativos en la atención adecuada e inclusiva a personas LGBTIQ+, en su mayoría IPS de alto nivel de complejidad; sin embargo, en la entrevista al activista social (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025), se denota que esta atención debería ser transversal a todos los sectores, en términos de calidad del servicio y rutas de atención claras.

*“...Tener una Clínica de Género es un gran avance. Hay médicos y cirujanos diversos que hacen un trabajo excelente. Poco a poco se ha mejorado, y eso es admirable...” (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).*

*“...Los protocolos dicen que la atención debe ser oportuna, eficaz, con calidad. Pero no se está cumpliendo. En Bogotá, por ejemplo, está la Clínica de Género, que valoro y admiro, pero debería existir una atención con enfoque diferencial para todos los sectores. Así como hay atención especializada para adultos mayores, también debería haberla para personas diversas...” (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).*

*“...el Hospital de Chapinero. Chapinero es un distrito diverso y están capacitados. Allí está la Clínica de Género. También la Universidad de los Andes, con prácticas de estudiantes diversos que atienden con sensibilidad. El Hospital San Ignacio también*

*brinda una atención destacable. En otras ciudades: en Cúcuta, el Hospital Erasmo Meoz; en Cali, el Hospital Universitario...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

*“...Necesitamos acciones reales: profesionales capacitados, rutas de atención claras...”* (J. Vargas, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

Lo anteriormente planteado por el activista social, es justificado normativamente durante la entrevista al funcionario de la Secretaría de Salud, desde la caracterización de la población para realizar una adaptación efectiva de las rutas de atención.

*“...la Resolución 3202 del 2016 y la Resolución 3280 del 2018, adoptan y orientan a todos los integrantes del Sistema de seguridad social de salud a la implementación de las rutas de atención...Va como transversal el enfoque diferencial, por eso es importante y hacer las adaptaciones a las rutas, yo creo que el éxito de la implementación de las rutas es conocer la población, es fundamental hacer una buena adaptación de las rutas, tenemos un marco normativo enorme a implementar, que hay que desarrollar, que acompaña la implementación de las rutas...”* (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

*“...primero es identificar la población y sus características, por momento, curso de vida, por riesgo o por las condiciones del entorno de vida. Segundo, realizar esas adecuaciones socioculturales y atenciones a intervenir, identificar también, esta oferta institucional, para garantizar una adecuada prestación integral de servicios de salud, e identificar la necesidad de las adecuaciones socioculturales de los servicios...”* (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).

Asimismo, resalta que, desde la Secretaría de Salud, se realiza un acompañamiento técnico y operativo orientando a las Empresas Promotoras de Salud EPS para que, a su vez, se realice el despliegue a la red de IPS o de prestadores de servicios de salud, y también a las IPS, realizando seguimiento y orientaciones.

*“...Nosotros hacemos asistencia técnica y por eso tenemos las Guías de atención para que sean socializadas. Nosotros hacemos una socialización por parte de la secretaría a las EPS y ellos a su vez, la deben replicar a las IPS, nosotros vamos y le hacemos*

*seguimiento, en tener toda la parte de comunicación en las salas de espera, tener rotafolios, afiches con las rutas, con los esquemas de atención para que la comunidad y las personas conozcan cómo deben llegar a acceder a los servicios de salud...” (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).*

*“...la inclusión de las variables diferenciales en la historia clínica. Eso es un avance significativo. Porque con la inclusión de las variables diferenciales se puede caracterizar la población...Cuando uno hace visita a las IPS que tienen contratos o convenios interadministrativos o acuerdos de voluntades con Sura se ve el avance con la interoperatividad de la historia clínica. Ustedes saben que, en salud, se tiene la EPS contratada, pero su red, sus IPS tiene una historia clínica diferente. Ellos han tratado de hacer esa interfaz para que se acceda desde sus módulos o desde sistema operativo, que evita retrocesos en la atención, barreras de acceso...” (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).*

Por otro lado, a pesar de los avances, las IPS requieren recursos, mayor compromiso institucional y, especialmente, un marco normativo que obligue a la implementación sistemática de protocolos LGBTIQ+.

*“...Si no hay un compromiso institucional, no se puede generar, es decir, como entidad territorial sacamos los lineamientos, pero si no hay una buena adopción y una adaptación pues no se hace nada, entonces requerimos que haya un compromiso institucional por parte de las EAPB e IPS...” (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).*

*“...Falta más la implementación de protocolos de atención diferencial y que permita al talento humano orientar esas acciones y comprender las diferencias entre las mismas sexualidades y género...” (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).*

*“...las IPS deben tener toda la parte de variables diferenciales y también la inclusión a los avances en la interoperatividad de la historia clínica, eso ha sido un avance significativo que no es fácil porque requiere de recursos económicos, del fortalecimiento del talento humano, requiere de muchos aspectos que requieren, un compromiso por parte de la alta dirección, pero nosotros hacemos acompañamiento, se ha avanzado en estos procesos...” (A. Patiño, comunicación personal, 4 de abril de 2025).*

De acuerdo con lo señalado anteriormente, como lo expresan los entrevistados hay avances, especialmente en IPS de alto nivel, así como la interoperatividad de la historia clínica entre EPS e IPS. Aún se debe trabajar para la implementación de protocolos y rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+, a pesar de que en la Secretaría Distrital de Salud se realiza un acompañamiento técnico y operativo en EPS e IPS, en las instituciones se ve afectada la implementación efectiva por falencias en el compromiso institucional y los recursos para su desarrollo e implementación.

#### **4.1.2. Encuestas**

Se aplicó una encuesta dirigida a personas que se identifican como parte de la población LGBTIQ+ en Bogotá durante noviembre de 2024 a mayo de 2025. Al realizar el diseño metodológico, la muestra estimada fue de 384 personas, sin embargo, tras haber implementado diversas estrategias para su recolección, se logró la aplicación efectiva de 76 encuestas que cumplían con todos los criterios de inclusión y el consentimiento informado. Cabe destacar que se descartaron 34 encuestas por no cumplir con dichos criterios (no aceptaron la política de tratamiento, no residían en Bogotá y/o no han usado los servicios de salud en el último año).

Durante la aplicación del instrumento, se evidenció una barrera recurrente relacionada con el acceso a la población LGBTIQ+, puesto que muchas de las personas que nos acercamos manifestaron sentirse frecuentemente instrumentalizadas en procesos investigativos académicos, principalmente, por lo que no suelen responder cualquier tipo de encuesta ni participar en estudios sin garantías claras de respeto, confidencialidad y beneficio colectivo. Esta situación representó un reto metodológico adicional y exigió un abordaje cuidadoso, ético y empático para lograr establecer vínculos de confianza genuinos.

Por lo anterior y con el fin de alcanzar el mayor número posible de respuestas válidas que nos acercara a nuestra muestra, se implementaron múltiples estrategias de difusión. En primer lugar, se acudió a redes de contacto cercanas que se autoidentifican como parte de la población LGBTIQ+, quienes nos apoyaron compartiendo el enlace a la encuesta (a través de un código QR y o pieza realizada) en sus redes sociales. Seguido a lo anterior, por medio de uno de estos contactos, se logró acceder a dos grupos de WhatsApp conformados por personas de esta población

llamados: Líderes y activistas de Colombia y G. General Mesa F Suba LGBTIMAZ, en los cuales también se compartió la información del estudio.

Adicionalmente, se contó con el apoyo de un activista entrevistado (Juan Pablo) en la investigación, quien facilitó la conexión con miembros de la comunidad y colaboró en la difusión del instrumento dentro de su círculo cercano. Como parte de la estrategia territorial, se visitaron varias Casas LGBTI de Bogotá, tales como Amapola Jones (localidad de Bosa), Sebastián Romero (Teusaquillo), Edward Hernández (Kennedy) y Laura Weinster (Suba), siendo esta última la única en la que no se obtuvo respaldo para la difusión. En las demás sedes, se dialogó con los coordinadores para gestionar la autorización de publicación del código QR en espacios visibles y, en algunos casos, se participó en eventos realizados en estas casas, con el fin de abordar directamente a las personas interesadas.

Asimismo, se envió una solicitud formal a la directora de las Casas LGBTI: Elizabeth Castillo Vargas, para obtener autorización de difusión en todas las sedes de la ciudad. También se asistió a un evento de políticas públicas en la Casa LGBTI de Teusaquillo, espacio que permitió establecer contactos y redes de colaboración. Gracias al apoyo del coordinador de dicha sede, se logró un impulso significativo en la participación de encuestados.

Otra acción implementada fue el contacto con la referente de poblaciones de la Subred Centro Oriente, así como con un gestor de la Subred Norte, quienes apoyaron el proceso compartiendo la encuesta en grupos de WhatsApp dirigidos a esta comunidad. Finalmente, se participó en un evento relacionado con la grabación del video promocional de la marcha LGBTI del sur para el mes de junio de 2025, donde también se logró la aplicación de encuestas completas a asistentes interesados en colaborar con el estudio.

Todas estas acciones respondieron a la necesidad de garantizar un enfoque inclusivo, seguro y respetuoso con la población objetivo, permitiendo así recopilar información valiosa para el desarrollo de la investigación.

Pese a los esfuerzos anteriormente mencionados no fue posible alcanzar el tamaño de muestra inicialmente estimado de 384 personas, solo se aplicaron 76 encuestas. Por esta razón, el nivel de confianza se ajustó y se recalculó a un 60 % aproximadamente manteniendo el 5% de error, de acuerdo con la fórmula estadística para el cálculo muestral:

$$n = (0.87 * 0.87 * 0.5 * 0.5) / (0.05) = 0.1892 / 0.0025 \approx 76$$

De este modo, se ajustó el estudio a un nivel de confianza del 60% aplicando las 76 encuestas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión definidos. En comparación con estándares tradicionales de confianza (normalmente 95 % o 90 %), los resultados obtenidos son relevantes para este estudio puesto que se captó la diversidad de la población LGBTIQ+, es decir, se obtuvo información de diferentes rangos e edad e identidades de género, además son consistentes con los estudios cualitativos los datos obtenidos permiten identificar tendencias preliminares y justifican estudios con muestras más amplias y por último, se reconoce la baja potencia estadística, pero se destaca que el trabajo aporta evidencia exploratoria en un área con escasa data local.

A continuación, se presentan los resultados:

### 1. Información sociodemográfica

Tabla 3. Información sociodemográfica

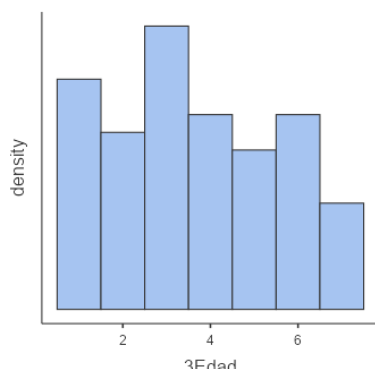
| Descriptivas        |                 |       |
|---------------------|-----------------|-------|
|                     | 2Vive en Bogotá | 3Edad |
| N                   | 76              | 76    |
| Perdidos            | 0               | 0     |
| Media               | 1.00            | 3.66  |
| Mediana             | 1.00            | 3.00  |
| Desviación estándar | 0.00            | 1.90  |
| Mínimo              | 1               | 1     |
| Máximo              | 1               | 7     |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

Se analizaron los datos sociodemográficos de los/as/es 76 participantes de la encuesta. Todos los ítems fueron respondidos por la totalidad de la muestra (sin datos perdidos). En cuanto al lugar de residencia, el 100 % de las personas encuestadas indicó vivir en Bogotá, lo que refleja una muestra completamente homogénea en esta categoría que cumple con los criterios de inclusión (tabla 3).

## 2. Edad

Ilustración 2. Información de edad



Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

En cuanto a la edad de los participantes, se utilizaron rangos codificados del 1 al 7, donde 1 representa el grupo de 18 a 23 años y 7 corresponde a personas mayores de 54 años. La media fue de 3.66 (DE = 1.90), y la mediana fue 3.00, lo que sugiere una mayor concentración de personas en los grupos en los grupos de 24-29 años (categoría 2) y 30-41 años (categorías 3-4). Este dato indica que la mayoría de la muestra está conformada por adultos jóvenes y adultos medios.

## 3. Orientación sexual

Tabla 4. Información de orientación sexual

| Frecuencias de 4Orientación sexual |             |             |             |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 4Orientación sexual                | Frecuencias | % del Total | % Acumulado |
| 2.0                                | 10          | 13.2 %      | 13.2 %      |
| 2.6                                | 1           | 1.3 %       | 14.5 %      |
| 3.0                                | 43          | 56.6 %      | 71.1 %      |
| 4.0                                | 7           | 9.2 %       | 80.3 %      |
| 5.0                                | 8           | 10.5 %      | 90.8 %      |
| 7.0                                | 5           | 6.6 %       | 97.4 %      |
| 8.0                                | 2           | 2.6 %       | 100.0 %     |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

En relación con la orientación sexual, la mayoría de los participantes se autoidentificó como gay (56,6 %), seguido por personas bisexuales (13,2 %) y lesbianas (10, 5%). Un 9,2 % se

identificó como heterosexual, mientras que el 6,6 % manifestó una orientación queer, y el 2,6 % indicó otra orientación no especificada en las opciones predeterminadas.

Estos resultados evidencian una participación significativa de personas con orientaciones sexuales diversas, lo cual puede ser relevante para interpretar los hallazgos del estudio desde un enfoque inclusivo y diferencial.

#### 4. Identidad de género

Tabla 5. Información de identidad de género

| Frecuencias de Identidad de género |             |             |             |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Identidad de género                | Frecuencias | % del Total | % Acumulado |
| 1.0                                | 41          | 53.9 %      | 53.9 %      |
| 2.0                                | 6           | 7.9 %       | 61.8 %      |
| 2.6                                | 1           | 1.3 %       | 63.2 %      |
| 3.0                                | 3           | 3.9 %       | 67.1 %      |
| 4.0                                | 12          | 15.8 %      | 82.9 %      |
| 5.0                                | 4           | 5.3 %       | 88.2 %      |
| 6.0                                | 7           | 9.2 %       | 97.4 %      |
| 6.7                                | 1           | 1.3 %       | 98.7 %      |
| 7.0                                | 1           | 1.3 %       | 100.0 %     |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025)

En relación con la identidad de género, la mayoría de los participantes se autoidentificó como hombre cisgénero (53,9 %), seguido por mujeres cisgénero (15,8 %) y personas no binarias (9,2 %). Un 7,9 % se identificó como hombre trans, mientras que el 5,3 % se identificó como mujer trans. Además, un 3,9 % se reconoció como intersexual. Destacan dos casos de identidad múltiple (2,3 %): una persona que combinó hombre trans/no binario (código 2.6) y otra que asoció no binario/otra identidad (código 6.7)

Estos resultados muestran una diversidad significativa en las identidades de género autoidentificadas, lo que sugiere una representación amplia de identidades dentro del estudio y

resalta la importancia de considerar la diversidad de género desde un enfoque inclusivo y respetuoso.

### 5. Uso de servicios de salud

Tabla 6. Información uso de servicios de salud

| Descriptivas        |                      |
|---------------------|----------------------|
|                     | 6Uso servicios salud |
| N                   | 76                   |
| Perdidos            | 0                    |
| Media               | 1.00                 |
| Mediana             | 1.00                 |
| Desviación estándar | 0.00                 |
| Mínimo              | 1                    |
| Máximo              | 1                    |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

Debido a que este era un criterio de inclusión, se seleccionaron los participantes que sí han hecho uso en el último periodo del sistema de salud, es decir, todos los participantes (100 %) han utilizado servicios de salud, ya que la media, mediana y moda se ubicaron en 1.00, indicando que la respuesta predominante fue "Sí". La desviación estándar es 0.00, lo que sugiere una uniformidad total en las respuestas. El rango de respuestas se limita a un valor de 1, con un mínimo y máximo de 1, lo que refuerza la conclusión de que todos los participantes han utilizado servicios de salud en el último año.

## 6. Tipo de servicios

Tabla 7. Información tipo de servicios

| Frecuencias de 7Tipo de servicio |             |             |             |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 7Tipo de servicio                | Frecuencias | % del Total | % Acumulado |
| 1                                | 33          | 43.4 %      | 43.4 %      |
| 1,2                              | 2           | 2.6 %       | 46.1 %      |
| 1,2,3                            | 1           | 1.3 %       | 47.4 %      |
| 1,2,3,4                          | 1           | 1.3 %       | 48.7 %      |
| 1,2,3,4,5                        | 1           | 1.3 %       | 50.0 %      |
| 1,2,3,5                          | 3           | 3.9 %       | 53.9 %      |
| 1,2,4                            | 5           | 6.6 %       | 60.5 %      |
| 1,2,5                            | 5           | 6.6 %       | 67.1 %      |
| 1,3                              | 4           | 5.3 %       | 72.4 %      |
| 1,3,5                            | 1           | 1.3 %       | 73.7 %      |
| 1,4                              | 1           | 1.3 %       | 75.0 %      |
| 1,4,3                            | 1           | 1.3 %       | 76.3 %      |
| 1,5                              | 1           | 1.3 %       | 77.6 %      |
| 2                                | 4           | 5.3 %       | 82.9 %      |
| 2,3,4,5                          | 1           | 1.3 %       | 84.2 %      |
| 3                                | 1           | 1.3 %       | 85.5 %      |
| 3,1                              | 1           | 1.3 %       | 86.8 %      |
| 3,1,5                            | 1           | 1.3 %       | 88.2 %      |
| 4                                | 6           | 7.9 %       | 96.1 %      |
| 5                                | 2           | 2.6 %       | 98.7 %      |
| 5,1                              | 1           | 1.3 %       | 100.0 %     |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025)

La consulta general (tipo 1) fue el servicio más utilizado con un 43,4 % de los participantes, seguido por salud mental (7,9 %) y consulta especializada (5,3 %). Le siguen los servicios combinados (56,6 %), evidenciando demandas complejas no capturadas por enfoques tradicionales. Destaca la recurrente asociación entre consulta general y especializada (15,8 %), así como la integración de salud mental en atenciones básicas (presente en 17,1 % de combinaciones). Estos hallazgos cuestionan la efectividad de los sistemas que segmentan servicios y enfatizan la necesidad de modelos integrados con enfoque diferencial.

## 7. Dificultades en el acceso al sistema de salud

Tabla 8. Información dificultades en el acceso

| Frecuencias de 10Explicación de las dificultades |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|
| 10Explicación de las dificultades                | Frecuencias | % del Total | % Acumulado |
| 0.0  | 61          | 80.3 %      | 80.3 %      |
| 1.0  | 2           | 2.6 %       | 82.9 %      |
| 2.0  | 3           | 3.9 %       | 86.8 %      |
| 2.5  | 1           | 1.3 %       | 88.2 %      |
| 3.0  | 4           | 5.3 %       | 93.4 %      |
| 3.4  | 1           | 1.3 %       | 94.7 %      |
| 4.0  | 1           | 1.3 %       | 96.1 %      |
| 6.0  | 1           | 1.3 %       | 97.4 %      |
| 7.0  | 2           | 2.6 %       | 100.0 %     |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

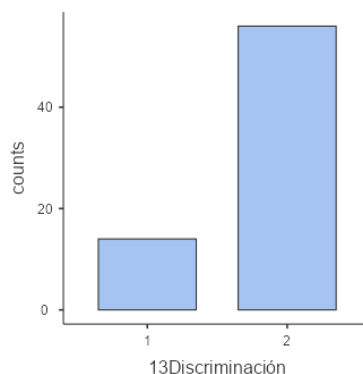
En cuanto a la explicación de las dificultades en el acceso o uso de los servicios de salud, la mayoría de las personas encuestadas (80, 3%) no reportó haber tenido inconvenientes. No obstante, un 19,7 % manifestó haber enfrentado alguna barrera, entre las cuales se destacan:

- Discriminación o estigmatización (3,9 %).
- Dificultades relacionadas con la identidad de género (5,3 %).
- Falta de información o acompañamiento (2,6 %).
- Combinaciones de factores como discriminación con barreras en salud mental (1,3 %) o identidad de género con acceso complejo (1,3 %).
- Otros casos menos frecuentes incluyen: acceso complejo o demorado, problemas con la entrega de medicamentos o tratamientos, y trámites innecesarios o engorrosos (cada uno con 2,6 %).

Estos resultados evidencian que, aunque una mayoría no percibe dificultades, sí existe un grupo significativo que enfrenta barreras específicas relacionadas con factores estructurales y experiencias de discriminación. Esto subraya la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales e inclusivas en el sistema de salud, que garanticen un acceso equitativo y libre de estigmas.

8. Experiencia en atención médica: Se ha sufrido de discriminación

Ilustración 3. Experiencia en la atención: discriminación



Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025)

En relación con la experiencia de discriminación en los servicios de salud, el 21,1 % (n=16) de las personas encuestadas manifestó haber sido víctima de discriminación o comentarios inapropiados, mientras que el 78,9 % (n=60) indicó que no ha experimentado este tipo de situaciones (tabla 9).

Tabla 9. información explicación de la discriminación

| Frecuencias de 14Explicación de la discriminación |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|
| 14Explicación de la discriminación                | Frecuencias | % del Total | % Acumulado |
| 0.0   | 60          | 78.9 %      | 78.9 %      |
| 1.0   | 1           | 1.3 %       | 80.3 %      |
| 1.5   | 2           | 2.6 %       | 82.9 %      |
| 2.0   | 1           | 1.3 %       | 84.2 %      |
| 3.0   | 3           | 3.9 %       | 88.2 %      |
| 4.0   | 2           | 2.6 %       | 90.8 %      |
| 5.0   | 4           | 5.3 %       | 96.1 %      |
| 5.7   | 1           | 1.3 %       | 97.4 %      |
| 6.0   | 1           | 1.3 %       | 98.7 %      |
| 8.0   | 1           | 1.3 %       | 100.0 %     |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

Entre quienes reportaron haber enfrentado discriminación, las explicaciones más frecuentes incluyeron:

- Estigmatización o juicio moral: 5,3 %.
- Agresiones o amenazas en la atención: 3,9 %.
- Lenguaje no inclusivo: 2,6 %.
- Discriminación por orientación sexual: 1,3 %.
- Desconocimiento del enfoque diferencial: 1,3 %.
- Vulneración de derechos/autonomía: 1,3 %.
- Irrespeto al nombre identitario: 1,3 %.
- Casos combinados (múltiples formas de discriminación): 3,9 %.

Estos hallazgos evidencian que, aunque una mayoría no reporta discriminación explícita, existe una proporción significativa de personas [El 21,1 % (1 de cada 5) experimentó discriminación, siendo las formas más frecuentes: estigmatización (5,3 %), agresiones (3,9 %) y lenguaje no inclusivo (2,6 %)] que sí han experimentado formas sutiles o directas de exclusión y violencia simbólica, lo cual representa una barrera importante para el acceso digno y equitativo a la salud. Esto resalta la necesidad de implementar acciones de sensibilización y formación al personal de salud en enfoques de derechos humanos, diversidad sexual y de género.

## 9. Rutas de atención diferencial

Tabla 10 conocimiento ruta de atención diferencial

| Descriptivas        | 18Conocimiento 19Uso 20Cubrimiento de necesidades |       |                              |
|---------------------|---|-------|------------------------------|
|                     | 18Conocimiento                                    | 19Uso | 20Cubrimiento de necesidades |
| N                   | 76  | 76    | 76                           |
| Perdidos            | 0   | 0     | 0                            |
| Media               | 1.80  | 1.89  | 0.342                        |
| Mediana             | 2.00  | 2.00  | 0.00                         |
| Desviación estándar | 0.712   | 0.505 | 0.825                        |
| Mínimo              | 1   | 1     | 0                            |
| Máximo              | 3   | 3     | 3                            |

Fuente: Elaboración propia con Jamovi (Love et al., 2025).

Los resultados evidencian un conocimiento limitado por parte de las personas encuestadas frente a la existencia de rutas de atención diferencial dirigidas a la población LGBTI. En efecto, la

mayoría (62 %) indicó no conocer dichas rutas o no saber qué son, lo cual refleja una ausencia de información clara y accesible sobre estos mecanismos institucionales.

En línea con lo anterior, el uso de estas rutas también fue bajo. La mayoría de los/as/es participantes (71 %) reportó no haber hecho uso de ellas, lo cual puede estar relacionado tanto con el desconocimiento generalizado como con posibles barreras estructurales o de confianza hacia el sistema de salud.

Finalmente, entre las pocas personas que afirmaron haber accedido a alguna ruta de atención diferencial (29 %), una proporción considerable (75 %) manifestó que estas no lograron cubrir de manera efectiva sus necesidades en salud y solo el (5 %) manifestó satisfacción total. Esto sugiere que, además del limitado acceso, persisten desafíos importantes en términos de pertinencia, calidad y enfoque diferencial en la atención brindada.

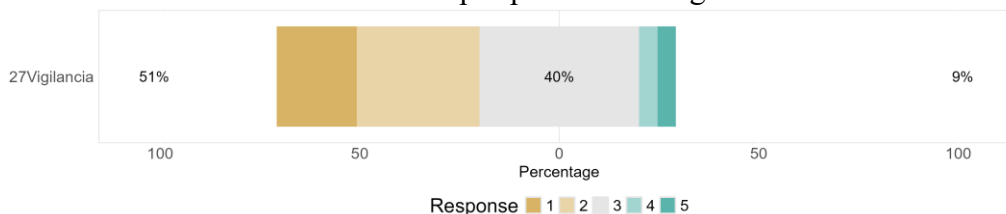
#### 10. Satisfacción con el personal de salud y administrativo

Tabla 11 Satisfacción del personal de salud y administrativo

| Descriptivas        | 27Vigilancia | 28Auxiliar(s) de caja/admisiones | 29Auxiliar(s) de servicios generales | 30Profesionales de medicina | 31Enfermería | 32Profesionales psicosociales |
|---------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|
| N                   | 76           | 76                               | 76                                   | 76                          | 76           | 76                            |
| Perdidos            | 0            | 0                                | 0                                    | 0                           | 0            | 0                             |
| Media               | 2.37         | 2.59                             | 2.53                                 | 2.41                        | 2.49         | 1.70                          |
| Mediana             | 2.00         | 3.00                             | 3.00                                 | 2.00                        | 3.00         | 2.00                          |
| Desviación estándar | 1.00         | 1.05                             | 1.11                                 | 1.06                        | 1.08         | 1.47                          |
| Mínimo              | 1            | 1                                | 1                                    | 1                           | 0            | 0                             |
| Máximo              | 5            | 5                                | 5                                    | 5                           | 5            | 5                             |

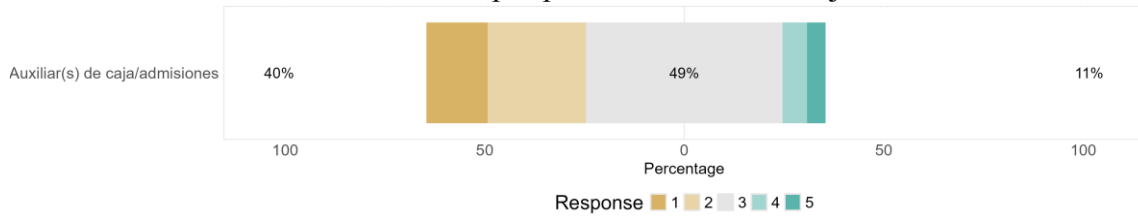
Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025)

Ilustración 4. Satisfacción por personal de vigilancia



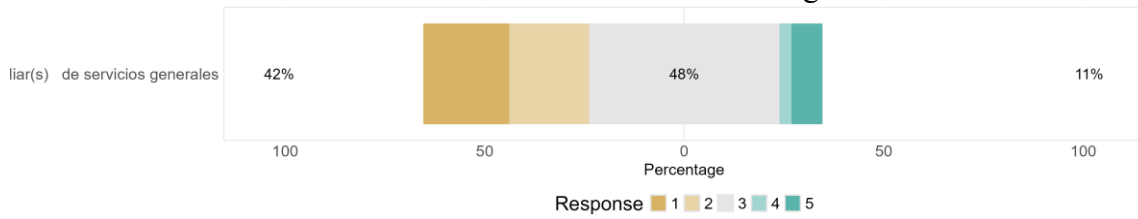
Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025).

Ilustración 5. Satisfacción por personal auxiliar de caja/admisiones



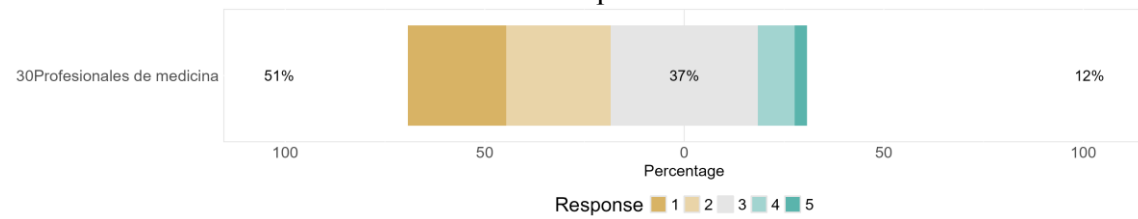
Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025).

Ilustración 6. Satisfacción auxiliar servicios generales



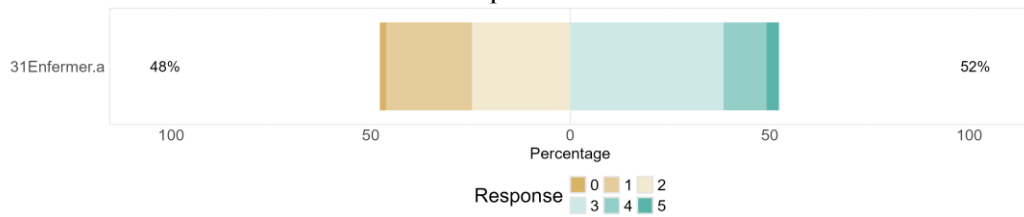
Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025).

Ilustración 7. Satisfacción profesional de medicina



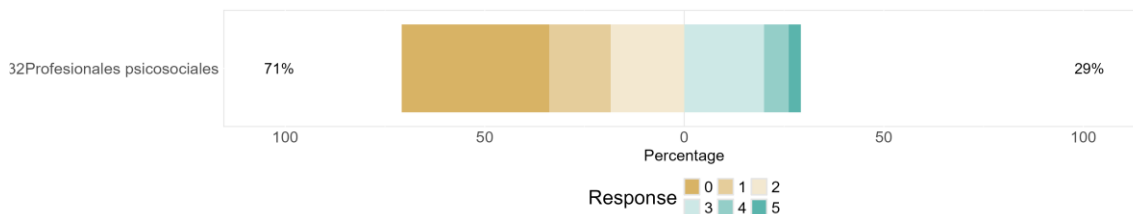
Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025).

Ilustración 8. Satisfacción personal de enfermería



Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025).

Ilustración 9. Satisfacción profesionales psicosociales



Fuente: Elaboración propia con Jasp (Universidad de Amsterdam, 2025).

Los resultados de la evaluación del trato recibido por parte del personal de salud, según el nivel de satisfacción reportado por las personas encuestadas, evidencian diferencias significativas entre los distintos roles. Se utilizó una escala Likert de cinco puntos, en la que 1 correspondía a “muy satisfecho” y 5 a “muy insatisfecho”.

En términos generales, los roles con mayores niveles de satisfacción fueron los profesionales psicosociales, con una media de 170, lo cual indica una valoración predominantemente positiva del trato recibido. Le siguen los profesionales de medicina (media = 2.41), el personal de vigilancia (2.37), enfermería (2.49), servicios generales (2.53) y caja/admisiones (2.59). En todos los casos, las medias se encuentran por debajo de 3, lo que sugiere una percepción globalmente favorable, aunque con diferencias importantes entre áreas.

La desviación estándar más baja se observó en la satisfacción con el personal de caja/admisiones (1.05), lo que indica mayor homogeneidad en las respuestas. En contraste, la mayor dispersión se registró en la valoración de los profesionales psicosociales (1.47), lo que podría deberse a experiencias más diversas o a una menor interacción generalizada con este grupo.

Estos hallazgos sugieren que, si bien la percepción del trato es en general positiva, es importante continuar fortaleciendo la calidad relacional en roles administrativos y de apoyo, en los cuales se perciben menores niveles de satisfacción. Asimismo, el alto nivel de valoración del equipo psicosocial resalta la importancia de una atención humanizada y con enfoque diferencial.

#### 4.1.2.1 Hipótesis

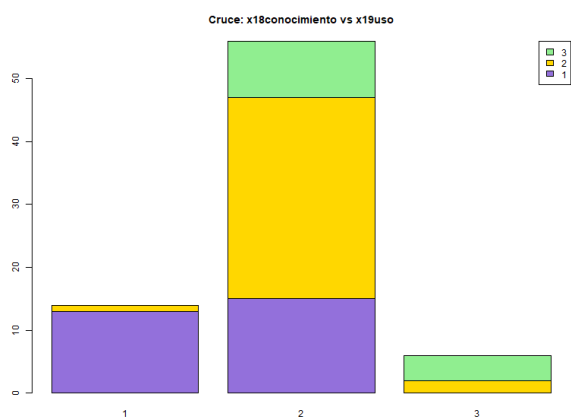
***Hipótesis 1: Protocolos de atención con enfoque diferencial para población LGBTIQ+ y experiencia del servicio***

***Hipótesis de investigadoras: Hasta el 80% de las instituciones de salud no cuentan con la publicación e implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+.***

Los hallazgos de la revisión documental complementan la correlación de la encuesta aplicada a usuarios LGBTIQ+, donde se refleja que:

- Correlación entre conocimiento sobre rutas y uso efectivo

Ilustración 10. Correlación conocimiento sobre rutas de atención diferencial y uso efectivo



Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Se encontró una asociación significativa entre el conocimiento sobre la existencia de rutas de atención diferencial (pregunta 18) y su uso de parte de la población de estudio (pregunta 19). El valor de Chi-cuadrado fue de 33,02, con un p-valor de 0,00 %, lo que indica una fuerte relación estadística (ilustración 10). Este hallazgo refuerza la importancia de la visibilización institucional de los protocolos y rutas de atención, pues el desconocimiento constituye una barrera directa al acceso.

En consecuencia, este hallazgo permite rechazar la hipótesis nula (hasta el 80 % de las instituciones de salud sí cuentan con la publicación e implementación de protocolos de atención

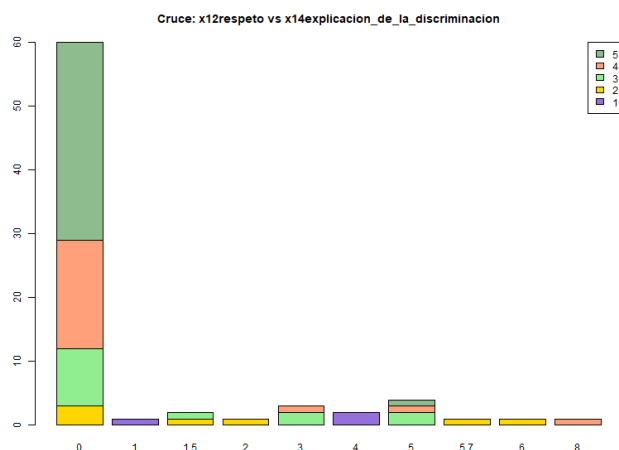
con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+), que suponía que hasta el 80 % de las instituciones sí cuentan con la publicación e implementación de dichos protocolos.

***Hipótesis 2: Implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+.***

***Hipótesis de las investigadoras: La falta de implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ provoca que esta población no tenga una experiencia satisfactoria durante su atención.***

- Correlación entre trato con respeto y dignidad y la satisfacción general de los/as/es usuarios/as/es frente al servicio recibido

Ilustración 11. Correlación trato con respeto y dignidad y la satisfacción general

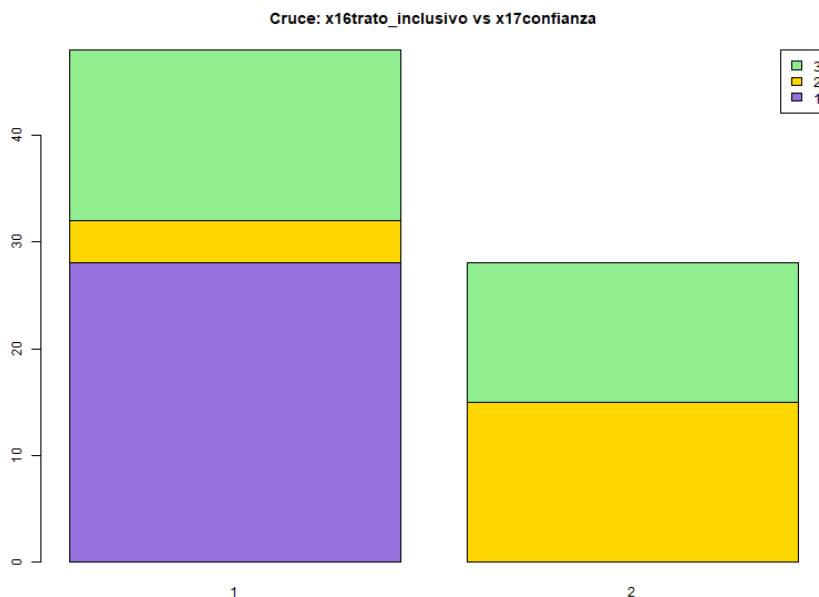


Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

La correlación entre el trato con respeto y dignidad (pregunta 12) y la satisfacción general de los/as/es usuarios/as/es frente al servicio recibido (pregunta 14), sugiere que la forma en que el personal se relaciona con los/as/es pacientes influye directamente en la evaluación global del sistema de salud. De acuerdo con los resultados obtenidos (ilustración 11), el valor de Chi-cuadrado fue de 125,29 con un p-valor de 0,0 %.

- Correlación entre conocimiento del personal de salud y confianza del usuario

Ilustración 12. Correlación: conocimiento del personal de salud y confianza del/la usuario/e/a



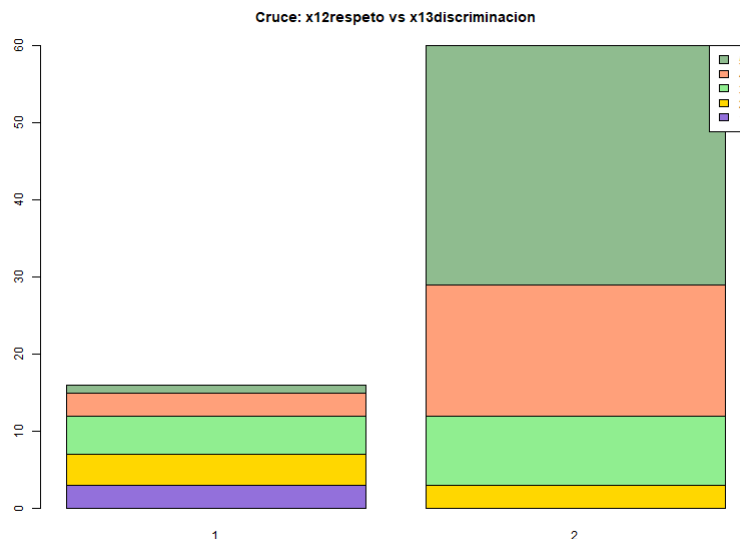
Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Se identificó una correlación significativa entre el conocimiento que demuestra el personal de salud sobre temas específicos de la población LGBTIQ+ (pregunta 16) y la confianza que tienen los/as/es usuarios/as/es para hablar sobre su identidad y necesidades de salud (pregunta 17). La prueba de Chi-cuadrado reportó un valor de 31,60 con un p-valor del 0,00 %, lo cual permite indicar que el conocimiento técnico y actitudinal del personal de salud se relaciona directamente con la confianza que muestran los/as pacientes durante la atención y confirmar una asociación significativa (ilustración 12) indicando que, a mayor conocimiento del personal sanitario, mayor es la confianza manifestada por los/as usuarios/as.

Esto nos lleva a decir que el conocimiento técnico y actitudinal del personal de las instituciones de salud es un factor determinante para atender y brindar una atención adecuada y diferenciada, y sugiere que la ausencia de protocolos limita el desarrollo de prácticas clínicas seguras e inclusivas.

- Correlación entre percepción de respeto y experiencias de discriminación

Ilustración 13. Correlación: percepción de respeto y las experiencias de discriminación



Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

La percepción de haber recibido un trato respetuoso y digno por parte del personal de salud (pregunta 12) presenta una asociación significativa con la experiencia de discriminación o comentarios inapropiados en los servicios de salud (pregunta 13). Esta correlación puede reflejar cómo la calidad del trato percibido por los/as/es usuarios/as/es incide directamente en la vivencia de discriminación dentro de las instituciones de salud. La prueba usada Chi-cuadrado arrojó un valor de 25,17, con un p-valor de 0,00 %, lo cual indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (ilustración 13). Estos resultados permiten resaltar que la falta de protocolos claros con enfoque diferencial puede traducirse en prácticas discriminatorias que afectan la experiencia de los/as/es usuarios/as/es LGBTIQ+.

Los hallazgos descritos apoyan indirectamente la hipótesis de que la ausencia de protocolos claros con enfoque diferencial puede generar prácticas discriminatorias o poco empáticas que afectan negativamente la satisfacción de la población LGBTIQ+ en los servicios de salud. Este respaldo se da mediante tres correlaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ), aunque no permiten establecer una relación causal directa.

No obstante, la hipótesis 2 no pudo ser comprobada de forma directa, debido a la naturaleza correlacional del estudio y a las limitaciones del tamaño muestral. Aunque no se identificó una

asociación directa entre la existencia de protocolos y la experiencia de atención, sí se observaron asociaciones significativas entre variables intermedias como el trato respetuoso, el conocimiento del personal, la confianza de los/as usuarios/as y las experiencias de discriminación que podrían estar vinculadas con la implementación y apropiación de dichos protocolos.

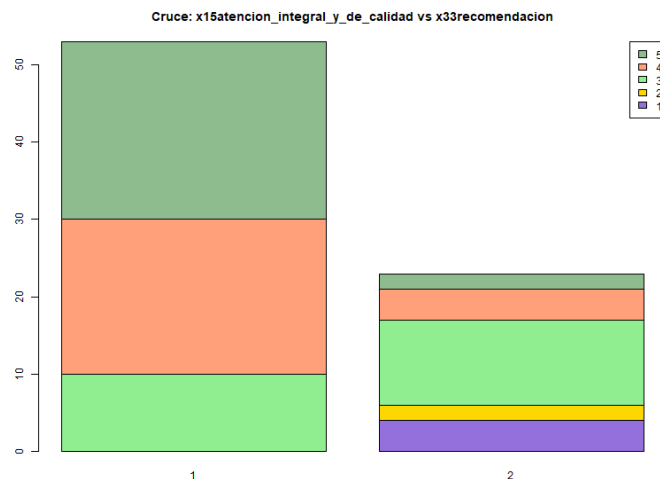
En consecuencia, se recomienda fortalecer los procesos de formación, divulgación e implementación efectiva de protocolos de atención con enfoque diferencial, con el objetivo de garantizar una atención más inclusiva y mejorar la experiencia de la población LGBTIQ+ en los servicios de salud.

***Hipótesis 3: Calidad de la prestación del servicio en términos de satisfacción de salud de la población LGBTIQ+.***

***Hipótesis de investigadoras: La calidad en la prestación de servicios de salud en las instituciones de salud en términos de satisfacción, promueve el uso de los servicios de salud por parte de la población LGBTIQ+.***

- Calidad de la atención y disposición a recomendar el servicio

Ilustración 14. Correlación entre atención y calidad y disposición a recomendar el servicio

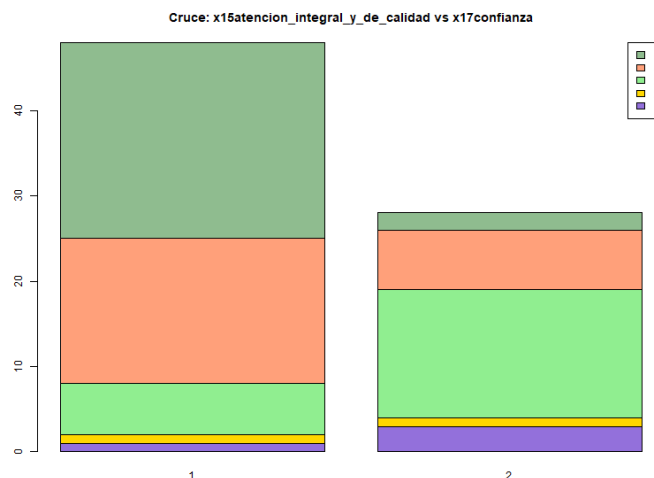


Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Existe una asociación estadísticamente significativa (ilustración 14) entre la atención recibida (si fue integral y de calidad, pregunta 15) y si estos/as/es usuarios/as/es recomendarían el servicio de salud a otras personas LGBTIQ+ (pregunta 33). El análisis arrojó un valor de Chi-cuadrado de 26,66, un p-valor de 0,0 %, lo cual permite respaldar la hipótesis de que la mejora en la calidad percibida de los servicios de salud podría promover una mayor utilización de estos servicios por parte de la población LGBTIQ+, aunque se requieren estudios longitudinales para establecer relaciones causales. Esta correlación respalda que una atención de calidad no solo mejora la experiencia individual, sino que también fomenta el uso del sistema de salud por parte de otras personas de la población LGBTIQ+ a través de la recomendación y el voz a voz.

- Percepción de calidad de la atención y la confianza para hablar sobre identidad y necesidades de salud

Ilustración 15. Correlación entre la percepción de calidad de la atención y la confianza para hablar sobre identidad y necesidades de salud



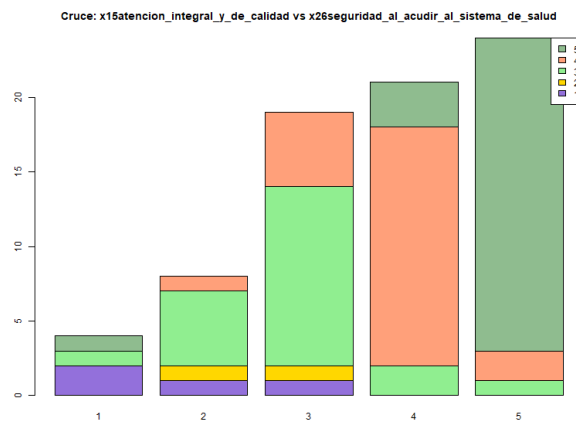
Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Hay una asociación significativa entre la calidad de la atención recibida (pregunta 15) y la confianza para hablar sobre la identidad y necesidades de salud (pregunta 17), con un valor de chi-cuadrado de 22,99, 4 grados de libertad y un p-valor de 0,0 % (ilustración 15). Este resultado respalda parcialmente la hipótesis planteada, al mostrar que las personas LGBTIQ+ tienden a comunicarse de manera más abierta con el personal de salud cuando perciben una atención integral y de calidad. La relación sugiere que mejorar la calidad de la atención podría fomentar entornos

más seguros y de mayor confianza, favoreciendo el diálogo en consulta, la expresión libre de la identidad y, en consecuencia, una mejor experiencia del/de la/lo/le usuario/a/e, así como una mayor fidelización hacia los servicios de salud.

- Atención integral y de calidad y seguridad al acudir al sistema de salud

Ilustración 16. Correlación entre atención integral y de calidad y seguridad al acudir al sistema de salud

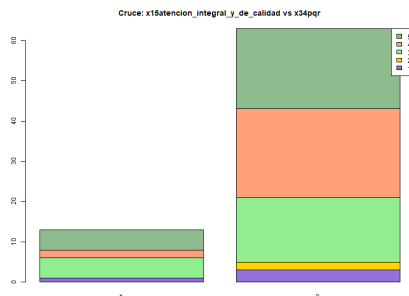


Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Las personas que han acudido al sistema de salud han experimentado un trato respetuoso y profesional y, además, se sintieron más seguras durante la atención, esto se evidencia en la correlación entre la calificación de integralidad y calidad (pregunta 15) y la sensación de seguridad al acudir a los servicios (pregunta 26), que arrojó una asociación significativa con un Chi-cuadrado de 95,22 y un p valor de = 0,0 % (ilustración 16).

- Percepción de calidad y presentación de PQRS

Ilustración 17. Correlación entre percepción de calidad y presentación de quejas, peticiones o reclamos



Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Por otro lado, tal como se ve en la ilustración 17, no se encontró una asociación significativa entre la percepción de calidad (pregunta 15) y la presentación de quejas, peticiones o reclamos (pregunta 34), ya que el p-valor fue del 60,8 %, lo que sugiere que el hecho de presentar una PQR no está necesariamente determinado por la calidad percibida.

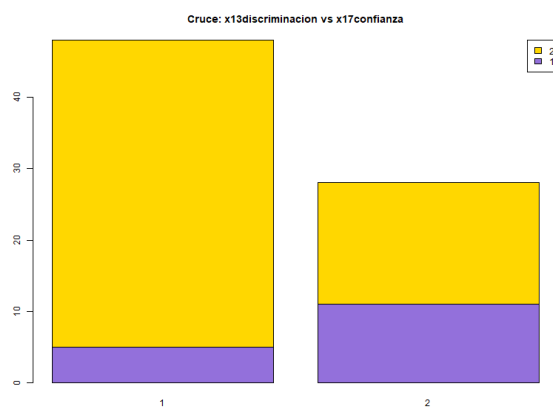
En resumen, los resultados permiten confirmar la hipótesis 3, porque existe evidencia estadística que vincula la percepción de calidad en la atención recibida con una mejor experiencia, mayor confianza, mayor seguridad y disposición a recomendar el uso de los servicios de salud por parte de la población LGBTIQ+. Estas asociaciones sugieren que una atención percibida como integral, respetuosa y profesional no solo mejora la experiencia individual, sino que también tiene un efecto positivo con el sistema de salud, ayudando a que acudan más seguido, dando fuerza al voz a voz dentro de la población. Aunque no se observó una relación entre calidad percibida y presentación de PQRS, este hallazgo no contradice la hipótesis, ya que las quejas pueden deberse a otros factores ajenos a la calidad clínica o humana. En conjunto, los datos respaldan que mejorar la calidad de la atención resulta clave para fortalecer el acceso, la confianza y la fidelización de la población LGBTIQ+ al sistema de salud.

***Hipótesis 4: Atención humanizada en términos del buen trato y respeto, de los profesionales de salud y prejuicios hacia la población LGBTIQ+.***

***Hipótesis de investigadoras: Los prejuicios de las personas profesionales de salud afectan de manera negativa el trato brindado a la población LGBTIQ+, durante su atención.***

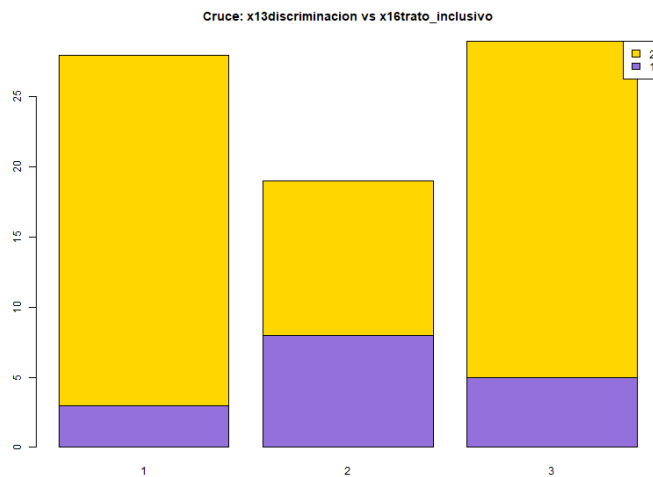
- Discriminación percibida y trato durante la atención

Ilustración 18. Correlación entre discriminación y la confianza para hablar de identidad y necesidades



Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Ilustración 19. Correlación entre discriminación y conocimiento sobre temas de salud específicos

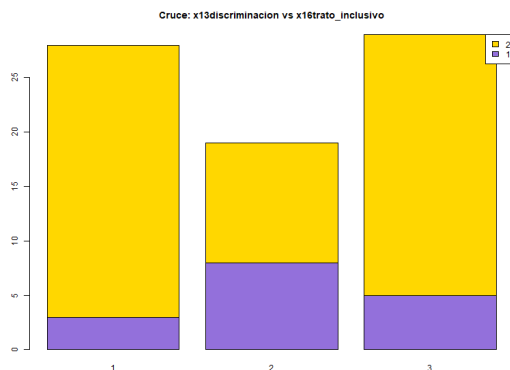


Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

La correlación entre la experiencia de haber experimentado discriminación o comentarios inapropiados en algún servicio de salud (pregunta 13) y la confianza para hablar sobre la identidad y necesidades de salud sin temor a ser juzgado/a/e (pregunta 17), obtuvo un chi-cuadrado de 7,21 con 1 grado de libertad y un p-valor de 0,7 % (ilustración 18), mientras que la relación entre discriminación (pregunta 13) y conocimiento por parte de las y los profesionales de salud sobre temas de salud específicos para personas LGBTI (pregunta 16) tuvo un valor de chi-cuadrado de 7,12 y un p-valor de 2,8 % (ilustración 19). En ambos casos, el p-valor es menor al 5 %, lo que permite rechazar la hipótesis nula, que planteaba que los prejuicios del personal de salud no afectan de manera negativa el trato brindado a la población LGBTIQ+ durante su atención y afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre haber experimentado discriminación y la percepción de conocimiento del personal, así como la confianza para expresarse durante la atención.

- Experiencias de discriminación y la percepción de conocimiento en temas LGBTIQ+

Ilustración 20. Correlación entre experiencias de discriminación y percepción de conocimiento en temas LGBTIQ+



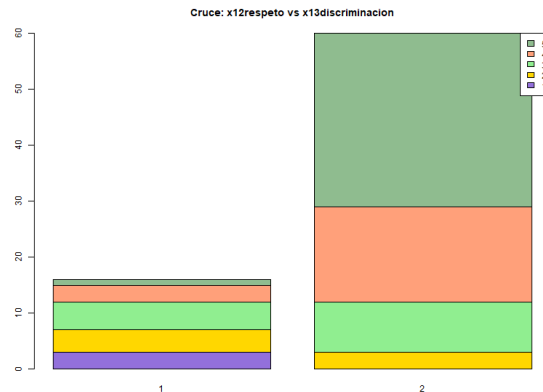
Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

El análisis de relación entre haber experimentado discriminación o comentarios inapropiados (pregunta 13) y la percepción de conocimiento del personal de salud sobre temas LGBTIQ+ (pregunta 16), evidencia que el Chi-cuadrado es de 7,12, p valor 2,8 % (ilustración 20), que lleva a decir que sí existe asociación significativa, puesto que a mayor percepción de discriminación, menor es la percepción del conocimiento profesional sobre temas de salud

LGBTIQ+, lo que sugiere que los prejuicios afectan de una u otra manera la credibilidad profesional.

- Trato respetuoso y experiencias de discriminación

Ilustración 21. Correlación entre trato respetuoso y experiencias de discriminación

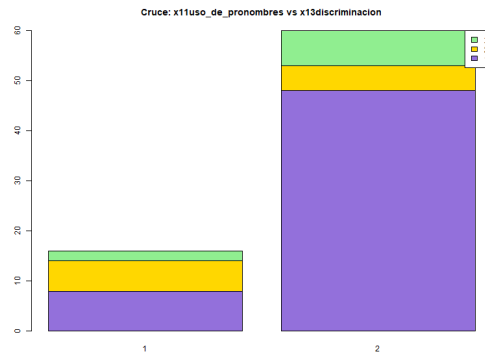


Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

Se encontró una asociación entre la percepción de recibido un trato respetuoso y digno (pregunta 12) con haber recibido comentarios inapropiados o discriminación (pregunta 13). En la ilustración 21 se evidencia un Chi-cuadrado de 25,17 y un p- valor de 0,0 %, que confirma una asociación altamente significativa. Entonces, se puede decir que las experiencias discriminatorias disminuyen notablemente cuando hay un trato respetuoso, lo cual refuerza la hipótesis de que los prejuicios deterioran el trato digno.

- Uso correcto del nombre/pronombres y experiencias de discriminación

Ilustración 22. Correlación entre uso de pronombres y experiencias de discriminación

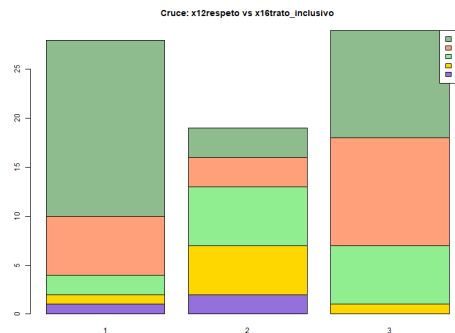


Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

El uso correcto del nombre y pronombres por parte del personal de salud (pregunta 11) también mostró relación con la vivencia de discriminación (pregunta 13), pues el análisis arrojó un Chi-cuadrado de 8,97, con un p con valor 1,1 % (ilustración 22), que respalda una asociación significativa entre el uso incorrecto de los pronombres con experiencias de discriminación, indicando que sí hay respeto por la identidad de la población LGBTIQ+, llevando a decir que este un factor protector contra la discriminación; su ausencia se manifiesta en microagresiones cotidianas durante la atención.

- Trato respetuoso y percepción de conocimiento profesional

Ilustración 23. Correlación entre trato respetuoso y percepción de conocimiento profesional



Fuente: Elaboración propia con RStudio (Posit Software PBC, 2025).

El respeto en el trato está relacionado con la percepción de que el personal está preparado en temas LGBTIQ+, lo que sugiere que la formación profesional reduce sesgos y mejora el trato, tal como se evidencia en la correlación entre el respeto percibido durante la atención (pregunta 12) con la percepción del conocimiento del personal en temas LGBTIQ+ (pregunta 16) dado que el Chi-cuadrado es de 24,14 con un p valor de 0,2 % (ilustración 23).

En resumen, la hipótesis 4 plantea que los prejuicios por parte del personal de salud influyen negativamente en el trato brindado a la población LGBTIQ+, afirmación que fue ampliamente respaldada por los resultados de las correlaciones estadísticamente significativas, porque demuestran que los prejuicios del personal afectan la atención desde múltiples dimensiones, debilitando la confianza, la comunicación y el trato digno en los entornos de salud para la población LGBTIQ+. De igual manera, cuando existe una formación y capacitación por parte del personal de la salud, se reduce el sesgo, la estigmatización y las prácticas discriminatorias, afirmando que el trato digno está condicionado a lo anterior.

A través de los resultados de las fuentes primarias (entrevistas y encuestas), se identificó como aspecto importante que se debe fortalecer, la humanización de la atención en las instituciones de salud desde la capacitación del personal asistencial y administrativo, pues tal como Lemus Celin et al. (2025) refieren en su estudio, la discriminación aumenta las barreras de acceso a los servicios de la salud de la población LGBTIQ+, por lo tanto, a partir de la humanización de los servicios se disminuye la discriminación y por ende, la violación de los derechos humanos al comprender la diversidad humana como constructo social desde sus particularidades psicosociales, y se favorece el uso de los servicios de salud de las instituciones prestadoras.

Otro factor importante es que a través de la humanización se sensibiliza al personal sobre los prejuicios y mitos hacia la comunidad LGBTIQ+, aspecto que aún se ve en los servicios de acuerdo con las fuentes primarias. La teórica de enfermería Madeleine Leininger (1996) a través de la teoría de enfermería transcultural, promueve la importancia del cuidado de la salud de las personas teniendo en cuenta sus creencias, valores y prácticas, mientras que Lemus Celin et al. (2025) indican que la atención de salud con respeto de las diferencias humanas favorece el bienestar y los resultados en salud, mejorando la experiencia de la atención entre el/la profesional de salud y el/la/le paciente. Este respeto se fortalece con los lineamientos dados desde el marco legal de Colombia, a través de los protocolos de atención y rutas de atención con enfoque diferencial.

Lo anterior se complementa con la capacitación y formación continua del personal de salud y administrativo, y si bien hay avances, es un proceso continuo desde la academia y las instituciones de salud. Así lo plantea Sierra (2024) en su estudio, donde refiere que la prestación de servicios sin discriminación y sin prejuicio depende de que los profesionales de la salud estén educados. Desde la academia, este aspecto se puede fortalecer a través del análisis de casos en entornos académicos agradables y sin prejuicios, donde se favorezca la reflexión y la importancia de potencializar conductas desfavorables, como también la integración de la teoría en la práctica (Lemus Celin et al., 2025).

La teoría de Leininger puede aplicarse en la formación académica a través de la capacitación de los/as/es estudiantes para el reconocimiento de signos de situaciones de ansiedad o angustia relacionados con la discriminación, la individualización de las experiencias pasadas de discriminación y la creación de un entorno seguro, adicionalmente, sobre la importancia de individualizar el proceso de atención de cada usuario/a/e de acuerdo con sus necesidades (Lemus Celin et al., 2025). Estas recomendaciones de formación pueden ser tomadas no solo desde la academia sino en las instituciones de salud en sus procesos de capacitación y formación.

Englobando los anteriores planteamientos, los lineamientos y orientaciones brindadas en Colombia y en Bogotá a través de un marco legal robusto, se enmarcan en la elaboración, divulgación e implementación de los protocolos y rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+ por parte de las IPS independiente de su nivel de complejidad; si bien en las fuentes primarias, específicamente en las entrevistas se evidencia un avance importante en las IPS de alta complejidad a través de experiencias satisfactorias de atención, como la interoperatividad de la historia clínica entre la EPS e IPS y la identificación de la orientación sexual e identidad de género, el panorama no es el mismo en las IPS de baja complejidad, lo que se demuestra en los pobres resultados de la revisión documental en medios digitales, Gelvez Parra (2024) refiere que las IPS tienen protocolos, pero no se socializan con el personal de salud y no son de acceso libre, lo que deja entrever la ausencia de rutas específicas, en este caso particular, para hombres trans en ginecología, así como el no cumplimiento de la jurisprudencia por parte de las instituciones de salud. Lo anterior ayuda a explicar la hipótesis inicial, demostrando que más del 75% de las IPS de primer nivel en Bogotá no cumplen con los estándares de publicación, socialización e implementación de protocolos de atención diferencial para población LGBTIQ+ establecidos en

el Decreto 762 de 2018, según evidencias presentadas anteriormente y esto refuerza que persiste una barrera estructural en el sistema de salud, especialmente en primer nivel de atención.

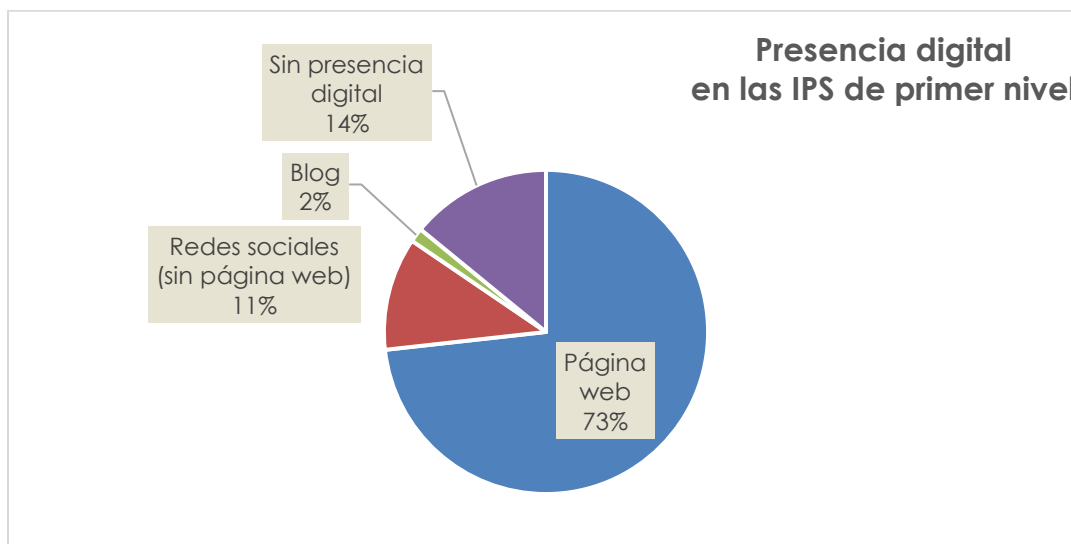
Los lineamientos y orientaciones que soportan la construcción de protocolos y rutas diferenciales, y que son considerados como una herramienta básica para garantizar el derecho a la salud de la población LGBTIQ+, deben continuar con la divulgación constante para los profesionales e instituciones de salud y usuarios/as/es del sistema. En Bogotá, entes territoriales como la Secretaría de Salud realizan un acompañamiento técnico y operativo en EPS e IPS, pero como lo refería uno de los resultados de las entrevistas, este acompañamiento se ve afectado por falencias como el bajo compromiso de las instituciones desde la alta gerencia y la escasez de recursos que afectan el sistema de salud colombiano. Sierra (2024) plantea que el desconocimiento de los protocolos favorece la indefensión y vulneración de la población LGBTIQ+, lo que corrobora la hipótesis de las investigadoras, relacionada con que la falta de implementación de protocolos de atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ provoca que esta población no tenga una experiencia satisfactoria durante su atención.

#### **4.1.3. Revisión documental**

Se realizó revisión documental de los protocolos y/o rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+, en páginas web y redes sociales de 142 IPS de baja complejidad, para comprender la existencia de protocolos y guías de atención diferencial en las Instituciones de salud, con el fin de identificar el avance en la documentación e implementación. La recolección de la información se realizó entre los meses de enero y febrero de 2025. A continuación, se presentan los resultados por las siguientes categorías:

## 1. Presencia digital de las IPS

Ilustración 24. Presencia digital en las IPS de primer nivel



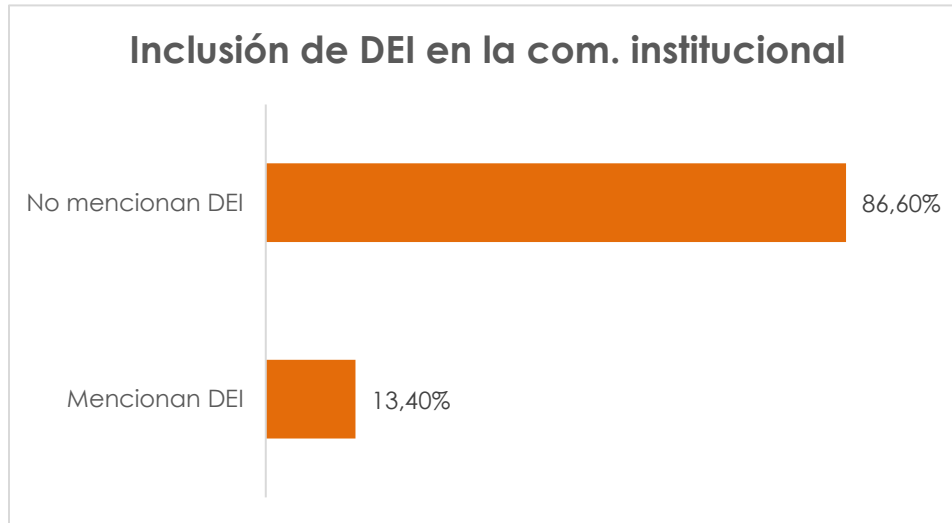
Fuente: Elaboración propia con Excel (Microsoft Corporation, 2025a).

Según la ilustración 24, del total de 142 IPS analizadas, 122 (85,9 %) tienen algún tipo de presencia digital.

- 104 cuentan con una página web.
- 16 tienen redes sociales sin página web.
- 2 tienen un blog.
- 20 IPS (14,1 %) no cuentan con presencia digital, lo que dificulta la consulta sobre sus protocolos y servicios.

## 2. Inclusión de la Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI) en la comunicación institucional

Ilustración 25. Inclusión de información diversidad, equidad e inclusión (DEI) en la comunicación institucional



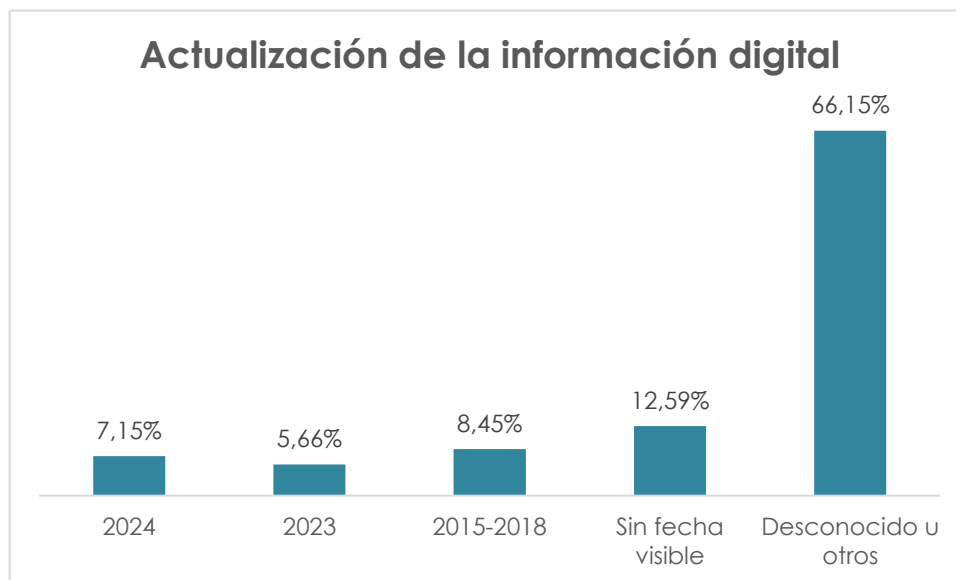
Fuente: Elaboración propia con Excel (Microsoft Corporation, 2025a).

Solo 19 IPS con presencia digital (13,4 %) mencionan aspectos relacionados con diversidad, equidad e inclusión. Estas menciones aparecen en secciones como misión, visión, principios, derechos del paciente y objetivos de calidad, así como se evidencia en la ilustración 25.

En la mayoría de los casos, la inclusión se refiere a personas con discapacidad, y solo un número reducido menciona explícitamente la diversidad sexual o la no discriminación por orientación sexual e identidad de género.

### 3. Actualización de la información en las plataformas digitales

Ilustración 26. Actualización de información en la página web



Fuente: Elaboración propia con Excel (Microsoft Corporation, 2025a).

Los hallazgos fueron:

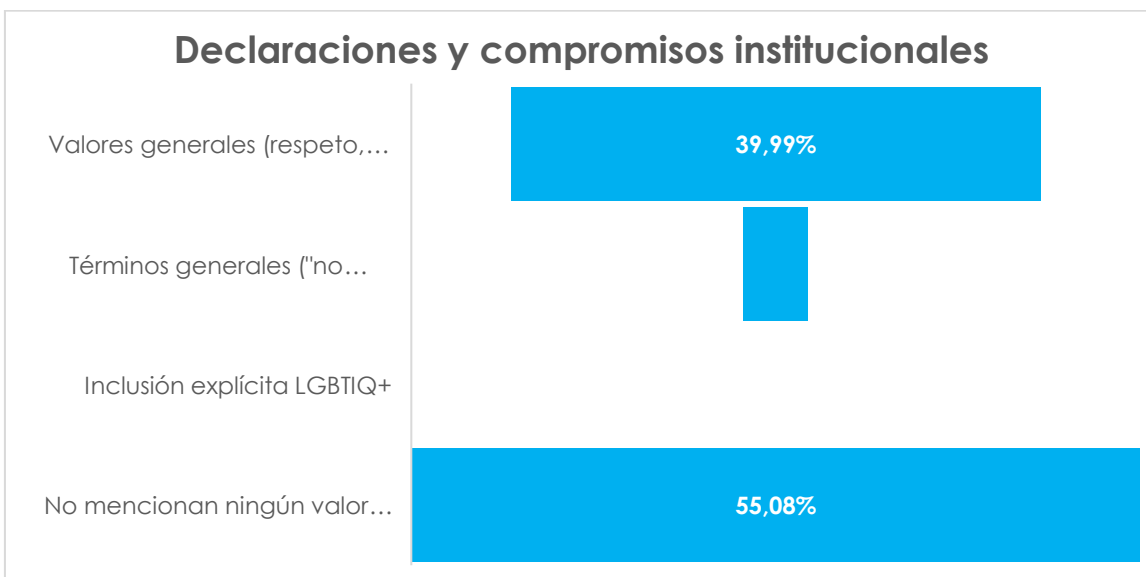
12,59 % de las IPS no tienen visible la fecha de actualización de su página web.

Solo 7,15 % han actualizado su sitio web en 2024 y 5,66 % en 2023, lo que indica que una parte significativa de las IPS no actualiza regularmente su información en línea.

Algunas páginas se encuentran desactualizadas, con registros de actualización en 2015, 2016, 2017 y 2018, lo que evidencia un rezago en la comunicación digital.

#### 4. Declaraciones y compromisos en los valores institucionales

Ilustración 27. Declaraciones y compromisos institucionales



Fuente: Elaboración propia con Excel (Microsoft Corporation, 2025a).

De las 122 IPS con presencia digital, el 39,99 % (49 IPS) con presencia digital mencionan valores como respeto, trato digno, empatía y calidad en la atención, sin hacer referencia explícita a la población LGBTIQ+.

Algunas incluyen términos como "no discriminación" y "trato equitativo", pero sin especificar la orientación sexual o identidad de género dentro de sus políticas (6 IPS).

Ninguna IPS hace una inclusión explícita de la población LGBTIQ+ en sus valores institucionales, lo que indica una ausencia de enfoques diferenciales visibles en la comunicación digital.

El 55,08 % restante (67 IPS) no hace ninguna mención relacionada.

#### 5. Protocolos de atención diferencial

No se evidencia un protocolo claro y visible de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las IPS analizadas.

Si bien algunas mencionan la inclusión en términos generales, ninguna cuenta con lineamientos específicos de atención adaptados a las necesidades de esta población.

En la revisión documental de protocolos o rutas de atención diferencial en IPS de baja complejidad en la ciudad, a través de medios digitales, el 85,9 % de 142 IPS, cuentan con alguna presencia digital, sin embargo en el 66,1% de las IPS se desconoce si la información está actualizada, y solo el 13,4 % mencionan aspectos relacionados con diversidad, equidad e inclusión en secciones de misión, visión, principios, derechos del paciente y objetivos de calidad; en su mayoría, con énfasis en la población en condición de discapacidad, y un número reducido menciona explícitamente la diversidad sexual o la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. A su vez, de estas IPS, el 39,99 % (49 IPS) con presencia digital mencionan valores como respeto, trato digno, empatía y calidad en la atención, sin hacer referencia explícita a la población LGBTIQ+. Esto indica una ausencia de protocolos claros y visibles de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las IPS analizadas.

Lo anterior deja entrever que a pesar de que existen lineamientos y orientaciones normativas para la implementación y divulgación de los protocolos y/o rutas de atención diferencial en las IPS, al hacer la búsqueda de la divulgación en medios digitales no hay información explícita hacia la población LGBTIQ+, lo cual indica que no se está cumpliendo con la comunicación de estos protocolos y/o rutas a los/as/es usuarios para su conocimiento, y por tanto no se puede determinar si hay una implementación o que se cuente con lo mínimamente documentado.

## **4.2. Objetivo no. 2: *Verificar la implementación de las rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+ en las instituciones de salud.***

### **4.2.1 Grupo focal**

El grupo focal fue desarrollado mediante un muestreo por conveniencia, con personas cercanas a las investigadoras que se autoidentifican como parte de la población LGBTIQ+ en Bogotá. La sesión se llevó a cabo el 17 de mayo de 2025, en modalidad presencial, y contó con la

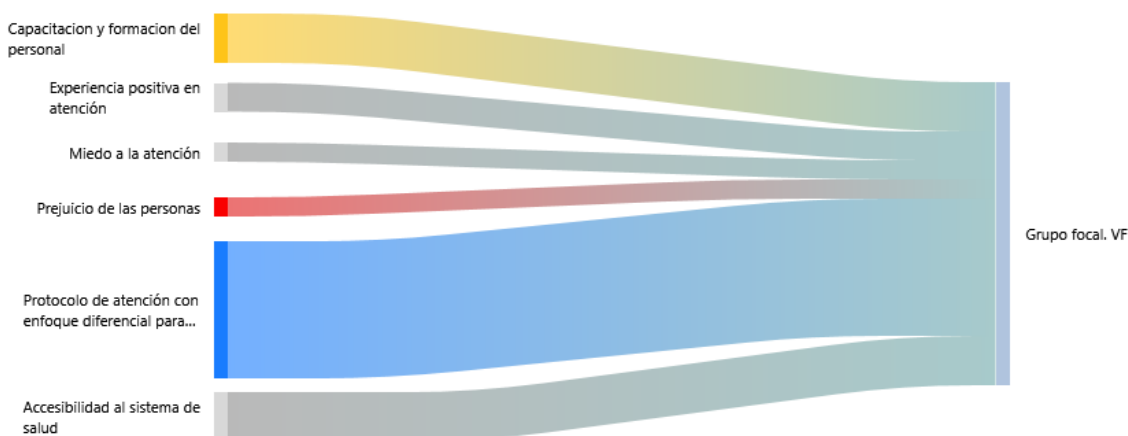
participación de cuatro personas. Durante el encuentro se utilizó el guion previamente diseñado, el cual orientó una conversación semiestructurada centrada en las temáticas de interés para la investigación.

Este instrumento se planteó como una herramienta para profundizar en las percepciones, experiencias y vivencias de las personas participantes frente al derecho a la salud desde un enfoque diferencial. Sin embargo, la aplicación del grupo focal presentó limitaciones logísticas importantes. En primera instancia, se intentó realizar una convocatoria más amplia en un espacio comunitario, pero debido a las múltiples ocupaciones, compromisos laborales y personales de los potenciales participantes, no fue posible concretar dicha sesión.

Ante esta situación, se optó por una estrategia más flexible que permitiera garantizar la participación y el diálogo en un entorno de confianza, aun cuando esto implicó reducir el número de personas inicialmente proyectado. A pesar de las dificultades, la sesión resultó enriquecedora en términos de contenido y aportó elementos significativos para la comprensión de las barreras y experiencias de esta población en el acceso a servicios de salud.

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con la codificación realizada en el programa Atlas.ti (Lumivero, 2025):

Ilustración 28. Diagrama Sankey grupo focal



Fuente: Elaboración propia con Atlas.ti (Lumivero, 2025).

De acuerdo con el grupo focal, las 31 citas o menciones reiterativas entre los participantes, se codificaron en 6 grupos: el 16 % relacionado con capacitación y formación del personal, 10 % con experiencia positiva en la atención, 6 % con prejuicio de las personas, 45 % con protocolo de atención con enfoque diferencial para población LGBTIQ+, 16 % con accesibilidad al sistema de salud y el 6 % con miedo a la atención. Siendo la mayoría de las citas relacionadas con protocolos de atención, seguido de la capacitación y formación del personal, accesibilidad al sistema de salud, experiencia positiva de la atención y por último el prejuicio de las personas y miedo a la atención.

El desarrollo del grupo focal tuvo como objetivo conocer las experiencias y verificar la implementación de rutas de atención diferencial para esta población LGBTIQ+ en el contexto de los servicios de salud analizados. En coherencia con los resultados, la mayoría de las menciones se relacionaron con protocolos de atención, seguido de la accesibilidad al sistema de salud, capacitación del personal y formación, experiencia positiva de la atención y por último aspectos como el miedo a la atención y prejuicio de las personas.

Con relación a protocolos de atención, los participantes refieren el reto de que se aborden situaciones complejas de salud, respetando a la persona.

*“...Supongamos que se presenta una paciente trans llamada “señorita Rojas”, que tiene un problema de próstata. El reto está en manejar ese tipo de situaciones sin hacer sentir incómoda a la persona, respetando su identidad...” (Comentarios de los participantes, 17 de mayo de 2025).*

También, la importancia de la confidencialidad de la información clínica a través del consentimiento informado como elemento transversal, independientemente del tipo de población.

*“...Cuando se trata de enfermedades de transmisión sexual, la confidencialidad y el trato respetuoso deben ser aún más rigurosos (...)”(Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

Sin embargo, consideran que los protocolos de atención deben ser indistintos a la población, donde la prioridad es la atención de la necesidad de la salud, sin priorización por la orientación sexual e identidad de género.

*“...no debería haber tanto filtro ni estigma; el acceso debería ser directo y profesional, sin que importe el estilo de vida de la persona...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...La orientación sexual (lo que te gusta) y la identidad de género (cómo te identificas) son cosas que no deben afectar el proceso de atención, salvo situaciones muy específicas...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

Aunque también, los participantes son conscientes de que la existencia de rutas diferenciales de atención busca favorecer la privacidad y dignidad del/la/le usuario/a/e.

*“...La ruta diferencial existe y está orientada principalmente a manejar la privacidad y evitar la exposición pública, especialmente en casos de violencia o agresión. Por ejemplo, si alguien llega con una herida o trauma, se le da una atención privada y diferenciada para proteger su dignidad...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...en programas especializados como el de VIH, se manejan accesos y rutas diferenciadas para preservar la privacidad y dignidad de los usuarios...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

De acuerdo con las opiniones de los participantes, hay coincidencia en que la atención en salud no debería ser diferencial, aunque la existencia de rutas específicas de atención sí favorece la privacidad y dignidad del/la/le usuario/a/e, igualmente, se deben seguir reforzando aspectos como el consentimiento informado y el abordaje de situaciones especiales de atención de la población en las instituciones de salud.

Sobre la accesibilidad a los servicios de salud, los participantes coinciden en que independientemente de la atención en las instituciones, el mismo sistema de salud interpone barreras de acceso a servicios, como en el caso de las demoras en la asignación de citas, o la falta de autorización de tratamientos específicos, que en parte son justificados por la escasez de recursos del sistema de salud de Colombia.

*“...incluso una medicina prepagada te pone a esperar cuatro meses para no decir días sí, a no ser que la persona se esté muriendo, eso es eso, es terrible. Eso es. Si hay gente que*

*se muere y hay gente que se muere esperando a que lo atiendan...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...sí ha habido como restricciones, pero de forma general, no por no por mi orientación...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...La persona que lo asesoraba explicó que los costos del medicamento son muy elevados, y por eso ponen muchas barreras para limitar la cantidad de personas que pueden acceder al tratamiento...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

En cuanto a la capacitación y formación, los participantes refieren que aún se debe trabajar en la capacitación del personal como responsabilidad de las instituciones, para que en la atención no se perciba la discriminación.

*“...un ejemplo, las personas que sacan sangre. ¿Pues ponen esa barrera o se les cambia la energía y es muy notorio como y para qué? ¿Y por qué tienen? ¿Qué pasa? No estás acostumbrada a hacer este tipo de exámenes, o sea tú tienes tu protección y si te untas sangre tranquila que no te vas a contagiar...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...tenemos una ley, una norma superior que establece la no discriminación y todo ese marco legal. Sin embargo, las personas que trabajan en el sector salud muchas veces no están informadas, o bien la entidad o empresa no realiza una capacitación adecuada...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...Quizá quienes deberían encargarse de capacitar al personal, tanto nuevo como antiguo, no lo estén haciendo con el rigor necesario. Esa podría ser una de las principales barreras que enfrentamos: no es solo un tema de discriminación directa, sino también de falta de formación, falta de aplicación de las normas y ausencia de exigencia en su cumplimiento...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

Es decir, a pesar de que hay lineamientos normativos, las instituciones de salud deben fortalecer sus procesos de formación y capacitación sobre la atención, dado que aún se perciben barreras de acceso y discriminatorias por causa de esa falencia.

Sobre experiencias positivas de la atención, resalta el hecho de que, al indagar a los participantes, las experiencias en su mayoría han sido positivas a pesar del desconocimiento sobre la Clínica de Género de Chapinero, sin embargo, las experiencias negativas han sido enfocadas en servicios de laboratorio clínico y de medicina general al existir el estigma de que la población LGBTIQ+ es portadora del VIH, lo cual se asocia al prejuicio de las personas.

*“...personalmente la atención que se me ha brindado ha sido muy buena. No he percibido limitaciones ni diferenciaciones por mi orientación sexual; ha sido una atención muy profesional. En mi caso, no he tenido situaciones de discriminación...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...No había oído hablar de una clínica como tal, pero sí conozco IPS especializadas en temas LGBTIQ con muy buenas referencias. Estas IPS manejan procedimientos de calidad y tienen altos estándares tanto en el servicio profesional como en la provisión de medicamentos. Sé que en Bogotá hay una llamada Infecto Clínicos...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

*“...Yo digo que es tema más personal porque ni siquiera fue profesional, sin necesidad de exámenes previos ni nada, pues según acorde lo que yo le dije, le comenté, me dijo de una vez, me diagnosticó con VIH...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

Otro aspecto señalado es que en ocasiones no usan los servicios de salud no por una mala experiencia, sino por miedo a la atención misma y a sentir discriminación.

*“...Sin embargo, hemos escuchado referencias de otras personas aquí en Bogotá, pero no tanto por la atención como tal, sino por la predisposición que sienten algunas personas antes de ser atendidas: miedo a lo que les vayan a decir, cómo las van a tratar. Es decir, no es necesariamente un problema del prestador del servicio, sino de la percepción de la persona usuaria...” (Comentarios de los participantes, 18 de mayo de 2025).*

De acuerdo con las opiniones de los participantes, no es posible determinar la implementación de rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+, ya que existe desconocimiento de estas a pesar de que las experiencias con el uso de los servicios de salud han sido positivas. Se

debe trabajar en la implementación efectiva, así como en la actualización de políticas y protocolos de salud que incluyan indicaciones específicas para la población LGBTIQ+ (Lemus Celin et al., 2025), y que se complementen con mejores prácticas como las presentadas en otros países, por ejemplo la implementación de servicios amigables en México (Gobierno de México, 2020), la promoción del acompañamiento de la población en sus procesos de atención por personas cercanas o familiares, y la identificación de IPS de referencia y grupo de apoyo específicos (Ministerio de las Mujeres, 2023), asimismo que se promueva el acceso a los servicios de salud por parte de la población al instaurar rutas diferenciales enfocadas en mitigar riesgos de salud por curso de vida. Domínguez et al. (2018) refieren que la falta de protocolos y rutas específicas, en ese caso para las mujeres trans, conllevan a una falta de atención de salud y al uso de prácticas no científicas, lo que no garantiza el derecho a la salud. No obstante, desde el análisis estadístico realizado, se identificaron correlaciones significativas entre el conocimiento de las rutas de atención y su uso efectivo, lo cual permite inferir que la visibilización de estas rutas es un factor relevante en la apropiación por parte de los/as/es usuarios/as/es. Sin embargo, otras relaciones, como entre la calidad de la atención percibida y el uso de rutas, no fueron estadísticamente significativas, por lo que no fue posible comprobar plenamente la hipótesis que proponía que la calidad de la atención a través de rutas diferenciales genera mayor satisfacción y promueve su uso.

Se evidenció una asociación significativa entre la implementación formal de protocolos y la percepción de atención digna y respetuosa. La correlación entre variables como "conocimiento del protocolo" y "trato respetuoso" sugiere que la institucionalización de las rutas impacta positivamente en la experiencia del usuario. Sin embargo, los coeficientes de correlación reflejan que aún existe un amplio margen de mejora en la adopción práctica de estas rutas dentro de los entornos hospitalarios y ambulatorios.

Uno de los testimonios de los participantes, al indicar que el/la profesional de la salud lanzó prejuicios evidenciados por el diagnóstico de VIH sin una prueba confirmatoria, puede reforzar lo que Meyer (2003) describe como "estrés crónico institucional", ya que esto resulta del prejuicio y la estigmatización que se manifiesta en las IPS. Esta problemática escala a un nivel de "violencia estructural" (Farmer, 2003) cuando las IPS no toman medidas activas para corregir estas deficiencias. Además, los participantes del grupo focal mencionaron la confidencialidad como un tema clave en la atención (mencionada en un 16 % de las ocasiones), destacando la imperiosa

necesidad de incorporar el modelo de competencia cultural propuesto por Campinha-Bacote (2002) en los programas de formación dirigidos al personal de salud.

Los resultados obtenidos reflejan una correlación significativa entre la percepción de la población LGBTIQ+ y dimensiones como el trato recibido, el acceso a la información y la adecuación de los espacios. Se puede respaldar y decir que tiene cierta coincidencia con el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que advierte que en América, el 56 % de las personas lesbianas, gays y bisexuales, y el 70 % de las personas trans o no conformes con el género, afirmaron haber enfrentado discriminación o negación de servicios médicos, señalando que las formas de discriminación incluyen la negativa de los profesionales de salud a tocarles, el uso de lenguaje ofensivo, culparles por su estado de salud e incluso llegando hasta la violencia física. Aquí es donde se refleja esa violencia estructural y simbólica que de una u otra manera vulnera el derecho a la salud y perpetúa barreras de acceso, afectando directamente la percepción y calidad del servicio recibido (CIDH, 2015).

Las correlaciones anteriores llevan a indicar la necesidad de fortalecer la formación en enfoque diferencial del personal de salud, dado que su gestión muestra relación directa con la experiencia de atención percibida. Si se tiene una capacitación constante, podría mejorar el servicio y la experiencia de usuarios/as/es LGBTIQ+, esta debería incluir temas básicos como orientación sexual e identidad de género, ya que muchos/as profesionales carecen de conocimientos fundamentales, lo que genera desinformación y maltrato hacia esta comunidad. La formación inicial y continua en temáticas de género es clave para superar la heteronormatividad y garantizar una atención sin discriminación, basada en el respeto y la igualdad (Estay et al., 2020) Además, como indica Estay et al. (2020), existen experiencias pioneras, como en el Servicio de Salud Talcahuano, que ha implementado instancias participativas y equipos multidisciplinarios para mejorar la atención a personas trans y capacitar profesionales. Sin embargo, se recomienda que la formación de los/as/es profesionales de salud sea temprana.

En este sentido, los resultados de esta investigación confirman que la discriminación sigue operando como una variable crítica dentro del sistema de salud, limitando el ejercicio pleno de los derechos de la población LGBTIQ+. Por lo tanto, es indispensable que las instituciones de salud refuercen la formación en derechos humanos y enfoque diferencial, así como mecanismos de control y seguimiento que garanticen una atención libre de prejuicios y violencias.

### **4.3. Objetivo no. 3: *Establecer recomendaciones para la efectiva implementación de una ruta de atención diferencial.***

#### **4.3.1. Búsqueda de lineamientos internacionales**

Una vez realizada la búsqueda web, se encuentran los siguientes lineamientos relacionados con atención en salud con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+ en Latinoamérica:

- Guía de acceso al derecho a la salud integral de lesbianas, gays, bisexuales, travestir, trans, intersex, no binaries y otras identidades de género y orientaciones sexuales (LGBTIQ+), de Argentina (Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas, de México (Gobierno de México, 2020).
- Guía de orientación en salud primaria para personas de las diversidades sexuales y de género, de Chile (Dirección de Salud, 2023).

De acuerdo con la revisión de las guías y protocolos encontrados, se obtienen los siguientes resultados:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque diferencial (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Atención basada en la despatologización con consultorios amigables en el caso de México (Gobierno de México, 2020), para Colombia se dan lineamientos desde la Supersalud de retomar los servicios amigables (Circular Externa 2024151000000011-5 de 2024, 2024), sin embargo, para los países consultados se promueve el enfoque de despatologización (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Se coincide en la importancia de la confidencialidad, privacidad y escucha; así como el uso adecuado del consentimiento informado (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Enfoque de humanización, y no discriminación de los actores del sistema de salud, con lenguaje inclusivo y no discriminatorio (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).

- Promoción de modelos de atención de la salud integral diferencial, desde la prevención, tratamiento y rehabilitación (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023), en Colombia se dictan lineamientos de la caracterización de la población, para enrutar atención acorde a curso de vida, e incluye vigilancia sobre las IPS de la garantía de la atención (Circular Externa 2024151000000011-5 de 2024, 2024).
- Importancia de la formación del personal desde la academia y a nivel institucional, incluido el personal administrativo (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Se promueve el acompañamiento por una persona de confianza o de la pareja durante la atención, en países como Argentina y México (Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Se brindan orientaciones desde el ingreso, y durante los diferentes momentos del acto médico durante la consulta incluido el lenguaje y preguntas orientadoras de atención (Dirección de Salud, 2023; Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Importancia de fortalecer las redes de apoyo y atención en salud, a través de instituciones de referencia especialmente en México (Gobierno de México, 2020). Argentina cuenta con línea de atención y programas de acompañamiento específico (Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Se resalta la importancia de campañas de difusión y comunicación, para promoción de los derechos relativos a la población LGBTIQ+ en México (Gobierno de México, 2020).
- En Argentina llama la atención que la guía descrita brinda información directa a la población LGBTIQ+, sin mencionar orientaciones al personal de salud (Ministerio de las Mujeres, 2023).
- Las guías consultadas no hacen referencia a adecuación de infraestructura. En Colombia sí realizan mención sobre la adecuación de baños mixtos (Circular Externa 2024151000000011-5 de 2024, 2024).

Según los resultados de revisión de las guías y protocolos encontrados en Latinoamérica: Argentina, Chile y México, los documentos presentan similitudes en cuanto a la promoción de derechos y deberes, las necesidades de formación y capacitación del personal, el establecimiento

de directrices durante la consulta médica, y de la salud integral en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

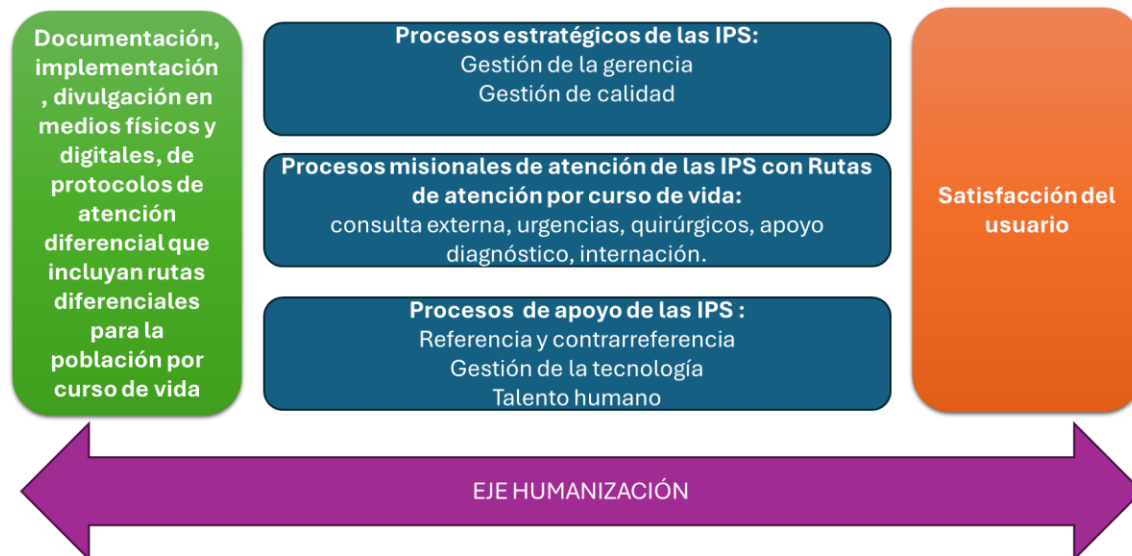
Sin embargo, en México se dan directrices para contar con consultorios amigables (Gobierno de México, 2020), aspecto que en Colombia se menciona como retomar servicios amigables en la circular de la Supersalud (Circular Externa 202415100000011-5 de 2024, 2024), sin embargo, en las entrevistas, encuestas y grupo focal no se mencionan, por lo que es un aspecto que no se tiene en cuenta y debe visibilizarse.

Otros aspectos diferenciadores son que, en México y Argentina se promueve el acompañamiento por personas de confianza o de la pareja durante la atención a la población LGBTIQ+, así como la identificación de instituciones de salud de referencia para la atención en México, y la creación de líneas de atención y programas de acompañamiento específico (Gobierno de México, 2020; Ministerio de las Mujeres, 2023), mientras que en Colombia no se encuentran estas orientaciones.

#### **4.3.2. Propuesta modelo de atención**

Acorde con los resultados y análisis de las diferentes técnicas de recolección de información primaria y secundaria, se propone un modelo de atención en salud para la atención de la población LGBTIQ+, plasmado a través de un mapa de procesos donde debe fortalecerse la humanización y el buen trato como un eje transversal de las instituciones, con una puerta de entrada a través de la documentación, implementación, divulgación en medios físicos y digitales de protocolos de atención diferencial que incluyan rutas diferenciales para la población por curso de vida. Con procesos de apoyo de talento humano donde se incluya la capacitación y formación de las personas actores del sistema de salud en los lineamientos y orientaciones de la atención, así como en la eliminación de mitos y prejuicios; el sistema de referencia/contrarreferencia debe incluir: derivación a instituciones con protocolos diferenciales LGBTIQ+, conexión con redes de apoyo especializado, y coordinación permanente con EPS, conformando así una atención continua e integral; y el proceso de gestión de la tecnología que garantice la interoperatividad de los sistemas informáticos, con una salida relacionada con la medición de la satisfacción del usuario. Este modelo no debe dejar de lado procesos estratégicos como la gestión de la gerencia y gestión de calidad.

Ilustración 29. Propuesta modelo de atención a través de mapa de procesos atención con enfoque diferencial para la población LGBTIQ+



Fuente: Elaboración propia con Power Point (Microsoft Corporation, 2025b).

### 4.3.3. Recomendaciones

La ilustración 29 presenta el modelo de atención plasmado a través del mapa de procesos como insumo para que las instituciones de salud implementen los lineamientos y orientaciones dadas desde el Ministerio de Salud, junto con las siguientes recomendaciones, las cuales se han propuesto a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias:

- La humanización vista como eje transversal y continuo para las instituciones, con promulgación del buen trato, sin diferenciaciones de la población, favoreciendo el acompañamiento de la familia y/o conocidos/as/es durante el proceso de atención.
- Documentación, implementación, divulgación física y digital de protocolos de atención que cuenten con rutas de atención por curso de vida para los procesos misionales de las IPS, de acuerdo con la caracterización de la población y acorde a lo definido por el Ministerio de Salud en Colombia, con intensificación de las acciones de vigilancia y control por parte de los entes territoriales.
- Establecimiento del compromiso institucional desde la alta gerencia y calidad.
- Tener claridad de la importancia de procesos de apoyo como talento humano a través de programas de gestión del conocimiento con enfoque técnico y de humanización, que

incluya la eliminación de mitos y prejuicios (por ejemplo, la homosexualidad y el VIH), dirigidos a todo el personal de las IPS y que aporte a la cultura organizacional, es decir, se realiza hincapié en la capacitación y formación constante en enfoque diferencial LGBTIQ+ para todo el personal de la clínica (administrativo, médico y asistencial) para conocer el correcto uso de los nombres y pronombres, y de la confidencialidad y privacidad. De tal manera, se podría garantizar el trato digno, libre de prejuicios y discriminación.

- Contar con la identificación de instituciones y organizaciones de referencia para la atención de la población LGBTIQ+ de acuerdo con la complejidad de las necesidades de salud, y de grupos de apoyo que asesoren y acompañen al/la/le usuario/a/e.
- Continuar con la implementación de sistemas de información que permitan identificar la población, generación de alertas y enrutamiento a los servicios de salud
- Realizar mediciones de satisfacción del/la/le usuario/a/e, cuando se realicen atenciones de salud de la población en las IPS, aportando al mejoramiento continuo a partir de los resultados.

Es importante mencionar que la Superintendencia Nacional de Salud (Circular Externa 202415100000011-5 de 2024, 2024) refiere la retoma de servicios amigables. Se recomienda al sector gubernamental impartir directrices específicas a las IPS sobre la estrategia para su conocimiento e implementación.

Sumado a lo anterior, se recomiendan mesas de trabajo con representantes de la población LGBTIQ+ (activistas y colectivos) para diseñar, ajustar y realizar monitoreo constante de las rutas de atención, con el fin de asegurar que las soluciones estén fundamentadas en sus necesidades reales y no solo en supuestos institucionales. Por otro lado, a nivel territorial, se sugiere fortalecer la supervisión y exigibilidad, vinculando el cumplimiento de los protocolos diferenciales a indicadores de calidad para IPS.

Estas recomendaciones tienen como base los hallazgos descritos, como el desconocimiento de las rutas (45 % de menciones en grupo focal), los prejuicios del personal (6 % de las menciones de las entrevistas y grupo focal), y falta de divulgación (según las encuestas, ya que solo el 36,8 % conoce las rutas de atención diferencial, mientras que el 46,1 % no las conoce y un 17,1 % no sabe qué son). Su implementación requerirá compromiso político e institucional y asignación de recursos (presupuesto), pero es esencial para cerrar la brecha entre la normativa y la práctica.

Las correlaciones analizadas indican que variables como la gestión institucional, la formación del talento humano y la participación de la comunidad LGBTIQ+ en los procesos de diseño de servicios están positivamente asociadas con mejoras en la experiencia de atención. El Ministerio de Salud Pública de Uruguay (Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, 2015), resalta la importancia de implementar estrategias integrales para la garantía de derechos, donde el abordaje debe ir más allá de la simple difusión de contenido, en otras palabras, no solo se habla de actividades comunitarias o materiales informativos, sino también la actitud y el compromiso de las y los profesionales de la salud durante la consulta, quienes pueden promover o inhibir el ejercicio de derechos según su enfoque. En resumen, el empoderamiento y las estrategias integrales para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos requieren un trabajo conjunto entre educación, salud y compromiso social, con un enfoque inclusivo, respetuoso y orientado a la autonomía de las personas.

## 5. CONCLUSIONES

A pesar de la existencia de lineamientos y orientaciones soportados por un vasto marco normativo, se evidencia incoherencia entre lo indicado normativamente, la educación de las y los profesionales de salud y aspectos transversales de la cultura, lo que se traduce en que la falta de coordinación de estos aspectos a nivel Colombia se relacionan con la discriminación hacia la población LGBTIQ+ y el no acceso efectivo al sistema de salud. Por ende, es importante promover la obligatoriedad normativa en el sector salud a través de los entes de control, la educación desde la formación de las y los profesionales (como la capacitación institucional en coherencia con los lineamientos dictados), y la promulgación de la humanización de la atención que ayude a derribar factores de discriminación enmarcados en los prejuicios y mitos alrededor de la población LGBTIQ+.

El hecho de que parte de la población LGBTIQ+ desconozca protocolos y rutas diferenciales de atención, así como IPS de referencia como Profamilia y la clínica de género, y otras instituciones de alta complejidad, favorece las malas prácticas de salud en la población como tratamientos clandestinos o inadecuados tratamientos, y por ende la salud del colectivo se vea afectado, y el derecho a la salud vulnerado. Sumado a la crisis del sistema de la salud, que genera barreras de acceso que dificultan la población, no solo LGBTIQ+, como la demora en la asignación de citas, la no autorización de servicios y la no entrega de medicamentos. Lo anterior se desenlaza en la desconfianza en el sistema y el no uso de los servicios.

En referencia a las cuatro hipótesis planteadas en relación con la experiencia de atención en salud de la población LGBTIQ+, a la existencia de protocolos con enfoque diferencial, la calidad del servicio, el trato digno y los prejuicios del personal de salud, aunque la naturaleza correlacional de la investigación y las limitaciones del tamaño muestral (de 384 encuestas requeridas solo se obtuvieron 76) impidieron comprobar causalmente las hipótesis, sí fue posible identificar asociaciones estadísticas significativas que permiten reflexionar sobre las condiciones actuales del sistema de salud frente a esta población y que lleve a una sobre-representación de población urbana o con mayor acceso a salud.

La primera hipótesis, que planteaba que la implementación de protocolos con enfoque diferencial mejora la experiencia y la satisfacción de las personas LGBTIQ se confirmó parcialmente: se constató la ausencia de dichos protocolos en la mayoría de las instituciones, y su desconocimiento fue identificado como una barrera de acceso.

Las hipótesis 2 y 3, centradas en la calidad de la atención y su relación con la confianza, seguridad, recomendación y uso del sistema, fueron respaldadas parcialmente. Las correlaciones significativas evidencian que una atención percibida como respetuosa e integral se asocia con mayor disposición a expresarse abiertamente, mayor confianza y mayor uso del sistema.

Finalmente, la hipótesis 4 que se refiere al impacto negativo de los prejuicios del personal de salud fue la más sólidamente respaldada, al encontrar múltiples asociaciones significativas entre la experiencia de discriminación y otros indicadores como el trato recibido, el uso correcto de pronombres, la percepción de conocimiento profesional y la seguridad en la atención.

Por lo anterior, se puede concluir que existe una relación estrecha entre la formación del talento humano (todo el personal médico - principalmente-, administrativo y de seguridad), la implementación de protocolos diferenciados, la atención respetuosa y la calidad percibida, todos ellos como factores que influyen en la experiencia de salud de la población LGBTIQ+. También se destaca la urgencia de generar entornos seguros y libres de discriminación para garantizar una atención verdaderamente inclusiva y equitativa.

## 6. RECOMENDACIONES

La Superintendencia Nacional de Salud (Circular Externa 202415100000011-5 de 2024, 2024) refiere la retoma de servicios amigables. Se recomienda al sector gubernamental impartir directrices específicas a las IPS sobre la estrategia para su conocimiento e implementación. Dicha estrategia también es mencionada en países como México, por lo que se recomienda profundizar en ella para la implementación en Colombia.

Por otro lado, se recomienda continuar con investigaciones relacionadas con el objeto de estudio, donde se puede indagar propiamente en las IPS sobre protocolos y rutas de atención diferencial para la población LGBTIQ+, pues en la presente investigación no fue posible por motivo de tiempo y de dificultad de acceso a las instituciones.

Asimismo, no fue posible completar la muestra poblacional para el nivel de confianza de 95% en parte porque la población no le gusta sentirse instrumentalizada, y temor a la vulneración de privacidad y confidencialidad, por lo que se recomienda realizar estudios de investigación con apoyo de organizaciones del sector LGBTIQ+ que permita facilidades de acceso a la población para la recolección de la información.

De igual manera, se sugiere desde las EPS, supervisar que las IPS implementen y cumplan con los protocolos diferenciados y respecto a la academia, es necesario incluir contenidos sobre diversidad sexual y de género en los currículos de formación en salud, con enfoque en derechos humanos y enfoque diferencial.

Por lo que, a nivel operativo se podría implementar a corto plazo la socialización de protocolos, así como también el desarrollo o la actualización de plataformas digitales accesibles (página web) con rutas de atención diferencial para personas LGBTIQ+.

Y a mediana plazo, se sugiere involucrar a organizaciones LGBTIQ+ en el diseño, implementación y análisis de estudios e intervenciones, y exigir la publicación periódica de reportes sobre casos de discriminación y las medidas adoptadas por las instituciones.

## REFERENCIAS

- Águila, M. C. (2018). Principales barreras de acceso a servicios de salud para personas lesbianas, gay y bisexuales. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(2), 43–47. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=2d27f90c-fd78-32d0-8f62-2d27efb4a2a0>
- Alcaldía de Bogotá. (2020). Balance del Plan de Acción de la Política Pública LGBTI 2017-2020. Boletín No. 23. *Observatorio de Política Pública Para La Garantía Plena de Los Derechos de Las Personas LBGTI*. [https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin\\_23.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_23.pdf)
- Alcaldía Mayor de Bogotá DC. (2022). *Manual de buenas prácticas para la atención humanizada en la prestación de los servicios de salud*.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos. (2025). *El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*. Organización de Las Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- Alvarado, L., y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187–202. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011837011>
- American Psychological Association. (2025). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/>
- Amnesty International. (2023). *Informe 2022/23 Amnistía Internacional: La situación de los derechos humanos en el mundo*. <https://www.amnesty.org/es/>
- Arenas, S. (2018). *Experiencias de atención en salud de personas LGBT y significados del personal de salud que les atiende* [Universidad del Bosque]. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/75b76e8a-9e58-47e0-a2f0-2316c39b5275/content>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Balbontín Steinert, F., Brahim Cellitti, S., Fernández Correa, E., y Rivadeneira García, I. (2023). Percepción de personas LGBTIQA+, sobre el trato por parte del personal de salud en atención primaria, en la Región Metropolitana, en el año 2022. *Revista Confluencia*, 6(2), 79-83. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/944>

- Berardi, C., Antonini, M., Jordan, Z., Wechtler, H., Paolucci, F., y Hinwood, M. (2024). Barriers and facilitators to the implementation of digital technologies in mental health systems: a qualitative systematic review to inform a policy framework. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10536-1>
- Cáceres, C. F., Talavera, V. A., y Mazín Reynoso, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 698–704.
- Calderón-Jaramillo, M., Mendoza, Á., Acevedo, N., Forero-Martínez, L. J., Sánchez, S. M., y Rivillas-García, J. C. (2020). How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people— a qualitative study in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01250-z>
- Campinha-Bacote, J. (2002). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003003>
- Chance, T. F. (2013). “Going to Pieces” Over LGBT Health Disparities: How an Amended Affordable Care Act Could Cure the Discrimination That Ails the LGBT Community. In *Journal of Health Care Law and Policy* (Vol. 16, Issue 2). <http://digitalcommons.law.umaryland.edu/jhclp><http://digitalcommons.law.umaryland.edu/jhclp/vol16/iss2/5>
- Chanto Espinoza, C. L., y Durán López, M. (2014). Humanismo educativo en la sociedad del conocimiento. *Revista Nuevo Humanismo*, 2(1). <https://doi.org/10.15359/rnh.2-1.2>
- Circular Externa 2024151000000011-5 de 2024, Pub. L. No. 2024151000000011–5, Supersalud (2024). [https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/circular\\_supersalud\\_2024150000000115\\_2024.htm](https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/circular_supersalud_2024150000000115_2024.htm)
- Comisión Interamericana de derechos humanos. (2018). *Avances y desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas*. Inter-American Commission on Human Rights IACHR. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2015). *Violencia Personas LGBTI*. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- Constitución Política de Colombia de 1991. (1991). [http://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
- Decreto 62 de 2014, Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C (2014). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=56702>

- Decreto 467 de 2024, Pub. L. No. 467, Secretaría Distrital de Planeación (2024).  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=170759>
- Decreto 762 de 2018, Departamento Administrativo de la Función Pública (2018).  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=86303](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=86303)
- Decreto 780, República de Colombia (2016).  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2024). *Boletín técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH): febrero 2023 - enero 2024*.  
[https://pruebaw.mininterior.gov.co/sites/default/files/guia\\_de\\_derechos\\_lgbti\\_comprimida.pdf](https://pruebaw.mininterior.gov.co/sites/default/files/guia_de_derechos_lgbti_comprimida.pdf)
- Dirección de Salud. (2023). *Guía de orientación en salud primaria para personas de las diversidades sexuales y de género, de Santiago de Chile*.  
<https://portalril.org/contenido/Guia%20de%20Salud%20Primaria%20para%20personas%20de%20las%20diversidades%20sexuales%20y%20de%20genero.pdf>
- Domínguez, C. M., Ramírez, S. V., y Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296–309.  
<https://doi.org/10.29375/01237047.2404>
- Estay, F., Valenzuela, A., y Cartes, R. (2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85, 351–360. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>
- Farmer, P. E. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*.
- Felipe, A., y Otálvaro, T. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. In *Revista Ciencias Biomédicas* (Vol. 10, Issue 1).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -. (2019). *Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas*.  
<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LINEAMIENTOS%20EN%20ATENCION%20LGBTI-VERSION%20DIGITAL.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2015). *Salud y diversidad sexual: Una guía para profesionales de salud*. [https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/salud\\_ydiversidadsexual\\_web.pdf](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/salud_ydiversidadsexual_web.pdf)

- Gallo Restrepo, N. E., Meneses Copete, Y. A., y Minotta Valencia, C. (2014). Caracterización poblacional vista desde la perspectiva del desarrollo humano y el enfoque diferencial. *Investigación y Desarrollo*, 22, 360–401.
- Gelvez Parra, L. T. (2024). *Barreras de acceso y atención en los servicios de Ginecología para los hombres trans en Bucaramanga y su Área Metropolitana* [Universidad Autónoma de Bucaramanga]. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/24508>
- Gobierno de México. (2020). *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi\\_n\\_15\\_DE\\_JUNIO\\_2020\\_Protocolo\\_Comunidad\\_LGBTI\\_DT\\_Versi\\_n\\_V\\_20.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTI_DT_Versi_n_V_20.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGraw Hill España, Vol. 6).
- Hoyos Hernández, P., Duarte Alarcón, C., y Valderrama, L. (2023). Health professionals care for trans people in Latin America and the Caribbean. *Interdisciplinaria*, 40(1), 63–80. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.4>
- Ipsos. (2023). *Orgullo LGBT+ 2023. Una encuesta de Ipsos Global Advisor en 30 países en Latam*.
- Leininger, M. (1996). Culture Care Theory, Research, and Practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71–78. <https://doi.org/10.1177/089431849600900208>
- Lemus Celin, C. D., Suarez-Albor, C. L., Curcio, F., Ivziku, D., Hernandez Almanza, O. E., Carta, M. G., y Avilés González, C. I. (2025). How Do Nursing Students Perceive Care Towards the LGBTIQ+ Community? A Phenomenological Study on Sexual and Gender Diversity. *Nursing Reports*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/nursrep15050155>
- León Murillo, L. V., Gómez Álvarez, L., y Villegas Diaz, P. A. (2023). Experiencias de atención en salud de la población diversa en Villavicencio. *Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Villavicencio*. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/52166>
- Ley 1448 de 2011 (2011).
- Ley 1482 de 2011, Congreso de Colombia (2011). <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1682049>
- Ley 1751, Republica de Colombia (2015).
- Ley Estatutaria 1751 de 2015, Congreso de Colombia (2015). [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

- Love, J., Dropmann, D., y Ravi. (2025). *Jamovi*.
- Lumivero. (2025). *Atlas ti*.
- Martin Jaime. (2013). *Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú* (CLACSO, Ed.; 1st ed.).
- Mendoza, A. K., Lady, T., Merchán, C., Yesica, C., Neira, R., Laura, A., Niño, A., Martín, S., y Rodríguez López, A. (2019). Modelo de Prestación de Servicios de Salud con enfoque diferencial para personas con experiencia de vida Trans\* en una IPS de Salud Sexual y Salud Reproductiva. María Angélica Abril Galvis. *Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca*. <https://repositorio.unicolmayor.edu.co/handle/unicolmayor/3540>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Microsoft. (2025). *Microsoft Office*.
- Microsoft Corporation. (2025a). *Microsoft Excel* (2025).
- Microsoft Corporation. (2025b). *Microsoft PowerPoint* (2025).
- Ministerio de las Mujeres, géneros y diversidad. (2023). *Guía de acceso al derecho a la salud integral LGBTIQ+*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/10/7\\_guiadesaludlgbti-web-v6.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/10/7_guiadesaludlgbti-web-v6.pdf)
- Ministerio de Salud. (2020). *Procedimiento de gestión para la inclusión del enfoque diferencial en políticas, programas y proyectos en salud y protección social, para personas en vulnerabilidad, familias y colectivos*. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDP01.pdf#:~:text=Gestionar%20la%20inclusi%C3%B3n%20de%20las%20acciones%20diferenciales%20en,incidir%20en%20la%20promoci%C3%B3n%20social%20de%20su%20salud>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). *Enfoque Diferencial*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/3enfoque-diferencial-como-incidir.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). *Informe N°: ASIF02 Versión 2. Transversalización del enfoque diferencial: gestión para la inclusión del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud y protección social, para personas en vulnerabilidad, familias y colectivos*.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Motta, J. I. J. (2016). Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Em Debate*, 40(spe), 73–86. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016s07>
- Naciones Unidas. (2024). *Objetivo de Desarrollo Sostenible 3*. <https://colombia.un.org/es/sdgs/3>
- Observatorio Madrileño contra la LGTBIfobia, y Arcopoli. (2022). *Informe de incidentes de odio motivados por LGTBIfobia en la comunidad de Madrid*. [https://contraelodio.org/wp/wp-content/uploads/2023/08/Informe-ObsMadLGTBI-2022\\_compressed\\_compressed-1.pdf](https://contraelodio.org/wp/wp-content/uploads/2023/08/Informe-ObsMadLGTBI-2022_compressed_compressed-1.pdf)
- Olivos Campos, J. R. (2023). El humanismo en la era de los derechos humanos. *Revista de La Facultad de Derecho de México*, 73(287), 291–308. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2023.287.87075>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Derechos humanos*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud, y Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2008). *Folleto Informativo No. 31. El derecho a la salud Organización Mundial de la Salud*. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organización Naciones Unidas. (2022). *Acabar con las “terapias de conversión”, la lucha de un experto en derechos humanos*. ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/02/1504082>
- Orihuela-García, S. (2025). Salud mental en población LGBTIQ+: necesidades y desafíos en México. *Gaceta Con Bioética*.
- Posit Software PBC. (2025). *RStudio* (2025.09.0).
- Profamilia. (2025). *Identidades de género*. Profamilia. <https://profamilia.org.co/aprende/diversidad-sexual/>
- Resolución 2138 de 2023, Ministerio de Salud y Protección Social (2023). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf)
- Resolución 2138 de 2023, Ministerio de Salud y Protección Social (2023). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf)
- Resolución 2626 de 2019, República de Colombia (2019).

Resolución 3100 de 2019, Republica de Colombia (2019).

Resolución 8430 de 1993, Pub. L. No. 8430, Ministerio de Salud (1993).  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Ruíz, F., Escobar, G. M., Milena Cuellar Segura, C., Teresa Buitrago Grupo, M. E., María Henríquez Grupo, G. M., Stella Ríos Grupo, L. M., Luz Torres Grupo, G. P., Rozo Lesmes Grupo, P., y Silva Vargas Grupo, M. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031*.

Salas Hartemant, R., Hernández Heredia, R., y Favier Pereira, E. (2020). *Epistemología en torno al proceso de formación humanista Epistemologies environment to the process of humanist formation*. ODUICAL.

Salazar, C. (2025, March 7). XX Congreso de Investigación en Salud Pública. *Implementación de Un Programa de Profilaxis Preexposición (PrEP) Para VIH En El Primer Nivel de Atención*.

Secretaría de Salud, observatorio de salud de B. (2024). *Población de Bogotá D.C. 2005 – 2035*. Salud Data. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/poblacion-de-bogota-d-c-2005-2035/>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2022). *Lineamiento para la atención en salud de las personas trans y no binarias en Bogotá D.C Aproximaciones iniciales*.  
[https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At\\_integr/LINEAMIENTO\\_ATENCION.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At_integr/LINEAMIENTO_ATENCION.pdf)

Sierra, E. (2024). *Discriminación de las personas transexuales en el acceso al derecho a la salud: una perspectiva de Derechos Humanos*.  
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/140912/Discriminaci%c3%b3n%20de%20las%20personas%20transexuales%20en%20el%20acceso%20al%20derecho%20a%20la%20salud-%20una%20perspectiva%20en%20Derechos%20Humanos.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=85&zoom=100,109,95>

Universidad de Amsterdam. (2025). *Jasp*.

## ANEXOS

|          |  |
|----------|--|
| ANEXO A  | Instrumento entrevista funcionario ente territorial  |
| ANEXO B  | Instrumento entrevista activista   |
| ANEXO C  | Instrumento entrevista profesional de la salud   |
| ANEXO D  | Instrumento encuesta población LGBTIQ+   |
| ANEXO E  | Instrumento guion grupo focal  |
| ANEXO F  | Instrumento revisión documental IPS  |
| ANEXO G  | Hoja de vida XV  |
| ANEXO Ga | Formato validación entrevista funcionarios XV  |
| ANEXO Gb | Formato validación entrevista activistas y líderes LGBTIQ+ XV                                      |
| ANEXO Gc | Formato validación entrevista profesional de la salud XV   |
| ANEXO H  | Hoja de vida actualizada MARS  |
| ANEXO Ha | Formato validación entrevista activistas y líderes LGBTIQ+ MARS                                    |
| ANEXO Hb | Formato validación entrevista funcionarios MARS  |
| ANEXO Hc | Formato validación entrevista profesional de la salud MARS   |
| ANEXO I  | Hoja de vida MG  |
| ANEXO Ia | Formato validación encuesta LGTBIQ+ MG   |
| ANEXO J  | Hoja de vida DN  |
| Anexo Ja | Formato validación encuesta LGTBIQ+ DN   |
| ANEXO K  | Hoja de vida HEC   |
| ANEXO Ka | Formato validación grupo focal HEC   |
| ANEXO L  | Hoja de vida SH  |
| ANEXO La | Formato validación grupo focal SH  |
| ANEXO M  | Consentimiento informado entrevistas   |
| ANEXO N  | Consentimiento informado encuestas   |
| ANEXO Ñ  | Consentimiento informado grupo focal   |
| ANEXO O  | Libro de códigos encuesta  |
| ANEXO P  | Libro de códigos entrevistas cualitativa Atlas.Ti  |
| ANEXO Q  | Pieza comunicativa   |
| ANEXO R  | Libro de códigos grupo focal   |
| ANEXO S  | Captura de pantalla Teams asistencia y resumen de reunión entrevista funcionaria entre territorial |
| ANEXO T  | Captura de pantalla Teams asistencia y resumen de reunión entrevista profesional de la salud       |
| ANEXO U  | Foto desarrollo entrevista líder LGBTIQ+   |
| ANEXO V  | Foto desarrollo grupo focal  |