

Acceso al aborto seguro
para hombres trans y
personas no binarias:
un estudio exploratorio en Colombia




Profamilia



Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia

Asociación Profamilia

Marta Royo, Directora Ejecutiva
Lina María Castaño, Gerente de Proyectos e Investigaciones

Equipo de investigación Profamilia

Marcela Sánchez, Coordinadora de Investigación Operativa
Daniela Roldán-Restrepo, Analista de Investigación Cualitativa
Nicolás Giraldo Chica, Asesor de Incidencia
Fernando Ruiz, Investigador posdoctorado
Danny Rivera, Analista estadístico
Mariana Calderón Jaramillo, Analista de Investigación Cualitativa
Diana Moreno, Directora de Incidencia
Juan Carlos Rivillas, Director de Investigaciones

Equipo de investigación ATAC

Tomás Díaz, Fotógrafo
Gabriele Carvajal, Ingeniero de Energías
Martín Junco, Educador comunitario
Ángel Mendoza, Docente
Tomás Serrano, Psicólogo

Transcripciones

Luis Felipe Torres

Fotografía

Victoria Holguín

Corrección de estilo

Liliana Tafur

Diseño y diagramación

Mario Andrés Pino Hoyos

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto "Avanzando por el derecho al aborto en Colombia" financiado por la Federación Internacional de Planificación Familiar de la Región del Hemisferio Occidental (IPPF RHO).

Bogotá D.C, 2021

Por favor citar: Asociación Profamilia y ATAC (2020). Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia. Asociación Profamilia: Bogotá D.C.

ISBN: 978-958-8164-89-2



Tabla de contenidos

Glosario

4

Presentación

5

CAPÍTULO 1.
Necesidad de
la investigación

6

CAPÍTULO 2.
Enfoque
metodológico

12

CAPÍTULO 3.
Resultados

20

CAPÍTULO 4.
Conclusiones

52

Recomendaciones

56

Bibliografía

60

Anexos

60

Lista de figuras

Figura 1. Distribución porcentual de las personas encuestadas por grupo de edad según departamento de residencia e identidad de género.

Página 24

Figura 2. Distribución porcentual de las personas encuestadas por etnia según departamento de residencia e identidad de género.

Página 24

Figura 3. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel educativo.

Página 24

Figura 4. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel educativo alcanzado según departamento de residencia e identidad de género.

Página 25

Figura 5. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel de ingresos.

Página 27

Figura 6. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel de ingresos según identidad de género y grupo de edad.

Página 27

Figura 7. Distribución porcentual de las personas encuestadas por identidad de género según lugar al que acude para acceder a los servicios de salud.

Página 28

Figura 8. Distribución porcentual de las personas encuestadas número de personas con las que vive e identidad de género.

Página 31

Figura 9. Índice de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según identidad de género, grupo de edad, departamento de residencia y nivel de ingresos.

Página 35

Figura 10. Distribución porcentual de las personas encuestadas según uso de método anticonceptivo.

Página 36

Figura 11. Distribución porcentual de las personas encuestadas con capacidad de gestación según uso de métodos anticonceptivos, identidad de género, departamento de residencia y nivel de ingresos mensual.

Página 36

Figura 12. Distribución porcentual de las personas encuestadas según percepción sobre los casos en que es legal el aborto en Colombia.

Página 40

Figura 13. Recomendaciones de las personas encuestadas para lograr una atención en salud y servicio de aborto dignos, respetuosos y libres de discriminación.

Página 43

Lista de tablas

Tabla 1. Documentos de política pública sobre salud sexual y reproductiva de las personas trans y no binarias.

Página 18

Tabla 2. Número, porcentaje e intervalos de confianza de las personas que respondieron la encuesta según identidad de género.

Página 23

Tabla 3. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según características socioeconómicas e identidad de género.

Página 26

Tabla 4. Porcentaje del tipo de ocupación según grupos de edad e identidad de género en Antioquia, Bogotá y otros departamentos.

Página 28

Tabla 5. Número y porcentaje de personas que tienen acceso a servicios de salud por identidad de género según variables seleccionadas.

Página 29

Tabla 6. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según redes de apoyo, personas con quienes conviven e identidad de género.

Página 30

Tabla 7. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según identidad de género por variables seleccionadas.

Página 32

Tabla 8. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos e identidad de género.

Página 34

Tabla 9. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según variable seleccionada.

Página 37

Tabla 10. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según variable seleccionada.

Página 39

Tabla 11. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta por característica seleccionada.

Página 41

Tabla 12. Recomendaciones para mejorar la salud sexual y reproductiva en acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias según componentes y actores del sistema de salud.

Página 56-59



Glosario

Aborto:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1], el aborto es la interrupción voluntaria o involuntaria de un embarazo antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente [2]. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico; actualmente se ubica entre las 22 semanas de gestación [3]. Técnicamente, una vez alcanzado el período de viabilidad, la interrupción del embarazo se considera "inducción de parto prematuro" y si la intención es la eliminación del feto se entiende como "aborto tardío" (late-term abortion) [4]. Jurídicamente, en Colombia se denomina Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) al aborto inducido que se realiza en el marco de las tres causales despenalizadas por la Corte Constitucional de Colombia en la Sentencia C-355 de 2006¹, independientemente del tiempo de gestación.

Aborto seguro:

La OMS define el aborto seguro como el procedimiento para terminar un embarazo, cuando este es realizado por personas con preparación necesaria y en entornos que reúnan las condiciones médicas mínimas [5]. Sin embargo, tal como lo señala Ganatra et al. [6], esta definición fue hecha por la OMS en la década de los noventa y debe interpretarse de manera situada o contextualizada. Esto porque la definición de la OMS no predetermina quién debe considerarse un proveedor de aborto seguro o cuáles son las habilidades apropiadas porque estas cosas no son estáticas [6]. El personal, las habilidades y los estándares médicos considerados seguros para la prestación del servicio de aborto son diferentes para cada persona, dependiendo de sus características físicas, la edad gestacional, el tipo de aborto que se realice (farmacológico o quirúrgico), entre otros.

Los siguientes conceptos fueron definidos entre las y los investigadores de Profamilia y ATAC:

Cisgénero:

Personas cuya identidad de género coincide con las normas y expectativas sociales asociadas con el sexo asignado al nacer.

Persona no binaria:

Personas que no se identifican con el sistema binario del género, es decir que su identidad no encaja en las categorías femenino o masculino.

Trans:

Término que abarca a las personas cuya identidad de género no coincide con las normas y expectativas sociales asociadas con el sexo asignado al nacer.

Transexual:

Persona cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer, que atraviesa un proceso de modificación corporal en la medida en que lo considere necesario.

Transgénero:

Persona que no se identifica con el sexo que le asignaron al nacer, sin que esto implique la modificación de su cuerpo. Es una transición en el género que a menudo está relacionada con una crítica al binarismo hombre-mujer.

¹ Las tres causales son: 1) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la persona gestante, certificada por un médico. 2) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico. 3) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.



Fotografía: Victoria Holguín.

Presentación

La investigación "Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia" es un acercamiento a una realidad muchas veces ignorada: el aborto en hombres trans y personas no binarias con capacidad de gestar. Esta investigación constituye un esfuerzo por visibilizar el derecho que tienen todas las personas con capacidad de gestar a un aborto seguro cuando y donde sea necesario, teniendo en cuenta que hace parte del acceso universal al derecho a la salud y que esto conlleva a asegurar la cobertura de los servicios de salud a todas las poblaciones en igualdad de condiciones, con especial énfasis en poblaciones vulnerables históricamente discriminadas y marginadas.

El estudio combinó técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. En primer lugar, se diseñó y aplicó una encuesta para caracterizar a la población de hombres trans y personas no binarias, teniendo en cuenta que existe poca información sobre esta población a nivel nacional y ninguna fuente de información oficial. En segundo lugar, se diseñó, validó y aplicó un instrumento para entrevista semiestructurada para la elaboración de relatos de vida que permitieran integrar las propias narrativas de los hombres trans y las personas no binarias sobre sus experiencias y necesidades para acceder al servicio de aborto. Los datos y los relatos presentados en este informe permiten un acercamiento inédito al tema en Colombia. Este estudio exploratorio evidencia la necesidad urgente de eliminar los prejuicios, la discriminación y la violencia que produce barreras de acceso y afectaciones en salud a lo largo de la vida de las personas trans y no binarias.

El informe se estructura en cuatro capítulos. En el primero se presenta la necesidad de la investigación y el enfoque metodológico empleado para su desarrollo. En el segundo se presentan los hallazgos y resultados de la investigación, atendiendo a los dos enfoques aplicados. En el tercer capítulo se presentan las conclusiones del estudio, y en el cuarto las recomendaciones que emergen a partir de la evidencia generada.

Sin duda, uno de los esfuerzos que deben hacerse en el futuro es lograr visibilizar las necesidades en salud de las personas trans y no binarias, lo cual puede empezar a hacerse mediante los sistemas de información. Por esta razón, lograr la inclusión de variables sociodemográficas como la identidad de género en los sistemas de información que recaban datos rutinariamente podrá entregar información que nos permita caracterizar las necesidades en salud, identificar desigualdades y planear mejor los servicios de salud sexual y salud reproductiva, entre ellos el servicio de aborto para las personas trans y no binarias en general, y de los hombres trans y las personas no binarias con capacidad de gestar.

Se espera que este estudio sea útil para la implementación de acciones específicas que permitan avanzar en el acceso al aborto seguro como un servicio de salud sexual en Colombia para todas las personas desde el reconocimiento de sus necesidades, identidades y circunstancias particulares. Con el ánimo de contribuir, esta investigación constituye para Profamilia y ATAC un insumo para la adaptación de sus programas de atención y acompañamiento y para la incidencia política como vía para transformar los servicios de salud sexual, en particular el servicio de aborto.

Marta Royo
Directora Ejecutiva Profamilia

Fotografía: Victoria Holguin.





Capítulo

Necesidad de la investigación

La invisibilidad ha sido la regla histórica cuando se trata de los derechos de las personas trans y no binarias. Tan solo hasta 1991, con la entrada en vigencia de la nueva Constitución Política de Colombia, las personas trans y no binarias vieron la posibilidad de avanzar en el reconocimiento de su ciudadanía y de sus derechos fundamentales con protecciones concretas por parte del Estado.

A partir de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se han protegido los intereses de las personas trans y no binarias, se ha establecido la identidad de género como un criterio sospechoso de discriminación y se ha ampliado el derecho al libre desarrollo de la personalidad para incluir el derecho a elegir la identidad propia². No obstante, en la práctica, la discriminación basada en la identidad de género persiste. Ello sumado a que el reconocimiento por parte del Estado de los derechos de las personas trans y no binarias ha sido una conquista primordialmente en sede judicial, pues el legislador ha ignorado, sistemáticamente, su deber de protección de los grupos históricamente excluidos, y por cuya omisión se mantiene un contexto de exclusión e invisibilidad de las identidades y necesidades de las personas trans y no binarias.

Si bien aún hay camino por recorrer en materia de protección de los derechos constitucionales de las personas con identidad de género diversa, la Corte Constitucional ha logrado un avance significativo en la garantía de los derechos a la identidad de género, al libre desarrollo de la personalidad y a la igualdad a la luz del principio de la dignidad humana. La gran mayoría de estos se encuentran en estrecha relación con la garantía y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

En el caso puntual del derecho reproductivo al aborto, involucra directamente a todas las personas con capacidad de gestar. Las personas trans y no binarias tienen derechos sexuales y derechos reproductivos, entre ellos, el acceso al derecho fundamental de interrumpir voluntariamente el embarazo, en el entendido que una interpretación restrictiva o contraria a esto constituye un acto de discriminación en razón de su identidad de género; frente a este aspecto, la Corte no ha sido clara, lo que genera un vacío normativo que dificulta el acceso en materia efectiva de derechos de las personas trans y no binarias.

La identidad de género es objeto de protección constitucional, toda vez que uno de los ámbitos más importantes para la protección del derecho a la igualdad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad es el respeto absoluto por la



Fotografía: Victoria Holguín.

expresión de la identidad de género o la orientación sexual³. En efecto, tal como lo dispone la cláusula general de igualdad, contenida en el artículo 13 de la Constitución, la prohibición de la discriminación por dichos factores es absoluta, y ningún tercero, incluido el Estado, que tiene un deber cualificado de conducta, puede adelantar acciones dirigidas a perseguir, amedrentar o censurar a quienes asuman una opción sexual diversa. Según la Sentencia T-363 de 2016, cualquier actitud en ese sentido constituye un trato de hostigamiento que debe ser prevenido y reprochado⁴.

La anterior interpretación se ajusta a los postulados en que se funda el Estado social de derecho y la Constitución de 1991 y se torna esencial si se tiene en consideración que en ninguna de las más de 18 sentencias⁵ que componen la línea jurisprudencial por medio de la cual la Corte Constitucional desarrolla y llena de contenido el derecho fundamental innominado al aborto en el marco de las causales despenalizadas en la Sentencia C-355 de 2006, se hace mención a las personas con capacidad de gestar, como los hombres trans y las personas no binarias. Es fundamental, para este efecto, transformar las identificaciones sustantivas esenciales e incluir conceptos como personas que se embarazan y abortan, de tal manera que se permita identificar otros cuerpos y subjetividades además de las mujeres, lo cual más allá de ser un cambio nominal es un cambio social práctico⁶.

A pesar de la universalidad de los derechos fundamentales⁷ y debido a la exclusión y discriminación histórica a las que han estado sometidas las

² Out Right Action International, Cartografía de derechos trans en Colombia, 2016.

³ Corte Constitucional. Sentencia T-363 de 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-363 de 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

⁵ Corte Constitucional, Sentencias C-355 de 2006, T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-946 de 2008, T-209 de 2008, T-388 de 2009, T-009 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-627 de 2012, T-532 de 2014, C-754 de 2015, T-301 de 2016, T-731 de 2016, T-697 de 2016, C-341 de 2017, SU-096 de 2018.



personas trans y no binarias, es fundamental que su reconocimiento sea expreso, sea nombrado y sea visibilizado.

En Colombia, la lucha por el acceso al aborto seguro ha sido abanderada por mujeres que han reivindicado su autonomía y el derecho a decidir sobre sus cuerpos como parte de la defensa y garantía de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Sin embargo, el aborto no es una necesidad exclusiva de las mujeres cisgénero. Las personas con experiencia de vida trans que han sido asignadas mujeres al nacer (hombres trans, personas no binarias, entre otras) tienen también la capacidad de gestar. Por lo tanto, tienen necesidades reproductivas específicas como la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal o el aborto seguro.

El binarismo y el cisexismo —la creencia de que sólo existen dos cuerpos posibles (macho y hembra) y que a cada uno corresponde un género exclusivo (masculino o femenino)— supone el desconocimiento de las necesidades específicas de las personas con identidades de género no hegemónicas. En el campo de la salud, esto se ha manifestado en la patologización y la exclusión de las personas trans y no binarias. Por ejemplo, hasta hace poco tiempo (2018) la transexualidad se encontraba como un trastorno mental en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) [7].

En el plano de la salud sexual y salud reproductiva, la incomodidad y la falta de conocimiento del personal de la salud sobre las personas trans y no binarias y sus necesidades se traducen en barreras de acceso para esta población. La

discriminación y el escrutinio al que las personas trans y no binarias son sometidas en el entorno médico las aleja de los servicios esenciales a los que tienen derecho. Según la encuesta exploratoria de las experiencias de personas trans que han utilizado los servicios de salud en Colombia, cerca del 57% de las personas trans y no binarias han decidido no usar estos servicios por temor a que su género afecte la atención (Ministerio del Interior de Colombia, 2018). A ello se suman otros elementos que dificultan el acceso de las personas trans y no binarias a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, como la falta de aseguramiento en salud, los trámites que deben hacer en todos los niveles del sistema de salud, e incluso la negación directa de los servicios por parte de los prestadores [8].

En lo que se refiere específicamente al servicio de aborto, los hombres trans y las personas no binarias con capacidad de gestar se enfrentan a exclusión social e inequidades. Para muchas de las personas que deberían prestar el servicio, la idea de que un hombre o una persona no binaria requiera un aborto no hace parte de sus imaginarios, ya que la sexualidad, las corporalidades e identidades de los hombres trans y las personas no binarias no se corresponden con las del sujeto de embarazo que se considera como el único posible: las mujeres cisgénero [9].

Tan soportado está el sistema de salud en una visión binaria que sus sistemas y subsistemas de información no cuentan con variables sociodemográficas que permitan identificar y caracterizar a las personas trans o no binarias que hacen uso de los servicios de salud. A raíz de esto, no es posible contar con una cifra estimada que permita conocer la situación de esta población frente al aborto. Esta ausencia de variables diferenciales se traslada a todas las problemáticas sociales y es una de las razones por las cuales no se cuenta con datos específicos que permitan analizar y visibilizar de manera más objetiva la situación en derechos de las personas trans y no binarias.

La marginalización no se presenta solamente en las instituciones y los sistemas de salud. Muchos de los movimientos y organizaciones sociales que han luchado históricamente por el aborto seguro no reconocen en sus luchas la existencia de estas personas. Realidad que no se manifiesta solo en Colombia, sino que se hace evidente en países como Argentina, donde las voces de las personas trans y no binarias resuenan frente al derecho al aborto y la necesidad de tener reconocimiento y poder ejercer sus derechos humanos, dentro de los que se encuentran los sexuales y reproductivos [10].

⁶ Blas Radi, Aborto y varones trans. Varones y aborto. Decisión de ellos. Conquista de Todxs auspiciada por el Colectivo de Varones Antipatriarcales en Ciudad de Buenos Aires y el Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) del Instituto de Investigación Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. Centro Cultural de la Cooperación, Buenos Aires, 2014.

⁷ Art. 13 de la C.P. de 1991 y Art. 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

Lo anterior pone en evidencia la urgencia de abordar las problemáticas y las necesidades de las personas trans y no binarias (específicamente frente al aborto) y que estas sean:

1

Evidentes.

2

Hagan parte de las discusiones públicas.

3

Se incluyan dentro de las agendas sociales y políticas.

4

Se materialicen en servicios equitativos libres de discriminación y seguros.

La lucha histórica por los derechos de las mujeres ha significado un avance en materia de acceso y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos incluido el aborto, esta reivindicación ha abierto el camino a visibilizar que este no es un derecho exclusivo de las mujeres cisgénero y a entender que los servicios deben adaptarse a las necesidades específicas de las personas trans y no binarias con capacidad de gestar. Para lograrlo es esencial reconocer sus identidades, sus circunstancias y sus expectativas, así como establecer recomendaciones para que los servicios de aborto respeten y protejan todas las formas de ser y de habitar el cuerpo.

Para contribuir con ello, teniendo en cuenta que no existe en Colombia un estudio de caracterización de las personas trans y no binarias, ni registros en salud que las contemplen, la Alianza Trans Abortera de Colombia (ATAC) y la Asociación Profamilia se aliaron para implementar una investigación exploratoria al respecto. El objetivo fue identificar — desde sus propias narrativas y respuestas— las experiencias, necesidades y expectativas de las personas trans y no binarias sobre el servicio de aborto en Colombia. Se espera que este informe sirva para generar recomendaciones a prestadores y autoridades de salud que permitan reconocer a estas poblaciones, identificar sus necesidades y mejorar específicamente el servicio de aborto.





Fotografía: Victoria Holguín.





Capítulo

Enfoque
metodológico

Objetivo general y específicos

El propósito principal fue identificar y visibilizar experiencias, necesidades y expectativas de personas trans y no binarias frente al servicio de aborto en Colombia, así como generar recomendaciones a prestadores de servicios de salud y autoridades de salud para contribuir con el mejoramiento de este servicio.

Para lograr el propósito principal fue necesario implementar los siguientes tres objetivos específicos:



•Identificar las principales **necesidades y expectativas** de las personas trans y no binarias al momento de acceder o buscar acceder al servicio de aborto.



•Reconstruir desde su propia narrativa las **experiencias** de las personas trans y no binarias respecto al aborto y su relación con el proceso de construcción de su identidad de género.



•Proponer **recomendaciones** para la prestación del servicio de aborto seguro para personas trans y no binarias según los componentes del sistema de salud (prestación de servicios de salud, sistemas de información, gobernanza, acceso a tecnologías en salud y talento humano en salud).

Diseño de estudio

Para alcanzar sus objetivos, este estudio se diseñó como exploratorio-descriptivo con metodología participativa y técnicas mixtas, es decir,

combinando técnicas de investigación cuantitativa (encuesta) y cualitativa (entrevistas). Este diseño de estudio permitió identificar cuáles son las necesidades y expectativas que tienen frente al aborto los hombres trans y las personas no binarias (enfoque cuantitativo) y profundizar en la descripción de algunas experiencias de aborto desde sus propias narrativas (enfoque cualitativo).

Metodología participativa

La investigación participativa (IP) es una modalidad de la investigación-acción que se caracteriza por involucrar a los sujetos sobre los que se investiga en el proceso mismo de la investigación mediante la reflexión sobre sí mismos. Así, junto con el equipo de investigaciones de Profamilia, en la realización de este estudio participaron algunas personas con experiencia de vida trans, integrantes de la Alianza Trans Abortera de Colombia (ATAC), una organización social que lucha por el aborto legal, seguro y acompañado en personas trans masculinas y no binarias.

En la IP, la participación puede darse en todas las etapas de la investigación o solo en algunas. En este caso, los integrantes de ATAC participaron durante toda la investigación, desde la identificación del problema o pregunta de investigación hasta la obtención de los resultados y la elaboración del informe final. Los integrantes de ATAC participaron como: a) líderes de la investigación, al formular la propuesta inicial y establecer prioridades; b) asesores, especialmente en asuntos relacionados con el uso del lenguaje; y c) colaboradores, al trabajar en conjunto con el equipo de Profamilia en la elaboración del protocolo de investigación, la selección de las técnicas de investigación y la elaboración de los instrumentos de recolección de información, la realización de entrevistas en profundidad y la difusión de la encuesta, el análisis de la información y la escritura del informe final.

Enfoque cuantitativo

A través del enfoque cuantitativo se dio alcance al primer objetivo de la investigación. Atendiendo a las restricciones producto de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, el instrumento empleado fue una encuesta estructurada en línea, diseñada y aplicada por SurveyMonkey® [11], una plataforma con herramientas virtuales para realizar encuestas y cuestionarios. La encuesta fue difundida a través de WhatsApp, por las redes sociales de Profamilia y publicada con pauta en Facebook para atraer al mayor número de personas con las características necesarias.

Adicionalmente, siguiendo protocolos de bioseguridad, el equipo de investigación conformado por ATAC acudió a algunas personas de diferentes organizaciones, como la Red Comunitaria Trans, la Red Popular Trans, la Red de Apoyo Trans Diversa, Yukasa Feminista y la Liga de Salud Trans, para que apoyaran la recolección de la información realizando encuestas presenciales a personas trans y no binarias sin acceso a la encuesta en línea. Para ello, Profamilia equipó a estas organizaciones con dispositivos móviles. Lo anterior permitió reducir los sesgos en la selección y recolección de la información con personas con características similares y con acceso a internet. La encuesta se estructuró en cinco secciones:

1**Presentación de la investigación:**

Explicando el propósito, el público al que se dirige y el tiempo aproximado para su diligenciamiento. En esta sección también se explicó el carácter voluntario de la participación, la posibilidad de finalizar la encuesta en cualquier momento en que se deseara y el manejo de la confidencialidad de la información suministrada. También se solicitó el consentimiento de las personas para participar en la investigación a través de dos opciones: "Sí acepto participar" y "No acepto participar".

2**Características sociodemográficas:**

Para identificar estas características en la población trans y no binaria se indagó por la identidad de género, orientación sexual, ciudad y área de residencia, pertenencia a otros grupos poblacionales vulnerables, entornos cercanos y redes de apoyo con que cuenta, nivel educativo, ingresos y aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

3**Conocimientos y necesidades:**

La segunda sección indagó por información sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre las causales legales en Colombia para la realización de un aborto, casos en los que debería ser permitido el aborto en Colombia, lugares en donde se presta el servicio de manera legal.

4**Prácticas y acceso al aborto:**

Indagó por el acceso al servicio de aborto y las experiencias con este servicio, reparando en las barreras y actitudes del personal médico que realizó la atención.

5**Expectativas:**

Finalmente se realizó una pregunta abierta sobre recomendaciones que tienen las personas trans y no binarias con el fin de garantizar una atención que responda a las necesidades, identidades y circunstancias de las personas trans y no binarias.

En total se realizaron 497 encuestas, de las cuales 280 fueron excluidas del análisis por estar incompletas en el 80% o más, 67 por corresponder a encuestas diligenciadas por personas cisgénero o mujeres trans y 9 porque no respondieron a la pregunta sobre identidad de género. Así, para el análisis se contó con un total de 141 encuestas. Este análisis de la información recolectada se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS software. Para cada una de las variables se hizo un análisis descriptivo a través de frecuencias de las variables, se presentó el número de personas encuestadas, los porcentajes ponderados e intervalos de confianza. Los datos se desagregaron por edad, identidad de género, orientación sexual, área de residencia y nivel educativo.

Una vez analizada la información para el total de las encuestas válidas, se realizó un análisis comparado de acuerdo con la identidad de género: hombres trans (47 personas) y personas no binarias (94 personas); la variable edad se agrupó para personas menores de 25 años y para aquellas de 25 años y más; dado que para la mayoría de personas que respondieron la

encuesta los departamentos de residencia fueron Antioquia (26%) y Bogotá (32%), esta variable para el análisis fue agrupada en Antioquia, Bogotá D.C. y otros departamentos; para la variable de ocupación se analizó principalmente si la persona estaba empleada o desempleada. Las tablas y gráficas se presentan por cada grupo de personas, de acuerdo con su identidad de género (hombres trans y personas no binarias) y para el total, por cada una de las variables que indagó la encuesta.

Adicionalmente, se estimó un índice sumativo de conocimiento de métodos anticonceptivos. Para su construcción, se recodificó como 0 aquellas respuestas que indicaban que "no" conocía cada uno los 13 métodos indagados. Cuando sí lo conocía se asignaba el valor de 1. Posteriormente se hizo la suma de las variables, con lo cual un valor 0 significa que no conocía método alguno y 13 cuando los conocía todos (la media global fue de 8.02). Posteriormente se calculó la media del índice para las categorías de las variables de comparación, es decir, grupo de edad, departamento y nivel de ingresos.

Enfoque cualitativo

Para abordar el segundo objetivo de la investigación se realizaron dos historias de vida de personas con experiencia de vida trans que utilizaron los servicios de aborto. La historia de vida es una técnica de investigación cualitativa que consiste en la escucha activa y luego en la depuración y el análisis de información relatada por una persona sobre su vida o sobre algún acontecimiento particular que haya vivido.

Los criterios de selección fueron: a) hombres trans o personas que se reconozcan como transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar; b) de 18 años o más; c) que aceptaron participar de la investigación y d) que hayan tenido experiencias de aborto. El contacto y la invitación a participar fueron hechos por el equipo de investigación de ATAC.

El acercamiento a las historias de vida se hizo a través de dos entrevistas semiestructuradas de una hora de duración en promedio a cada persona. Para la primera sesión, se empleó una guía de entrevista ordenada en cinco secciones:

Apertura:

- 1 En la cual la persona entrevistadora presentó a la persona entrevistada la forma en la que se trabajaría, los objetivos de la entrevista y la duración aproximada de la misma.

Caracterización:

- 2 Para indagar sobre aspectos de la persona entrevistada como edad, lugar de origen y ocupación.

Tránsito de género y relación con el cuerpo:

- 3 Momento en que se habla sobre el proceso de tránsito y las necesidades específicas de la persona en torno a este.

Entorno cercano:

- 4 Para indagar sobre las relaciones de afecto de la persona y su red de apoyo.

Cierre:

- 5 Momento de la sesión para validar la información con la persona entrevistada y agradecer su tiempo.

Fotografía: Victoria Holguín.





Fotografía: Victoria Holguín.

Para la segunda sesión, se empleó una guía de entrevista ordenada en cinco secciones:

Apertura:

- 1 | Momento en el que se hizo un recuento de la sesión anterior y se dio a la persona entrevistada información sobre los objetivos de esta sesión y la duración aproximada de la misma.

Cuerpo y sexualidad:

- 2 | Tema que se planteó bajo la consideración de que, para poder abordar las preguntas sobre la experiencia de aborto de la persona entrevistada, primero era necesario contextualizar la corporalidad que fue atravesada por esta experiencia.

Experiencia de embarazo y aborto:

- 3 | Para hablar con la persona específicamente sobre estos procesos.

Cierre:

- 4 | Momento en el que se validó con la persona la información recolectada y se agradeció el tiempo empleado para ello.

Para el análisis, las entrevistas fueron grabadas y transcritas previo consentimiento informado de las personas. La información recolectada se procesó en matrices en hojas de cálculo Microsoft Excel. El análisis del material de trabajo de los relatos personales se basó en la teoría fundamentada (TF) que permite construir códigos, categorías y relaciones entre estas a partir de la observación directa de los datos recolectados, lo que la hace diferente de otros métodos que ordenan o filtran respuestas en categorías predeterminadas.

Fue posible abordar tres de las cuatro etapas que plantea la TF:⁸ 1) la codificación libre o abierta de la información, a través de la cual la información se asoció a los temas gruesos de la investigación (por ejemplo, "experiencias" o "necesidades"); 2) la codificación axial, que permitió identificar categorías o subcategorías emergentes o nuevas así como identificar relaciones entre los diferentes relatos (por ejemplo, "abuso" o "redes de apoyo") y 3) la codificación selectiva, con la cual se organizó toda la información y se la agrupó para construir los ejes sobre los que se escribieron las historias ("identidad", "experiencia de embarazo", "experiencia de aborto", "punto de inflexión" y "recomendaciones").

⁸ La cuarta etapa es la construcción de modelos teóricos, lo cual trasciende el objetivo de esta investigación.

Complementariedad de los enfoques

Para alcanzar el tercer objetivo, se tomó en cuenta la información recolectada a través de las dos técnicas de investigación, lo que permitió que los enfoques cuantitativo y cualitativo se complementaran. Adicionalmente, esta información se contrastó con documentos de política pública existentes en Colombia frente a la salud sexual y la salud reproductiva de las personas trans y no binarias (ver Tabla 1), de manera que se obtuvieran unas recomendaciones útiles y factibles de implementar por parte de diferentes actores: a) Gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social y otros sectores de gobierno); b) Entidades Territoriales de Salud (ETS) y entidades locales de salud; c) Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); d) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas; y e) hombres trans, personas transmasculinas y no binarias, organizaciones sociales y comunidad en general.

Tabla 1. Documentos de política pública sobre salud sexual y reproductiva de las personas trans y no binarias

Título del documento	Descripción
▶ Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans.	Construcción de lineamientos de atención en salud humanizada para las personas trans.
▶ Mujeres lesbianas, hombres transgeneristas en Bogotá, derechos y trayectorias urbanas.	Relatos de hombres y mujeres lesbianas que transitan la ciudad y sus servicios en clave de acceso y permanencia a derechos.
▶ Experiencia transgénero más allá de la bivalencia. Configuración vincular de personas transmasculino.	Exploración de experiencias de hombres trans frente al desarrollo de su identidad y la sociedad y el acceso a los derechos.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigaciones de Profamilia (CEIP) mediante acta número 18 del 8 de septiembre de 2020.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de esta investigación es que los datos recabados a partir de la encuesta no son estadísticamente representativos para el país. Pese a los esfuerzos realizados por llegar al mayor número de hombres trans y personas no binarias (pautas en medios digitales, apoyo de organizaciones sociales y dispositivos móviles para estas organizaciones), la encuesta solo fue diligenciada en su totalidad por 141 hombres trans y personas no binarias. De ello resulta que este estudio sea un acercamiento a una realidad poco explorada, sobre la cual aún hace falta información. En parte, la dificultad para contar con un mayor número de personas con las características específicas que se buscaban puede deberse a la dificultad de acceso de muchas personas a internet. Durante las entrevistas con las que se elaboraron las historias de vida, también se identificó otra posible causa en la desconfianza que las personas con experiencia de vida trans tienen en las instituciones y en los ejercicios de investigación que no se reflejan luego en cambios sustantivos.





Fotografía: Victoria Helguín.

A large, stylized number '3' in a light pink color, positioned on the right side of the page. It has a rounded, bubbly appearance with a thick stroke.

Capítulo

Resultados



En este capítulo se presentan los resultados de la aplicación de las dos técnicas de recolección de información empleadas en la investigación. En primer lugar, se presentan los resultados asociados a la encuesta. La presentación de estos resultados se estructura de acuerdo a los cinco temas que se indagaron: caracterización sociodemográfica; cuerpo y sexualidad; conocimientos y percepciones sobre el aborto; experiencias de acceso al aborto y expectativas frente a la atención. Los datos son desagregados para permitir la comparación entre las personas de acuerdo a su identidad de género. En segundo lugar, se presentan los resultados asociados con las entrevistas en profundidad. En este caso, la información se presenta a manera de dos historias de vida que fueron construidas y validadas con las personas participantes de las entrevistas, procurando al máximo conservar la originalidad del relato.

3.1. Resultados de la encuesta

Caracterización sociodemográfica

La encuesta fue respondida por 141 personas: 47 de ellas (33%) se reconocieron como hombres trans y 94 (66%) como personas no binarias. La mayoría de quienes participaron de la encuesta fueron personas menores de 25 años, tanto entre los hombres trans (62%) como entre las personas no binarias (58%).

Con relación a la orientación sexual, el 23% del total de las personas encuestadas se declaró bisexual, el 29% homosexual, el

20% heterosexual y el 19% pansexual. Mientras, ocho personas prefirieron no responder a la pregunta, cinco señalaron ser asexuales y una persona mencionó ser "skoliosexual", es decir, sentir atracción por personas transgénero o no binarias. Estos porcentajes varían entre los hombres trans y las personas no binarias. Entre los primeros, el mayor porcentaje respondió ser heterosexual o sentir atracción por personas de otro sexo (36%), mientras que, entre las personas no binarias, el mayor porcentaje se encontró entre quienes dijeron ser homosexuales (38%). La Tabla 2 presenta el número, porcentaje e intervalos de confianza de las personas que respondieron la encuesta según su identidad de género.

Conocer la identidad de género de las personas con las que se relacionan erótico-afectivamente permite un mejor acercamiento al tipo de relaciones que construyen las personas encuestadas. En total, cerca de la mitad de las personas encuestadas (53%) menciona que se relaciona sexo-afectivamente tanto con personas cisgénero como con personas trans, en tanto que el 28% se relaciona solo con personas cisgénero, 4% solo con personas trans y 16% de las personas prefirieron no responder esta pregunta. Según la identidad de género, el porcentaje de hombres trans y personas no binarias que se relacionan sexo-afectivamente con personas cis y trans es similar (53%); mientras que las personas no binarias se relacionan exclusivamente con personas cisgénero o solo con personas trans, en porcentajes ligeramente superiores que las personas trans.

Tabla 2. Número, porcentaje e intervalos de confianza de las personas que respondieron la encuesta según identidad de género. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Grupo de edad												
Menor de 25 años	29	62	47	75	55	59	48	68	84	60	51	67
25 años y más	18	38	25	53	39	42	32	52	57	40	33	49
Orientación sexual												
Bisexual	12	26	15	39	20	22	14	31	32	23	17	30
Heterosexual	17	36	24	50	11	12	6	20	28	20	14	27
Homosexual	5	11	4	22	35	38	28	48	40	29	22	36
Pansexual	8	17	8	30	18	19	12	28	26	19	13	26
Asexual	1	2	-	-	4	4	-	-	5	4	-	-
Prefiere no responder	4	9	-	-	4	4	-	-	8	6	3	10
Se relaciona afectivamente con												
Personas trans	1	2	-	-	4	4	-	-	5	4	-	-
Personas Cis	14	30	18	44	25	27	19	36	39	28	21	35
Ambas	25	53	39	67	50	53	43	63	75	53	45	61
Prefiere no responder	7	15	7	27	15	16	10	24	22	16	10	22
Pertenencia étnica												
Afrodescendiente/Afrocolombiana	5	11	-	-	9	10	5	17	14	10	6	16
Indígena	2	4	-	-	4	4	-	-	6	4	-	-
Raizal del archipiélago					1	1	-	-	1	1	-	-
ROM/gitano					1	1	-	-	1	1	-	-
Ninguna de las anteriores	40	85	73	93	78	83	74	90	118	84	77	89
Área de residencia												
Urbana	44	96	87	99	91	97	92	99	135	96	92	99
Rural	2	4	-	-	3	3	-	-	5	4	-	-
Departamento de residencia												
Antioquia	11	23	13	37	26	28	19	37	37	26	20	34
Bogotá	19	40	27	55	26	28	19	37	45	32	25	40
Otros departamentos	17	36	24	50	42	45	35	55	59	42	34	50
Grupo vulnerable al que pertenece												
Migrante/refugiado					3	3	-	-	3	2	-	-
Persona con discapacidad					4	4	-	-	4	3	-	-
Víctima del conflicto armado	2	4	-	-	3	3	-	-	5	4	-	-
Trabajadorx sexual	2	4	-	-	3	3	-	-	5	4	-	-
Ninguno	42	89	78	96	80	85	77	91	122	87	80	91
Otro	1	2	-	-	1	1	-	-	2	1	-	-
Nivel educativo												
Primaria	1	2	-	-					1	1	-	-
Secundaria	13	28	17	42	34	36	27	46	47	33	26	41
Técnico/tecnológico	12	26	15	39	15	16	10	24	27	19	13	26
Universitaria	20	43	29	57	37	39	30	49	57	40	33	49
Especialización					2	2	-	-	2	1	-	-
Maestría	1	2	-	-	6	6	3	13	7	5	2	9
Total	47	100			94	100			141	100		

Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.

Según el departamento de residencia, la encuesta permitió agrupar a las personas participantes en tres grandes grupos de acuerdo con el número de participantes: Antioquia, Bogotá y otros departamentos. En Antioquia, el 38% de las personas encuestadas pertenece al grupo de edad de 25 años y más, adicionalmente, se identificaron como personas no binarias. Por su parte, en Bogotá, el 38% de las personas no binarias pertenece al grupo de edad de menores de 25 años; mientras que en el grupo de otros departamentos este mismo porcentaje aumentó a 44%. Tanto para Bogotá como para otros departamentos, el 20% de las personas son menores de 25 años y se identificaron como hombres trans. La Figura 1 presenta la distribución porcentual de los grupos de edad según el área de residencia en Antioquia, Bogotá y otros departamentos e identidad de género.

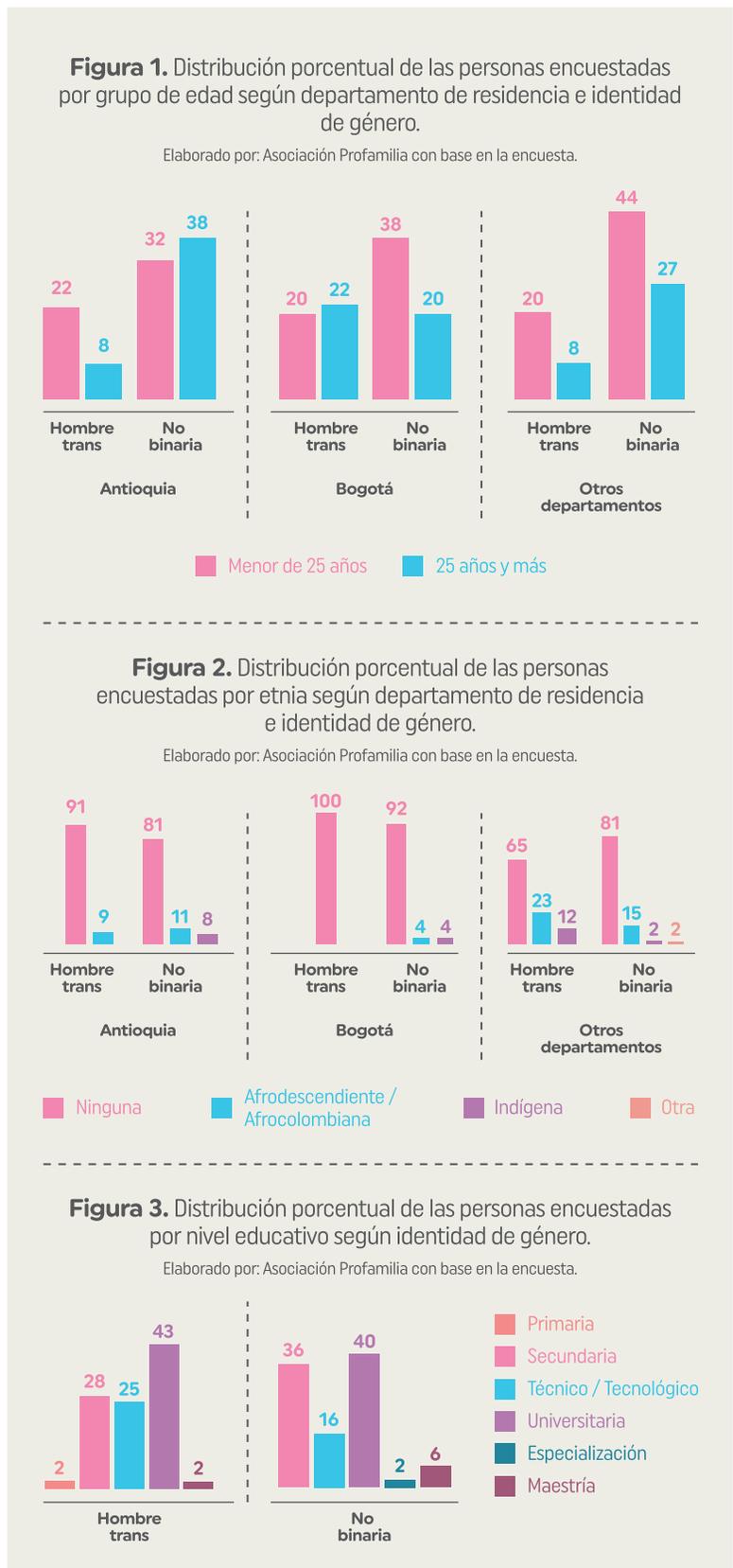
De acuerdo con su pertenencia étnica, el 10% del total de las personas encuestadas se reconoce como afrodescendiente o afrocolombiano, el 4% como indígena y el 84% no se reconoce dentro de ninguna de las categorías.

Según el área de residencia, la mayoría de las personas que respondieron la encuesta (96%) residen en el área urbana, principalmente en Bogotá (32%), en el departamento de Antioquia (26%) y en el Valle del Cauca (10%). Cabe destacar que en los departamentos diferentes a Antioquia y Bogotá se presentaron los porcentajes más altos de personas que se identificaron como afrodescendientes o afrocolombianas, con 24% para los hombres trans y 14% para las personas no binarias. La Figura 2 presenta la distribución porcentual de la pertenencia étnica según identidad de género en Antioquia, Bogotá y otros departamentos.

Según grupos vulnerables, el 87% no pertenece a un grupo en situación de vulnerabilidad, en tanto que el 4% menciona que es víctima del conflicto armado y 4% trabajador sexual (con valores similares para los hombres trans y las personas no binarias). También se identificó que el 3% declaró ser una persona con discapacidad, y 2% migrante o refugiada (en el grupo de los hombres trans no se registraron casos para estos dos grupos vulnerables). Por otro lado, dos personas mencionaron pertenecer a grupos vulnerables que no se incluyeron en las opciones de respuesta: persona VIH positiva y persona que realiza actividades sexuales pagadas (en este caso, trabajador webcam).

Según el nivel educativo, el 40% reporta formación universitaria, 31% tiene secundaria completa y 20% tiene título de formación en técnica o

tecnología. La Figura 3 presenta la distribución porcentual del nivel educativo según identidad de género.



La Figura 4 presenta la distribución del nivel educativo alcanzado según identidad de género en Antioquia, Bogotá y otros departamentos. En Antioquia, el 38% de las personas que se identificaron como no binarias alcanzaron un nivel educativo de secundaria, mientras que este mismo porcentaje llegó al 36% entre los hombres trans. En Bogotá, el 63% de las personas identificadas como hombres trans tienen un nivel educativo universitario, mientras que este porcentaje llegó al 38% en las personas no binarias. En otros departamentos se observó que el 35% de los hombres trans tienen un nivel educativo técnico o tecnológico. El porcentaje más alto se presenta en las personas no binarias, donde el 45% tiene un nivel educativo universitario.

Figura 4. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel educativo alcanzado según departamento de residencia e identidad de género.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



Fotografía: Victoria Holguín.

La Tabla 3 presenta el número y porcentaje de hombres trans y personas no binarias desagregado por características socioeconómicas e identidad de género. Según la ocupación actual reportada, el mayor porcentaje de las personas no binarias (43%) respondió que se encontraba completando sus estudios y no tenía trabajo, siendo este porcentaje un poco menor en los hombres trans (36%). El 28% de las personas no binarias reportaron tener empleo y el 14% se encuentran desempleadas. Mientras que el 32% de los hombres trans reportaron tener empleo y el 17% encontrarse desempleado. Por otro lado, entre las personas que son trabajadoras informales, el 6% son personas no binarias y el 9% hombres trans. Los porcentajes más bajos se encontraron entre las personas jubiladas, pensionadas o que se dedican al cuidado del hogar (solo 2% para las personas no binarias).

Según el nivel de ingresos mensuales, el mayor porcentaje de las personas encuestadas tiene un ingreso entre 0 y 250.000⁹ pesos (46%). En segundo lugar, el 20% de las personas encuestadas reportaron entre 1 millón y 2 millones de pesos en ingresos mensuales. En tercer lugar, el 16% tiene un ingreso entre 500.000 pesos y 1 millón; en cuarto lugar, el 9% entre 2 y 5 millones de pesos; y finalmente el 8% entre 250.000 y 500.000 pesos. Los porcentajes de respuesta más bajos se encuentran con relación a los ingresos mensuales más altos: el 1% de las personas encuestadas tiene un ingreso entre 5 y 10 millones de pesos; y el 1% de más de 10 millones de pesos.



⁹ 1 millón de pesos colombianos equivale a 280 USD (aprox).

Tabla 3. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según características socioeconómicas e identidad de género. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total				
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior	
Ocupación													
Empleado	15	32	20	46	26	28	19	37	41	29	22	37	
Independiente/propietario de negocio	3	6	-	-	6	6	3	13	9	6	3	11	
Desempleado	8	17	8	30	12	13	7	21	20	14	9	21	
Trabajador informal	4	9	-	-	6	6	3	13	10	7	4	12	
Jubilado/pensionado					2	2	-	-	2	1	-	-	
Estudiante sin trabajo	17	36	24	50	40	43	33	53	57	40	33	49	
Nivel de ingresos													
Entre \$0 - \$250.000 mil	20	44	30	58	44	47	37	57	64	46	38	54	
Entre \$250.000 - \$500.000	6	13	6	25	5	5	-	-	11	8	4	13	
Entre \$500.000 - \$1 Millón	6	13	6	25	17	18	11	27	23	16	11	23	
Entre \$1 - \$2 Millones	10	22	12	35	18	19	12	28	28	20	14	27	
Entre \$2-\$5 Millones	2	4	-	-	10	11	6	18	12	9	5	14	
Más de \$5 Millones	2	4	-	-					2	1	-	-	
Afiliación al SGSSS													
Contributivo	26	55	41	69	55	59	48	68	81	57	49	65	
Subsidiado (SISBEN)	16	34	22	48	16	17	11	26	32	23	16	30	
Excepción (FFFMM, policía)					4	4	-	-	4	3	-	17	
Especial (Ecopetrol, magisterio, universidades públicas)	1	2	-	98-	6	6	3	13	7	5	2	9	
No está afiliada/o	4	9	-	-	13	14	8	22	17	12	7	18	
Acceso a servicios de salud													
Sí	44	94	84	98	86	92	85	96	130	92	87	96	
No	3	6	-	-	8	9	4	15	11	8	4	13	
Lugar al que acude													
Entidad en seguridad social a la que esta afiliadx	38	81	68	90	74	79	70	86	112	79	72	85	
Medicx particular	7	15	7	27	17	18	11	27	24	17	12	24	
Boticario, farmaceuta, droguista	2	4	-	-	6	6	3	13	8	6	3	10	
Organizaciones sociales/ fundaciones					1	1	-	-	1	1	-	-	
Usa remedios caseros/ automedica	10	21	12	35	20	21	14	30	30	21	15	29	
Total	47	100			94	100			141	100			

Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.

La Figura 5 presenta la distribución porcentual de las personas encuestadas del nivel de ingresos según la identidad de género. El 43% de los hombres trans tienen un ingreso inferior a 250.000 pesos mensuales, mientras que este porcentaje en las personas no binarias fue cerca del 47%. La diferencia más notoria se encontró en las personas que tienen un ingreso entre 250 y 500.000 pesos, siendo del 13% para los hombres trans y del 5% para las personas no binarias. Por otro lado, el 4% de los hombres trans reportaron un nivel de ingresos superior a 5 millones de pesos mensuales, mientras que entre las personas no binarias no se reportó este nivel de ingresos.

En Antioquia, el 49% de los hombres trans y de las personas no binarias tienen un ingreso entre 0 y 250.000 pesos mensuales, mientras que para el 22% de las personas no binarias el nivel de ingresos reportado está entre 1 millón y 2 millones de pesos mensuales. En Bogotá, el 38% de los hombres trans y personas no binarias tienen un ingreso entre 0 y 250.000 pesos y el 20% cuenta con un ingreso entre 1 millón y 2 millones de pesos mensuales. En los otros departamentos, la mitad de los hombres trans y las personas no binarias reportó un nivel de ingresos que está entre 0 y 250.000 pesos, y el 19% tiene un nivel de ingresos entre 1 millón y 2 millones de pesos (ver Anexo 1).

La Figura 6 presenta la distribución porcentual del nivel de ingresos según la identidad de género y grupos de edad. El 61% de los hombres trans y el 66% de las personas no binarias menores de 25 años tienen un nivel de ingresos entre 0 y 250.000 pesos mensuales; mientras que el 39% de los hombres trans y el 31% de las personas no binarias mayores de 25 años tienen un ingreso entre 1 millón y 2 millones de pesos mensuales.

Según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 57% se encuentra en el régimen contributivo, el 23% se encuentra en el régimen subsidiado y el 8% en el régimen especial o de excepción. Mientras que el 12% de las personas encuestadas reportó no estar afiliada a ningún esquema de aseguramiento en salud.

Según la percepción de acceso efectivo a los servicios de salud, el 92% de las personas encuestadas consideran que tiene acceso a estos servicios. Del 93% de los hombres trans que reportan tener acceso a servicios médicos, el 59% se encuentra en el régimen contributivo, 54% en el subsidiado, 3% en el régimen especial (Ecopetrol, magisterio, universidades públicas) y 5% no tiene ningún esquema de aseguramiento. Los hombres trans que no están afiliados al SGGSS

Figura 5. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel de ingresos según identidad de género.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

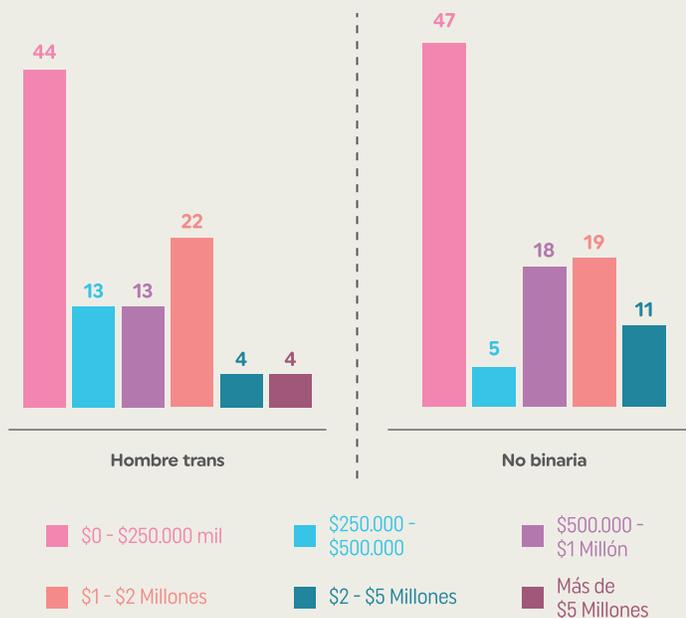
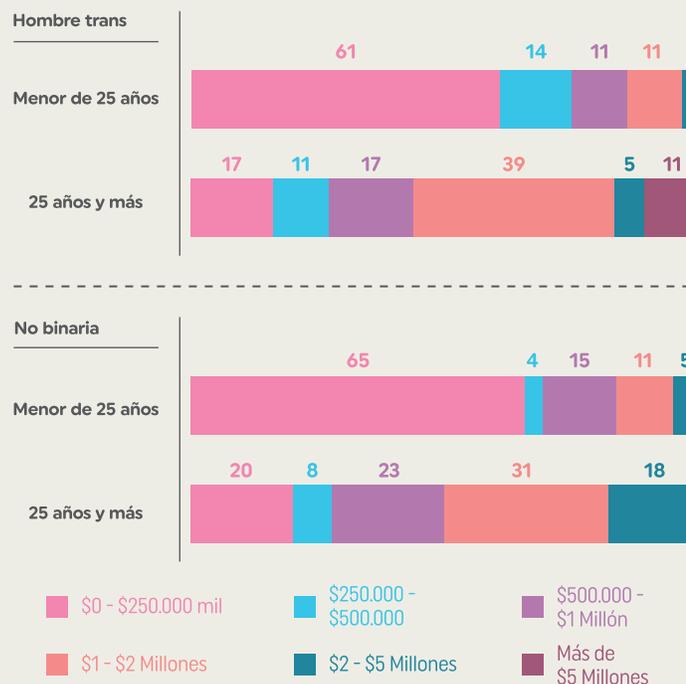


Figura 6. Distribución porcentual de las personas encuestadas por nivel de ingresos según identidad de género y grupo de edad.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



(4 personas), viven en la zona urbana, son menores de 25 años, la mayoría de ellos (75%) no pertenecen a un grupo vulnerable, uno de ellos está desempleado, otro es un trabajador informal y los otros dos son estudiantes sin trabajo; la mitad tiene un nivel de ingresos entre 0 y 250.000 pesos y el resto entre 250.000 y 500.000 pesos.

Con relación a las personas no binarias, el 95% menciona que tiene acceso a los servicios de salud; de estas personas, el 63% se encuentra en el régimen contributivo, 17% en el subsidiado, 7% en el régimen especial (Ecopetrol, magisterio, universidades públicas), 5% en el de excepción (Fuerzas Militares, Policía) y 8% menciona no tener afiliación. De las personas no binarias que no tienen ningún esquema de aseguramiento en salud (12 personas), 92% vive en la zona urbana, más de la mitad (54%) está en el grupo de edad de 25 años o más, 54% tiene nivel de escolaridad secundaria y 23% universitario, 69% no pertenece a un grupo vulnerable, 31% son estudiantes sin trabajo, 23% son empleados independientes y otro 23% está desempleado, 77% tiene un nivel de ingresos entre 0 y 250.000 pesos, 15% entre 500.000 y 1 millón de pesos y 8% entre 1 millón y 2 millones de pesos (ver Anexo 2).

La Tabla 4 presenta los porcentajes de tipo de ocupación según grupos de edad e identidad de género en Antioquia, Bogotá y otros departamentos. El grupo de edad 25 años y más, tanto para los hombres trans como las personas no binarias, reporta los porcentajes más altos de empleo comparado con los menores de 25 años. Esto tiene sentido si se observa que en la mayoría del grupo de los más jóvenes predominan quienes se declaran "estudiantes sin trabajo" o que aún no han empezado su vida laboral. En Bogotá se reportan los más altos porcentajes de empleados en comparación con Antioquia, que tiene el porcentaje más alto de hombres trans que son estudiantes sin trabajo (64%). En otros departamentos, hay una diferencia importante entre las personas que son estudiantes sin empleo: 29% entre personas no binarias y 43% entre hombres trans.

La Figura 7 presenta la distribución de las personas encuestadas según el tipo de lugar que accede para la atención en salud e identidad de género. El 79% de las personas utiliza los servicios de salud según el esquema de aseguramiento al cual está afiliada; el 21% usa remedios caseros o se automedica; el 17% paga medicina particular o recurre al gasto de bolsillo; el 6% visita al boticario o farmaceuta; y el 1% utiliza servicios en organizaciones sociales y

Tabla 4. Porcentaje del tipo de ocupación según grupos de edad e identidad de género en Antioquia, Bogotá y otros departamentos.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Empleado	Desempleado	Estudiante sin trabajo
A nivel general			
Hombre trans	32	17	36
Personas no binarias	28	13	43
Grupos de edad			
Menor de 25 años			
Hombre trans	17	24	48
Personas no binarias	20	9	65
25 años y más			
Hombre trans	56	6	17
Personas no binarias	38	18	10
Departamentos			
Antioquia			
Hombre trans	18	9	64
Personas no binarias	27	12	42
Bogotá			
Hombre trans	42	16	26
Personas no binarias	35	12	42
Otros departamentos			
Hombre trans	29	24	29
Personas no binarias	24	14	43

Figura 7. Distribución porcentual de las personas encuestadas por identidad de género según el lugar al que acude para acceder a los servicios de salud.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



fundaciones. Algunas personas también hacen uso de otras estrategias (2%) como medicina prepagada, preguntar a una persona especialista en salud amiga o acudir a un médico bioenergético (Tabla 2). Existen diferencias leves entre hombres trans y personas no binarias en el uso del tipo de servicios de salud que acceden.

La Tabla 5 presenta los porcentajes de los hombres trans y personas no binarias que mencionaron tener acceso a servicios de salud, según características socioeconómicas y sociodemográficas. El 81% de los hombres trans acceden a servicios de salud en la institución a la que se encuentran afiliados el 61% son menores de 25 años. De los hombres trans que usan remedios caseros o se automedican (10 personas), 7 son menores de 25 años; 3 viven en Antioquia, otros 3 en Bogotá y los demás en otros departamentos; 5 son estudiantes sin trabajo; 4 tienen nivel de educación universitario y otros 4 tienen un técnico o tecnológico (ver Anexo 3).

Tabla 5. Número y porcentaje de personas que tienen acceso a servicios de salud por identidad de género según variables seleccionadas. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans		Persona no binaria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Departamento						
Antioquia	11	100	22	85	33	89
Bogotá	18	95	24	92	42	93
Otros departamentos	15	88	40	95	55	93
Grupo de edad						
Menor de 25 años	26	90	53	96	79	94
25 años y más	18	100	33	85	51	90
Etnia						
Afrodescendiente/Afrocolombiana	5	100	9	100	14	100
Indígena	2	100	3	75	5	83
Raizal del archipiélago			1	100	1	100
Ninguna de las anteriores	37	93	72	92	109	92
Grupo vulnerable						
Migrante/refugiado			1	33	1	33
Persona con discapacidad			4	100	4	100
Víctima del conflicto armado	1	50	3	100	4	80
Trabajadorx sexual	2	100	2	67	4	80
Ninguno	40	95	75	94	115	94
Ocupación						
Empleado	15	100	26	100	41	100
Independiente/propietario de negocio	3	100	4	67	7	78
Desempleado	7	88	10	83	17	85
Trabajador informal	4	100	4	67	8	80
Jubilado/pensionado			2	100	2	100
Estudiante sin trabajo	15	88	38	95	53	93
Total	44	94	86	92	130	92

Con relación a las personas no binarias, el 79% acude a la institución a la que se encuentra afiliada para acceder a los servicios de salud, de estas personas el 62% son menores de 25 años. El 21% de las personas no binarias usan remedios caseros o se automedica; el 55% son personas de 25 años o más; el 30% vive en Antioquia, el 45% en Bogotá y el 25% en otros departamentos; el 35% es estudiante sin trabajo, el 50% tiene nivel de educación secundaria y el 30% universitaria (ver Anexo 3).

La Tabla 6 presenta los porcentajes de los hombres trans y personas no binarias que mencionan tener redes de apoyo, cuáles son esas redes y quiénes son las personas con las que conviven. La mayoría de las personas encuestadas vive con 3 personas o menos (60%). El 9% vive sola, en tanto que el 31% vive con cuatro personas o más.

Tabla 6. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según redes de apoyo, personas con quienes conviven e identidad de género. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
No. de personas con las que vive												
Solx	6	13	6	24	6	6	3	13	12	9	5	14
1-3 personas	24	51	37	65	61	65	55	74	85	60	52	68
4 y más	17	36	24	50	27	29	20	38	44	31	24	39
Personas con las que vive												
Amigxs	6	13	6	24	4	4	-	-	10	7	4	12
Madre y padre (con o sin hermanos)	15	32	20	46	37	39	30	49	52	37	29	45
Solo madre (con o sin hermanos)	7	15	7	27	15	16	10	24	22	16	10	22
Solo padre (con o sin hermanos)	2	4	-	-	3	3	-	-	5	4	-	-
Otros familiares (tíos, abuelos, primos, etc.)	5	11	-	-	13	14	8	22	18	13	8	19
Solx	7	15	7	27	10	11	6	18	17	12	7	18
Con pareja o compañerx	8	17	8	30	14	15	9	23	22	16	10	22
Cuenta con red de apoyo												
Sí	33	70	56	82	71	76	66	83	104	74	66	80
No	14	30	18	44	23	25	17	34	37	26	20	34
Personas que conforman la red de apoyo												
Abuelx	5	11	-	-	14	15	9	23	19	13	9	20
Amigx(s)	21	45	31	59	55	59	48	68	76	54	46	62
Madre	15	32	20	46	47	50	40	60	62	44	36	52
Padre	11	23	13	37	25	27	19	36	36	26	19	33
Pareja	20	43	29	57	38	40	31	51	58	41	33	49
Hijx(s)					1	1	-	-	1	1	-	-
Hermanx(s)	12	26	15	39	37	39	30	49	49	35	27	43
Primx(s)	7	15	7	27	12	13	7	21	19	13	9	20
Tíx(s)	4	9	-	-	9	10	5	17	13	9	5	15
Vínculos erótico-afectivos	1	2	-	-					1	1	-	-
Guías espirituales	1	2	-	-	5	5	-	-	6	4	2	9
Mascotas	16	34	22	48	39	42	32	52	55	39	31	47
Organizaciones o movimientos sociales	11	23	13	37	12	13	7	21	23	16	11	23
Total	47	100			94	100			141	100		

Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.

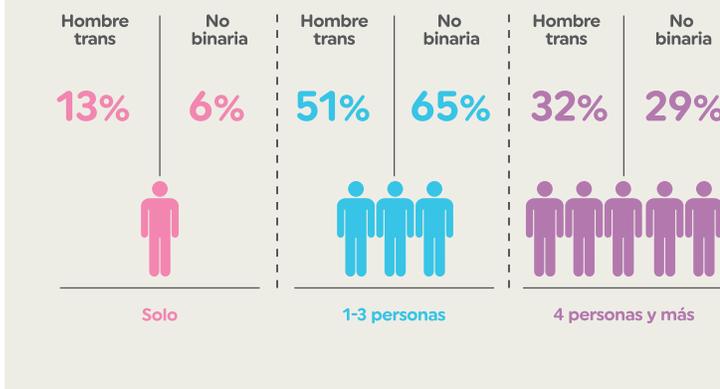
La Figura 8 presenta la distribución porcentual de hombres trans y personas no binarias según el número de personas con quienes convive e identidad de género. El 13% de los hombres trans y el 6% de las personas no binarias viven solos, respectivamente. Mientras que los porcentajes de quienes viven con 1 a 3 personas es más alto en las personas no binarias (65%) que en los hombres trans (51%). De los hombres trans menores de 25 años (29 participantes), el 52% vive con 3 personas o menos, el 34% con 4 personas o más y el 14% vive sola; de los mayores de 25 años (18 individuos), el 50% vive con 3 personas o menos, el 39% con 4 personas o más y el 11% vive sola. De acuerdo con la ocupación que reportaron los hombres trans, de los que se encuentran empleados (15 hombres trans), 47% vive con 3 personas o menos; de los desempleados (8 hombres trans) el 50% vive con 3 personas o menos; y de los estudiantes sin trabajo (17 hombres trans) el 53% vive con 3 personas o menos (ver Anexo 4).

Del total de personas no binarias menores de 25 años, el 60% vive con 3 personas o menos, 36% vive con 4 personas o más y 10% vive sola; con relación a las personas mayores de 25 años, el 72% vive con 3 personas o menos, 18% con 4 personas o más y 10% sola. Según la ocupación de las personas no binarias que están empleadas, el 73% vive con 3 personas o menos, de las que están desempleadas el 58% y de los estudiantes sin empleo el 63%. En Antioquia, el 73% de los hombres trans vive con 3 personas o menos, en Bogotá el 42% y en otros departamentos el 47%; en cuanto a las personas no binarias en Antioquia son el 69%, en Bogotá el 62% y en otros departamentos el 64%. Bogotá presenta los porcentajes más altos de personas que viven solas (ver Anexo 4). El 37% menciona que vive con la madre y padre (con o sin hermanos), 16% solo con la madre (con o sin hermanos), 16% con la pareja y 13% con otros familiares diferentes a los padres. Los menores porcentajes se encuentran entre quienes viven con amistades (7%) o solo con padre (4%).

Según redes de apoyo, el 74% de las personas encuestadas considera que cuenta con una red de apoyo. Esto significa que un poco más de la cuarta parte de las personas encuestadas (26%) considera que no cuenta con este tipo de vínculos. Para los hombres trans y las personas no binarias encuestadas, esta red de apoyo está conformada principalmente por amistades (54%), por la madre (44%) y por la pareja (41%), pero un porcentaje importante de personas también encuentra una red de apoyo en sus mascotas (39%). La red de apoyo para los hombres trans está principalmente conformada

Figura 8. Distribución porcentual de las personas encuestadas por número de personas con las que vive e identidad de género.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



mada por amistades (45%) y parejas (43%); y para las personas no binarias por amistades (59%) y madre (50%).

En Antioquia para los hombres trans la principal red de apoyo está conformada por la pareja (73%) y la madre (46%), en tanto que para las personas no binarias esta red está conformada principalmente por la madre (46%) y las mascotas (35%). En Bogotá, para los hombres trans está conformada por la pareja (47%) y la madre (42%), mientras que para las personas no binarias son principalmente los hermanos y hermanas (50%), madre (46%) y mascotas (46%). En el grupo de otros departamentos, la red de apoyo para los hombres trans está conformada principalmente por hermanos y hermanas (24%), mascotas (24%), pareja (18%) y organizaciones sociales (18%); mientras que para las personas no binarias son la madre (55%), pareja (48%), hermanos y hermanas (43%) y mascotas (43%) (ver Anexo 5).

Por otro lado, el 30% de los hombres trans y el 25% de las personas no binarias mencionan que no cuentan con una red de apoyo. De los hombres trans que mencionan que no cuentan con una red de apoyo, el 71% es menor de 25 años; 21% vive en Bogotá, 14% en Antioquia y 64% en otros departamentos; 43% es estudiante sin trabajo y 14% está desempleado; 72% no pertenece a un grupo vulnerable. Con relación a las personas no binarias que no cuentan con una red de apoyo (25%), el 70% es menor de 25 años; 22% vive en Bogotá, 35% en Antioquia y 44% en otros departamentos; 52% es estudiante sin trabajo y 9% desempleado; 83% no pertenece a un grupo vulnerable.

Cuerpo y sexualidad

Esta sección describe las prácticas y conocimientos relacionados con el cuerpo y la sexualidad y los procesos de tránsito que expresan esa relación a partir de información recabada sobre las transformaciones corporales que han hecho las personas, el conocimiento de los efectos que podrían tener en la fertilidad, la capacidad de gestar y el uso de métodos anticonceptivos.

La Tabla 7 presenta el número y porcentaje de personas según procedimientos realizados para facilitar el tránsito e identidad de género. Entre los procedimientos más frecuentes se encuentran el vendaje de los senos sin acompañamiento (32%) y en menor porcentaje con acompañamiento (6%); el tratamiento de reemplazo hormonal con acompañamiento (16%) y

sin acompañamiento (9%), así como el uso de tónicos para la estimulación del crecimiento del vello, que se emplea sobre todo sin acompañamiento (17%) y en menor porcentaje con acompañamiento (5%). Los procedimientos quirúrgicos son los menos empleados y sólo se han realizado con acompañamiento (12%). Algunas personas mencionaron emplear otros procedimientos (2%) como el entrenamiento focalizado para obtener masa muscular. En general, todos estos los procedimientos corporales han sido empleados en mayor proporción por los hombres trans con respecto a las personas no binarias.

Tabla 7. . Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según identidad de género por variables seleccionadas. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Procedimientos o procesos realizados												
Tratamiento de reemplazo hormonal												
No me lo he realizado	19	40	27	55	86	93	86	97	105	75	67	82
Sí, con acompañamiento	20	43	29	57	2	2	-	-	22	16	10	22
Sí, sin acompañamiento	8	17	8	30	5	5	-	-	13	9	5	15
Procedimientos quirúrgicos												
No me lo he realizado	40	87	75	94	83	89	82	94	123	88	82	93
Sí, con acompañamiento	6	13	6	25	10	11	6	18	16	12	7	18
Vendajes en los senos												
No me lo he realizado	9	20	10	33	77	83	74	89	86	62	54	70
Sí, con acompañamiento	8	17	9	30			0	0	8	6	3	11
Sí, sin acompañamiento	29	63	49	76	16	17	11	26	45	32	25	40
Uso de tónicos para estimulación del crecimiento del vello facial												
No me lo he realizado	21	47	33	61	87	94	87	97	108	78	71	85
Sí, con acompañamiento	17	11	-	-	2	2	-	-	7	5	2	10
Sí, sin acompañamiento	19	42	29	57	4	4	2	10	23	17	11	24
Capacidad de gestar												
Sí	41	87	76	95	57	61	51	70	98	70	62	77
No	6	13	6	24	37	39	30	49	43	30	23	38
Prácticas sexuales que implique posibilidad de quedar en embarazo												
Sí	12	26	15	40	38	40	31	51	50	36	28	44
No	32	70	55	81	42	45	35	55	74	53	45	61
No aplica	2	4	-	-	14	15	9	23	16	11	7	17
Uso de hormonas puede generar infertilidad												
Sí	14	30	18	44	25	27	19	36	39	28	21	35
No	20	43	29	57	29	31	22	41	49	35	27	43
No sé	13	28	17	42	40	43	33	53	53	38	30	46
Total	47	100			94	100			141	100		

Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.



Según la identidad de género, el 80% de hombres trans se ha realizado vendaje en los senos; el 60%, tratamientos de reemplazo hormonal con acompañamiento (43%) y sin acompañamiento (17%); el 53% ha empleado tónicos para la estimulación del crecimiento del vello y el 13% se ha realizado procedimientos quirúrgicos. Con relación a las personas no binarias, estos porcentajes son menores: el 17% se ha realizado vendaje en los senos; el 11%, procedimientos quirúrgicos con acompañamiento; el 8%, tratamientos de reemplazo hormonal, y el 7% ha empleado tónicos para la estimulación del crecimiento del vello.

El 48% de las personas menores de 25 años y el 25% de las de 25 años y más han empleado vendaje en los senos; el 22% de los menores de 25 años y el 30% de 25 años y más se han realizado algún tratamiento de reemplazo hormonal; el 22% de los menores de 25 años y el 18% de los de 25 años y más han utilizado los tónicos para la estimulación del crecimiento del vello. El 10% de los menores de 25 años y el 14% de los de 25 años y más se han realizado procedimientos quirúrgicos. De los hombres trans que viven en Bogotá, el 84% ha empleado vendaje en los senos, el 88% de los que viven en otros departamentos y el 65% de los que viven en Antioquia. Los tratamientos de reemplazo hormonal han sido utilizados

por el 79% de los hombres trans que viven en Bogotá, el 55% de los que viven en Antioquia y por el 41% de los que viven en otros departamentos.

En lo referente a los efectos que pueden tener estas transformaciones corporales, específicamente en las terapias hormonales, el 28% de las personas encuestadas considera que el uso de hormonas puede generar infertilidad, el 35% considera que no tienen ningún efecto sobre la salud y el 38% no sabe si el uso de hormonas puede generar infertilidad. Respecto a la capacidad de gestar, el 70% de las personas encuestadas respondió que sí tiene esa capacidad. Con relación a los hombres trans, el 87% menciona que tiene capacidad de gestar, frente a un 61% de las personas no binarias. De acuerdo con la edad, el grupo de 18 a 24 años muestra un porcentaje más alto (74%) que el grupo de mayores de 24 años (63%). De igual forma, la capacidad de gestar reportada fue un poco más alta en Bogotá (71%) frente a los otros departamentos analizados.

Según conductas de riesgo para la salud, el 36% tiene prácticas sexuales que implican riesgo de embarazo, siendo las personas no binarias quienes presentan los porcentajes más altos (40%) en comparación con los hombres trans (26%).

La Tabla 8 presenta el número y el porcentaje de personas según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos e identidad de género. Entre los métodos más conocidos se encontraron el condón o preservativo (92%), las píldoras (89%) y la esterilización femenina (84%). También mencionaron la esterilización masculina (80%), la inyección (77%) y la anticoncepción de emergencia (75%). Por otro lado, entre los métodos con menor conocimiento se encuentran el Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre (66%), el implante subdérmico (64%), el DIU hormonal (60%) y el parche anticonceptivo (50%), el anillo vaginal (44%), y la espuma, jalea y óvulos (21%). Un pequeño porcentaje de las personas encuestadas no conoce ningún método (2%). También, el 2% de las personas mencionó que también conoce otros métodos anticonceptivos diferentes a los que se listaron como opciones de respuesta, entre ellos el celibato o la abstinencia. Según diferencias por identidad de género, las personas no binarias reportan valores más altos en el conocimiento de todos los métodos, en comparación con los hombres trans.

Tabla 8. Número y porcentaje de personas que respondieron la encuesta según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos e identidad de género. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de métodos anticonceptivos												
Anillo Vaginal	17	36	24	50	45	48	38	58	62	44	36	52
Condón o preservativo	41	87	76	95	88	94	87	97	129	91	86	95
DIU hormonal	24	51	37	65	61	65	55	74	85	60	52	68
DIU de cobre	28	60	45	73	65	69	59	78	93	66	58	73
Esterilización Femenina	37	79	66	89	81	86	78	92	118	84	77	89
Esterilización Masculina	35	75	61	85	78	83	74	90	113	80	73	86
Inyección	34	72	59	84	75	80	71	87	109	77	70	84
Implante subdérmico	27	57	43	71	64	68	58	77	91	65	56	72
Píldoras o pastillas	38	81	68	90	88	94	87	97	126	89	83	94
Parche anticonceptivo	18	38	25	53	52	55	45	65	70	50	41	58
Anticoncepción de emergencia	31	66	52	78	74	79	70	86	105	74	67	81
Espuma, jalea, óvulos	7	15	7	27	23	25	17	34	30	21	15	29
Ninguno	1	2	-	-	2	2	-	-	3	2	-	-
Uso de métodos anticonceptivos												
No planifica	31	66	52	78	43	46	36	56	74	52	44	61
Condón	14	30	8	44	31	33	24	43	45	32	25	40
DIU hormonal	1	2	-	-					1	1	-	-
DIU cobre	1	2	-	-	2	2	-	-	3	2	-	-
Esterilización Femenina	1	2	-	50	2	2	-	-	3	2	-	-
Esterilización Masculina			4	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Inyección	1	2	-	30	2	2	-	-	3	2	-	-
Implante			-	-	4	4	-	-	4	3	-	-
Píldoras o pastillas	1	2	-	-	14	15	9	23	15	11	6	17
Total	47	100			94	100			141	100		

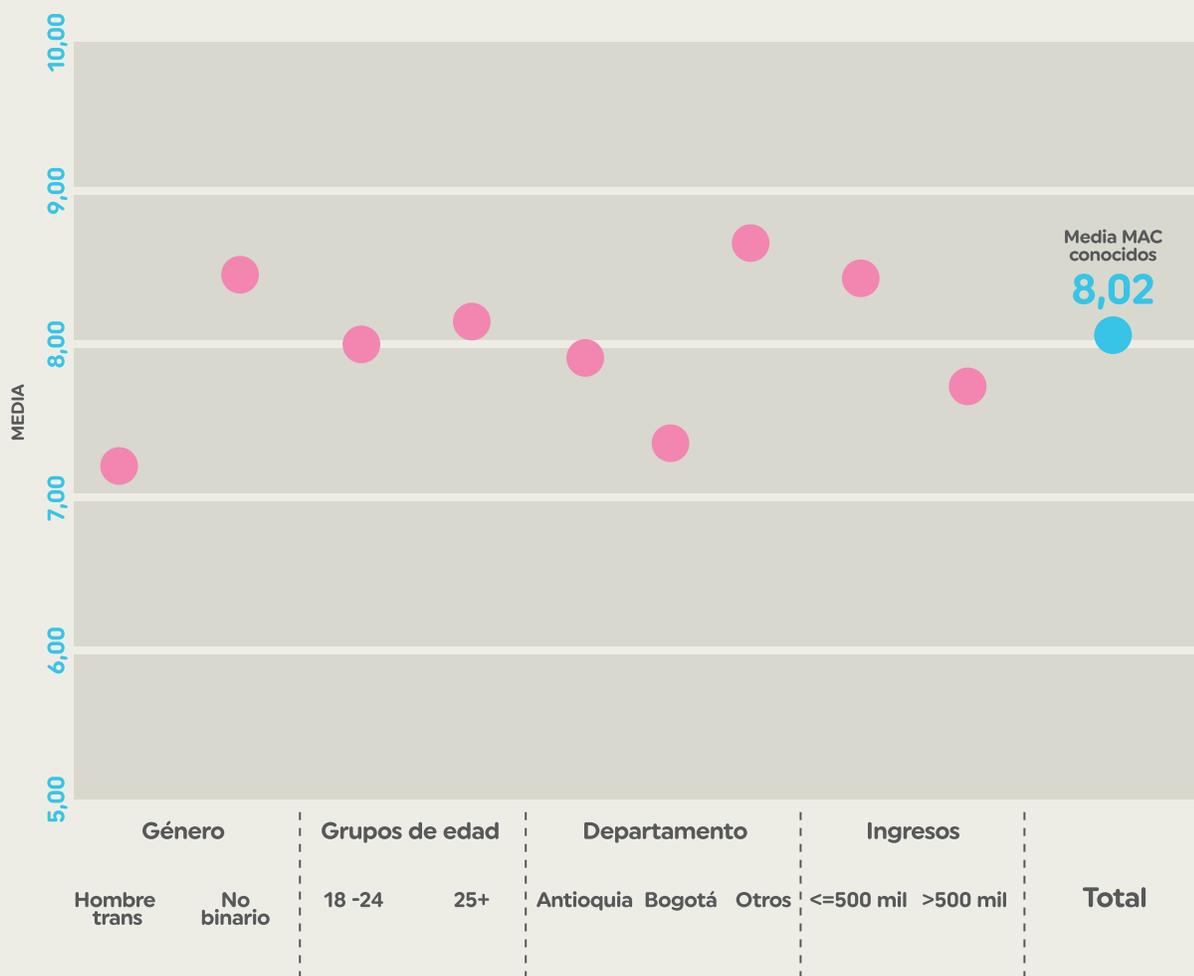
Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.

El conocimiento de los métodos varía de acuerdo con el grupo de edad, el departamento de residencia actual y el nivel de ingresos (ver Anexo 6). En primer lugar, los dos grupos de edad comparados muestran valores similares en el conocimiento del condón, las píldoras, la ligadura y la vasectomía. Por el contrario, el grupo de 18 a 24 años presenta porcentajes más altos de conocimiento de la anticoncepción de emergencia (77% vs. 73% de los mayores de 24), el dispositivo vaginal (67% vs. 51%) y el anillo vaginal (48% vs. 39%). Mientras que el grupo de 25 y más años conoce en mayor medida la inyección (83% vs. 74% del grupo 18-24 años), el DIU de cobre (70% vs. 63%), el implante subdérmico (70% vs. 61%) y el parche anticonceptivo (54% vs. 46%). En segundo lugar, las personas residentes en Bogotá son quienes menos conocen los métodos, a excepción del DIU hormonal, el anillo vaginal y los métodos de barrera, mientras en Antioquia se reporta el grupo con el menor conocimiento de uso de métodos. En tercer lugar,

el nivel de ingreso muestra un mayor conocimiento de métodos entre las personas con ingresos inferiores a \$500.000, a excepción del implante subdérmico en donde el grupo de mayores ingresos muestra mayor conocimiento.

La Figura 9 presenta los resultados del Índice de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos según identidad de género, grupo de edad, departamento de residencia y nivel de ingresos mensuales. A partir de los resultados del Índice de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos (dentro de una escala de 0 a 13 donde 0 indica que no conoce método alguno y 13 que los conoce todos) fue posible saber que en promedio las personas encuestadas referencian ocho métodos. De acuerdo con características relevantes, se destacan los bajos niveles en este indicador por parte de los hombres trans (7.2) y las personas residentes de Bogotá (7.3).

Figura 9. Índice de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según identidad de género, grupo de edad, departamento de residencia y nivel de ingresos. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



La Figura 10 presenta la distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos entre hombres trans y personas no binarias encuestadas. Con respecto a los métodos anticonceptivos que son usados por las personas encuestadas, el 52% mencionó que no planifica, el 32% usa condón y el 11%, pastillas. De acuerdo con la identidad de género, el 66% de los hombres trans no planifican y el 30% planifica con condón; mientras que el 33% de las personas no binarias planifican con condón, el 15% con pastillas y el 46% no planifican.

La Figura 11 presenta la distribución porcentual de las personas encuestadas con capacidad de gestación según uso de métodos anticonceptivos, identidad de género, departamento de residencia y nivel de ingresos mensuales. Cuando se analizan en conjunto las variables relacionadas con las condiciones para la fecundación, se observa que el porcentaje de personas con capacidad de gestar y que no usan métodos es particularmente alto en los hombres trans (87% con capacidad de gestar y 66% no usa métodos anticonceptivos). Sin embargo, cuando se restringe el análisis a las personas que tienen prácticas sexuales con riesgo de embarazo, se encontró que 28% no usan métodos de anticoncepción. Los hombres trans tienen porcentajes más altos (33% en comparación con 26% de las personas no binarias), así como el grupo de 25 años y más (35% vs. 24% del grupo 18 a 24 años), las personas que viven en Bogotá (36%) y especialmente entre quienes tienen ingresos inferiores a 500.000 pesos mensuales. Sobre este último grupo llama la atención que a pesar de tener un mayor conocimiento sobre los diferentes métodos son quienes en mayor medida no los utilizan.

Figura 10. Distribución porcentual de las personas encuestadas según uso de método anticonceptivo.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

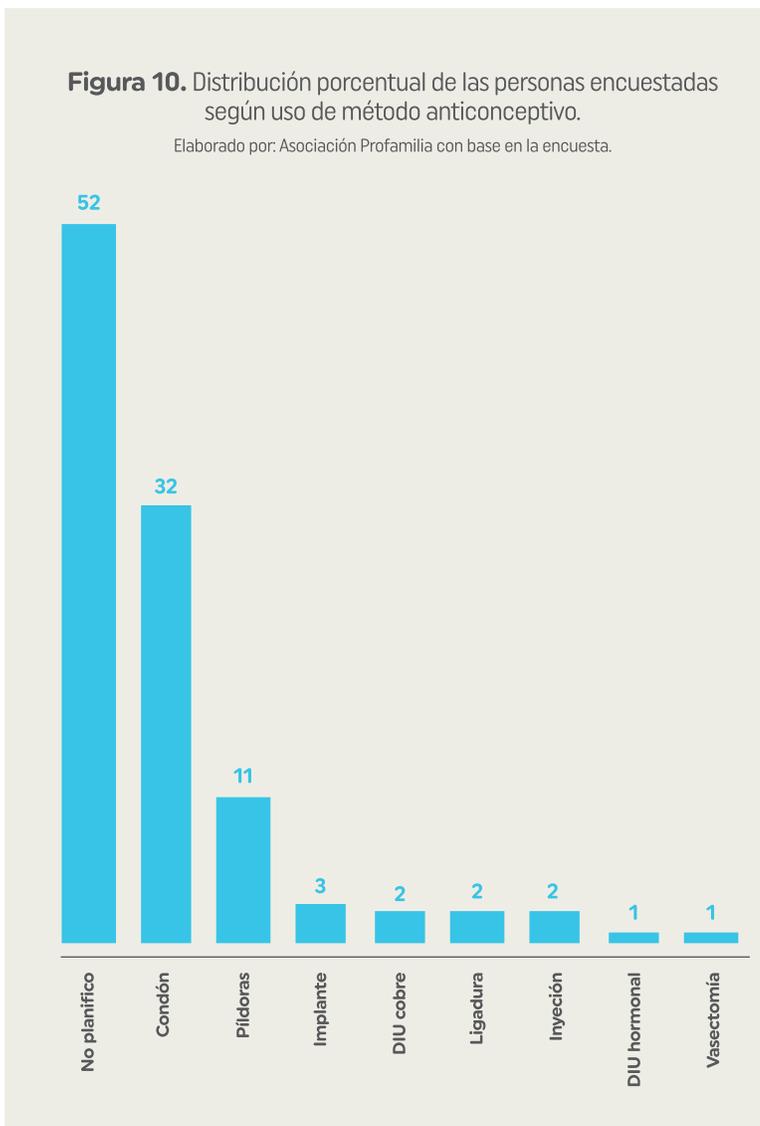
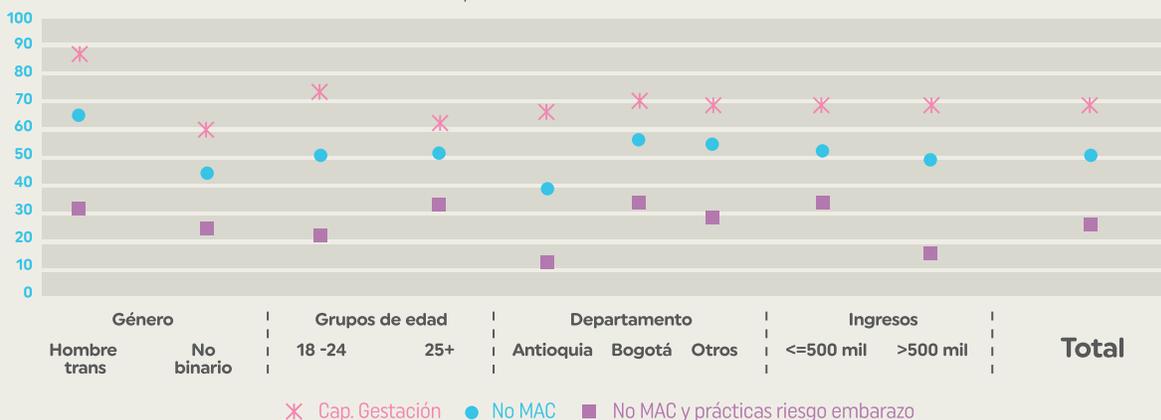


Figura 11. Distribución porcentual de las personas encuestadas con capacidad de gestación según uso de métodos anticonceptivos, identidad de género, departamento de residencia y nivel de ingresos mensuales.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



Conocimientos y percepciones sobre aborto

La Tabla 9 presenta la distribución porcentual de las personas encuestadas con conocimientos sobre el aborto según la identidad de género. Con relación al conocimiento sobre el marco legal existente en Colombia frente al aborto, la mayoría de las personas saben que está permitido en algunos casos (74%). Sin embargo, el 13% de las personas encuestadas no lo saben o no tienen certeza; aunque estos valores son más elevados entre la población de hombres trans (21% vs. 10% de las personas no binarias) y las personas de 25 o más años (19% en contraste con 13% de las más jóvenes, tal como se observa en el Anexo 7). Adicionalmente, el 9% del total cree que es permitido en todos los casos y el 3% que no es permitido en ningún caso.

Tabla 9. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según variable seleccionada.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de casos en que el aborto es legal en Colombia												
En todos los casos	2	4	-	-	11	12	6	19	13	9	5	15
En algunos casos	34	72	59	84	71	76	66	83	105	74	67	81
En ningún caso	1	2	0,2	10	3	3	-	-	4	3	1	7
No sabe	10	21	12	35	9	10	5	17	19	13	9	20
Conocimiento de causales												
Embarazo es por una violación	42	89	78	96	88	94	87	97	130	92	87	96
Feto tiene malformaciones que hacen inviable su vida extrauterina	40	85	73	93	85	90	83	95	125	89	83	93
Para salvar la vida de la persona embarazada	29	62	47	75	64	68	58	77	93	66	58	73
Embarazo pone en riesgo la vida de la persona embarazada	35	75	61	85	71	76	66	83	106	75	68	82
Embarazo es por relaciones sexuales con un familiar	12	26	15	39	20	21	14	30	32	23	16	30
Persona embarazada es menor de 14 años	19	40	27	55	24	26	18	35	43	30	23	38
Casos en los que debería permitirse el aborto												
Embarazo es por una violación	45	96	87	99	90	96	90	99	135	96	91	98
Feto tiene malformaciones que hacen inviable su vida extrauterina	44	94	84	98	89	95	89	98	133	94	90	97
Para salvar la vida de la persona embarazada	45	96	87	99	89	95	89	98	134	95	91	98
Embarazo pone en riesgo la vida de la persona embarazada	45	96	87	99	89	95	89	98	134	95	91	98
Embarazo es por relaciones sexuales con un familiar	43	92	81	97	83	88	81	94	126	89	83	94
Persona embarazada es menor de 14 años	45	96	87	99	86	92	85	96	131	93	88	96
Persona embarazada no quiere tener más hijos	42	89	78	96	82	87	79	93	124	88	82	93
Persona embarazada es soltera	39	83	70	92	80	85	77	91	119	84	78	90
Vulnerabilidad económica	42	89	78	96	82	88	81	94	124	89	83	93
Embarazo por falla del método	40	85	73	93	85	90	83	95	125	89	83	93
Decisión libre de la persona	43	92	81	97	81	86	78	92	124	88	82	93
Total	47	100			94	100			141	100		

Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.



Fotografía: Victoria Holguín.

Respecto al conocimiento de los casos en los que es permitido el aborto en Colombia, el más reconocido es cuando el embarazo es producto de violación (92%), seguido de cuando el feto tiene malformaciones que hacen inviable su vida (89%) y cuando la salud de la persona embarazada está en riesgo (75%). Los casos menos conocidos en los que se permite el aborto son: cuando la persona embarazada es menor de 14 años (31%) y cuando el embarazo es producto de incesto (23%). Sobre esto último, el 40% de los hombres trans y el 26% de las personas no binarias menciona que el aborto es permitido en Colombia cuando la persona embarazada es menor de 14 años.

En cuanto a las percepciones sobre los casos en los que se debería permitir el aborto, se encontraron respuestas afirmativas superiores al 90% para los siguientes escenarios: cuando el embarazo es producto de violación (96%); cuando el embarazo pone en riesgo la salud (física, mental o social) de la persona embarazada (95%); para salvar la vida de la persona en embarazo (95%); cuando el feto tiene malformaciones que hacen inviable su vida (94%) y cuando la persona en embarazo tiene menos de 14 años (93%). En contraste, los mayores porcentajes de desacuerdo se encontraron cuando

el embarazo es por relaciones sexuales con un familiar (11%), cuando la persona en embarazo se encuentra en situación de vulnerabilidad económica (11%); cuando el embarazo es por falla del método anticonceptivo (11%); cuando no se quiere tener más hijos (12%) y, sobre todo, cuando es por decisión libre de la persona en embarazo (13%) o cuando la persona en embarazo es soltera (16%).

La mayoría de las personas encuestadas (68%) no conoce lugares que presten servicios de salud seguros y de calidad en los que se pueda acceder a un aborto. Sin embargo, la mayoría (79%) acudiría a un lugar como estos en caso de requerir este servicio. Entre las razones para no acudir a un lugar con estas características se encuentran el estigma, las barreras administrativas y la excesiva burocracia, la falta de entrenamiento y sensibilización del personal y el no reconocimiento de la identidad de género.

La Tabla 10 presenta la distribución porcentual de las personas con conocimiento de instituciones para realizarse un aborto y el acompañamiento según identidad de género.

Tabla 10. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según variable seleccionada.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

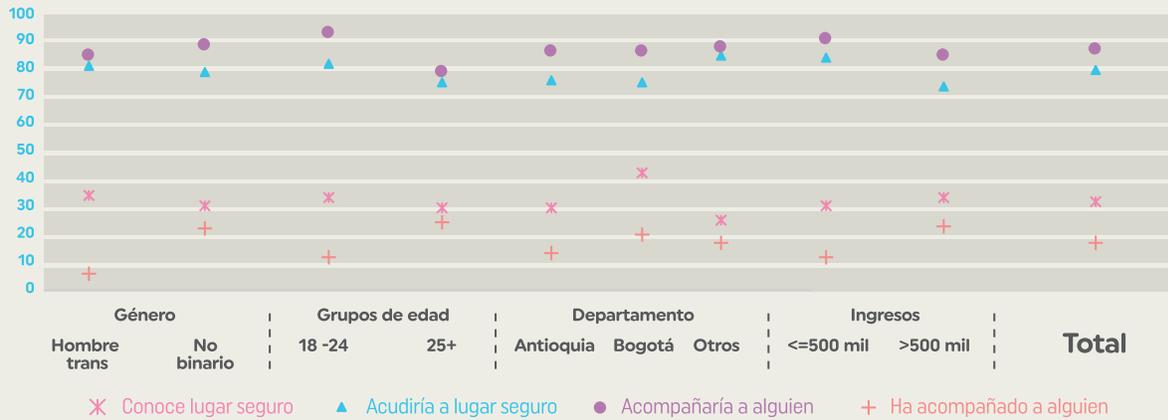
Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de lugar habilitado (1) dónde se preste el servicio de aborto												
Sí	16	34	22	48	29	31	22	41	45	32	25	40
No	31	66	52	78	65	69	59	78	96	68	60	75
Acudiría a un lugar habilitado (1)												
Sí	38	81	68	90	74	79	70	86	112	79	72	85
No	9	19	10	32	20	21	14	30	29	21	15	28
Acompañaría a alguien que busca hacerse un aborto												
Sí	40	87	75	94	83	90	83	95	123	89	83	94
No	3	7	-	-	6	7	3	13	9	7	3	12
No sabe	3	7	-	-	3	3	-	-	6	4	2	9
Ha acompañado a alguien a hacerse un aborto												
Sí	3	7	-	-	21	23	16	33	24	18	12	25
No	43	94	84	98	69	77	67	85	112	82	75	88
Total	46	100			90	100			136	100		

Entre las personas encuestadas, el 18% han acompañado a alguien a hacerse un aborto, el 89% estarían dispuestas a acompañar a alguien a realizarse un aborto, el 7% no estarían dispuestas y el 4% no saben. El 7% de los hombres trans y 23% de las personas no binarias han acompañado a alguien a hacerse un aborto. Entre quienes no tienen la disposición, la razón principal tiene que ver con su posición de rechazo frente al aborto.

La Figura 12 presenta la distribución porcentual de las personas encuestadas según el conocimiento de instituciones y la voluntad de acompañar a alguien a realizarse un aborto por identidad de género, grupos de edad, departamento de área de residencia y nivel de ingresos mensuales. Ante las situacio-

nes hipotéticas de "acompañar a alguien a realizarse una interrupción del embarazo", es una situación altamente aceptada, seguida de la hipotética situación de "acudir a un lugar seguro en caso de requerir un aborto". En ambos escenarios, el grupo de edad de 25 o más años es el que presenta los valores más bajos. Sin embargo, estos altos porcentajes contrastan con la menor frecuencia de personas que conocen un lugar seguro para realizar dicho procedimiento (32%). También se identificaron diferencias regionales importantes: en Bogotá este valor es de 42%, mientras en los otros departamentos es solo 25%. Por otro lado, el 17% de las personas encuestadas han acompañado a alguien a realizarse una interrupción, siendo los hombres trans quienes menos reportan esta experiencia (6% vs. 22% de las personas no binarias).

Figura 12. Distribución porcentual de las personas encuestadas según conocimiento de instituciones y la voluntad de acompañar a alguien a realizarse un aborto por identidad de género, grupo de edad, departamento de residencia y nivel de ingresos mensuales. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



Experiencias de acceso al aborto

Esta sección describe la experiencia en el acceso al servicio de aborto entre las personas encuestadas a partir de cuáles fueron las personas a las que acudieron, cómo fue el acceso, qué barreras enfrentaron, cómo fue la forma en la que accedieron al servicio y cómo fue la atención que recibieron.

La Tabla 11 presenta la distribución porcentual de las personas según su experiencia accediendo al servicio de aborto e identidad de género. El 10% de las personas encuestadas, es decir, 14 personas, mencionan que en algún momento de su vida han necesitado acceder al servicio de aborto; 4% de los hombres trans y 13% de las personas no binarias. El 14% de otros departamentos, el 11% en Bogotá y solo el 3% en Antioquia han usado el servicio de aborto en algún momento en la vida. Por otro lado, las personas que residen en otros departamentos reportan el menor porcentaje que conoce un lugar seguro para realizar un aborto (ver Anexo 8).



Tabla 11. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta por característica seleccionada.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans				Persona no binaria				Total			
	No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza		No.	%	Intervalo de confianza	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Ha necesitado acceder a un aborto												
Sí	2	4	-	-	12	13	7	21	14	10	6	16
No	42	91	81	97	65	71	62	80	107	78	71	84
No aplica	2	4	-	-	14	15	9	24	16	12	7	18
Total	46	100			91	100			137	100		
A quien le contó o recurrió												
Pareja	2	100	-	-	8	67	39	88	10	71	45	89
Amigos	1	50	-	-	5	42	-	-	6	43	20	68
Familiares					3	25	-	-	3	21	-	-
Organización social/fundación					2	17	-	-	2	14	-	-
Personal de la salud					3	25	-	-	3	21	-	-
Ninguna persona					2	17	-	-	2	14	-	-
Total	2	100			12	100			14	100		
Accedió al servicio												
Sí	1	50	-	-	8	67	39	88	9	64	38	85
No	1	50	-	-	4	33	-	-	5	36	-	-
Razón para no acceder al servicio												
Decisión personal					1	8	-	-	1	7	-	-
Barreras administrativas	1	50	-	-	1	8	-	-	2	14	-	-
Falta de dinero					1	8	-	-	1	7	-	-
Falta de información					1	8	-	-	1	7	-	-
Aborto aún no es legal					1	1	-	-	1	1	-	-
No. de veces que ha accedido a un aborto												
1	1	100	-	-	4	50	-	-	5	56	-	-
2					1	13	-	-	1	11	-	-
3					1	13	-	-	1	11	-	-
NR					2	25	-	-	2	22	-	-
Forma de acceder al aborto												
EPS haciendo la solicitud					1	13	-	-	1	11	-	-
Prestador de servicios autorizado, de manera particular					3	38	-	-	3	33	-	-
Prestador de servicios no autorizado, de manera particular					2	25	-	-	2	22	-	-
Casa con apoyo de organizaciones	1	100	-	-	2	25	-	-	3	33	-	-
Casa, con métodos tradicionales					2	25	-	-	2	22	-	-

Los intervalos de confianza únicamente se estiman cuando el número de casos es mayor a 5.

El 71% de las personas que han necesitado acceder al servicio de aborto alguna vez (10 personas) lo comentaron a su pareja; el 42% (6 personas) a sus amistades; el 21% (3 personas) a familiares, el 21% (3 personas) solo al personal de la salud, el 14% (2 personas) a ninguna persona y el 14% (2 personas) a personas de alguna organización social o fundación. Los hombres trans lo compartieron principalmente con su pareja, mientras que las personas no binarias con su pareja y con sus amistades.

El 64% de las personas que necesitaron el servicio de aborto lograron acceder a este (9 personas). Entre las personas que no accedieron al servicio las principales razones fueron: barreras administrativas, falta de dinero y falta de información. Al indagar por el número de veces que las personas que han accedido al aborto, 9 han hecho uso del servicio 1 vez, 2 personas prefieren no responder, 1 persona 2 veces y 1 persona 3 veces. En la mayoría de los casos, las personas recurrieron a un prestador de servicios de salud autorizado, de manera particular (3 respuestas) o lo hicieron en casa con apoyo de organizaciones sociales y redes de acompañamiento de abortos (3 respuestas). Algunas personas accedieron al servicio a través de un prestador no autorizado (2 respuestas) o lo hicieron en casa con métodos tradicionales (2 respuestas). Solo una persona accedió al servicio a través de su EPS, haciendo la solicitud.

A las personas que respondieron que habían accedido al servicio de aborto a través de la EPS tramitando la solicitud (1 persona) o con un prestador de servicio autorizado (3 personas) se les preguntó si el personal que las atendió tenía conocimiento sobre personas trans o no binarias con capacidad de gestar. Solo dos personas respondieron que sí y dos prefirieron no responder. De manera similar ocurrió frente a la pregunta relacionada con el respeto de los nombres y pronombres personales por parte del personal de la salud y frente a si les fueron explicadas todas las opciones que tenían para realizarse el procedimiento. Ninguna persona mencionó alguna forma de violencia durante la atención en salud.

Del total de personas que necesitaron el servicio de aborto, el 44% considera que su identidad de género fue una barrera para acceder al aborto, mientras que el 22% menciona que no fue una barrera, 33% no dio respuesta. Con relación a la mención de su identidad de género al momento de acceder al aborto, 22% informa que no la mencionó, 44% la mencionó, pero fue ignorada y 33% no

respondió. Finalmente, se preguntó a las personas que pudieron acceder al servicio de aborto qué opinan o cómo se sienten con respecto a esta experiencia. Cinco personas respondieron a esta pregunta abierta de la siguiente forma:

"Fue la mejor decisión en ese momento".

• • • • •

"Llenx de inseguridad, de culpa, sensación de soledad, desesperanza".

• • • • •

"Me siento feliz, tranquilx y fue la mejor decisión que tomé".

• • • • •

"Opino que el desconocimiento y la ilegalidad del tema puso en riesgo mi salud física y afectó mi salud mental".

• • • • •

"Sentí que la institución fue negligente".

Expectativas de una atención en salud respetuosa

Esta sección describe las respuestas a la pregunta abierta sobre lo que las personas entrevistadas consideran necesario para que la atención en salud en general y del aborto en particular sea digna, libre de discriminación y respetuosa de sus derechos, necesidades, identidades y circunstancias. En la Figura 13 se presentan las principales recomendaciones según la frecuencia con la que fueron mencionadas en las respuestas.

Rutas Integrales de Atención en Salud con personal entrenado y capacitado en género

La mayoría de las recomendaciones estuvieron relacionadas con la capacitación del personal que hace parte de toda la ruta de atención. Es decir, no solo a quienes prestan directamente los servicios de salud, sino también a quienes reciben y orientan a los usuarios, atienden la caja y atienden las llamadas. Dentro de esta recomendación, un tema recurrente fue el uso del lenguaje, particularmente de los pronombres de las personas. Para la mayoría de los participantes de la encuesta, mejorar la atención que reciben depende fundamentalmente de que se reconozcan y respeten sus identidades. Para hacer esto posible en el corto plazo, una alternativa específica es la de agregar en los formularios una variable para que la persona describa su identidad y cómo prefiere ser llamada, de modo que el personal médico esté más preparado al momento de la atención.

Crear donde estén ausentes y fortalecer la implementación de leyes, normas y lineamientos

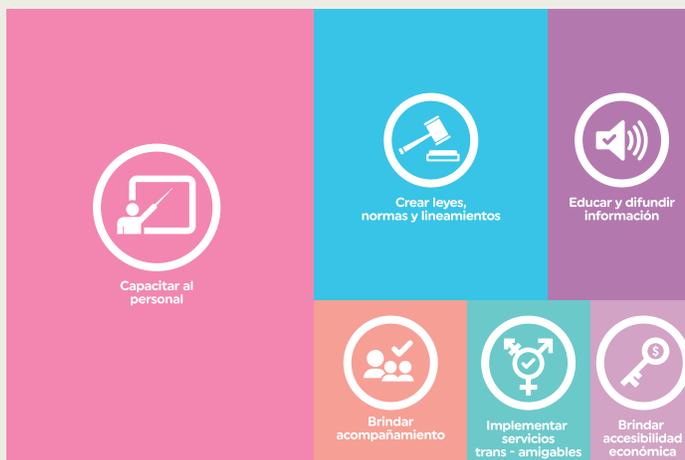
Otra recomendación frecuente fue la de crear leyes, normas y lineamientos específicos para que el aborto sea permitido en todos los casos y para que a los hombres trans y a las personas no binarias se les reconozca su derecho al aborto. Al respecto, también se señaló que es importante que tanto la futura legislación sobre el aborto como la jurisprudencia de las altas cortes usen en sus motivaciones de leyes y providencias el enfoque de género e identidad sexual, al igual que las políticas públicas del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las secretarías departamentales y municipales.

Educación, comunicación e información clara, concisa y al alcance de todas las personas

La educación para la sexualidad y la difusión de información fueron otras de las recomendaciones que hicieron las personas participantes. Con relación a la educación para la sexualidad, se considera que esta debe dirigirse a toda la población para generar cambios profundos a nivel cultural. También que debe incluir el enfoque de género y abordar el tema de las identidades de manera directa, así como información que permita a las personas conocer métodos anticonceptivos y tomar decisiones informadas sobre sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. En cuanto a la difusión de información, en los comentarios de quienes

Figura 13. Recomendaciones de las personas encuestadas para lograr una atención en salud y servicio de aborto dignos, respetuosos y libres de discriminación

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.



sugirieron esta alternativa, se considera que esta debe ser masiva y dirigirse a toda la población para generar reconocimiento de las diversidades y rechazo a la homofobia y la transfobia, pero también que debe hablar particularmente de los servicios de salud a los que tiene acceso la población trans y no binaria, ya que sin visibilidad de esta información es difícil que las personas sepan a quién acudir y cómo hacerlo.

Brindar acompañamiento

Otra de las recomendaciones que fueron mencionadas por las personas encuestadas fue la de brindar acompañamiento. En algunos casos, este se delimitó como acompañamiento psicológico, pero también hubo menciones al acompañamiento jurídico que las personas pueden necesitar en estas ocasiones para ejercer sus derechos.

Implementar servicios trans-amigables

También se recomendó la implementación de servicios para la atención de las necesidades, identidades y circunstancias específicas de la población trans y no binaria. Estos servicios solo se pueden lograr cuando la atención en salud se presta con base en la equidad, la disponibilidad, la oportunidad, la dignidad y la protección financiera, características que a su vez constituyen objetivos intermedios de la cobertura universal de salud sexual, según la agenda de desarrollo sostenible a 2030.

Brindar protección financiera

También se mencionó la necesidad de brindar apoyo económico no solo para hacer viable el acceso al aborto seguro, sino también a los servicios para el tránsito, cuyos costos en muchas ocasiones deben ser asumidos por las personas trans y no binarias debido a la falta de respuesta del sistema de salud.



3.2. Historias de vida

Para esta investigación, se realizaron dos historias de vida, basadas en los relatos de dos personas a las que se entrevistó durante dos sesiones o encuentros con cada una. Las personas relataron momentos de su vida relacionados con su identidad de género y su tránsito, así como con sus experiencias de embarazo y aborto. Durante las conversaciones que estas historias recogen, también se preguntó a las personas por sus expectativas frente a su salud y los servicios que reciben las personas para su atención, particularmente en caso de requerir un aborto.



Historia de vida 1

"Que cuando lo recuerdes no duela, así haya dolido"

Yo nací en agosto de 1994 en Bogotá. Desde chique comencé a pensar el tema del género en medio de una familia muy católica. Me gustaba un montón mirar las fotos de esos álbumes superviejos y me parecía muy chistoso que mi abuela, que tenía prácticas un poco machistas, tuviera también una estética muy andrógina en su adolescencia. Ella no lo sabe, pero fue uno de los primeros referentes que tuve de lo no binario, de la androginia. Solía ver las fotos de mi abuela y pensaba en lo "machorra" que se veía. Lo veía todo el tiempo, incluso en mis tíos con unas estéticas de cabellos todos largos superfemeninos.

Cuando visitaba a mi abuela a su casa en las afueras de Bogotá, me gustaba ver cómo con su cabello largo, trenzas y falda realizaba labores domésticas entendidas como masculinas. Así que mis referentes de género fueron muy curiosos. De chique también iba al centro con mi mamá y veía por las ventanas de los buses la zona de tolerancia con todo el prejuicio que la cubría y las formas despectivas en las que se referían a las mujeres que estaban allí, era un lugar que me parecía súper doloroso y me daba mucho miedo. Llegada la adolescencia, mi expresión de género terminó siendo bastante andrógina, y fue ahí que comencé a acercarme un poco al cine. Me encontré con la película *Los chicos no lloran*, que fue el primer referente transmasculino en mi vida, la primera vez que la vi a solas lloré mucho porque sentía que la historia era muy dura, pero también que me ayudaba a entender lo que me estaba pasando. Luego la vi con mi mamá de nuevo y recuerdo que me dijo: "Realmente no quiero ese camino para ti, va a ser muy duro y no lo quiero".

En ese momento yo tampoco sabía si lo quería del todo. La categoría trans siempre me pareció muy grande y tal vez un poco binaria, me aterraba. Durante mucho tiempo me sentí como si estuviera

dentro de una bolsa de papel, como si no pudiera sentir, era como no estar ahí, la nulidad. Seguí la corriente con esto de ser la mujer, la hija mayor, pero no me hallaba. Siendo sincere, la mayoría de los recuerdos que tengo de los diecisiete para abajo son muy difusos. Tanto, que no recuerdo las violencias o algunas situaciones felices que viví. Es como si no hubiera estado ahí. Tal vez esa desconexión, esa sensación de nulidad, estaba atravesada por el hecho de que precisamente reconocirme como persona trans me expuso a ser víctima de violencia sexual en varios momentos de mi vida.

Con el tránsito, empecé a sentir el cuerpo como desde adentro y a reconciliarme conmigo mismo, lo que me dejó ver también unos dolores que venían de antes. El tránsito toca fibras y llega a heridas para las que no siempre tenemos las herramientas. Pero al mismo tiempo el tránsito me permitió reconciliarme con la feminidad de una forma absurda y apropiarme de la masculinidad de una forma absurda también. Me permitió entender que lo masculino no le pertenece solo a los hombres cis, sino que también podía ser mío si me daba la gana. Creo que todo lo que he podido y alcanzado no habría sido posible si hubiera estado solo.

Pero no fue un proceso lineal. Yo desde peque empecé a repensarme el tema del género y primero me reconocí lesbiana, aunque lo abandoné a muy temprana edad y me costó dejar la categoría. La asumía porque sentía que la categoría de lo lésbico no era femenina ni que hacía referencia a las mujeres, sino que era un tema de afecto a las cuerpos feminizadas. Así que me asumí como lesbiana durante mucho tiempo, pero no como mujer. Después me pasó con las personas trans que sentí algo que no llegué a sentir en lo lésbico y

fue la posibilidad de tejer y tener una red de apoyo real, esto fue muy importante porque fue como sentir que podía fallar o ser frágil.

Me fui más o menos a mis diecisiete años de mi casa en parte por todo lo que estaba atravesando y ocurriendo con mi tránsito y en parte por una situación de violencia intrafamiliar. Eso último generó una situación bien compleja con mi familia, pues como sobreviviente de violencia intrafamiliar mi mamá creó unos lugares de sororidad muy fuertes conmigo, entonces cuando yo salgo y le digo "hey, puede que yo no sea tan mujer" hubo una ruptura en la relación. Apenas ahora, después de tantos años, estamos sanando esa grieta y volviendo a construir un diálogo a través de la virtualidad.

Después de irme de la casa tuve la posibilidad de estudiar y en la universidad pude conocer personas trans, pero estas personas estaban en otros lugares diferentes a lo no binario, lugares que no me generaban seguridad. También tuve la fortuna de hacer parte de procesos organizativos desde muy joven y después de cierta edad estos espacios me permitieron curar. Fue durante esta época, en las clases, los diálogos con otra gente y los escenarios políticos, que empecé a darme cuenta de las cosas que estaban pasando o que habían pasado. El tema del acoso sexual que experimenté en la infancia, por ejemplo, lo reconocí en una clase. Fue ahí que empecé a darme cuenta de eso que hablaba antes, de que parte de mi pasado era nulo, o sea, de que el período anterior a mis diecisiete años lo había eliminado, borré muchos recuerdos por mi amnesia, fue como que mi cabeza creó esa estrategia de olvido como un lugar de seguridad y yo lo recibí.

Por esos años tuve mi experiencia de aborto. Los recuerdos que tengo de esto son muy fuertes pues fue producto de una violación correctiva en medio del conflicto armado. Yo hacía parte de una brigada humanitaria en una zona rural y para ese momento mi expresión de género era evidentemente masculina, no tan masculina como ahora, pero muy cercana al lesbianismo. En ese entonces yo comenzaba a ser un referente político, así que no sabemos si la persona que nos abusó era un actor armado cercano al paramilitarismo o si la misma organización social fue la que encargó que nos hicieran una violación correctiva a mí y a otras dos compas con las que me encontraba. No recuerdo mucho de la violación, no sé si sí nos metieron objetos contundentes... en el momento en que pasó eso yo no había tenido relaciones sexuales fálicas. Duramos inconscientes unos días y

nos movilizaron a otro lugar para revisarnos y simplemente nos mandaron a Bogotá, me acuerdo que me dolía demasiado sentarme... cuando llegué a Bogotá empecé a sentirme diferente, empecé a sentir que algo me absorbía la vida, que no podía, realmente me sentía muy débil.

Lentamente empezó a llegarme la idea de estar en embarazo, al poco tiempo una de las compañeras con las que estuve me llamó y me dijo "estoy en embarazo, no puedo con esta mierda, me duele mucho, me voy a ir del país" y ahí dije como "ok, si ella está en embarazo, puede que yo también".

Según comprendía, no era muy probable que se produjera un embarazo en la primera vez o pues no era tan fácil, además mi menstruación era muy irregular entonces no fue un lugar de alerta. Me hice una prueba de orina, salió positiva y de una empezaron los síntomas a agravarse, hay que tener en cuenta que desde los ocho años soy vegetariana, y claro, no era muy cuidadosa con mi alimentación así que sufría de cuadros de anemia que durante el embarazo aumentaron un resto.

A pesar de todo, hubo algo muy lindo y es que desde que vi la prueba supe qué quería hacer. Sabía que existía la opción de abortar con fármacos y en ese momento, según ahora comprendo, acceder a un aborto era legal. Yo estaba en la universidad, no tenía trabajo y no tenía EPS así que acudí al espacio político del que hacía parte y les pedí que me ayudaran a gestionar el dinero para hacerlo con medicamentos, pero claro, siendo hombres cis me dijeron que no se podía y se hicieron cargo de todo con un "te acompañamos".

Yo era joven y no sabía en qué consistía "acompañar" a alguien en esa situación, simplemente la organización me llevó a Cali y su "compañía" o "apoyo" no fue otra cosa que hacer que el aborto ocurriera de cualquier forma sin importar nada. Para mí el acompañamiento requiere una sensibilidad, unos lugares de solidaridad, de escucha, de guía desde la información. Y cuando atravesé esta situación yo no sabía qué pasaba, no sabía cómo funcionaba, entonces todo el tiempo tuve muchísimo miedo por mí.

Yo no escogí el lugar al que me llevaron, fue un lugar clandestino. Cuando llevaba como dos días de haber llegado a Cali me llevaron en una moto al lugar, el hecho de sentarme en la moto, fue súper doloroso, a mí todavía me dolía todo. Llegamos a una calle muy densa, muy oscura y fuimos a una panadería donde pedí una aromática que vomité. Al poco tiempo llegó uno de los compañeros del espacio que me acompañó en

el viaje a llevarme al lugar. Me sentía como escoltade, pues en la recepción del lugar cuando una mujer quiso preguntar por cómo me sentía, uno de los manes que estaba conmigo la interceptó, nunca me permitieron el diálogo con nadie, realmente estuve sola.

Desde los exámenes que te hacen de ingreso, como el examen con espéculo, recibí comentarios como "eso le pasa", "bien hecho", "eso es por machorra"... todos estos lugares de "está bien" de "se lo merece" estuvieron presentes durante todo el procedimiento. Me llevaron a un lugar que no parecía un centro médico, o al menos no uno legal, y me practicaron un legrado sin anestesia. Recuerdo que en un punto sentí que me arrancaban el estómago y yo somatizo mucho la tristeza en el estómago, entonces empecé a llorar y lo que recuerdo antes de desmayarme es escuchar a alguien decir "ahora sí llora". Creo que nunca había visto tanta sangre en mis piernas. Cuando me desperté tras el desmayo me dijeron que me levantara, me botaron unas toallas de papel, me sequé y me puse el pantalón, me recogieron y me llevaron en un taxi a un hotel, tres días después, aunque seguía sangrando, me dieron unos medicamentos y me mandaron a Bogotá. Si bien ellos lo llamaron acompañamiento, no fue acompañamiento, si yo no abortaba y llegaba a poner una denuncia los hubiera puesto en problemas, y claro, yo quería abortar, pero temo que si yo no hubiese querido me hubieran obligado.

Al llegar a Bogotá y tener un malestar persistente nuevamente contacté al espacio político del que hacía parte, pero esta vez busqué a las mujeres. Ellas insistían en que me acercara a la comisión de víctimas del conflicto armado, pero yo era muy chiqui y tenía mucho miedo. Después de comentarle a una de ellas los síntomas que todavía tenía me recomendó realizarme una ecografía, la cual comprobó que el primer procedimiento había sido fallido pues tenía un embrión gemelar que no había salido por completo.

Por una parte, tuve suerte en este segundo procedimiento pues pude acceder a fármacos, pero desafortunadamente fue en dosis mal suministradas que hicieron que el proceso de aborto durara casi 2 meses en total, contando el procedimiento anterior. Esto me lo acompañé yo sola, aunque para el segundo procedimiento una compañera estuvo hablándome por el teléfono, y fue ahí cuando sentí el lugar político del

acompañamiento pues duré muchos días sola y además ni siquiera podía acceder a mis mejores amigos porque me daba mucha pena, sentía que había sido mi culpa. Fue hasta hace muy poco que logré perdonarme, pues en ese momento sentía que la violación de mis compañeras había sido mi culpa, porque a mí sí se me notaba lo machorra y a ellas no, porque durante la violación y durante el aborto me repetían con insistencia, tanto los doctores como los violadores, que si ahora no era pues muy machito.

Me retiré como un año y medio o dos años de la universidad, abandoné los lugares de no-exclusividad porque, pues claro, no podía tener relaciones sexuales, me dolía, y además no tenía el valor para decirle a la gente lo que me pasaba. Las personas que estuvieron cerca de mí se fueron. Luego empecé a tener como un vínculo monógamo, esta persona entendió todo, fue relinda. Me tuve que ir del país y ese tiempo fuera me sirvió para respirar mucho. Cuando volví con el tránsito ya había curado algunas cosas, pero vuelven estos lugares de dolor redensos y ahí es cuando empiezo como un proceso para reconciliarme con mi menstruación y con otras cercanías espirituales que incluso me permiten curar, claro, mi vulva y el conducto vaginal todavía está lastimado, pero ya no duele tanto.

Algo que me ha posibilitado curar es la red de apoyo pues la institución, como la EPS, está presente pero no de manera integral. Fue cuando me acerqué a espacios de organizaciones sociales y durante el tránsito con todo este acompañamiento médico que tienen las personas trans cogí los ovarios para hacerme una ecografía de seguimiento, que no me la había hecho desde la violación. Ver mi útero sano, decir como "uff, estoy bien, aquí estoy" creo que me posibilitó cerrar. Aunque siento que me castiga un montón a veces, si no hubiese sido trans, si mi expresión hubiese sido femenina... obvio no hubiera pasado... y si no hubiese sido así, si hubiese podido acceder a otro tipo de información también... pero siento que sí tenemos lugares históricos de responsabilidad política con el acompañamiento desde el amor, no es solo decir "ven y te digo cómo abortar" sino "quiero que estés tranquila cuando abortes y quiero que cuando lo recuerdes no duela, así haya dolido". Creo que lo único que quiero ahora es que la gente no se sienta sola. Con el tiempo he podido concluir que está bien tener miedo, pero que uno también puede hacerle frente.



Historia de vida 2

"Soy un hombre que sangra, que gesta, que puede parir y que puede decidir sobre su cuerpo"

Nací el 4 de marzo de 1993 en Bucaramanga, para quienes no saben, es una ciudad demasiado tradicional, católica, ortodoxa... Estudié en el mismo colegio toda la vida, un colegio privado de descendencia pública que buscaba ser la respuesta a la falta de educación laica de Bucaramanga, allí experimenté unas situaciones de violencia un poco extrañas que fueron semilla para las dudas alrededor de mi identidad de género.

Pienso que nosotros en general tenemos en nuestra infancia muchas manifestaciones de nuestra experiencia trans, pero no contamos con las herramientas para poder comprender y transmitir nuestros sentires tan chiquitos, nos toma tiempo entendernos, aceptarnos y amarnos. Tengo varios recuerdos que sirven como ejemplo; uno de ellos es cuando solía ponerme los bóxers y la ropa de mis hermanos, lo que solía terminar en peleas y mucha violencia. Pero fue en mi adolescencia tardía cuando las preguntas sobre mi identidad de género se hicieron más fuertes y ya fue imposible seguir ignorando el malestar que me provocaba no resolverlas.

La primera vez que supe sobre la existencia trans fue porque Andrea, mi novia de ese entonces, estaba estudiando Psicología y un día me rompí mientras estábamos juntos. Llorando, así como un demente, le hablé de todas mis sensaciones y ella me escuchó muy atentamente todo el tiempo. Cuando me calmé

un poco me mostró cómo hemos sido tipificadas las personas trans en los manuales de diagnóstico de enfermedades mentales como el CIE-10 y el DSM5, creo que así se llamaba en ese entonces, fue duro comprenderlo, sobre todo desde la mirada de la "enfermedad", pero creo que comprendí los esfuerzos por abarcar otras experiencias vitales desde las ciencias y estudiar su existencia. Desde ahí todo empezó a transformarse, poco a poco empecé a reconocirme a mí mismo, estaba en una situación muy extraña en la que era como si me pudiera codificar y decodificar.

Al rato me di cuenta de que iba a ser muy difícil transitar socialmente como un hombre teniendo pelo largo, mi mamá jamás me iba a tomar en serio por todo lo que significa el peso social que tiene el pelo sobre las mujeres y también sobre la masculinidad, así que me rapé. Luego de eso mi mamá me dejó de hablar por dos años más o menos, recuerdo lo que me dijo cuando yo le dije que era un hombre: "Es que eso no es natural". En ese momento y con la ayuda del libro El arcoíris de la evolución, de Joan E. Roughgarden, decidí trazar mi propio camino en mi tránsito, encontrar desde otra visión por qué somos tan perfectamente naturales.

Cuando me gradué del colegio comencé a estudiar Cine y, más adelante, Diseño Gráfico en la noche, y ahí encontré refugio, utilicé mi carrera y mis realizaciones semestrales para explorarme y explorar mi

identidad a través de otros. En ese momento tuve mi primer acercamiento a la interrupción voluntaria del embarazo, fui víctima de violencia sexual por un compañero de la universidad. Justamente cuando había tomado la decisión de empezar a transitar, acababa de salir del "clóset trans" mientras hacía un pitch para una clase de cine.

Tenía un conflicto con mi cuerpo, con mi vulva, con mi útero, con la idea de la "reasignación", en fin, estaba como muchos hombres trans que en algún punto de su vida tienen un enorme conflicto con su cuerpo o tal vez era un tema de amor propio. Justo por esa época quedé embarazado, producto de una violación. Todo fue muy fuerte. Fue una mierda. Me fragmenté. Se me acabó todo... mi vida, mi carrera... todo por un compañero de la universidad... Entonces para mí el cine se acabó, todos los artistas se convirtieron en una porquería.

Aunque yo siempre había estado vinculado al tema de los derechos de la salud sexual y reproductiva, en ningún momento de mi vida me imaginé que iba a ser víctima de violencia sexual, mucho menos que iba a terminar embarazado. Esto puede sonar horrible y todo, pero con o sin EPS, con o sin Profamilia, me hubiera realizado un aborto. Porque literalmente era algo con lo que no podía vivir.

Afortunadamente Andrea, que para ese momento ya era mi expareja, me acompañó a hacer la denuncia en fiscalía y mi madre activó la ruta por la EPS. Me direccionaron a Profamilia donde logré acceder al servicio de interrupción voluntaria del embarazo y sucedió en unas excelentes condiciones, tuve suerte de tener un buen acompañamiento. De alguna manera yo conté con un gran privilegio y eso no les pasa a todas las personas víctimas de una violación. ¿Qué no funcionó? La justicia.

Pasó todo un año y legalmente no había pasado nada. En Bucaramanga estaba solo, no conocía ni un solo hombre trans, conocía un par de mujeres trans, el movimiento TLGB allá en Bucaramanga se empezaba a conocer y a formarse, a crecer. Pero nos tocó una época muy dura, nos tocó la época de la "ideología de género" porque, aunque el desarrollo ideológico vino de Alejandro Ordóñez, quienes lo colocaron en la agenda pública de nuevo fueron los del Concejo de Bucaramanga, allá en el 2015.

Para el 2016 me volé de Bucaramanga siendo un cagón. Estaba huyendo del rechazo social, la violencia en tiempos de la "ideología de género" y la falta de

justicia. Llegué a Bogotá, solo. No tenía idea de nada. Llegué a realizar mis prácticas de cine con una organización de mujeres y poco a poco fui conociendo varios espacios trans. Con el tiempo comencé a trabajar como realizador audiovisual independiente y me quedé, realicé varios trabajos para una organización de base donde conocí a mis pares con quienes construí familia y eventualmente fui contratado por el distrito. Los espacios que conocí en Bogotá y haber contado con el acompañamiento de Andrea en un comienzo me permitieron transitar de una manera muy linda. Por suerte, para mi segundo embarazo, el cual decidí llevar a cabo, ya contaba con una red de apoyo maravillosa para afrontar la idea social de un hombre en embarazo, la cual básicamente no existe, pues la sociedad me veía como un hombre gordo, de cachetes rosados. Cosas tan básicas como pedir una silla en el transporte público o buscar ropa se convirtieron en las nuevas barreras.

A diferencia del primero, ese embarazo se dio desde el amor y, justo por ese amor, enfrentarlo fue un ejercicio tan transgresor. Tuve que preguntarme: "¿De verdad tú vas a atravesar esto?, ¿lo vas a atravesar?, ¿vas a atravesarlo?, ¿estás seguro de que te vas a poner así en esa condición, en una sociedad como esta o vas a abortar? Lo decidí y lo decidimos como familia también, y eso fue una reconexión muy intensa con mi cuerpo.

Ese embarazo lo superó todo. Superó cuerpos atravesados por años de terapia de reemplazo hormonal, no sólo en mí sino en mi pareja también, superó esas condiciones que uno podía llegar a decir que eran casi imposibles de superar. Además de los imposibles sociales, porque nos habían dicho que las personas trans no sólo no se reproducen, sino que ni siquiera deberían existir pues no somos posibles. Y si nuestra existencia no es posible, pues mucho menos va a ser posible la existencia de nuestra descendencia o la posibilidad de tener un linaje.

Recuerdo que cuando fuimos a registrar a Lili tuvimos problemas y nos dijeron que le podíamos registrar solo si yo quedaba como la "mamá", que eso pasaba un montón y que muchas personas lo hacían. Eso quiere decir que hay un montón de hombres trans que han gestado a voluntad, pero por la norma y este binarismo no han podido registrar a sus hijos con su identidad, he conocido a un montón.

Estas experiencias me hicieron confirmar cómo, desde el ejercicio del lenguaje, es fundamental que seamos nombrados. Que también las personas trans y las

personas no binarias deben ser nombradas ahí en los registros, porque no sólo las mujeres se embarazan, hay hombres que se embarazan y personas no binarias que se embarazan.

En definitiva, por muchísimas cosas ese embarazo fue maravilloso, ahora pienso en Lili, en mi hijo, y veo una persona que crece libre de estereotipos de género. Si bien definitivamente el lugar social de hombre embarazado es muy difícil, honestamente, es también un lugar muy poderoso espiritualmente. Poder reconocer tu cuerpo como nave, como un espacio que puede crear vida, fue lo que me permitió de alguna forma sanar. Finalmente, creo que el derecho al aborto representa justamente el reconocimiento sobre unos cuerpos que tienen la posibilidad de gestar y quieren o no hacerlo, acceder a esa realidad de una manera digna es una situación que cuesta vidas. Por mi experiencia, he conocido muchos hombres trans en embarazo a causa del trabajo sexual, y para ellos, desde su lugar, es mucho más complejo poder acceder a una interrupción voluntaria del embarazo porque les hace falta apropiación en derecho y probablemente no tienen ni idea de que se pueden acercar a una institución para hacerlo. No poder acceder nos cuesta la vida o la identidad.

Esto me lleva nuevamente a cuestionarme lo distinto que es vivir en este mundo para una persona trans... así mismo morir siendo una persona trans es tan distinto a morir siendo una persona cis. Realidades como pasar toda la vida luchando para que te llamen Laura, que te mate un hijueputa saliendo de un bar, te dé dos puñaladas, te entierren y te pongan José Ignacio en la lápida.

Pienso que esa es una de las cosas que hay que cambiar, que hay que hacer posibles dentro del sistema. Poder decidir sobre mi cuerpo ha significado todo. Cuando cumplí 21 años y fui abusado sexualmente, si bien en ese momento no me llamaba a mí mismo Fernando, era la misma persona y poder acceder al aborto significó todo: mi vida, una segunda oportunidad, un cambio en mi vida. Eso aportó un montón a la persona que soy, soy un hombre que sangra, que gesta, que puede parir y que puede decidir sobre su cuerpo; decidir a tal punto que ahora soy un hombre que también ha parido, soy felizmente papá lactante en este momento. Tener la oportunidad de tomar estas decisiones ha sido muy tranquilo y maravilloso porque es justamente el poder decidir sobre mi cuerpo, es emancipación, reconocimiento de lo que soy y de lo que le puedo exigir a otros sobre mí.





Fotografía: Victoria Holguín.



Fotografía: Victoria Holguín.



Capítulo

Conclusiones

Esta investigación permitió identificar y visibilizar experiencias, necesidades y expectativas de personas trans y no binarias frente al servicio de aborto en Colombia a partir de una muestra no representativa de 141 personas que participaron voluntariamente.

La imposición binaria cis-sexista tiene profundas consecuencias sobre la vida de las personas que deciden transgredir estas normas, genera prácticas de abandono y ruptura de afecto y cuidado, en entornos familiares y escolares; genera aislamiento social en personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, exponiéndolas a diferentes formas de violencia, incluida la violencia sexual. Lo anterior se traduce en diferentes barreras en el acceso a los servicios de salud, y en especial los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Entre las personas trans y no binarias, la exclusión también se experimenta en la falta de información sobre su identidad, sus sentires y los efectos de algunas de las transformaciones corporales que realizan como parte de sus tránsitos. La desconfianza de esta población frente al personal prestador de servicios de salud es resultado de una larga historia de discriminación, y poco interés respecto a las experiencias de vida trans, lo cual expone a esta población a prácticas y procedimientos que afectan su salud y bienestar (físico y emocional). A su vez, la falta de conocimiento del personal médico genera barreras para el acceso a los servicios de salud por parte de los hombres trans y las personas no binarias, incluido el servicio de aborto.

Este estudio exploratorio permite acercarse desde diferentes enfoques al derecho al aborto en personas trans y no binarias con capacidad de gestar. Mientras que los resultados de la encuesta permiten caracterizar a algunas personas trans y no binarias y analizar aspectos relacionados con el aborto como lo son el uso de métodos anticonceptivos, el conocimiento del derecho y las causales en las que este se encuentra despenalizado en Colombia y las posturas de las personas sobre el mismo, las historias de vida permiten contextualizar las experiencias de aborto en personas trans y no binarias, y entender algunos de los significados que les dan a estas situaciones.

De estos análisis se desprenden conclusiones relacionadas con la importancia de obtener información específica sobre esta población, la relación entre el aborto y la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, la importancia de reconocer las diferentes posibilidades reproductivas de las personas con capacidad de gestar, el desconocimiento que existe sobre el aborto entre esta población y, finalmente, la necesidad de adaptar los servicios de aborto a las identidades de las personas trans. A continuación, se presentan conclusiones para cada uno de estos temas.

Todas las personas cuentan:

Este estudio constituye la primera encuesta realizada en el país en personas transmasculinas y no binarias, la información recolectada permite evidenciar las necesidades de una población que históricamente ha sido ocultada por los sistemas de información que reproducen el cisgenderismo y la heterose-

xualidad obligatoria. Las desigualdades que enfrenta esta población deben visibilizarse mediante la inclusión de variables específicas de identidad de género que permitan dimensionar mejor la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas trans y no binarias.

Existen necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población trans y no binaria:

Los resultados de la encuesta presentan un desconocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos por parte de las personas participantes, así como una falta de claridad respecto a los efectos secundarios de las terapias hormonales sobre la fertilidad. Estas situaciones exponen a las personas trans y no binarias a embarazos no deseados que pueden traducirse en abortos y que a su vez pueden tener un impacto negativo sobre la mortalidad materna.

Las personas trans y no binarias tienen diferentes posibilidades reproductivas:

Las personas trans y no binarias han realizado diferentes intervenciones en sus cuerpos que no necesariamente afectan su capacidad de gestar. Este informe muestra que muchas de las personas participantes están expuestas al embarazo, y también de acuerdo con la legislación colombiana podrían requerir un aborto. Las posibilidades reproductivas de las personas trans y no binarias deben ser tenidas en cuenta para garantizar sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, incluyendo su decisión o no de continuar con un embarazo.

Desconocimiento del aborto entre las personas trans y no binarias:

Tanto la encuesta como las historias de vida llaman la atención sobre el desconocimiento que existe entre las personas trans y no binarias respecto al derecho al aborto en Colombia, las causales en las que se encuentra despenalizado, las rutas de acceso y los lugares en los que se prestan servicios de aborto seguro, condiciones que exponen a las personas a procedimientos de aborto inseguro. Adicionalmente, la desconfianza que existe entre esta población y los servicios de salud profundiza este desconocimiento a la vez que genera dificultades en el acceso a la información.

Los servicios de aborto seguro deben incluir las necesidades de las personas trans y no binarias:

La falta de conocimiento por parte de personal médico genera barreras de acceso a los servicios de salud de los hombres trans y personas no binarias, especialmente en el servicio de aborto, puesto que tienen una carencia en la oferta de servicios especializados. En este sentido, los servicios de salud deben adaptarse para incluir una atención integral que sea respetuosa de las identidades de género de las personas, garantiza la calidad y permita un acompañamiento sensible que tenga en cuenta las circunstancias de las personas trans y no binarias en el acceso al aborto.

El carácter novedoso de esta investigación permite mostrar la



Fotografía: Victoria Holguín.

urgente necesidad de que el debate público, las organizaciones que trabajan en la defensa del derecho al aborto y las instituciones prestadoras de servicios de salud tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas trans y no binarias frente al aborto seguro. Este estudio permite identificar algunas dimensiones del fenómeno y abre la puerta a preguntarse de manera más detallada por las percepciones del personal prestador de servicios de salud, la manera en que este tema ha sido incluido en las rutas de atención, así como las particularidades de la prestación del servicio, temas sobre los cuales es necesario seguir trabajando.

Finalmente, abordar las experiencias de las personas trans frente al aborto implica reconocer este contexto y hacer una lectura interseccional de sus experiencias, reconociendo que al ser una persona trans se expone a otras situaciones de violencia que profundizan las que ya sufren las mujeres cuando hablamos del derecho al aborto seguro. Los procesos de construcción identitaria de las personas entrevistadas ocupan un lugar importante en la construcción de las herramientas para el acompañamiento y el acceso al aborto proponiendo una mirada que contemple estas experiencias desde un antes, un durante y un después.

Recomendaciones

A partir de la evidencia generada sobre experiencias, necesidades y expectativas de personas trans y no binarias frente al servicio de aborto es posible definir algunas recomendaciones. Las siguientes se presentan según dimensiones del sistema de salud y para cada uno de los niveles responsables de implementarlas.

Las dimensiones del sistema de salud son gobernanza de la salud, prestación de servicios de salud, acceso a tecnologías en salud, sistemas de información en salud, financiamiento en salud y talento humano en salud. Lo anterior con el fin de contribuir con evidencia que oriente sobre las carencias del sistema de salud que deben subsanarse para lograr servicios de salud sexual, en particular servicios de aborto dignos, respetuosos y libres de discriminación. Por otro lado, para cada una de estas dimensiones se presentan orientaciones para el gobierno nacional; las entidades territoriales de salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); las instituciones prestadoras del servicio de salud y para hombres trans, personas transmasculinas y personas no binarias, así como organizaciones de base comunitaria.

Tabla 12. Recomendaciones para mejorar la salud sexual y reproductiva en acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias según componentes y actores del sistema de salud. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Nivel/ actores sistema de salud	Gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social, y otros sectores de gobierno)	Entidades Territoriales de Salud (ETS) y entidades locales de salud	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas	Sociedad civil y organizaciones sociales
Gobernanza en salud	<ul style="list-style-type: none"> •Incentivar y apoyar determinadamente la participación de personas trans y no binarias en la investigación sobre su SSR. •Definir mecanismos de participación ciudadana en la toma de decisiones y diseño, implementación y evaluación de políticas sociales. •Generar investigación sobre realidades de las personas trans en los servicios y el acceso a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Asegurar y poner en práctica los mecanismos para el cumplimiento de la participación de personas trans y no binarias a dos niveles: •En la investigación sobre su SSR (acceso anticoncepción, aborto, educación sexual, etc). •Toma de decisiones y diseño, implementación y evaluación de políticas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> •Hacer uso, informar y apoyar la incidencia en los mecanismos de participación ciudadana (que la población afiliada trans y no binaria los conozca, entienda cómo y dónde acceder a estos, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> •Hacer uso, informar y apoyar la incidencia en los mecanismos de participación ciudadana (que la población afiliada trans y no binaria los conozca, entienda cómo y dónde acceder a estos, etc), en particular en el primer nivel de atención en los municipios que operan. 	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer alianzas en SSSR entre organizaciones sociales, líderes y lideresas. •Promover la creación de mecanismos de vigilancia ciudadana en la agenda en SSSR (principalmente acceso al aborto). •Desarrollar competencias de forma colectiva y fortalecer liderazgos de personas trans y no binarias para hacer parte de discusiones públicas, académicos y espacios de incidencia.
Sistemas de información en salud	<ul style="list-style-type: none"> •Mejorar la calidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (recabar la variable identidad de género). •Desagregar datos de atenciones en SSSR por identidad de género y salud reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> •Diligenciar la variable de identidad de género en los sistemas de información en salud (Atenciones, asesoría, acompañamiento). •Incluir en instrumentos de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes) el nombre expresado por la persona (nombre identitario). •Implementar mecanismos de seguimiento de casos de servicio SSSR, observando principios de eficiencia y confidencialidad que permitan mejorar constantemente los servicios. 		<ul style="list-style-type: none"> •Recolectar la información de las atenciones en salud con la identidad de género de las personas. 	

Tabla 12. Recomendaciones para mejorar la salud sexual y reproductiva en acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias según componentes y actores del sistema de salud.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Nivel/ actores sistema de salud	Gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social, y otros sectores de gobierno)	Entidades Territoriales de Salud (ETS) y entidades locales de salud	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas	Sociedad civil y organizaciones sociales
Acceso a tecnologías en salud	<ul style="list-style-type: none"> •Diseñar y publicar las Guías de práctica clínica en SSSR para personas trans y no binarias con especial énfasis en procesos de tránsito, acceso a las tecnologías en salud disponibles para apoyar los procesos seguros y de forma costo-efectiva (medicamentos, tratamientos y otras alternativas). 	<ul style="list-style-type: none"> •Asegurar y prevenir desabastecimiento de medicamentos para el aborto farmacológico (asegurar suficientes dosis de la combinación terapéutica Misoprostol + Mifepristona) en cada EAPB. •Eliminar barreras y excesiva burocracia para acceder a los medicamentos de aborto farmacológico donde y cuando se necesiten. 		<ul style="list-style-type: none"> •Entregar información de calidad sobre las múltiples opciones de métodos anticonceptivos según procesos de modificación corporal (hormonas y/o cirugías), para facilitar una elección según cada proceso de tránsito. •Entregar información de calidad y basada en evidencia sobre eventos adversos, contraindicaciones, ventajas y desventajas de cada método disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> •Acceder a los medicamentos de forma racional y bajo las orientaciones médicas necesarias. •Evitar la automedicación y utilizar los SSR para hacer todas las preguntas y resolver dudas sobre efectos adversos, contraindicaciones, duración, así como ventajas y desventajas de cada método o medicamentos sin temor al rechazo o discriminación.
Financiamiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> •Aumentar los mecanismos de protección financiera para asegurar el acceso en cualquier circunstancia (personas afectadas por el conflicto armado, desplazamiento forzado o migrante irregular venezolano). •Destinar recursos adicionales para SSSR y desarrollo de capacidades de profesionales que atienden necesidades de personas trans y no binarias en el sector de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Utilizar de forma eficiente la financiación destinada por el gobierno para la SSR de las personas trans y no binarias. •Diseñar los mecanismos necesarios, eficientes y transparentes para las transferencias Gobierno-territorio y asegurar el uso de estos recursos para la población trans y no binaria del departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> •Garantizar los mecanismos de protección financiera de las personas trans y no binarias en la práctica. •Destinar la UPC anual del gobierno para la atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Optimizar recursos para actividades dirigidas a la garantía del acceso al aborto y la vida digna de las personas trans y no binarias. •Incentivar estrategias que permitan mejorar la cobertura y el aseguramiento de la población trans y no binaria que por diferentes razones no está asegurada (subsídios a la demanda). 	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar veedurías al flujo y gestión de los recursos del gobierno destinados para la atención en SSSR de las personas trans y no binarias en el nivel primario de atención.

Tabla 12. Recomendaciones para mejorar la salud sexual y reproductiva en acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias según componentes y actores del sistema de salud.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Nivel/ actores sistema de salud	Gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social, y otros sectores de gobierno)	Entidades Territoriales de Salud (ETS) y entidades locales de salud	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas	Sociedad civil y organizaciones sociales
Prestación de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> •Satisfacer las demandas de atención en SSSR y acceso al aborto en personas trans y no binarias, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. •Evaluar necesidades insatisfechas en SSSR para informar cómo y dónde mejorar el acceso para personas trans y no binarias, y su derecho a la salud. •Promover campañas para reducir la discriminación, el estigma y todos los tipos de violencia. •Establecer rutas y modelos amigables con las personas trans y no binarias a nivel privado y público. •Monitorear la adaptación de los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades de las personas trans no binarias. •Implementar y asegurar el acceso seguro a baños de las instalaciones a las personas trans conforme a su identidad de género. 	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar el número de personas trans y no binarias del departamento (municipio, grupos de edad, EAPB e IPS a cargo). •Implementar y hacer vigilancia a los programas de Educación Integral en sexualidad. •Implementar referentes de personas con experiencia de vida trans y no binarias en las publicidades y pautas de servicios de salud. •Diseñar y organizar servicios sanitarios y otros espacios (baños, salas de espera, salas de triage y consultorios, entre otros) de tal manera que las personas trans y no binarias los puedan usar de acuerdo a su identidad de género. •Proporcionar información sobre redes de servicios y prestadores de SSSR con atención en aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> •Promover el trato digno, respetuoso y centrado en las personas, sus necesidades e identidades, respetando la situación y circunstancias. •Respetar el derecho a la confidencialidad e intimidad en el momento de acceder al servicio. •Tratar a las personas con respeto usando siempre el nombre de su preferencia y los pronombres correspondientes a su identidad de género, para ello se recomienda preguntar a la persona ¿Cómo desea ser llamada? •No presuponer las orientaciones sexuales, ni las prácticas sexuales de las personas trans y no binarias. •Eliminar las barreras administrativas o actitudinales. •Establecer con cada persona una comunicación clara, empática y activa. •Brindar la información que las personas requieran para garantizar que puedan llevar a cabo su proceso de toma de decisiones frente al acceso al aborto con información clara, oportuna y veraz. •Implementar rutas de atención para la atención de personas trans e identificar los servicios que requieren las personas trans. •Consensuar el examen físico con la persona respetando sus conceptos de corporalidad. •Entregar la oferta de múltiples opciones: acompañamiento psicológico, asesoría métodos anticoncepción, educación sexual integral, etc. Esto debe ser un paquete integral y no servicios aislados que presta cada persona. 	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar el número de personas trans y no binarias cubiertas por la IPS a nivel local. •Promover el trato digno, respetuoso y centrado en las personas, sus necesidades e identidades, respetando la situación y circunstancias. •Respetar el derecho a la confidencialidad e intimidad en el momento de acceder al servicio. •Tratar a las personas con respeto usando siempre el nombre de su preferencia y los pronombres correspondientes a su identidad de género, para ello se recomienda preguntar a la persona ¿Cómo desea ser llamada? •No presuponer las orientaciones sexuales, ni las prácticas sexuales de las personas trans y no binarias. •Eliminar las barreras administrativas o actitudinales. •Establecer con cada persona una comunicación clara, empática y activa. •Brindar la información que las personas requieran para garantizar que puedan llevar a cabo su proceso de toma de decisiones frente al acceso al aborto con información clara, oportuna y veraz. •Implementar rutas de atención para la atención de personas trans e identificar los servicios que requieren las personas trans. •Consensuar el examen físico con la persona respetando sus conceptos de corporalidad. •Entregar la oferta de múltiples opciones: acompañamiento psicológico, asesoría métodos anticoncepción, educación sexual integral, etc. Esto debe ser un paquete integral y no servicios aislados que presta cada persona. 	<ul style="list-style-type: none"> •Configurar redes de apoyo y afecto a las cuales acudir a la hora de necesitar un aborto y así poder acceder o no a información segura y confiable que les permitiese tomar decisiones y acceder a procedimientos seguros y respetuosos con sus identidades de género. •Generar alianzas estratégicas entre las organizaciones sociales de personas trans y no binarias con diversos actores, entre ellos las entidades prestadoras de salud, con el fin de aportar a la mejora continua de la prestación de los servicios de aborto y de salud en general para personas trans y no binarias. •Posibilitar espacios de diálogo entre personas trans y no binarias en los que se puedan abordar temas relacionados con la SSSR. •Brindar apoyo y acompañamiento entre pares a personas trans y no binarias que sean víctimas de violencia, estigma, discriminación o cualquier otro tipo de situación que pueda afectar su salud física y mental en relación a la situación de embarazo y acceso al aborto. •Exigir o no ajustes acordes a sus necesidades como personas trans como lo son: el respeto del nombre identitario y los pronombres preferidos de las personas, la información clara de los procedimientos a realizar y ajustes en implementos utilizados de modo que sean cuidadosos con sus cuerpos. •Decidir sobre el uso del acompañamiento psicoemocional posterior al procedimiento respetuoso con sus identidades si así lo desea la persona.

Tabla 12. Recomendaciones para mejorar la salud sexual y reproductiva en acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias según componentes y actores del sistema de salud.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Nivel/ actores sistema de salud	Gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social, y otros sectores de gobierno)	Entidades Territoriales de Salud (ETS) y entidades locales de salud	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas	Sociedad civil y organizaciones sociales
Talento humano en salud	<ul style="list-style-type: none"> •Formación universitaria del personal sanitario. •Sensibilizar y capacitar funcionarios Ministerio de Salud y Protección Social responsable del diseño, implementación y evaluación de políticas y programas sociales y servicios de salud con la población trans y no binaria. •Asegurar que el equipo multidisciplinario del Ministerio está estructurado por personas sensibilizadas y un alto conocimiento en SSR de personas trans y no binarias. •Generar espacios y procesos específicos de retroalimentación, eliminación del estigma y cero discriminación (por ejemplo según perfiles y áreas de intervención). 	<ul style="list-style-type: none"> •Apoyar la formación universitaria del personal sanitario con conocimiento en SSR de las personas trans y no binarias. Coordinar esta necesidad con las facultades y universidades. •Asegurar que el equipo multidisciplinario del Departamento y/o municipio está estructurado por personas sensibilizadas y un alto conocimiento en SSR de personas trans y no binarias. •Generar espacios y procesos específicos de retroalimentación y eliminación del estigma con personal médico, administrativo, atención al cliente por diferentes canales, así como el equipo de seguridad). 	<ul style="list-style-type: none"> •Promover el uso adecuado del nombre identitario, y el trato digno y respetuoso durante cualquier interacción. •Asegurar que el equipo multidisciplinario del Departamento y/o municipio está estructurado por personas sensibilizadas, formación y un conocimiento adecuado sobre las necesidades y circunstancias de la SSR de personas trans y no binarias. •Generar espacios y procesos específicos de retroalimentación y eliminación del estigma con el personal médico, administrativo, atención al cliente por diferentes canales, así como el equipo de seguridad. •Implementar capacitaciones al área de talento humano en atención a personas trans en servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Promover el trato digno y respetuoso de las personas trans y no binarias. Esto empieza por el uso del nombre identitario, sin importar que este sea o no diferente de la documentación civil o legal de la persona. •Asegurar que el equipo multidisciplinario de la IPS está entrenado y sensibilizado para prestar SSR a personas trans y no binarias. •Generar espacios y procesos específicos de retroalimentación y eliminación del estigma con personal médico, administrativo, atención al cliente por diferentes canales, así como el equipo de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> •Promover escenarios de formación y capacitación para personas trans y no binarias en temas de SSSR, aborto libre y seguro, y salud digna para persona trans y no binarias.



Bibliografía

- World Health Organization W. La prevención y el manejo del aborto inseguro: informe de un grupo de trabajo técnico. Ginebra; 1993.
- Salud de la Familia y la Comunidad OPS/OMS Nicaragua. Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua: impacto en salud. J Exp Psychol Gen. 2007;
- OMS. Glosario para la discusión sobre aborto. Cent Bioet [Internet]. 2014;1. Available from: <http://medicina.udd.cl/icim/files/2014/05/ABORTO-GLOSARIO.pdf>
- Astete A C, Beca I JP, Lecaros U A. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. Vol. 142, Revista médica de Chile. scielocl ; 2014. pp. 1449–51.
- World Health Organization W. Manual de práctica clínica para un aborto seguro [Internet]. Vol. 4, Manual para un aborto seguro. 2014. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
- Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ. 2014;92(3):155.
- Robles García R, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Feb 26];12(2):65–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989119300035>
- Profamilia. ¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans? 2019.
- Mitología política sobre aborto y hombres trans. | Sxpolitics – Espanhol [Internet]. [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://sxpolitics.org/es/3945-2/3945>
- Nichols O. "Discutiendo desde el interior: La marginación de los hombres trans dentro del movimiento por el aborto legal en Argentina / Arguing from within: The Marginalization of Trans Men within the Movement for Legal Abortion in Argentina." In: dep Study Proj Collect 2891. 2018;
- SurveyMonkey. SurveyMonkey: la herramienta más popular del mundo para crear encuestas en línea de forma gratuita [Internet]. [cited 2020 Aug 6]. Available from: <https://es.surveymonkey.com/>
- Moreno-Pérez Ó, Esteva De Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) *(Anexo 1). Endocrinol y Nutr [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2021 Mar 2];59(6):367–82. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guias-practica-clinica-valoracion-tratamiento-S157509221200054X>

Anexos

Anexo 1. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según nivel de ingresos por departamento de residencia. Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Departamento	\$0 - \$250.000		\$250.000 - \$500.000		\$500.000 - \$1 Millón		\$1 - \$2 Millones		\$2 - \$5 Millones		Más de \$5 Millones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antioquía	18	49	2	5,4	7	19	8	22	2	5	0	0	37	100
Bogotá	17	38	3	6,7	8	18	9	20	6	13	2	4,4	45	100
Otros departamentos	29	50	6	10	8	14	11	19	4	7	2	0	58	100
Total	64	46	11	8	23	16	28	20	12	9	2	1	140	100

Anexo 2. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según identidad de género por variable seleccionada. Elaborado por Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Hombre trans								Persona no binaria														
	Contributivo		Subsidiado		Especial		No está afiliada/o		Total		Contributivo		Subsidiado		Excepción		Especial		No está afiliada/o		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Área de residencia																							
Urbana	24	96	15	94	1	100	4	100	44	96	53	96	16	100	4	100	6	100	12	92	91	97	
Rural	1	4	1	6					2	4	2	4							1	8	3	3	
Grupo de edad																							
Menor de 25 años	11	42	13	81	1	100	4	100	29	62	34	62	8	50	3	75	4	67	6	46	55	59	
25 años y más	15	58	3	19					18	38	21	38	8	50	1	25	2	33	7	54	39	41	
Nivel educativo																							
Primaria			1	6					1	2													
Secundaria	6	23	6	38			1	25	13	28	19	35	4	25	2	50	2	33	7	54	34	36	
Técnico / tecnológico	4	15	4	25	1	100	3	75	12	26	7	13	6	38			1	17	1	8	15	16	
Universitaria	15	58	5	31					20	43	24	44	5	31	2	50	3	50	3	23	37	39	
Especialización																			2	15	2	2	
Maestría	1	4							1	2	5	9	1	6							6	6	
Grupo vulnerable al que pertenece																							
Migrante / refugiado															1	25			2	15	3	3	
Persona con discapacidad											3	5			1	25					4	4	
Víctima del conflicto armado			2	13					2	4	2	4	1	6							3	3	
Trabajadorx sexual			1	6			1	25	2	4	1	2	1	6					1	8	3	3	
Ninguno	26	100	12	75	1	100	3	75	42	89	49	89	14	88	2	50	6	100	9	69	80	85	
Otro			1	6					1	2									1	8	1	1	
Ocupación																							
Empleado	12	46	3	19					15	32	22	40	1	6			2	33	1	8	26	28	
Independiente/ propietario de negocio	3	12							3	6	3	5							3	23	6	6	
Desempleado	4	15	3	19			1	25	8	17	4	7	5	31					3	23	12	13	
Trabajador informal			3	19			1	25	4	9	2	4	2	13					2	15	6	6	
Jubilado/pensionado											1	2			1	25					2	2	
Estudiante sin trabajo	7	27	7	44	1	100	2	50	17	36	22	40	7	44	3	75	4	67	4	31	40	43	
Nivel de ingresos																							
\$0 - \$250.000	10	38	7	47	1	100	2	50	20	43	21	38	8	50	2	50	3	50	10	77	44	47	
\$250.000-\$500.000			4	27			2	50	6	13	1	2	4	25							5	5	
\$500.000-\$1 Millón	3	12	3	20					6	13	10	18	2	13	2	50	1	17	2	15	17	18	
\$1-\$2 Millones	9	35	1	7					10	22	13	24	2	13			2	33	1	8	18	19	
\$2-\$5 Millones	2	8							2	4	10	18									10	11	
Más de \$5 Millones	2	8							2	4													
Total	26	100	15	100	1	100	4	100	46	100	55	100	16	100	4	100	6	100	13	100	94	100	

Anexo 3. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según lugar al que acude por atención en salud. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Variable	Hombre trans				No binaria				Total			
	Entidad en seguridad social que estoy afiliadx		Uso remedios caseros o me automedico		Entidad en seguridad social que estoy afiliadx		Uso remedios caseros o me automedico		Entidad en seguridad social que estoy afiliadx		Uso remedios caseros o me automedico	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo de edad												
Menor de 25 años	23	61	7	70	46	62	9	45	69	62	16	53
25 años y más	15	39	3	30	28	38	11	55	43	38	14	47
Departamento de residencia												
Antioquia	9	24	3	30	19	26	6	30	28	25	9	30
Bogotá	15	39	3	30	20	27	9	45	35	31	12	40
Otros departamentos	14	37	4	40	35	47	5	25	49	44	9	30
Nivel educativo												
Primaria	1	3							1	1		
Secundaria	12	32	2	20	26	35	10	50	38	34	12	40
Técnico/tecnológico	8	21	4	40	12	16	2	10	20	18	6	20
Universitaria	17	45	4	40	29	39	6	30	46	41	10	33
Especialización					1	1	1	5	1	1	1	3
Maestría					6	8	1	5	6	5	1	3
Ocupación												
Empleado	10	26	3	30	24	32	3	15	34	30	6	20
Independiente/propietario de negocio	3	8			3	4	3	15	6	5	3	10
Desempleado	7	18	1	10	8	11	3	15	15	13	4	13
Trabajador informal	4	11	1	10	2	3	4	20	6	5	5	17
Jubilado/pensionado					2	3			2	2		
Estudiante sin trabajo	14	37	5	50	34	46	7	35	48	43	12	40
Total	38	100	10	100	74	100	20	100	112	100	30	100

Anexo 4. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según número de personas con las que viven. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Variable	Hombre trans								Hombre trans								Hombre trans							
	Sole		1-3 personas		4 y más		Total		Sole		1-3 personas		4 y más		Total		Sole		1-3 personas		4 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo de edad																								
Menor de 25 años	4	14	15	52	10	34	29	100	2	4	33	60	20	36	55	100	6	7	48	57	30	36	84	100
25 años y más	2	11	9	50	7	39	18	100	4	10	28	72	7	18	39	100	6	11	37	65	14	25	57	100
Departamento de residencia																								
Antioquia	1	9	8	73	2	18	11	100	2	8	18	69	6	23	26	100	3	8	26	70	8	22	37	100
Bogotá	4	21	8	42	7	37	19	100	4	15	16	62	6	23	26	100	8	18	24	53	13	29	45	100
Otros departamentos	1	6	8	47	8	47	17	100			27	64	15	36	42	100	1	2	35	59	23	39	59	100
Ocupación																								
Empleado	3	20	7	47	5	33	15	100	3	12	19	73	4	15	26	100	6	15	26	63	9	22	41	100
Independiente/ propietario de negocio	1	33	2	67			3	100			4	67	2	33	6	100	1	11	6	67	2	22	9	100
Desempleado	1	13	4	50	3	38	8	100	1	8	7	58	4	33	12	100	2	10	11	55	7	35	20	100
Trabajador informal			2	50	2	50	4	100			4	67	2	33	6	100			6	60	4	40	10	100
Jubilado/pensionado	1	50	1	50			2	100	1	50	1	50			2	100	1	50	1	50			2	100
Estudiante sin trabajo	1	6	9	53	7	41	17	100	1	3	25	63	14	35	40	100	2	4	34	60	21	37	57	100
Total	6	13	24	51	17	36	47	100	6	6	61	65	27	29	94	100	12	9	85	60	44	31	141	100

Anexo 5. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta según departamento de residencia por personas que conforman la red de apoyo. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Personas que conforman red de apoyo	Hombre trans								Hombre trans								Hombre trans							
	Antioquia		Bogotá		Otros departamentos		Total		Antioquia		Bogotá		Otros departamentos		Total		Antioquia		Bogotá		Otros departamentos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Abuelx	2	18	2	11	1	6	5	11	8	31	2	8	4	10	14	15	10	27	4	9	5	8	19	13
Amigx(s)	8	73	9	47	4	24	21	45	16	62	16	62	23	55	55	59	24	65	25	56	27	46	76	54
Madre	5	45	8	42	2	12	15	32	12	46	12	46	23	55	47	50	17	46	20	44	25	42	62	44
Padre	4	36	6	32	1	6	11	23	6	23	7	27	12	29	25	27	10	27	13	29	13	22	36	26
Pareja	8	73	9	47	3	18	20	43	8	31	10	38	20	48	38	40	16	43	19	42	23	39	58	41
Hijx(s)	1	4					1	1	1	4				1	1		1	3					1	1
Hermanx(s)	3	27	5	26	4	24	12	26	6	23	13	50	18	43	37	39	9	24	18	40	22	37	49	35
Primx(s)	3	27	2	11	2	12	7	15	4	15	2	8	6	14	12	13	7	19	4	9	8	14	19	13
Tíx(s)	2	18	1	5	1	6	4	9	4	15	1	4	4	10	9	10	6	16	2	4	5	8	13	9
Vínculos erótico-afectivos	1	9					1	2									1	3					1	1
Guías espirituales			1	5			1	2	2	8	1	4	2	5	5	5	2	5	2	4	2	3	6	4
Mascotas	5	45	7	37	4	24	16	34	9	35	12	46	18	43	39	41	14	38	19	42	22	37	55	39
Organizaciones o movimientos sociales	5	45	3	16	3	18	11	23	4	15	4	15	4	10	12	13	9	24	7	16	7	12	23	16
Total	11	100	19	100	17	100	47	100	26	100	26	100	42	100	94	100	37	100	45	100	59	100	141	100

Anexo 6. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta por variables seleccionadas. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Variable	Grupos de edad				Departamento						Ingresos				Total	
	Menor de 25 años		25 años y más		Antioquia		Bogotá		Otros departamentos		500 mil pesos o menos		Más de 500 mil		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Capacidad de gestación																
Sí	62	74	36	63	25	68	32	71	41	69	52	69	45	69	98	70
No	22	26	21	37	12	32	13	29	18	31	23	31	20	31	43	31
Prácticas sexuales con riesgo de embarazo																
Sí	33	39	17	30	13	35	14	31	23	39	28	37	22	34	50	35
No	41	49	33	58	19	51	23	51	32	54	39	52	34	52	74	52
No aplica	10	12	6	11	5	14	7	16	4	7	8	11	8	12	16	11
Considera que las hormonas producen infertilidad																
Sí	23	27	16	28	13	35	9	20	17	29	22	29	17	26	39	28
No	28	33	21	37	11	30	20	44	18	31	21	28	28	43	49	35
No sabe	33	39	20	35	13	35	16	36	24	41	32	43	20	31	53	38
Conocimiento de los métodos																
Anillo vaginal	40	48	22	39	14	38	18	40	30	51	34	45	28	43	62	44
Condón o Preservativo	76	90	53	93	34	92	40	89	55	93	70	93	59	91	129	91
DIU hormonal	56	67	29	51	16	43	28	62	41	69	49	65	36	55	85	60
DIU de cobre	53	63	40	70	26	70	24	53	43	73	52	69	41	63	93	66
Ligadura de trompas	71	85	47	82	33	89	33	73	52	88	66	88	52	80	118	84
Vasectomía	66	79	47	82	32	86	33	73	48	81	61	81	52	80	113	80
Inyección	62	74	47	82	29	78	32	71	48	81	60	80	48	74	109	77
Implante subdérmico	51	61	40	70	23	62	27	60	41	69	48	64	43	66	91	65
Píldoras o pastillas	74	88	52	91	34	92	38	84	54	92	70	93	55	85	126	89
Parche anticonceptivo	39	46	31	54	19	51	19	42	32	54	42	56	28	43	70	50
Anticoncepción de emergencia	65	77	40	70	27	73	30	67	48	81	59	79	46	71	105	74
Espuma, Jalea, Óvulos	16	19	14	25	4	11	7	16	19	32	18	24	12	18	30	21
Ninguno	3	4					2	4	1	2	2	3	1	2	3	2
Promedio de métodos que conoce (0-13)		8		8		8		7		9		8		8		8
Uso de métodos																
Actualmente no usa	44	52	30	53	15	41	26	58	33	56	40	53	33	51	74	52
Usa alguno	40	48	27	47	22	59	19	42	26	44	35	47	32	49	67	48
Total	84	100	57	100	37	100	45	100	59	100	75	100	65	100	141	100
Método usado																
Condón o Preservativo	26	65	19	70	11	50	14	74	20	77	24	69	21	66	45	67
Dispositivo Intrauterino hormonal	1	3			1	5					1	3			1	1
Dispositivo Intrauterino de cobre	2	5	1	4			2	11	1	4	2	6	1	3	3	4
Ligadura de trompas	1	3	2	7	1	5	2	11			1	3	2	6	3	4
Vasectomía			1	4					1	4	1	3			1	1
Inyección	3	8					1	5	2	8	2	6	1	3	3	4
Implante subdérmico	3	8	1	4	3	14			1	4	1	3	3	9	4	6
Píldoras o pastillas	12	3	3	11	7	32	3	16	5	19	9	26	6	19	15	22
Total	40	100	27	100	22	100	19	100	26	100	35	100	32	100	67	100
Uso de método entre las personas con capacidad de gestar																
No usa	30	48	23	64	9	36	21	66	23	56	29	56	23	51	53	54
Usa alguno	32	52	13	36	16	64	11	34	18	44	23	44	22	49	45	46
Total	62	100	36	100	25	100	32	100	41	100	52	100	45	100	98	100
Uso de método entre las personas con prácticas con riesgo de embarazo																
No usa	8	24	6	35	2	15	5	36	7	30	10	36	5	18	14	28
Usa alguno	25	76	11	65	11	85	9	64	16	70	18	64	23	82	36	72
Total	33	100	17	100	13	100	14	100	23	100	28	100	28	100	50	100

Anexo 7. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta por variables seleccionadas.

Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.

Variable	Grupos de edad				Departamento						Ingresos		Total			
	Menor de 25 años		25 años y más		Antioquia		Bogotá		Otros departamentos		500 mil pesos o menos		Más de 500 mil			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casos en que el aborto es legal en Colombia																
En todos los casos	8	10	3	6	3	8	1	3	7	12	4	6	7	11	12	8
En algunos casos	64	76	41	72	28	76	34	75	43	73	58	77	46	71	105	74
En ningún caso	1	2	2	3			1	3	1	2	1	2	1	2	3	2
No sé/No tengo certeza	11	13	11	19	6	16	8	19	7	12	12	15	10	16	22	15
Opinión sobre los casos en que el aborto debería permitirse																
Embarazo es por una violación	82	98	53	93	36	97	43	96	56	95	75	100	60	92	135	96
El feto tiene malformaciones que hacen inviable su vida extrauterina	81	96	52	91	35	95	42	93	56	95	73	97	60	92	133	94
Para salvar la vida de la persona embarazada	81	96	53	93	36	97	43	96	55	93	74	99	60	92	134	95
Embarazo pone en riesgo la salud (física, mental o social) de la persona embarazada	81	96	53	93	36	97	43	96	55	93	73	97	61	94	134	95
Embarazo es por relaciones sexuales con un familiar	79	94	47	82	32	86	41	91	53	90	69	92	57	88	126	89
Persona en embarazo es menor de 14 años	82	98	49	86	35	95	43	96	53	90	72	96	59	91	131	93
Persona tiene demasiados hijos	79	94	45	79	31	84	41	91	52	88	68	91	56	86	124	88
Persona embarazada es soltera (cabeza de hogar)	76	90	43	75	29	78	39	87	51	86	65	87	54	83	119	84
Se está en situación de vulnerabilidad económica	80	95	45	79	32	86	40	89	53	90	69	92	56	86	125	89
Embarazo es por falla del método anticonceptivo	79	94	46	81	32	86	41	91	52	88	69	92	56	86	125	89
Por decisión libre de la persona	78	93	46	81	31	84	42	93	51	86	67	89	57	88	124	88
Conocimiento de las causas en que es legal el aborto																
Embarazo es por una violación	78	93	52	91	32	86	45	100	53	90	70	93	59	91	130	92
El feto tiene malformaciones que hacen inviable su vida extrauterina	76	90	49	86	33	89	41	91	51	86	65	87	59	91	125	89
Para salvar la vida de la persona embarazada	61	73	32	56	22	59	29	64	42	71	51	68	42	65	93	66
El embarazo pone en riesgo la salud (física, mental o social) de la persona embarazada	65	77	41	72	26	70	36	80	44	75	54	72	51	78	106	75
El embarazo es por relaciones sexuales con un familiar	22	26	10	18	4	11	10	22	18	31	20	27	12	18	32	23
Cuando la persona en embarazo es menor de 14 años	30	36	13	23	7	19	14	31	22	37	22	29	21	32	43	31
Promedio de causales (0-6)	3	4	2	3	1	3	2	4	2	4	3	4	2	4	5	4
Conocimiento de lugar para un aborto seguro																
Sí	28	33	17	30	11	30	19	42	15	25	23	31	22	34	45	32
No	56	67	40	70	26	70	26	58	44	75	52	69	43	66	96	68
Acudiría a un lugar seguro en caso de requerir un aborto																
Sí	69	82	43	75	28	76	34	76	50	85	63	84	48	74	112	79
No	15	18	14	25	9	24	11	24	9	15	12	16	17	26	29	21
Disposición a acompañar a alguien que busca hacerse un aborto																
Sí	78	93	45	79	32	86	39	87	52	88	68	91	55	85	123	87
No	2	2	7	12	2	5	2	4	5	8	1	1	7	11	9	6
No sabe	2	2	4	7	2	5	3	7	1	2	4	5	2	3	6	4
Sin información	2	2	1	2	1	3	1	2	1	2	2	3	1	2	3	2
Experiencia de haber acompañado a alguien a hacerse un aborto																
Sí	10	12	14	25	5	14	9	20	10	17	9	12	15	23	24	17
No	71	85	41	72	31	84	34	76	47	80	64	85	47	72	112	79
Sin información	3	4	2	4	1	3	2	4	2	3	2	3	3	5	5	4
Total	84	100	57	100	37	100	45	100	59	100	75	100	65	100	141	100

Anexo 8. Distribución porcentual de las personas que respondieron la encuesta por variables seleccionadas. *Elaborado por: Asociación Profamilia con base en la encuesta.*

Variable	Grupos de edad				Departamento						Ingresos				Total	
	Menor de 25 años		25 años y más		Antioquia		Bogotá		Otros departamentos		500 mil pesos o menos		Más de 500 mil		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Ha necesitado en algún momento de su vida usted acceder aun aborto	8	10	6	11	1	3	5	12	8	14	6	8	8	13	14	10
Le contó o recurrió a:																
A mi pareja	7	88	3	50			3	60	7	88	5	83	5	63	10	71
A mis amigos	4	50	2	33			3	60	3	38	5	83	1	13	6	43
A familiares	1	13	2	33					3	38	1	17	2	25	3	21
A personas de alguna organización social o fundación			2	33	1	100			1	13	1	17	1	13	2	14
Sólo a personal de la salud	2	25	1	17			1	20	2	25			3	38	3	21
A ninguna persona	1	13	1	17			1	20	1	13	1	17	1	13	2	14
Accedió al servicio de aborto																
Sí	4	50	5	83	1	100	4	80	4	50	3	50	6	75	9	64
No	4	50	1	17			1	20	4	50	3	50	2	25	5	36
Total	8	100	6	100	1	100	5	100	8	100	6	100	8	100	14	100
Principal razón para no acceder al servicio																
Por decisión personal	1	13							1	13			1	13	1	7
Por barreras administrativas	2	25					1	20	1	13	1	17	1		2	14
Por falta de dinero			1	17					1	13	1	17			1	7
Por falta de información			1	17					1	13	1	17			1	7
Porque aún no es legal el aborto	1	1							1	2	1	1			1	1
Veces que ha accedido a un aborto																
1	3	75	2	40	1	100	2	50	2	50	2	67	3	50	5	56
2			1	20					1	25	1	33			1	11
3	1	25							1	25			1	17	1	11
NR			2	40			2	50					2	33	2	22
Total	4	100	5	100	1	100	4	100	4	100	3	100	6	100	9	100
Forma en la que accedió al servicio																
A través de la EPS haciendo la solicitud			1	20					1	25			1	17	1	11
Con un prestador de servicios autorizado, de manera particular	2	50	1	20					3	75	1	33	2	33	3	33
Con un prestador de servicios no autorizado, de manera particular	1	25	1	20					2	50	1	33	1	17	2	22
En una casa, con organizaciones sociales y redes que acompañan abortos	2	50	1	20			2	50	1	25	1	33	2	33	3	33
En una casa, con métodos tradicionales	1	25	1	20	1	100	1	25			1	33	1	17	2	22
Total	4	100	5	100	1	100	4	100	4	100	3	100	6	100	9	100



Profamilia

profamilia.org.co

