

Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres transgénero

Barriers to access to health services for transgender women

Liliane Martínez Vargas¹,  Abel Armando Arredondo López², 

DOI: 10.19136/hs.a20n1.3654

Artículo de Revisión

Fecha de recepción: 7 de marzo de 2020

Fecha de aceptación: 31 de marzo de 2020

Autor de Correspondencia:

Abel Armando Arredondo López. Dirección postal: Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. universidad No. 655, Colonia Santa María Ahuacatlán. C.P. 62100
Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: armando.arredondo@insp.mx.

Resumen

Objetivo: Identificar y clasificar, a partir de una revisión de textos científicos publicados, las barreras y algunos factores asociados con el acceso a los servicios de salud en las mujeres transgénero o MT.

Material y Método: Se realizó una revisión de literatura en bases electrónicas: LILACS, PubMed y SciELO, para el periodo 2005-2019. Se determinaron palabras clave a partir de los modelos de acceso a servicios de salud de Andersen y Levesque. Además, se retomaron resultados de dos encuestas realizadas a mujeres transgénero (MT) en México, durante 2012 y 2013. Para el análisis de los artículos se consideró: título, autores, diseño de estudio, objetivo, abordaje metodológico y resultados obtenidos y discusión.

Resultados: Inicialmente se identificaron 143 artículos, de los cuales 59 abordaban el tema de interés. Los 59 artículos y ambos reportes de encuestas fueron incorporados a una matriz de Excel para ser analizados. Se identificaron cuatro principales categorías para las barreras de acceso a los servicios de salud en MT: individuales, interpersonales, estructurales y financieras.

Conclusiones: Se concluye que es posible agrupar las barreras de acceso a los servicios de salud en MT en cuatro grandes categorías: individuales, interpersonales, estructurales y financieras. Lo anterior resalta al estigma como un eje importante que atraviesa por las cuatro categorías, por lo que abordarlas requiere un cierto grado de sensibilidad sobre la deuda histórica, consecuencia de estigma y discriminación, que existe hacia esta población.

Palabras clave: Transgénero; Acceso a la atención médica; Estigma.

Abstract

Objective: To identify and classify, based on a review of published scientific texts, the barriers and some factors associated with access to health services in the TM.

Material and method: A review of literature in electronic databases was carried out: LILACS, PubMed y SciELO, for the 2005-2019 period. Key words were determined from the models of access to health services of Andersen and Levesque. In addition, the results of two surveys carried out on transgender women (MT) in Mexico were taken again during 2012 and 2013. For the analysis of the articles, the following were considered: title, authors, study design, objective, methodological approach and results obtained and discussion.

Results: Initially, 143 articles were identified, of which 59 addressed the topic of interest. The 59 articles and both survey reports were incorporated into an Excel matrix to be analyzed. Four main categories were identified for barriers to access to health services in MT: individual, interpersonal, structural and financial.

Conclusions: It is concluded that it is possible to group the barriers of access to health services in MT in four broad categories: individual, interpersonal, structural and financial. The foregoing highlights the stigma as an important axis that runs through the four categories, so addressing them requires a certain degree of sensitivity to the historical debt, a consequence of stigma and discrimination, which exists towards this population.

Palabras clave: Transgender; Access to Health Care; Stigma

¹ Médico Cirujano. Estudiante de Maestría en Ciencias en Sistemas y Políticas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

² Doctor en Ciencias en Sistemas de Salud. Investigador Titular del Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

Introducción

Con la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible implementados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se incorpora una agenda centrada en la erradicación de la pobreza, el compromiso de no dejar a nadie atrás y fortalecer el bienestar de minorías sexuales¹. Sin embargo; la protección del derecho a la salud para las mujeres transgénero (MT) es obstaculizado por múltiples barreras en todos los países del mundo².

Aunque anteriormente se entendía por el término transgénero, la identificación con el género -opuesto- al asignado al nacer, la definición ha ido cambiando³. Actualmente, el término transgénero se emplea como un término paraguas que hace referencia a todas aquellas personas cuya identidad o expresión de género es distinta a la asociada típicamente con el sexo asignado al nacer^{3,4} y no coincide con la lectura tradicional binaria de género (hombre/mujer). Este término busca agrupar distintos tipos de personas como transexuales, travestis, *drag queen*, entre otros^{5,6}. Las mujeres transexuales, se caracterizan por el antecedente de uso de hormonas y/o intervenciones quirúrgicas para transformaciones sexo-genéricas⁵. La Real Academia Española (RAE), define el término travesti como persona que se viste como alguien del sexo contrario. A lo largo de este trabajo, entenderemos como mujer transgénero o MT, a aquellas personas que se identifiquen con el género femenino, independientemente del antecedente de transformaciones sexo-genéricas y/o preferencias en vestimenta^{5,6}.

Durante los últimos años, el incremento global en la visibilidad de la población de MT ha evidenciado la vulnerabilidad a la que la que esta población se enfrenta. En general, las MT enfrentan barreras para conseguir trabajos estables, alojamiento, educación, servicios sociales, así como para protección legal^{3,4}. Por ejemplo, en una encuesta realizada en México en el 2012 en MT, 64% de las mujeres entrevistadas refirió el trabajo sexual como principal fuente de ingreso⁷. Estos obstáculos en gran medida son determinados por estigma y discriminación⁸, resultado de algunas de las múltiples formas de opresión que las MT deberán contraponer a lo largo de su vida, ya que se percibe una transgresión a las normas sociales de género⁹.

Esta marginación contribuye de manera significativa con el alto porcentaje de problemas en salud mental para esta población, abuso de sustancias, así como infecciones transmitidas por vía sexual¹⁰. De manera conjunta, todos estos componentes perpetúan un ciclo de marginación y de resultados pobres en salud¹⁰. Debe resaltarse, de igual manera, que la discriminación expone a las MT a diversas formas de violencia que van desde acoso, abuso verbal, violencia física y sexual hasta crímenes de odio³.

Particularmente en materia de salud, las MT representan una de las poblaciones que continúan más desatendidas, y lo anterior se relaciona en cierta medida, con las barreras que enfrentan para lograr acceder a servicios de salud¹¹. Por ejemplo, en México, del total de MT entrevistadas en dos encuestas nacionales que reportaron haber tenido algún problema de salud durante el último año, sólo el 77% de ellas recibió atención médica, de las anteriores el 53% lo hizo a través de servicios privados⁷. Además, la exclusión social y marginación hacia las MT se traduce, en un alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias, afecciones de salud mental, así como complicaciones secundarias a transformaciones sexo-genéricas¹². Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, la proporción de MT que viven con VIH en el mundo es 49 veces mayor que en la población adulta general¹³. A propósito de la salud mental, en México al menos el 30% de las MT han tenido pensamientos suicidas durante algún momento de su vida y 17% ha intentado por lo menos una vez el suicidio⁷. La proporción de MT con el antecedente de intento suicida supera por mucho la media nacional mexicana, reportada por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica¹⁴. Retomando las complicaciones asociadas a transformaciones sexo-genéricas, de acuerdo con la Encuesta de Seguimiento y Análisis para la Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención de VIH/SIDA en México, del 78% de MT que reportan haber utilizado terapia hormonal en algún momento de sus vidas, 18% tuvo alguna complicación en salud⁷. Todo lo anterior descrito sobre las condiciones en las que viven las MT, se resume en un dato: la esperanza de vida para las MT en México es de escasos 36 años^{14,15}.

Es importante retomar, que gran parte de los obstáculos que condicionan la desigualdad social para la población de MT, tienen un origen en el estigma y la discriminación; ambos fenómenos incrementan la vulnerabilidad a violencia y el riesgo a infectarse con VIH, entre otras complicaciones^{8,9,16}. El estigma es el proceso de etiquetar, devaluar y discriminar dentro un marco de estructuras de poder desiguales, a partir de una identidad real o percibida y del estatus¹⁷. El estigma se manifiesta en pérdida de estatus, trato injusto y aislamiento^{9,18}. Por su parte, la discriminación es el trato desigual, producto de la pertenencia a un grupo social en particular¹⁸. La discriminación a nivel estructural, hace referencia a las condiciones sociales que limitan oportunidades individuales, recursos y bienestar como consecuencia del estigma¹⁷. De este modo, se perpetúan las inequidades en salud, en materia legal y social para esta población¹⁹.

Además, la elevada prevalencia de problemas de salud mental, así como de intentos suicidas de esta población, en muchas ocasiones puede ser explicada por el estigma asociado a la 'psico-patologización' de la condición de MT. Por lo anterior, a partir de las presiones ejercidas por

la Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WPATH), así como por grupos internacionales de activistas de la comunidad LGBT+, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) en su última re-edición al 2013 (el cual contiene los criterios para diagnosticar trastornos mentales)²⁰ cambia la clasificación diagnóstica de ‘transexualidad’. Se incorpora la ‘transexualidad’ dentro de una nueva clase diagnóstica en el manual: ‘disforias de género’. Se justifica dicha reclasificación bajo el supuesto de que el término clínico de disforia de género es menos estigmatizante. Sin embargo; aún se clasifica como un trastorno mental. La inclusión de las disforias de género en el manual se respalda en que, siendo la transexualidad catalogada como un trastorno mental, es posible garantizar la provisión de terapias hormonales y quirúrgicas para la población en cuestión. Sin embargo; algunos grupos sostienen que el diagnóstico clínico de trastorno mental perpetúa la estigmatización hacia las MT, bajo el entendido de que la prestación de servicios sanitarios para las MT debería ser un derecho básico y no estar sujeto a requisitos clínicos^{11,20}.

Es posible mejorar los síntomas de depresión asociados a la disforia de género, con terapias de reemplazo hormonal y manejo quirúrgico; ambos se asocian con bienestar en MT²¹. Sin embargo, el estigma asociado a la no conformidad de género que se asocia con prejuicio y discriminación, dificulta que las MT revelen su estatus. Aún dentro de un contexto de servicios de salud, dadas las potenciales consecuencias que pudiera generar revelar la no conformidad de género¹¹. Lo anterior explica preferencias de la población de MT para obtener atención en salud, mediante fuentes no tradicionales²². Por ello para lograr salvar esas barreras en la prestación de servicios generales de salud y en los servicios de prevención de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) para la población de MT, se requiere un cierto grado de sensibilidad sobre la deuda histórica, consecuencia de estigma y discriminación, que existe hacia esta población²³.

De tal modo que, al intentar profundizar sobre los factores que dificultan la vinculación de las MT con los servicios de salud, a fin de atenderlos, se plantea la siguiente pregunta ¿cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentan las MT y que han sido documentadas científicamente en el mundo?

El objetivo de este texto es identificar y clasificar, a partir de textos científicos, las barreras y algunos factores asociados con el acceso de los servicios de salud de las MT.

Por otro lado, para ahondar sobre barreras de acceso para la población de MT, hay que retomar otro concepto importante: acceso a los servicios de salud. El acceso se entiende como el proceso en el que un usuario identifica alguna necesidad en salud, busca servicios para atender la misma y utiliza los servicios de salud para resolver la necesidad que inició el proceso. Este continuo comprende aspectos tanto del usuario, como de los servicios de salud²⁴. Los obstáculos que impiden el flujo a lo largo de este continuo, se consideran barreras de acceso.

Material y métodos

Para este estudio, se realizó una revisión de literatura que comprende el periodo del año 2005 al 2019, para responder a la pregunta de investigación planteada en la sección anterior: ¿cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentan las MT y que han sido documentadas científicamente en todo el mundo?

Se exploraron tres bases bibliográficas internacionales: LILACS, PubMed y SciELO. Además, se consultó literatura gris: reportes y manuales del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dentro de estos buscadores, se emplearon operadores booleanos para delimitar períodos de tiempo (‘AND’ y ‘NOT’). La selección se llevó a cabo a partir de palabras clave, enmarcadas bajo los modelos de acceso a los servicios de salud de Andersen y Levesque tabla 1.

Tabla 1. Palabras clave y términos utilizados para la búsqueda de literatura sobre barreras de acceso a los servicios de salud en MT

Palabras clave					
Acceso	Barreras de acceso	Servicios de salud	Mujeres Transgénero	Estigma	VIH
Número de artículos por tema					
3 artículos	13 artículos	4 artículos	14 artículos	11 artículos	14 artículos

Fuente: Elaboración propia

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos aquellos estudios que abordaron el tema con las siguientes características: artículos publicados en español e inglés; estudios cualitativos y cuantitativos, mixtos y revisiones.

Criterios de exclusión

No se consultó literatura gris correspondiente a manuales, o informes. Se excluyó a todos aquellos estudios que a pesar de contener los términos de búsqueda o la combinación de ellos no proporcionaron información relevante sobre el tema y/o no abordaron los tópicos de interés.

Extracción de datos y revisión

Se encontraron inicialmente 143 resultados. Primero se eliminaron aquellos artículos que por el resumen no cumplieran con los criterios de inclusión, que estuvieran duplicados o cuyo abordaje no contribuyera a resolver la pregunta de investigación. Restaron 59 estudios que fueron incorporados a una matriz de Excel para ser analizados. Además, se retomaron resultados de la Encuesta de Salud con sero-prevalencia de VIH a MT en la Ciudad de México, la Encuesta de Seguimiento y Análisis para la Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención de VIH/SIDA. Ambas encuestas, recogen datos sobre factores socio-estructurales y ambientales de población HSH y MT y forman parte de la evaluación de la fase de implementación del programa “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daño dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” a cargo del Fondo Global para la Lucha Contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (FM)^{17,19}. Por lo que finalmente, se analizaron 62 escritos ^{2,6,11,18-19,22,25-38,39-49-58,59-68-80}.

De los anteriores, 8 de abordaje cualitativo, 8 artículos de metodología cuantitativa y 2 con abordaje mixto, el resto fueron 9 revisiones de literatura. Se empleó una matriz de Excel para la clasificación de los estudios, donde se detalló: título, autores, diseño de estudio, objetivo, abordaje metodológico y resultados obtenidos y discusión.

Resultados

Del análisis de los artículos, se encontró que las barreras de acceso que enfrentan las MT se pueden agrupar en 4 categorías:

- 1) Individuales.
- 2) Interpersonales.
- 3) Barreras estructurales.
- 4) Barreras financieras.

1). La categoría individual, hace referencia a la renuencia de las MT a revelar su estatus transgénero. Se basa en la asociación que existe entre la no conformidad con el género y el estigma, que toma la forma de prejuicio y discriminación. El estigma y la discriminación, permean en las MT y produce temor a revelar su estatus de no conformidad. Ello incide en el acercamiento de esta población a los servicios de salud, pues según la Encuesta Nacional Transgénero de Discriminación publicada al 2010, 19% de los encuestados refieren renuencia a atención médica por su no conformidad con el género^{3,11,70}. Debe mencionarse que este estigma generado por la no conformidad de género, se manifiesta tanto de manera estructural como interpersonal e individual. Estructural por las experiencias que deben atravesar las MT al interactuar con individuos de instituciones como escuelas, hospitales y refugios; interpersonal como resultado de la interacción con otros miembros de familia, trabajadores de la salud, entre otros; y también en el ámbito individual⁵⁰. El estigma en el ámbito individual específicamente, alude al proceso de internalización de pensamientos de auto-percepción de identidad negativos, que se acompañan de comportamientos para evitar futuras situaciones en las que la MT deba enfrentarse ante estigmas^{17,50,52}. Por otro lado, el estigma individual dificulta la capacidad de las MT, para negociar el uso del condón con clientes sexuales, para enfrentar violencia, entre otros, que perpetua un contexto de vulnerabilidad^{37,52}.

2). Las barreras interpersonales, son dadas principalmente por la falta de experiencia por parte de los prestadores de salud. En este rubro, resalta la falta de conocimiento sobre las necesidades en salud específicas de la población de MT. Dentro de la formación académica de médicos y enfermeras, así como demás personal de salud, no se incorporan apartados que fortalezcan conocimientos sobre su manejo^{21,22,70-72}. Las MT tienen necesidades en salud específicas, por ejemplo, tiene un riesgo mucho mayor en comparación con población general, para infección por VIH^{11,59}, así como complicaciones por el uso de hormonas o intervenciones quirúrgicas para recambio sexo-genérico, abuso de sustancias y problemas con salud mental^{2,7,8,11,20,70,73}. Por otro lado, existe evidencia que señala que a mayor conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre aspectos ‘trans’, se reduce la probabilidad de insatisfacción por parte de un usuario transgénero, al utilizar servicios de salud^{2,72}. Y, por el contrario, que el hecho de no contar con profesionales de la salud que dominen temas en salud relacionados con necesidades específicas de población transgénero, representa la principal barrera para acceder a servicios de salud^{22,74}. Otro elemento, además de la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud, es la falta de recursos para atender necesidades en salud de esta población. Por este motivo, muchas MT recurren a métodos alternativos a los sistemas públicos de salud para atender sus necesidades en salud, esto pone en riesgo su salud y vida^{2,72}.

3). Para las barreras estructurales destacan elementos relacionados con acceso a sanitarios, la identificación de los pacientes en el área de admisión acorde al género de su preferencia, así como la identificación de las pacientes MT con los pronombres acordes al género femenino por parte de los profesionales de la salud^{70,72,75}. Por ejemplo, en la mayoría de los expedientes clínicos de centros de atención para la salud, el sexo se codifica de manera binaria con identificadores: femenino/masculino, exclusivamente¹¹. Aunque la población de MT logre acceder a servicios de atención para la salud, en muchas ocasiones, esta interacción resulta en experiencias negativas^{11,76,77}, como cuestionarios que incluyen preguntas que no son apropiadas para esta población, exploración de genitales de manera innecesaria en algunos casos o como ya se mencionó, prohibición para utilizar sanitarios dentro de las instancias de salud^{11,76-78}. Incorporar prácticas de inclusión para la población de MT en los servicios de salud, puede reducir costos al vincular de manera oportuna a esta población con dichos servicios^{21,22,77}.

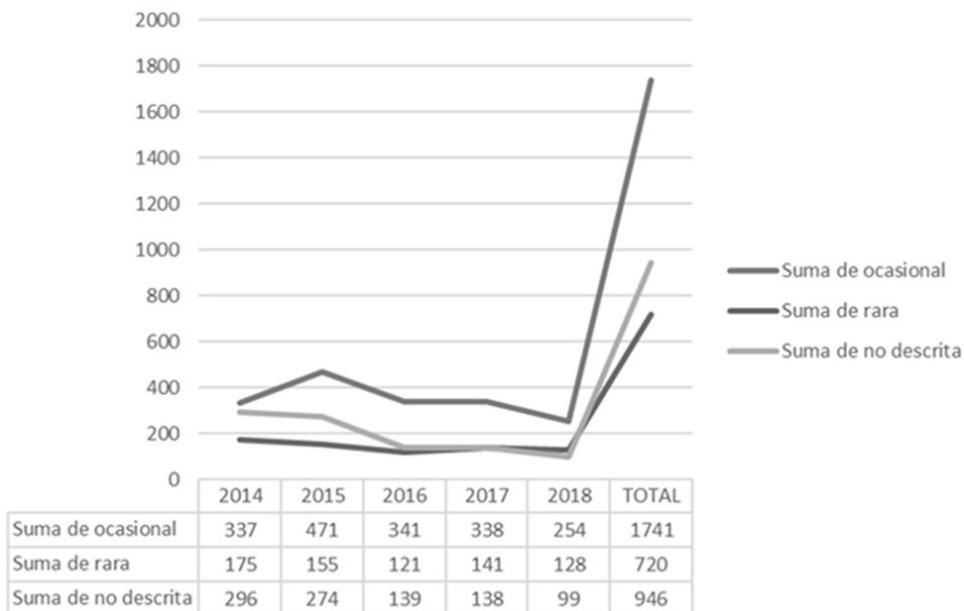
4) Sobre las barreras financieras, cabe mencionar los niveles desproporcionados de desempleo a los que la población de MT se enfrenta^{3,7,26,79,80}. Lo anterior complica un aseguramiento donde el empleador cubra una cuota.

El desempleo que enfrentan las MT, también dificulta su capacidad de pago para cubrir necesidades en salud en medio privado^{3,7,66,81}. Por otro lado, dado que los servicios de salud públicos no cubren necesidades de esta población, como lo son el uso de hormonas para cambios sexo-genéricos, en muchas ocasiones las MT deben optar por alternativas privadas figura 1^{7,11,22,68}.

El esquema muestra la interrelación entre las variables involucradas con el acceso a los servicios de salud. Este esquema adapta las dimensiones de acceso a los servicios de salud, con las barreras de acceso identificadas para la población de MT en literatura científica^{24,82}.

Para comprender desde lo conceptual, aquello que determina el acceso a los servicios de salud, se deben considerar las características del sistema de salud, así como las características de la población de riesgo (usuarios); ambos dentro de un contexto político-económico específico. Para los usuarios, existirán factores que sean modificables como lo son el nivel de ingreso y aseguramiento y; aquellos que no pueden modificarse, como edad, sexo y raza⁸².

Figura 1. Marco conceptual para el estudio de acceso a los servicios de salud en población de MT y relación con sus respectivas barreras de acceso



Fuente: Esquema de elaboración propia basado en esquemas de Levesque J-F y Andersen R 82,83

Del sistema de salud, pueden estudiarse las distintas dimensiones del acceso: 1) Accesibilidad: que hace referencia a que aquellas personas con necesidades de salud, identifiquen la existencia de servicios disponibles que atiendan dicha condición. 2) Aceptabilidad: dimensión que se relaciona con factores culturales y sociales, que determinan la aprobación del servicio por parte del usuario. El término de aceptabilidad va muy de la mano con la autonomía del usuario sobre el poder de decisión para buscar atención, conocimiento de las opciones disponibles y de sus derechos individuales que determinan sus intenciones de buscar atención en salud. 3) Disponibilidad: hace alusión a que los servicios de salud son alcanzables tanto física como oportunamente por el usuario. 4) Asequibilidad: refleja la capacidad económica y de tiempo de las personas para poder hacer uso apropiado de los servicios de salud disponibles. Por último, 5) Apropiado: que denota el grado de ajuste entre las necesidades en salud del usuario, la pertinencia del tiempo para recibir la atención, la inversión en salud para lograr el diagnóstico y tratamiento correcto, así como la calidad interpersonal y técnica del servicio de salud recibido.

A estas anteriores dimensiones, le corresponden ciertas habilidades del usuario. La habilidad para: 1) percibir el problema de salud. 2) Buscar servicios de salud. 3) Alcanzar los servicios de salud. 4) Pagar por los servicios. 5) La habilidad para adherirse tanto a la atención como al tratamiento médico⁹. A las dimensiones de acceso, se empatan las cuatro categorías de barreras de acceso a los servicios de salud identificadas en la literatura para la población de MT. Con la dimensión de accesibilidad, se encuentran las barreras estructurales que las MT deberán hacer frente. Con la dimensión de aceptabilidad de los servicios, están las barreras individuales, como lo es la renuencia a revelar su estatus transgénero. Sobre la dimensión de asequibilidad, está vinculada la fuerte barrera financiera identificada en MT. En relación a lo apropiado de los servicios están las barreras interpersonales, que hacen referencia a la falta de recursos y conocimientos por parte del personal de salud sobre salud en MT.

Discusión

Estudiar las barreras de acceso, así como aquellos factores que se encuentran asociados al uso de los servicios de salud en la población de MT, resalta al estigma como un eje importante que atraviesa por las cuatro categorías de barreras de acceso, identificadas para la población de MT. Además, nos permite visualizar, la deuda histórica que el estado continúa teniendo hacia minorías sexuales, donde es necesario continuar la labor de búsqueda de mayor equidad en materia de protección a la salud de las MT. Identificar aquellos factores que dificultan vincular a las MT con servicios que permitan atender sus necesidades en salud, resulta una

estrategia clave para poder mejorar los resultados en salud de esta población. Conocer estos factores que funcionan como barreras de acceso a servicios de salud, posibilita el esbozo de estrategias encaminadas a abordar los anteriores. Por otra parte, conocer que el estigma es un eje, que atraviesa las cuatro categorías de barreras de acceso identificadas para en la población de MT, visibiliza la necesidad de trabajar en el diseño de mecanismos o estrategias que permitan trabajar para reducir la carga de estigma y discriminación sobre las MT, desde los distintos ámbitos en los que se manifiesta.

Por ejemplo, dentro de las barreras personales, está la renuencia de las MT a revelar su estatus de no conformidad con el género asignado al nacer; lo anterior es producto de estigma y discriminación. Consecuencia del estigma y discriminación, las MT temen revelar su estatus de género por ansiedad a las posibles consecuencias negativas que esto podría suponer^{11,74}. Sobre las barreras interpersonales o falta de experiencia y recursos por parte de los prestadores de los servicios de salud, sobre las condiciones y necesidades específicas en salud de la población de MT, también es determinada en cierta medida por el estigma. Resalta la ausencia dentro de los planes curriculares de formación de recursos humanos en salud, la temática sobre salud de las MT^{11,74}. En cuanto a las barreras estructurales, también son en gran medida determinadas como consecuencia de estigma y discriminación. La falta de sensibilización por parte del personal administrativo, así como por parte del grupo médico, perpetua la percepción de discriminación en esta población¹¹. La falta de ampliación de horarios de servicios, el uso de lenguaje inclusivo por parte del personal de salud, el uso de señalización en baños inclusiva, son algunos aspectos que denotan falta de concientización hacia la población de MT. Mismos aspectos que representan áreas de oportunidad, a fin de lograr servicios mucho más inclusivos con esta población. Las barreras financieras se enlazan con el estigma y discriminación, al ser consecuencia de los niveles desproporcionados de desempleo a los que se enfrenta esta población. De lo anterior, que la mayoría de las MT se encuentre en el sector informal de trabajo y no cuente con algún tipo de aseguramiento^{3,22,70}.

Conclusiones

La literatura revisada, permite agrupar en cuatro grandes categorías aquellas barreras que las MT deben enfrentar para lograr acceder a los servicios de salud. Por ello, para lograr hacer frente a las barreras de acceso a los servicios generales de salud y a los servicios de prevención de VIH e infecciones enfermedades de transmisión sexual (ITS) para la población de MT se requiere un cierto grado de sensibilidad sobre la deuda histórica, consecuencia de estigma y discriminación, que existe hacia esta población. Y por deuda histórica, se hace referencia a la desigualdad que aún existe dentro de

estas poblaciones, en comparación con población general, en materia de protección a la salud. Muchos estudios destacan la necesidad de continuar trabajando para reducir las barreras que impiden que poblaciones vulnerables, como la de MT tengan acceso a proteger su salud^{11,22,82}.

La evidencia, pone en manifiesto la falta de vinculación oportuna de las MT a servicios de salud^{11,59,84,85}; pero además propone ciertas áreas sobre las cuales es posible trabajar para mejorarla^{11,69}. Por ejemplo, en la categoría interpersonal, reforzar el conocimiento de los profesionales de salud sobre necesidades en salud de las MT, así como asegurar sensibilización por parte del personal de salud que tiene contacto con usuarios, sobre temática transgénero¹¹. Otra área sobre la cual la literatura propone que es posible trabajar, es sobre lo estructural, lo anterior hace referencia a los horarios de atención, así como a los procesos administrativos, que impliquen la clasificación o asignación dentro alguna categoría binaria al momento del llenado de expedientes o formatos clínicos^{3,11,86}.

Aunque existe evidencia sobre condiciones que determinan la vulnerabilidad de la población de MT, así como las dificultades que deben atravesar para lograr acceder a los servicios que les permitan la protección de su salud, persisten muchas áreas en las que esta evidencia aún no se ha traducido en medidas que permitan hacer frente a la problemática ya mencionada. Dado lo anterior, es necesario continuar trabajando, para incorporar aquellas medidas que hayan probado hacer de los servicios de salud, espacios amigables con la población de MT, que además se adapten tanto a las necesidades como preferencias de esta población. Todo dentro de una línea de acción que considere aspectos de estigma y discriminación, sobre los que queda claro, es imperante continuar mejorando.

Referencias

1. Thomas R., Pega F., Khosla R., Verster A., Hana T., Say L., Garantizar una agenda de salud global inclusiva para las personas transgénero [Internet] Boletín de la Organización Mundial de la Salud 95 pp 154-156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.183913>
2. Domínguez C.M., Ramírez S.V., Arrivillaga M., Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia [Revista Científica] MedUNAB., 20(3) 2018 pp (296-309). Disponible en: <http://doi.org/10.29375/01237047.2404>
3. Grant J., Mottet L., Tanis J., Harrison J., Herman J., Keisling M., Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. [Internet] 2011, [citado: 12 abril 2019] Disponible en: https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
4. Deutsch MB. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People [Internet] UCSF Transgender Care, 2016, [citado 12 abril 2019] Disponible en: <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-terminologyth>
5. Enciclopedia de Filosofía de Stanford. Perspectivas feministas sobre cuestiones trans [Internet] 2ª rev 2014 [citado 31 octubre 2019] Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-trans/>
6. Stuart J, Poémape S, Del Mastro I. En busca del bienestar: barreras y posibilidades percibidas por las mujeres transexuales para acceder a los servicios de salud en Iquitos [Internet] Argumentos Sexualidad y Política 2014: pp 62-68. Disponible en: https://argumentos-historico.iep.org.pe/wp-content/uploads/2015/06/STUARTETAL_MAYO2015.pdf
7. Bautista-arredondo S, Cortés A, Sosa-rubí S. Reporte Encuesta de Seguimiento HSH y TTS de Fondo Mundial.; 2014.
8. Nemoto T, Operario D, Keatley J, Nguyen H, Sugano E. Promoting Health for Transgender Women: Transgender Resources and Neighborhood Space (TRANS) Program in San Francisco. *Am J Public Health.* 2005;95(3):382-384. <http://doi.org/10.2105/ajph.2004.040501>
9. Baral S.D., Poteat T, Strömdahl S., Wirtz A.L., Guadamuz T.E., Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women : a systematic review and meta-analysis. [Internet] *Lancet Infectious Diseases* 13(3):214-222. 2013 Disponible en: [http://doi.org/10.1016/s1473-3099\(12\)70315-8](http://doi.org/10.1016/s1473-3099(12)70315-8)
10. Brennan J., Kuhns L.M., Johnson A.K., Belzer M., Wilson E.C., Garofalo R., et al. Syndemic Theory and HIV-Related Risk Among Young Transgender Women : The Role of Multiple , Co-Occurring Health Problems and Social Marginalization. [Internet] *American Public Health Association* 102(9):1751-1757, 2012. Disponible en: <http://doi.org/10.2105/ajph.2011.300433>
11. Roberts T.K., Fantz C.R., Barriers to quality health care for the transgender population [Internet] *Biblioteca Nacional de Medicina.* 47(10-11): 983-7, 2014. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009>

12. Colchero A., Cortés M.A., Sosa S., Romero M., Bautista S., Vega H., et al. Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México [Internet] Instituto Nacional de salud Pública, 2013 Disponible en: http://www.condesadf.mx/pdf/encuesta_trans2013.pdf
13. World Health Organization. Transgender people and HIV policy brief [Internet] World Health Organization, 2015. [citado 13 mayo 2019] Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index
14. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Encuesta Nacional Sobre Discriminación En México [Internet] CONAPRED, 2ª edición, 2011, [citado 21 abril 2019] Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf
15. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Boletín:2018 -90. La identidad de género de personas trans no debe considerarse un trastorno mental [Internet] CONAPRED [citado 21 abril 2019] Disponible en: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=1153&id_opcion=103&op=213
16. Logie C.H., Abramovich A, Schott N., Levermore K., Jones N., Navigating stigma , survival , and sex in contexts of social inequity among young transgender women and sexually diverse men in Kingston, Jamaica [Internet] Journal Reproductive Health Matters. 26(pp.1-12), 2018. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/09688080.2018.1538760>
17. Hatzenbuehler M.L., Phelan J.C., Link B.G., Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities [Internet] American Public Health Journal, 103(5):813-821, 2013. Disponible en: <http://doi.org/10.2105/ajph.2012.301069>
18. Hughto J.M.W., Rose A.J., Pachankisy J.E., Reisner S.L., Health Barriers to Gender Transition-Related Healthcare : Identifying Underserved Transgender Adults in Massachusetts [Internet] Transgender Health, 2017;2:107-118. Disponible en: <http://doi.org/10.1089/trgh.2017.0014>
19. Jenco M., Study examines health disparities between transgender youths [Internet] AAP News & Journals, 2018. Disponible en : <http://www.aappublications.org/news/2018/02/05/transgender020518>
20. Mas Grau J., Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. [Internet] Revista Internacional de Sociología, 2017;75(2):059. Disponible en: <http://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
21. Coleman E., Bockting W., Botzer M., DeCuypere G., Feldman J., Frases L., et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People [Internet] Interntional Journal Transgenderism, 2012;7(4):165-232. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1532739.2011.700873>
22. Sanchez N., Sanchez J.P., Danoff A., Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City [Internet] American Public Health Association, 2009; 99 (4): 713–719. Disponible en: <http://doi.org/10.2105/ajph.2007.132035>
23. Pecheny M, Petracci M. Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. [Internet] Horizontes Antropológicos, 2006;12(26):43-69. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/s0104-71832006000200003>
24. Levesque J.F., Harris M.F., Russell G., Acceso a la atención médica centrado en el paciente: conceptualización del acceso en la interfaz de los sistemas de salud y las poblaciones [Internet] Revista Internacional para la equidad en salud 2013;12(18). Disponible en <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
25. Puckett J.A., Cleary P., Rossman K., Mustanski B., Newcomb M.E., Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. Investigación sobre sexualidad y política social. 2018;15(1):48-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
26. Learmonth C., Vilorio R., Lambert C., Goldhammer H., Keuroghlian A.S., Barriers to insurance coverage for transgender patients. [Internet] American Journal Obstetrics & Gynecology. 2018;219(3):272.e1-272.e4. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.046>
27. Jacob D.A., Kwicien GJ, Cakmakoglu C., Moreira A., Barriers to Bottom Surgery for Transgender Men [Internet] Journal of the American Society of Plastic Surgeons. 2020;145(3):666e-667e. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/prs.0000000000006600>
28. Gonzales G, Henning-Smith C., Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults [Internet] Milbank Quarterly, 2017;95(4):726-748. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/1468-0009.12297>

29. Lerner J.E., Robles G. Perceived barriers and facilitators to health care utilization in the United States for transgender people: A review of recent literature. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Johns Hopkins University Press, 2017;28(1):127-152. Disponible en: <http://doi.org/10.1353/hpu.2017.0014>
30. Rael C.T., Martinez M., Giguere R., et al. Barriers and Facilitators to Oral PrEP Use Among Transgender Women in New York City. [Internet] *AIDS Behaviour*. 2018;22(11):3627-3636. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10461-018-2102-9>
31. Scheim A.I., Travers R., Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men [Internet] *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2017;29(8):990-995. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
32. Monteiro S., Brigeiro M., Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: Progress, limits, and tensions [Internet] *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00111318>.
33. Fauk N.K., Merry M.S., Siri T.A., Tazir F.T., Sigilipoe M.A., Tarigan K.O., et al. Facilitators to Accessibility of HIV/AIDS-Related Health Services among Transgender Women Living with HIV in Yogyakarta, Indonesia [Internet] *AIDS Research Article*, 2019. Disponible en: <http://doi.org/10.1155/2019/6045726>
34. Schulman J.K., Erickson-Schroth L., Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women [Internet] *Medical Clinics of North America*, 2019;103(4):723-733. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.005>
35. Reisman T., Goldstein Z., Safer J.D., A review of breast development in cisgender women and implications for transgender women [Internet] *Endocrine Practice*, 2019;25(12):1338-1345. Disponible en: <http://doi.org/10.4158/EP-2019-0183>
36. Iwamoto S.J., Defreyne J., Rothman M.S., et al. Health considerations for transgender women and remaining unknowns: a narrative review [Internet] *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2019;10. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/2042018819871166>
37. MacCarthy S., Poteat T., Xia Z., et al. Current research gaps: A global systematic review of HIV and sexually transmissible infections among transgender populations [Internet] *Sex Health*. 2017;14(5):456-468. Disponible en: <http://doi.org/10.1071/sh17096>
38. Krüger A., Sperandei S., Bermudez X.P.C.D., Merchán-Hamann E., Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian federal district. [Internet] *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019;22(Suppl 1):1-13. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>
39. Fernández-Rouco N., Carcedo R., López F., Orgaz M., Mental Health and Proximal Stressors in Transgender Men and Women [Internet] *Journal of Clinical Medicine*, 2019;8(3):413. Disponible en: <http://doi.org/10.3390/jcm8030413>
40. Scheim A., Lyons C., Ezouatchi R., et al., Sexual behavior stigma and depression among transgender women and cisgender men who have sex with men in Côte d'Ivoire [Internet] *Annals of Epidemiology*. 2019;33:79-83.e1. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.03.002>
41. Hines D.D., Laury E.R., Habermann B., They Just Don't Get Me: A Qualitative Analysis of Transgender Women's Health Care Experiences and Clinician Interactions [Internet] *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 2018 30(5):82-85. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000023>
42. Ettner R., Care of the elderly transgender patient [Internet] *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 2013;20(6):580-584. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>
43. Yan Z.H., Lin J., Xiao W.J., et al., Identity, stigma, and HIV risk among transgender women: A qualitative study in Jiangsu Province, China [Internet] *Infectious Diseases Poverty*, 2019;8(1):94. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s40249-019-0606-9>
44. Lyons C., Stahlman S., Holland C., et al., Stigma and outness about sexual behaviors among cisgender men who have sex with men and transgender women in Eswatini: A latent class analysis. [Internet] *BMC Infectious Diseases*, 2019;19(1). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12879-019-3711-2>

45. Gamarel K.E., Sevelius J.M., Reisner S.L., Coats C.S., Nemoto T., Operario D., Commitment, interpersonal stigma, and mental health in romantic relationships between transgender women and cisgender male partners [Internet] *Journal of Social and Personal Relationships*, 2019;36(7):2180-2201. Disponible en: <http://doi.org/10.1177%2F0265407518785768>
46. White Hughto J.M., Reisner S.L., Pachankis J.E., Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions [Internet] *Social Science & Medicine* 2015;147:222-231. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
47. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence [internet] *Psychological Bulletin*, 2003;129(5):674-697. Disponible en: <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
48. Hatzenbuehler M.L., Pachankis J.E., Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications [Internet] *Pediatric Clinical North America*, 2016;63(6):985-997. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
49. Madera S.L.R., Varas Díaz N., Padilla M., et al., "Just Like Any Other Patient": Transgender Stigma among Physicians in Puerto Rico [Internet] *Journal of Health Care for Poor and Underserved*, 2019;30(4):1518-1542. Disponible en: <http://doi.org/10.1353/hpu.2019.0089>
50. King WM, Hughto JMW, Operario D. Transgender Stigma: A Critical Scoping Review of Definitions, Domains, and Measures Used in Empirical Research [Internet] *Elsevier Social Science & Medicine*, 2020;250(112867). Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112867>
51. Winter S., Diamond M., Green J., et al. Transgender health 1 Transgender people: health at the margins of society [Internet] *APA PsycNet The Lancet*, 2016;388(10042):390-400. Disponible en: [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
52. Ganju D., Saggurti N., Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra , India [Internet] *Culture, Health & Sexuality*, 2017;19(8):1-15. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/13691058.2016.1271141>
53. McNulty A., Bourne C., Transgender HIV and sexually transmissible infections [Internet] *Sex Health*, 2017;14(5):451-455. Disponible en: <http://doi.org/10.1071/sh17050>
54. Ackerley C.G., Poteat T., Kelley C.F., Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons [Internet] *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019;48(2):453-464. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.007>
55. Silva-Santisteban A., Eng S., De La Iglesia G., Falistocco C., Mazin R., HIV prevention among transgender women in Latin America: Implementation, gaps and challenges [Internet] *Journal of the International AIDS Society*, 2016. Disponible en: <http://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20799>
56. Neumann M.S., Finlayson T.J., Pitts N.L., Keatley JA. Comprehensive HIV prevention for transgender persons [Internet] *American Journal of Public Health*. 2017;107(2):207-212. Disponible en: <http://doi.org/10.2105/aaph.2016.303509>
57. Uhrig J.D., Stryker J.E., Bresee S., et al., HIV information needs of transgender people and their healthcare providers [Internet] *AIDS Care - Psychological Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2019;31(3):357-363. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/09540121.2018.1499862>
58. Poteat T., Reisner S.L., Radix A., HIV epidemics among transgender women [Internet] *Curr Opin HIV AIDS*, 2014;9(2):168-173. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/coh.0000000000000030>
59. Malta M., Silva A.B., LeGrand S., Whetten K., Wells S., HIV/AIDS, human rights, and transgender people in Latin America [Internet] *Lancet Public Health*, 2019;4(6):e279. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30082-9](http://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30082-9)
60. Panopoulou G., Gonzalez-Pier E., Challenges in HIV infection control in transgender women sex workers [Internet] *The Lancet Public Health*, 2019. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30259-7](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30259-7)
61. Hughes J.P., Emel L., Hanscom B., Zangeneh S., Design Issues in Transgender Studies [Internet] *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2016;72:S248-S251. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/qai.0000000000001077>

62. Garofalo R., Kuhns L.M., Reisner S.L., Mimiaga M.J., Behavioral Interventions to Prevent HIV Transmission and Acquisition for Transgender Women: A Critical Review [Internet] *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2016 [citado 27 marzo 2020] Disponible en: <http://doi.org/10.1097/qai.0000000000001084>
63. Canoy N., Thapa S., Hannes K., Transgender persons' HIV care (dis) engagement: a qualitative evidence synthesis protocol from an ecological systems theory perspective [Internet] *BMJ Open*. 2019;9:25475. Disponible en: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025475>
64. Poteat T., Wirtz A.L., HIV in transgender women in Brazil [Internet] *Lancet HIV*. 2017;4(4):e144-e146. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/s2352-3018\(17\)30014-0](http://doi.org/10.1016/s2352-3018(17)30014-0)
65. Scheim A.I., Appenroth M.N., Beckham S.W., et al., Transgender HIV research: nothing about us without us [Internet] *Lancet HIV*, 2019;6(9):e566-e567. Disponible en [http://doi.org/10.1016/s2352-3018\(19\)30269-3](http://doi.org/10.1016/s2352-3018(19)30269-3)
66. Henry R.S., Perrin P.B., Sawyer A., Pugh M., Health Conditions, Access to Care, Mental Health, and Wellness Behaviors in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults [Internet] *International Journal of Chronic Diseases*, 2020;2020. Disponible en: <http://doi.org/10.1155/2020/9094047>
67. Radix A.E., Addressing Needs of Transgender Patients: The Role of Family Physicians [Internet] *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2020;33(2):314-321. Disponible en: <http://doi.org/10.3122/jabfm.2020.02.180228>
68. Bakko M., Kattari S.K., Transgender-Related Insurance Denials as Barriers to Transgender Healthcare: Differences in Experience by Insurance Type [Internet] *Journal General Internal Medicine*, 2020:21-23. Disponible: <http://doi.org/10.1007/s11606-020-05724-2>
69. El-Hadi H., Stone J., Temple-Oberle C., Harrop AR., Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care [Internet] *Plastic Surgeon*, 2018;26(4):263-268. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/2292550318767437>
70. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Lesbian G. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding [E-book] National Academies Press; 2011; ISBN 978-0-309-21065-2. Disponible en: <http://doi.org/10.17226/13128>
71. Stroumsa D., The State of Transgender Health Care : Policy , Law , and Medical Frameworks [Internet] American Public Health Association, 2014;104(3):31-38. Disponible en: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301789>
72. Bauer G.R., Zong X., Scheim A.I., Hammond R., Factors Impacting Transgender Patients ' Discomfort with Their Family Physicians : A Respondent-Driven Sampling Survey [Internet] *Plos One*, 2015;62:1-16. Disponible en: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0145046>
73. Yang M-F., Manning D., Van den Berg J.J., Operario D., Stigmatization and Mental Health in a Diverse Sample of Transgender Women [Internet] *LGBT Health*, 2015;2(4):306-312. Disponible en: <http://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0106>
74. Socías M.E., Di Marshall B., Arístegui I., et al. Factors Associated with Healthcare Avoidance among Transgender Women in Argentina [Internet] *International Journal for Equity in Health*. 2014. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>
75. Snelgrove J.W., Jasudavisius A.M., Rowe B.W., Head E.M., Bauer G.R., “Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients [Internet] *BMC Health Services Research*, 2012;12(110). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-110>
76. Maggige H., Kiwia M., Mwita S., Mkiramweni Y., Stover K., Nswila A., et al., Improving quality of HIV services and health worker performance in Tandahimba District, Tanzania: An evaluation [Internet] *Health care Improvement Project*, 2013. Disponible en: http://www.urchs.com/sites/default/files/Tanzania_Evaluation_HIVHW_PerformanceCollaborative_July2013.pdf
77. Lambda Legal, Human Rights Campaign Foundation, Hogan Lovell NYCB. Creating Equal Access to Quality Health Care For Transgender Patients [Internet] *Transgender-Affirming Hospital Policies*. 2016. Disponible en: <http://www.lambdalegal.org/help>
78. Ross K., Law P., Bell A., Exploring Healthcare Experiences of Transgender Individuals [Internet] *Trangender Health*, 2016;1(1). Disponible en: <http://doi.org/10.1089/trgh.2016.0021>
79. Socías M.E., Marshall B.D.L., Arístegui I., Romero M., Cahn P., Kerr T., Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina [Internet] *International Journal for Equity in Health*, 2014;13(81):1-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>

80. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual and Transgender Health. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People (E-book)* National Academies Press (US); 2011. Disponible en: <http://doi.org/10.17226/13128>
81. Downing J.M., Przedworski J.M., *Health of Transgender Adults in the U.S., 2014–2016* [Internet] *American Journal of Preventive Medicine*, 2018;55(3):336-344. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
82. Aday L.A., Andersen R., *A framework for the study of access to medical care* [Internet] *Health Services Research*, 1974;208-220. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/08912963.2016.1278444>
83. Levesque J-F., Harris M.F., Russell G., *Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations* [Internet] *BMC International Journal for Equity in Health*, 2013. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
84. Valenzuela C., Ugarte-Gil C., Paz J., et al. *HIV stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Perú: a case-control study* [Internet] *AIDS Behav.* 2015;19(2):235-245. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10461-014-0908-7>
85. Restrepo-Zea J.H., Silva-Maya C., Andrade-Rivas F., Vh-Dover R., *Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia* [Internet] *Pontificia Universidad Javeriana*, 2014;13(27):242-265. Disponible en: <http://doi.org/10.11144/javeriana.rgypl3-27.assa>
86. Lambda Legal, Human Rights Campaign Foundation, Hogan Lovell NYCB. *Creating Equal Access to Quality Health Care For Transgender Patients* [Internet] *Transgender-Affirming Hospital Policies*. 2016. Disponible en: <http://www.lambdalegal.org/help>