

Percepción de personas LGBTIQ+ adultas sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia: un análisis de barreras, equidad y calidad de la atención

**María Camila Acosta blanco
Shirley Lizet García Medina
Diana Valentina Hurtado López
Karen Tatiana Lozano Salguero**

Fundación Universitaria Sanitas
Facultad de Enfermería
Enfermería VII semestre
Bogotá, Colombia
2025

Percepción de personas LGBTIQ+ adultas sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia: un análisis de barreras, equidad y calidad de la atención

**María Camila Acosta blanco
Shirley Lizet García Medina
Diana Valentina Hurtado López
Karen Tatiana Lozano Salguero**

Director (a):
Néstor Camilo Castiblanco Alfonso
Enfermero – Mag. Salud Mental Comunitaria

Línea de Investigación:
Cuidado en el Contexto Individual, Familiar y Social

Fundación Universitaria Sanitas
Facultad de Enfermería
Enfermería VII semestre
Bogotá, Colombia
2025

Dedicatoria o Agradecimientos

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, quienes, con su apoyo incondicional, paciencia y confianza nos motivaron a continuar en este proceso. También lo dedicamos a cada uno de los integrantes del grupo, porque gracias al esfuerzo, la unión y el compromiso compartido fue posible llevar a cabo esta investigación.

Agradecimientos

*Agradecemos de manera especial a nuestro tutor **Camilo Castiblanco**, por la orientación y el conocimiento brindado durante el desarrollo de este trabajo, a nuestros docentes de investigación por ayudarnos en la parte técnica de este. A nuestros compañeros de clase, por sus aportes y colaboración que enriquecieron nuestro aprendizaje. Finalmente, agradecemos a todas las personas que, directa o indirectamente, nos acompañaron en este camino, pues cada consejo y gesto de apoyo contribuyó al cumplimiento de los objetivos propuestos.*

RESUMEN

El protocolo investiga cómo perciben los adultos LGBTIQ+ el acceso a servicios de salud en Colombia, enfocándose en tres aspectos: obstáculos, igualdad y calidad en la atención. Su importancia se basa en la evidencia que muestra casos de discriminación, falta de capacitación del personal, políticas que no son inclusivas, estigmas sociales y escasez de datos específicos. Estos elementos limitan el acceso seguro y a tiempo, generan desigualdades en los resultados y afectan negativamente la calidad de vida.

El documento contribuye al ámbito de la enfermería al establecer acciones específicas para proporcionar atención digna y segura, fomentar comunicación respetuosa, ofrecer educación sobre el autocuidado, dar orientación en el sistema para eliminar obstáculos y promover la defensa ante incidentes. Sugiere la recolección de nombre afirmado, pronombres, identidad de género, orientación sexual, sexo asignado al nacer y, cuando corresponda, expresión de género. Con esta información, se puede personalizar la comunicación y el cuidado, reducir errores derivados de suposiciones, planificar intervenciones adecuadas y generar datos desagregados que mejoren la calidad y el acceso.

La metodología está dividida en dos fases. La primera consiste en una revisión de documentos en bases de datos de acceso gratuito, como BVS Colombia, EBSCOhost, ClinicalKey y PubMed MEDLINE, así como en literatura gris, en español, inglés y portugués, con un filtro temporal que abarca de 2013 a 2023. Esta fase se encargará de definir conceptos operativos, y criterios de inclusión y exclusión, así como matrices para la extracción y evaluación crítica, con el objetivo de identificar barreras y facilitadores, encontrar vacíos en la información y proponer indicadores que sean comparables para el monitoreo y la evaluación continua.

La segunda fase, que se llevará a cabo en etapas futuras, incluye entrevistas semiestructuradas a adultos LGBTIQ+ que viven en Colombia. Se explorarán experiencias de acceso, trato recibido, capacidad de resolución, procedimientos y tiempos de atención, así como trámites administrativos. Se evaluarán las percepciones en torno a la competencia cultural, la confidencialidad y el respeto, se registrarán episodios de discriminación y estrategias de afrontamiento, además de analizar variaciones según territorio, identidad, orientación y tipo de aseguramiento.

Se establecerán muestreos, guías de entrevista y protocolos para el análisis cualitativo.

El protocolo se centra en mantener un alto nivel de rigor metodológico y aplicación práctica. Se plantean colaboraciones con redes comunitarias para garantizar un reclutamiento ético, obtener consentimientos informados y proteger la información. Se consideran riesgos bajos y se implementarán medidas para evitar daños y revictimizaciones. Se anticipan productos concretos, como resúmenes de evidencia, recomendación de capacitaciones, y directrices para mejorar la competencia cultural de los servicios. Esto permitirá que quienes toman decisiones, educadores y clínicos evalúan avances en el acceso, la equidad y la calidad. También incluye un plan para difundir resultados claros.

Palabras clave

Acceso a los servicios de salud, Personas LGBTIQ+, Discriminación en salud, Equidad en la atención, Calidad del cuidado, Competencia cultural en enfermería, Colombia

ABSTRACT

The protocol investigates how LGBTIQ+ adults perceive access to health services in Colombia, focusing on three aspects: obstacles, equality, and quality of care. Its importance is based on evidence showing cases of discrimination, lack of staff training, non-inclusive policies, social stigma, and a scarcity of specific data. These elements limit safe and timely access, generate inequalities in outcomes, and negatively affect quality of life.

The document contributes to the field of nursing by establishing specific actions to provide dignified and safe care, encourage respectful communication, offer self-care education, provide guidance within the system to eliminate obstacles, and promote advocacy in the event of incidents. It suggests collecting affirmed names, pronouns, gender identity, sexual orientation, sex assigned at birth, and, when applicable, gender expression. With this information, communication and care can be personalized, errors derived from assumptions can be reduced, appropriate interventions can be planned, and disaggregated data can be generated to improve quality and access.

The methodology is divided into two phases. The first phase consists of a review of documents in freely accessible databases, such as VHL Colombia, EBSCOhost, ClinicalKey, and PubMed MEDLINE, as well as gray literature in Spanish, English, and Portuguese, with a time filter spanning from 2013 to 2023. This phase will define operational concepts and inclusion and exclusion criteria, as well as matrices for extraction and critical evaluation, with the aim of identifying barriers and facilitators, identifying information gaps, and proposing comparable indicators for ongoing monitoring and evaluation.

The second phase, to be carried out in future stages, includes semi-structured interviews with LGBTIQ+ adults living in Colombia. Experiences regarding access, treatment received, resolution capacity, procedures and response times, as well as

administrative processes will be explored. Perceptions regarding cultural competence, confidentiality, and respect will be assessed, episodes of discrimination and coping strategies will be recorded, and variations based on territory, identity, sexual orientation, and type of insurance will be analyzed. Samples, interview guides, and protocols for qualitative analysis will be established.

The protocol focuses on maintaining a high level of methodological rigor and practical application. Collaborations with community networks are planned to ensure ethical recruitment, obtain informed consent, and protect information. Risks are considered low, and measures will be implemented to prevent harm and re-victimization. Concrete products are anticipated, such as evidence summaries, training recommendations, and guidelines for improving the cultural competency of services. This will allow decision-makers, educators, and clinicians to assess progress in access, equity, and quality. It also includes a plan for disseminating clear results.

Keywords

Access to healthcare services, LGBTIQ+ individuals, Health discrimination, Equity in care, Quality of care, Cultural competence in nursing, Colombia.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
1. MARCO DE REFERENCIA	9
1.1. ESTADO DEL ARTE	14
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.4. JUSTIFICACIÓN	20
1.5. OBJETIVOS	23
1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	23
2. MARCO CONCEPTUAL Y/O TEÓRICO	24
3. MARCO METODOLÓGICO	26
4. DISCUSIÓN	30
5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA:	32
ANEXOS	33

1. MARCO DE REFERENCIA

La comprensión de las condiciones de salud de la población LGBTIQ+ requiere un abordaje integral que articule los marcos normativos, los determinantes sociales y las prácticas profesionales en salud. Aunque Colombia ha avanzado en la promulgación de leyes que promueven la igualdad y la no discriminación, persisten tensiones entre el reconocimiento jurídico y la experiencia cotidiana de exclusión en los servicios sanitarios. Esta brecha entre la norma y la práctica revela los desafíos estructurales del sistema y la necesidad de fortalecer la competencia cultural del personal de salud. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial al promover el respeto por la diversidad, visibilizar las desigualdades y contribuir a la construcción de entornos de atención seguros, inclusivos y humanizados.

Población LGBTIQ+

El Decreto 762 de 20184. Acrónimo LGBTI: Es un término que representa una identidad y una postura política que incluye varias orientaciones sexuales y diversas identidades de género, así como diversas condiciones de intersexualidad. En este sentido, el término LGBTI aboga por los derechos en el ámbito de las luchas por la diversidad sexual y de género. (1)

Por esta causa, se puede observar un conflicto entre el reconocimiento legal y la continuidad de la exclusión en el ámbito de la salud, evidenciando una discrepancia entre la ley y la práctica. Esta diferencia entre la normativa y la realidad en el sector salud representa uno de los grandes huecos que este estudio pretende explorar desde el enfoque de la enfermería.

Acceso a los servicios en salud

La Ley 100 de 1993 tuvo como meta garantizar que cada persona pudiera acceder a la atención médica en todos los niveles, con un esquema de beneficios justo para todos. No obstante, a pesar de este compromiso, no se logró la cobertura universal para el año 2000 como se había planeado, y se han presentado barreras que dificultan el acceso efectivo, lo que ha llevado a la ciudadanía a utilizar la acción de tutela como un medio a través del cual los magistrados protegen el derecho a la salud. (2)

De acuerdo con este mismo enfoque, la Sentencia T-760 definió la salud como un derecho esencial independiente y también identificó las limitaciones de este derecho, señalando que su naturaleza fundamental no implica que sea ilimitado, al analizar los principios de razonabilidad y proporcionalidad.(3)

Desde una perspectiva práctica, la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), basada en la Encuesta Pulso Social y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), ha comenzado a ofrecer datos sobre la comunidad LGBTIQ+. Se estima que aproximadamente 501. 000 personas fueron entrevistadas, lo que pone de manifiesto desigualdades en aspectos de bienestar y confianza hacia las instituciones. Sin embargo, aún no se cuenta con indicadores que

muestren las vivencias de discriminación en la obtención de servicios de salud. Esta carencia de datos fragmentados representa una brecha importante que obstaculiza la creación de políticas públicas eficaces.(4) En otro contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido recomendaciones (Resolución 2138 de 2023) con el objetivo de mejorar la atención con un enfoque novedoso; sin embargo, informes técnicos, como el del Programa PREP-Colombia (2022), señalan que únicamente una fracción de las entidades territoriales ha puesto en práctica acciones concretas para atender las necesidades de esta población variada. La disparidad entre la gran cantidad de normativas existentes y su escasa implementación práctica permite una evaluación crítica del sistema: no falta legislación, sino que hay deficiencias en la estructura, carencias en la competencia cultural y en la producción de información que complican la reducción de desigualdades. En el ámbito de la enfermería, esta cuestión tiene un efecto directo en la práctica profesional, ya que los enfermeros y enfermeras, al estar en la atención primaria, pueden señalar desigualdades, educar sobre la salud, promover contextos inclusivos y documentar experiencias de exclusión que resulten útiles para la planificación institucional. Por lo tanto, el enfoque de competencia cultural en enfermería se convierte en un recurso esencial para transformar los servicios en ambientes seguros y respetuosos, uniendo el marco legal con la práctica cotidiana. Así, realizar un análisis crítico del acceso a la salud desde la perspectiva de la enfermería requiere trascender la simple descripción y generar conocimiento práctico, que pueda impactar en las políticas públicas, la educación profesional y las estrategias de atención que garanticen la equidad en salud para la comunidad LGBTIQ+. (5)

Barreras y desafíos en salud

En este contexto, los impedimentos para acceder a la salud son factores que limitan a las personas para recibir la atención médica que necesitan en caso de requerir asistencia sanitaria. Estas dificultades pueden deberse a razones financieras, a la disponibilidad de servicios o a actitudes y expectativas, lo que complica el acceso a servicios de promoción, prevención y atención médica. La existencia de estas barreras puede afectar negativamente la salud y generar desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y en los resultados de salud.(6)

Se pueden identificar de manera evidente obstáculos culturales: Continúan existiendo sesgos y estigmas. Se mantienen costumbres y creencias que discriminan. Hay una carencia de comprensión sobre las identidades de género. El personal sanitario carece de capacitación. Se necesita más investigación y familiarización con métodos de afirmación de género. Los profesionales de la salud no están informados sobre la normativa y su implementación.(2)

Es importante mencionar que existen obstáculos administrativos. Estos se originan debido a normativas legales y al modo en que funciona el sistema. La disposición de la oferta restringe la disponibilidad. La información es poco clara. Los procesos para gestiones y cuidados son largos y poco transparentes. (2)

De acuerdo a lo observado, las limitaciones financieras impactan en gran medida, ya que los gastos disminuyen tanto el acceso como la calidad. Esto afecta más profundamente a las personas trans que cuentan con menos recursos económicos. Situaciones comunes incluyen los gastos compartidos y el transporte necesario para acudir a las consultas. (2)

Asimismo, será posible notar cómo las limitaciones en la calidad del servicio implican abusos durante el acceso y la atención. Se evidencia un trato carente de humanidad, falta de respeto y burlas. No se reconoce la identidad de la persona. Predomina la apatía y el escaso interés sanitario. Se presentan retrasos en la atención de casos prioritarios como VIH, ITS y cáncer. No se proporcionan certificados ni resúmenes de las historias clínicas. Hay instalaciones sanitarias inadecuadas y espacios de atención que no son apropiados. (2)

En este escenario, la profesión de enfermería tiene una función clave en la disminución de desigualdades. Gracias a su perspectiva humanitaria y enfocada en la comunidad, el experto en enfermería es capaz de reconocer factores sociales, fomentar acciones inclusivas e involucrarse de manera activa en la protección de los derechos en el ámbito de la salud.

A NIVEL INTERNACIONAL:

La sentencia T-760 proclamó la salud como un derecho esencial, independiente, y señaló las limitaciones de este derecho, estableciendo que su naturaleza fundamental no implica que sea incondicional, al tener en cuenta los principios de razonabilidad y proporcionalidad.(2)

Así como la resolución 2600 (XL-O/10) DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA OEA: En 2010, la OEA reiteró su condena a la violencia que sufren las personas debido a su orientación sexual o identidad de género, exigiendo que tales actos no queden impunes. También instó a los estados miembros a encontrar formas de luchar contra la discriminación hacia estos individuos.(2)

Igualmente, la resolución 2504 DE 2009: La Asamblea General de la OEA (Organización de los Estados Americanos) ratificó una resolución que rechaza la violencia y las infracciones a los derechos humanos que sufren individuos a causa de su orientación sexual o identidad de género. Asimismo, solicita a las naciones que realicen investigaciones y apliquen sanciones por estos actos, con el fin de evitar que sean ignorados. (2)

Por otro lado, la resolución 2600 (XL-O/10) de la asamblea general de la OEA, nuevamente condenó la violencia hacia individuos basada en su orientación sexual o identidad de género, exigiendo que estos incidentes no queden impunes. También instó a los estados miembros a explorar métodos para luchar contra la discriminación hacia estas personas(2)

Cabe agregar que la resolución 2653 (xli-o/11) de la asamblea general de la OEA: condenó la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género, solicitó que se tomen medidas para prevenir, investigar y castigar estos comportamientos, y promovió, por primera vez, el desarrollo de políticas públicas para combatir esta clase de discriminación(2)

También la ley antidiscriminación 1482 de 2011: esta normativa anti-discriminación resguardó a individuos y grupos contra acciones de racismo y discriminación, definió comportamientos y penas, e incorporó de manera específica la discriminación por distintas orientaciones sexuales. (2)

Así mismo plan decenal de salud pública 2012-2021: Este plan guio las actividades en salud pública con una perspectiva diferenciada, tomando en cuenta la diversidad de género y la orientación sexual, y sugirió medidas concretas para asegurar una atención equitativa y adecuada.(2)

A NIVEL NACIONAL

Así mismo la constitución Política de Colombia: Establece la intención de unir al país y garantizar la existencia, la coexistencia, el empleo, la equidad, la justicia, el conocimiento, la libertad y la paz. Indica la necesidad de establecer un sistema político, económico y social que sea justo y fomentar la integración en América Latina.(2)

Como el artículo 1. Describe a Colombia como un Estado basado en principios sociales de legalidad. Una república que es unitaria, democrática, participativa y diversa. Se apoya en la dignidad del ser humano.(2)

De manera similar, el artículo 2. Establece los objetivos fundamentales del Estado. Asegura la eficacia de los principios, derechos y obligaciones establecidos en la constitución.(2)

Entonces el artículo 5. Acepta la superioridad de los derechos que no se pueden enajenar de los individuos. Impide cualquier tipo de discriminación.(2)

Ahora el artículo 13. Asegura que todos son iguales ante la ley y que todas las personas recibirán la misma protección de las autoridades. Impide cualquier tipo de discriminación basada en género, raza, origen nacional o familiar, idioma, religión o creencias políticas o filosóficas. Dispone la creación de condiciones que permitan una verdadera igualdad y el establecimiento de acciones en beneficio de los grupos que enfrentan discriminación o que están en situación de marginalidad.(2)

Así como la ley Estatutaria 1751 de 2015: establece que la salud es un derecho humano esencial. Esta ley impulsa la Política de Atención Integral en Salud, conocida como PAIS, y también el Modelo de Atención Integral Territorial, llamado MAITE. Estructura el recorrido para la Promoción y Conservación de la Salud de acuerdo con la Resolución 3280 del año 2018..(2)

De igual manera que la sentencia T-675 de 2017: El Tribunal Constitucional volvió a confirmar el derecho al desarrollo personal libre. Esto otorga a las personas trans la facultad de establecer su trayectoria vital de acuerdo con su identidad de género y manifestarlo públicamente sin sufrir discriminación. (2)

Con base en la sentencia T-099 de 2015: El Tribunal Constitucional pidió al Legislativo que evaluará una normativa sobre la identidad de género para salvaguardar los derechos esenciales de las personas trans.(2)

Esta distancia entre el marco legal y la práctica sanitaria reafirma la necesidad de vincular la investigación en enfermería con la gestión y evaluación de políticas públicas

1.1. ESTADO DEL ARTE

El conjunto de conocimientos sobre la atención sanitaria para personas LGBTIQ+ revela patrones evidentes. Los estudios indican la existencia de obstáculos a nivel estructural, institucional y clínico que restringen tanto el acceso oportuno como la calidad de la atención. Asimismo, se destacan métodos y enfoques que ayudan a reducir estas diferencias. La evaluación incluye descubrimientos relacionados con mujeres lesbianas, individuos trans y no binarios, jóvenes LGBTIQ+, así como principios de inclusión, diversidad, accesibilidad y equidad que son relevantes para el ámbito de la salud. La atención se centra en la accesibilidad, la equidad y la calidad, prestando especial atención a la competencia cultural y a la organización de la atención primaria. (7)

Los estudios acerca de las mujeres lesbianas destacan dos cuestiones problemáticas. En primer lugar, los obstáculos para acceder a servicios que están ligados a la revelación de la orientación sexual y a la falta de preparación del personal para atender a este grupo. En segundo lugar, se mencionan las vivencias negativas en la atención, que incluyen un trato desigual, la falta de visibilidad y situaciones incómodas. Las revisiones indican que, a pesar de algunos progresos en ciertas políticas, siguen existiendo déficits en la calidad y la continuidad de la atención. La interpretación general resalta que la invisibilidad se manifiesta a través del silencio sobre la sexualidad, la escasa capacidad de escucha y los vínculos frágiles, además de materiales educativos que asumen la heterosexualidad como norma y la falta de protocolos específicos. La evidencia también muestra tasas más bajas de cribado cervical, menos apoyo en dudas clínicas y discriminación en contextos perinatales cuando las mujeres buscan formar familias. Estos factores se conectan con explicaciones socioculturales, como la normalización de la heterosexualidad en la atención y la influencia de creencias personales en la relación con los pacientes. (7)

La investigación sobre minorías sexuales y de género muestra coincidencias en sus evaluaciones. Se identifica una falta de servicios específicos, la necesidad de contar con profesionales que tengan sensibilidad cultural y una inclinación a reproducir actitudes convencionales que desincentivan la búsqueda de atención. Se han encontrado carencias en la formación académica y profesional, así como un escaso nivel de evidencia disponible, lo que refleja una baja prioridad científica en lo que respecta al cuidado de estas comunidades. El conjunto de resultados subraya la necesidad urgente de mejorar las habilidades clínicas y organizativas para garantizar un acceso y atención adecuados, así como de reforzar la recopilación de datos que permita planear y evaluar intervenciones en salud.(8)

En individuos trans y no binarios, se documentan numerosas dificultades. La escasez de profesionales con formación adecuada en atención de género es una limitación principal. Se observa un fenómeno denominado "borrado trans" que ocurre en dos niveles. El borrado informativo se refleja en la falta de datos sobre identidad de género en estudios y registros. El borrado institucional se evidencia en la carencia de opciones de autoidentificación y en la derivación hacia servicios que utilizan categorías de género que no consideran las trayectorias clínicas; por ejemplo, enviar a hombres trans a clínicas etiquetadas para mujeres para exámenes cervicales. En las encuestas, se indica que los médicos de atención primaria se sienten poco cómodos prescribiendo terapia hormonal. Esta carencia obliga a las personas trans a seguir caminos fragmentados y a buscar "especialistas" sin formación formal adicional, lo que encarece, retrasa y precariza la atención. (9)

El escenario actual de servicios se enfoca en tres tipos de formatos.

La telemedicina por suscripción para el tratamiento hormonal presenta precios que dejan fuera a quienes tienen menos ingresos. Las clínicas comunitarias ofrecen tarifas escalonadas, pero tienen largas listas de espera. Existen también clínicas administradas por estudiantes que cuentan con recursos limitados y operan con poca frecuencia. Estas opciones, que se centran en hormonas, no abordan enfermedades crónicas ni la atención preventiva, lo que obliga a acudir a múltiples proveedores y genera una fragmentación en la atención médica. (10)

Desde la práctica clínica tanto individual como de sistemas, la literatura sobre atención primaria para personas trans ofrece principios operativos. Indica que las necesidades preventivas son en gran medida semejantes a las de la población general, pero requieren tener en cuenta el impacto de las hormonas y las cirugías en los tamizajes. Aconseja establecer entornos de atención que sean inclusivos, modificar la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas para que se ajusten a la identidad y anatomía actual, y eliminar obstáculos administrativos. Estas directrices están relacionadas con la formación de equipos, la adaptación del registro electrónico y la señalización, así como con protocolos de comunicación que utilicen el nombre reconocido y los pronombres correctos. (11)

El ámbito de la pediatría y la adolescencia incluye aspectos fundamentales para los jóvenes LGBTIQ+. Los documentos enfatizan que el estigma interpersonal y estructural está presente en los entornos clínicos y que sigue existiendo una falta de capacitación específica en salud LGBTIQ+. Sugieren que se mejoren los servicios en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad, aceptación y equidad, asegurando una sólida confidencialidad, utilizando un lenguaje que se ajuste a las identidades y orientaciones en cambio, así como facilitando transiciones fluidas hacia servicios para adultos. Indican que modificaciones significativas pueden comenzar con cambios en

el lenguaje y en los procesos clínicos, mientras se lleva a cabo la reestructuración organizacional.(11)

Los estudios sobre el acceso en diferentes países revelan desigualdades y carencias en la coordinación. Investigaciones realizadas en Canadá han analizado el acceso a médicos de cabecera, la insatisfacción con los servicios disponibles y los motivos por los cuales la población trans y no binaria evita recibir atención. Este conjunto de datos se basa en investigaciones anteriores en Ontario que examinaron la disponibilidad, la calidad y las necesidades no cubiertas en comparación con la población cis, así como en encuestas sobre la comodidad al tratar con profesionales de salud. Las acciones sugeridas requieren mejorar el acceso en atención primaria, fortalecer los servicios inclusivos y disminuir la necesidad de acudir a varios profesionales para problemas comunes y atención afirmativa. (12)

El hilo que une acceso, equidad y calidad se relaciona con valores de inclusión, diversidad, acceso y equidad. La inclusión se define como la participación completa en todos los niveles, utilizando datos sobre la membresía que aborden las brechas en identidades, incluyendo a las personas LGBTIQ+. La equidad se centra en las desigualdades iniciales y la necesidad de acciones intencionadas para corregir esas diferencias. Cuando trasladamos estos conceptos al ámbito de la salud, implica medir y cerrar las brechas, garantizar oportunidades para que equipos diversos se desarrollen, y recolectar datos desglosados de identidad y orientación. De esta manera, se determina dónde es necesario intervenir, se hace seguimiento del progreso y se alinea la misión de la institución con la diversidad real de pacientes y profesionales. (13)

En resumen, el estado actual del conocimiento describe un modelo consistente de obstáculos y sugiere posibles soluciones. En el caso de las mujeres lesbianas, la información disponible aboga por el reconocimiento de necesidades particulares, la garantía de pruebas y atención reproductiva sin prejuicios, y la creación de recursos y procedimientos que desvinculen suposiciones heteronormativas. Es necesario contar con grupos que puedan tratar la revelación de la orientación sexual sin presiones, utilizando una escucha atenta y una comunicación clara. (7)

En personas trans y no binarias, el mayor retorno proviene de integrar la atención afirmativa en la atención primaria. La oferta debe permitir acceso directo a hormonas en casos no complejos, tamizajes según anatomía presente, y coordinación estrecha con salud mental y servicios sociales. Esto reduce listas de espera, costos, y fragmentación. Requiere currículos formativos que cierren brechas, protocolos que eviten el borrado institucional y sistemas de información que registren nombre afirmado, pronombres e identidad de género. (14)

Para las personas jóvenes LGBTIQ+, es fundamental contar con un espacio clínico libre de estigmas, que garantice privacidad real, use un lenguaje inclusivo y ofrezca acompañamiento en las transiciones. La capacitación del personal debe incluir el aprendizaje de terminología adecuada, aspectos del desarrollo psicosocial y métodos que sean acogedores para los adolescentes. Se sugiere implementar criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptación y equidad como base para la creación de servicios. (11)

En el ámbito organizacional, los fundamentos de inclusión, diversidad, acceso y equidad guían la gestión. Las investigaciones indican que los grupos diversos potencian la solución de problemas y elevan la calidad. En el contexto de la salud, esto significa desarrollar estrategias de talento que integren a profesionales LGBTIQ+ y con discapacidades, establecer medidas de representación y valorar el efecto de las formaciones. La aplicación consciente de estos principios refuerza la consistencia institucional y hace que la oferta se ajuste a las necesidades verdaderas de los usuarios y las comunidades. (13)

En resumen, la investigación científica se centra en cinco áreas clave. En primer lugar, es necesario eliminar la pérdida de información y documentar la identidad y la orientación para personalizar la atención y evaluar desigualdades. En segundo lugar, hay que capacitar a los equipos en competencia cultural con un foco en la atención primaria. En tercer lugar, se deben rediseñar los servicios para disminuir costos, tiempos de espera y listas de espera, integrando cuidados preventivos y afirmativos. En cuarto lugar, es fundamental asegurar la privacidad y utilizar un lenguaje inclusivo, especialmente con los jóvenes. Por último, es importante gestionar bajo principios de inclusión, diversidad, acceso y justicia, estableciendo metas y métricas accesibles al público. Estas medidas, demostradas en experiencias clínicas y normas establecidas, mejoran el acceso, la equidad y la calidad para la comunidad LGBTIQ+.(14)

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de la implementación de normativas en Colombia, como la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que establece la salud como un derecho fundamental, los adultos LGBTIQ+ siguen enfrentando múltiples obstáculos estructurales, institucionales y culturales para acceder de manera justa y digna a los servicios de salud. Dentro de estos servicios, se reportan casos de discriminación abierta o sutil, trato inhumano, cuestionamiento de la identidad de género y la orientación sexual, así como el uso incorrecto de nombres y pronombres. A ello se suman problemas administrativos, trámites prolongados, demoras sin justificación, costos adicionales y modelos de

registro que no reconocen la diversidad en sexualidad y género. Esta discrepancia entre la normativa y la práctica cotidiana limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud y afecta el bienestar físico, mental y social de este grupo.

La situación se vuelve más clara al examinar las diferentes dimensiones de los obstáculos, la equidad y la calidad en la atención. Los obstáculos incluyen aspectos económicos, culturales, actitudinales y organizacionales que dificultan el acceso; por ejemplo, la falta de información clara, la ausencia de rutas diferenciadas y la escasez de servicios ajustados a las necesidades de las personas LGBTIQ+. La equidad se ve comprometida cuando lo que ofrecen las instituciones no se alinea con las necesidades verdaderas de este grupo, lo cual se refleja en un menor uso de los servicios, abandono de tratamientos y búsqueda tardía de atención. La calidad de la atención también se ve afectada cuando no se asegura el respeto, la confidencialidad, la privacidad, la puntualidad y la continuidad en el cuidado, que son aspectos esenciales para fomentar la confianza y la adherencia.

Al mismo tiempo, hay una falta de investigaciones empíricas que analicen de forma sistemática cómo las personas adultas LGBTIQ+ perciben el acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud en Colombia. La literatura existente se centra en temas específicos como el VIH, la salud sexual o experiencias de grupos concretos como mujeres lesbianas o personas trans, pero son escasas las investigaciones que abordan la experiencia holística del usuario dentro del sistema de salud. Esta falta de evidencia dificulta la creación de políticas públicas, protocolos de atención y programas de capacitación del personal que se basen en las realidades locales y en las opiniones de la propia población LGBTIQ+. La falta de formación en competencia cultural, junto con la ausencia de políticas inclusivas en las instituciones, ayuda a mantener prácticas discriminatorias y a perpetuar la exclusión.

En este escenario, el problema principal se presenta como la discrepancia entre un sistema legal que asegura el derecho a la salud sin distinción y una prestación de servicios que continúa perpetuando obstáculos y desigualdades para los adultos LGBTIQ+ en Colombia. La escasez de servicios culturalmente sensibles y la ausencia de directrices claras que guíen la atención provocan desconfianza, limitan el uso de los servicios y agravan las disparidades en equidad y calidad en la atención médica. Ante esta situación, es crucial entender, mediante un análisis documental y un enfoque cualitativo a través de entrevistas, cómo experimenta esta población su interacción con el sistema de salud, qué barreras perciben y qué aspectos consideran esenciales para recibir una atención que sea inclusiva, justa y que respete su diversidad. Este entendimiento tiene como objetivo proporcionar evidencia que pueda servir como fundamento para modificar los servicios de salud y fortalecer el papel del personal médico en la efectiva salvaguarda del derecho a la salud de las personas LGBTIQ+ en Colombia.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo perciben las personas LGBTIQ+ adultas en Colombia el acceso, la equidad y la calidad en los servicios de salud?

1.4. JUSTIFICACIÓN

La razón de esta investigación radica en la notable discrepancia que hay en Colombia entre la aceptación legal del derecho a la salud y la vivencia real de las personas LGBTIQ+ adultas dentro del sistema de salud. Pese a que la Constitución, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Sentencia T 760 afirman la salud como un derecho esencial y prohíben cualquier forma de discriminación, numerosos estudios y documentaciones indican que este grupo enfrenta estigmas, falta de conocimiento y obstáculos administrativos que dificultan su acceso a un servicio seguro y digno. Esta inconsistencia entre lo legal y lo vivencial pone en evidencia un asunto de salud pública y de derechos humanos que necesita de un análisis profundo y de evidencias concretas. La investigación pretende ofrecer esa evidencia desde la óptica de quienes se encuentran con estos obstáculos en su día a día.

Desde un enfoque teórico, el proyecto aborda una falta de información acerca de cómo las personas LGBTIQ+ adultas en Colombia perciben el acceso, la equidad y la calidad en el área de la salud. La literatura existente se enfoca en cuestiones específicas como el VIH, la salud sexual o las experiencias de grupos particulares; sin embargo, son pocos los estudios que examinan de manera integral la conexión entre el usuario, la organización del servicio y la competencia cultural del personal de salud. Esta carencia obstaculiza el desarrollo de marcos conceptuales sólidos que expliquen la manera en que interactúan los elementos culturales, administrativos y económicos para generar desigualdades en salud para esta población. Al sistematizar la información existente y recopilar nuevas historias, el estudio ayuda a esclarecer conceptos, categorías y relaciones causales que pueden ser utilizados en investigaciones futuras y en la creación de modelos explicativos más abarcadores.

El valor teórico se refuerza al vincular el asunto con el Modelo del Sol Naciente de Leininger y con el enfoque de un cuidado que considere la cultura. Esta conexión permite mover la conversación desde solo señalar discriminaciones hacia un examen de cómo las prácticas de atención pueden preservar, adaptar o modificar patrones culturales para conseguir un cuidado que sea consistente con la identidad, la historia y las necesidades de las personas LGBTIQ+. La investigación convierte estas ideas en aspectos observables, tales como el trato recibido, la recopilación de datos de identidad, la protección de la privacidad, los tiempos de respuesta y la satisfacción de necesidades en distintos niveles de atención. Así, el

proyecto no solo aborda vacíos informativos, sino que también fortalece la discusión teórica acerca de diversidad, cultura y atención en contextos de América Latina.

Desde un enfoque práctico, la investigación proporciona información concreta para la reorganización de servicios y la mejora en la calidad del cuidado. Al identificar obstáculos culturales, administrativos y económicos, así como prácticas efectivas y elementos que facilitan, se pueden hacer sugerencias específicas en los flujos de atención, señalización, procesos de admisión, así como en las rutas de referencia y contrarreferencia, y en la gestión de información clínica. La recomendación de registrar de forma sistemática el nombre afirmado, los pronombres, la identidad de género, la orientación sexual y el sexo asignado al nacer responde a una necesidad funcional de los servicios. Esta información mejora la interacción entre el profesional y el paciente, minimiza errores por suposiciones, personaliza los cuidados y genera datos desglosados que pueden utilizarse para supervisar las brechas en el acceso y los resultados en salud.

La aplicabilidad práctica se extiende a la administración y a la formulación de políticas dentro de las instituciones. Los resultados pueden ser utilizados como fundamento para desarrollar protocolos de trato digno, pautas de competencia cultural, rutas de atención diferenciadas y criterios para el registro clínico con un enfoque en derechos. Además, posibilitan la definición de indicadores de oportunidad, respeto, satisfacción de necesidades y satisfacción del usuario específicos para la población LGBTIQ+, que luego se pueden integrar en mecanismos de evaluación de la calidad a niveles institucional y territorial. De esta manera, las direcciones de hospitales, las compañías de seguros y las secretarías de salud cuentan con información precisa para crear, ejecutar y valorar intervenciones que eliminen desigualdades.

La importancia social de la investigación es considerable, ya que favorece la promoción de la equidad y la protección efectiva del derecho a la salud sin distinción. La exclusión causada por la orientación sexual y la identidad de género se presenta en formas de violencia simbólica, trato deshumanizado, negación de acceso a servicios, retrasos injustificables y procesos que actúan como obstáculos para acceder a atención. Estas tendencias menoscaban la dignidad, impactan la salud física y mental, y dañan la confianza en las instituciones. Al dar visibilidad a estas vivencias y registrar sistemáticamente las desigualdades, el estudio proporciona información útil para que organizaciones sociales, entidades reguladoras y responsables políticos demanden coherencia entre las normas y su implementación. Asimismo, presenta argumentos para fortalecer el enfoque diferencial señalado en el Plan Decenal de Salud Pública y en los compromisos de la agenda internacional, como las resoluciones de la OEA y la Ley 1482, que condena actos discriminatorios.

El proyecto también genera un impacto social directo en las personas LGBTIQ+, al validar sus opiniones como una fuente legítima de conocimiento sobre el sistema de atención médica. Al enfocarse en la experiencia del usuario, la investigación ayuda a combatir el “borrado informacional” que ocurre cuando los registros, las estadísticas y los estudios omiten la diversidad sexual y de género. Esta visibilidad es esencial para que la comunidad reconozca sus realidades en diagnósticos, planes y programas, y para que tenga la oportunidad de participar en la creación y evaluación de servicios más seguros y personalizados. A medio plazo, las modificaciones en registros, protocolos y capacitación que resulten de este tipo de investigaciones pueden llevar a una atención más adecuada, considerada y alineada con la identidad de cada individuo.

Desde el ámbito disciplinario, la justificación del estudio se basa en la posición clave de la Enfermería dentro del sistema de salud. Esta disciplina se encuentra en la primera línea de contacto con los pacientes, dirigiendo procesos de triage, evaluación inicial, promoción de la salud, cumplimiento terapéutico y continuidad del cuidado. Esto coloca a la Enfermería en una posición favorable para detectar obstáculos en el punto de atención, gestionar quejas y dirigir acciones correctivas. Sin embargo, la literatura indica que hay una falta de investigaciones dirigidas por Enfermería sobre la experiencia de las personas LGBTIQ+ en el sistema de salud de Colombia, y señala carencias en los planes de estudio y protocolos que traten la diversidad sexual y de género de manera explícita. El proyecto ayuda a cerrar esta brecha al posicionar a la Enfermería como un investigador activo y como un vínculo entre la evidencia y la mejora de las prácticas de atención.

La investigación cuenta con relevancia académica al proporcionar recursos para la preparación de futuros especialistas. Los hallazgos pueden guiar la inclusión de temas relacionados con la diversidad, enfoque en derechos y competencia cultural en los currículos de Enfermería y otras áreas de la salud. Las categorías analíticas que emergen del estudio pueden transformarse en objetivos de aprendizaje, actividades en el aula y simulaciones clínicas que capaciten a los estudiantes para relacionarse con personas LGBTIQ+ de forma respetuosa y técnicamente adecuada. Asimismo, pueden enriquecer programas de formación continua para el personal en activo, alineando la práctica laboral con los principios de equidad, respeto a la autonomía y justicia social.

Desde el ángulo científico, el enfoque metodológico propuesto refuerza la contribución del estudio. La primera etapa de revisión de documentos permite reunir evidencia de bases regionales e internacionales, así como de literatura gris, utilizando criterios claros de selección y evaluación crítica. Esta etapa proporciona un resumen estructurado sobre barreras, facilitadores, prácticas de atención y lagunas en la investigación. La segunda fase cualitativa, diseñada para continuar con equipos futuros, aporta profundidad a través de la recolección de relatos sobre

accesos, tiempos de espera, calidad de la atención, satisfacción de necesidades y manejo de la información personal. La combinación de ambas etapas genera una base de conocimientos más robusta y transferible, valiosa para investigación, docencia y administración.

La perspectiva ética y comunitaria refuerza la calidad científica del proyecto. El esquema incluye un reclutamiento responsable mediante plataformas sociales y organizaciones relacionadas, así como procedimientos meticulosos para el consentimiento informado y tácticas para evitar daños y revictimización. La protección de la confidencialidad y el manejo adecuado de la información son extremadamente importantes al trabajar con grupos que han sido históricamente vulnerados. Estas consideraciones aumentan la credibilidad del estudio y permiten que sus hallazgos sean asumidos por instituciones de salud, el ámbito académico y movimientos sociales.

En resumen, la investigación se apoya en cuatro aspectos que se complementan. Desde una perspectiva teórica, aborda lagunas en el entendimiento sobre el acceso, la equidad y la calidad en la salud para las personas LGBTIQ+ en Colombia, conectado con marcos que promueven un cuidado culturalmente sensible. En el ámbito práctico, facilita herramienta para rediseñar servicios, optimizar procesos de atención y establecer indicadores específicos. Desde un enfoque social, apoya la promoción de la equidad y la garantía del derecho a la salud de manera justa, en consonancia con los mandatos tanto nacionales como internacionales. En el ámbito académico y de la disciplina, refuerza la función de la Enfermería como un actor central en la investigación, la formación y la aplicación de cuidados culturalmente adecuados, aumentando su capacidad para influir en la transformación de los sistemas de salud.

1.5. OBJETIVOS

Analizar la percepción de las personas LGBTIQ+ adultas en Colombia sobre el acceso a los servicios de salud, identificando las principales barreras, condiciones de equidad y aspectos relacionados con la calidad de la atención recibida.

1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Interpretar las principales barreras que enfrentan las personas LGBTIQ+ adultas en Colombia en su acceso a los servicios de salud.
- Explorar la percepción de equidad en la atención en salud de la población LGBTIQ+ adulta, en relación con el trato recibido y la inclusión de sus necesidades particulares.

- Evaluar la percepción de calidad en los servicios de salud por parte de las personas LGBTIQ+ adultas, atendiendo a dimensiones como oportunidad, eficacia, respeto y confidencialidad

2. MARCO CONCEPTUAL Y/O TEÓRICO

PERSONA: Personas LGBTIQ+ con identidades diversas, afectadas por discriminación y exclusión en salud.

Salud: Salud integral (física, mental, social) impactada por barreras culturales y estructurales.

ENTORNO: Sistemas de salud excluyentes, falta de políticas inclusivas y estigma social en América Latina.

CUIDADO: Necesidad de atención culturalmente competente y libre de discriminación para la población LGBTIQ+.

MODELO SOL NACIENTE TRANSCULTURAL

Factores que afectan el cuidado cultural

Discriminación y estigma en el acceso a salud para población LGBTIQ+.
 -----) *Entrevistas o encuestas sobre experiencias de rechazo/discriminación.*

Factores religiosos, familiares, culturales, legales, educativos, económicos.
 -----) *Cuestionario de caracterización sociodemográfica y cultural.*
 Creencias internas sobre salud, orientación sexual, autoestima.
 -----) *Test de percepción del trato en centros de salud.*

Cuidado cultural personalizado

Reconocimiento del valor cultural en la atención, Rol del profesional como mediador del cuidado cultural.
 -----) *Observación de prácticas clínicas inclusivas o revisión documental de protocolos.*

Cuidado cultural personalizado

1. **Conservación/Mantenimiento de la cultura** Adaptar cuidados respetando la identidad LGBTIQ+.
2. **Acomodación/Negociación** Ajustar servicios médicos en función de creencias o prácticas culturales.
3. **Reestructuración/Rediseño** Cambiar prácticas institucionales excluyentes.

Y todo lo anterior nos va a generar *Protocolos inclusivos, capacitaciones, guías clínicas adaptadas a diversidad sexual y de género.*

RESULTADOS ESPERADOS

Respuesta

Atención inclusiva, equitativa, centrada en el ser humano.

adaptativa

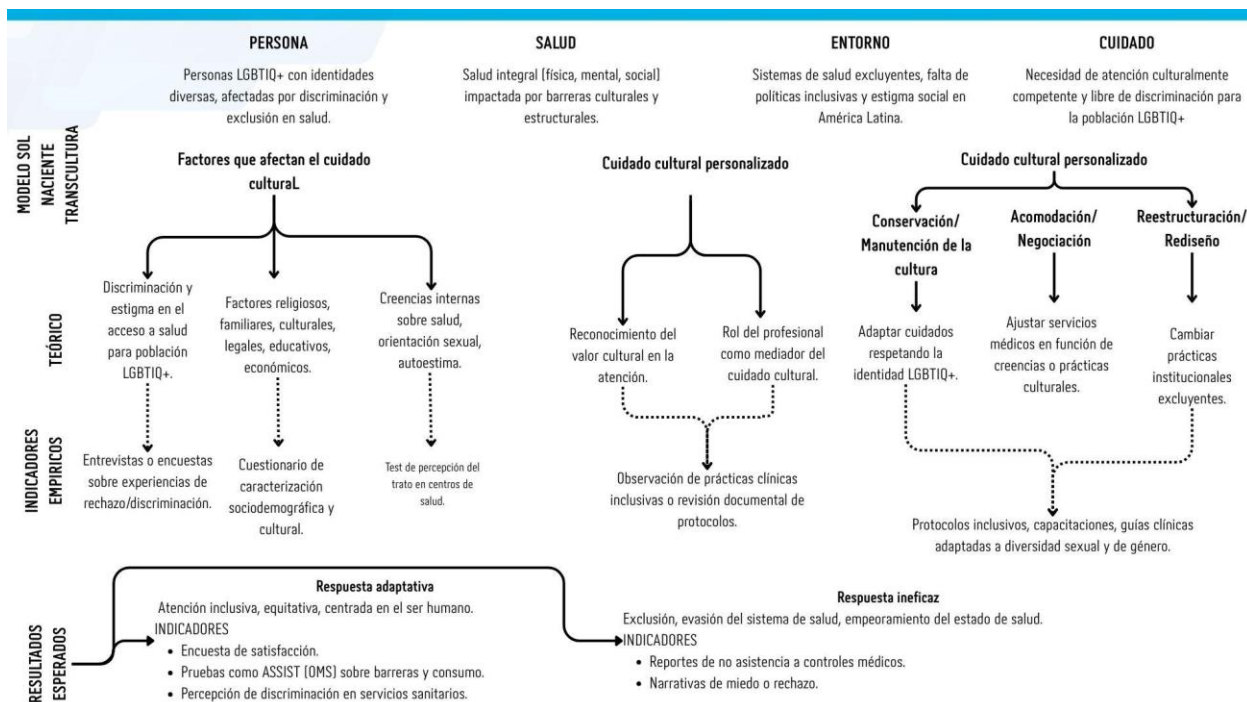
INDICADORES Encuesta de satisfacción, Pruebas como ASSIST (OMS) sobre barreras y consumo, Percepción de discriminación en servicios sanitarios.

Respuesta ineficaz Exclusión, evasión del sistema de salud, empeoramiento del estado de salud.

INDICADORES: Reportes de no asistencia a controles médicos. Narrativas de miedo o rechazo.

por eso el modelo de Leininger explica que la atención mejora cuando el servicio entiende la cultura, el contexto, los valores y el cuidado de cada persona. Cultura significa respetar cómo cada quien nombra su identidad y cómo entiende la salud, así se evitan barreras como uso de un nombre equivocado o formularios que no aplican. El contexto incluye normas, costos y trámites, por eso el estudio observa demoras, derivaciones y pérdida en seguimiento, y propone simplificar pasos, reducir tiempos y acercar los servicios. Los valores del personal influyen en el trato diario, por eso se mide y se corrige cualquier prejuicio con capacitación y supervisión orientada a conductas claras. El cuidado se vuelve culturalmente congruente cuando se preserva lo que ya funciona para el paciente, se acomodan horarios y procesos a sus necesidades y se reestructuran reglas que excluyen. Con este enfoque, el proyecto define y mide barreras, equidad y calidad con indicadores simples, uso correcto de nombre y pronombres, registro adecuado en la historia, tiempo a la primera cita y al tratamiento, incidentes de irrespeto y satisfacción del usuario. Así

el estudio no solo describe el problema, también guía acciones concretas para cerrar brechas y asegurar un acceso justo y una atención de calidad.



Realizado por: Shirley Lizet García Medina, Camila Acosta Blanco, Diana Valentina Hurtado, Karen Tatiana Lozano Salguero

3. MARCO METODOLÓGICO

ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO:

El estudio se desarrolló con enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y exploratorio. Este enfoque permite comprender la percepción de las personas LGBTQI+ adultas sobre el acceso, la equidad y la calidad en los servicios de salud en Colombia, a partir de sus experiencias, significados y prácticas cotidianas. El interés central se orienta a describir cómo viven la atención en salud, qué barreras identifican y cómo valoran el trato, la oportunidad y la competencia cultural del personal.

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

La investigación se estructuró en dos fases complementarias y articuladas: una fase documental ya ejecutada y una fase cualitativa de campo proyectada.

Fase documental: revisión de literatura científica y gris sobre salud de personas LGBTQI+ y sus experiencias en los servicios de salud.

Fase cualitativa proyectada: entrevistas semiestructuradas con personas LGBTIQ+ adultas residentes en Colombia, para profundizar en las percepciones de acceso, equidad y calidad.

Esta estructura permite, en la primera etapa, sintetizar el conocimiento existente y los vacíos identificados, y en la segunda, contrastar y ampliar estos hallazgos con las voces de la población.

FASE DOCUMENTAL: DISEÑO DE LA REVISIÓN PRIMERA FASE

ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO:

El trabajo se llevó a cabo con un enfoque cualitativo, categorizado como descriptivo y exploratorio. Este enfoque posibilita entender cómo perciben las personas LGBTIQ+ adultas el acceso, la equidad y la calidad en los servicios de salud en Colombia, basándose en sus vivencias, significados y rutinas diarias. El objetivo principal es detallar cómo experimentan la atención sanitaria, qué obstáculos detectan y cómo valoran el trato, la disponibilidad y la competencia cultural del personal médico.

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

La investigación se organizó en dos etapas complementarias y conectadas: una fase documental que ya se realizó y una fase cualitativa de campo que se planea.

Fase documental: análisis de literatura tanto científica como gris sobre la salud de las personas LGBTIQ+ y sus experiencias en el sistema de salud.

Fase cualitativa proyectada: entrevistas semiestructuradas a adultos LGBTIQ+ que residan en Colombia, con el fin de profundizar en sus percepciones acerca del acceso, la equidad y la calidad en la atención.

Esta organización permite, en la etapa inicial, resumir el conocimiento existente y los vacíos encontrados, y en la segunda, contrastar y ampliar estos descubrimientos con las opiniones de la población.

FASE DOCUMENTAL: DISEÑO DE LA REVISIÓN

Tipo de revisión

La fase documental se llevó a cabo como una revisión integrativa de literatura. Este enfoque de revisión permite incluir investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas, así como literatura gris, para obtener una visión amplia y completa acerca

de las barreras de acceso, equidad y calidad en la atención sanitaria para personas LGBTIQ+ en contextos similares al de Colombia.

Fuentes de información y bases de datos

Se revisaron bases de datos de acceso libre y de gran relevancia en el ámbito de las ciencias de la salud:

- Biblioteca Virtual en Salud BVS Colombia
- EBSCOhost
- PubMed MEDLINE

Adicionalmente, se realizó una búsqueda de literatura gris, que incluyó informes de organismos internacionales, tesis y documentos técnicos disponibles en repositorios institucionales y en sitios oficiales de entidades de salud y derechos humanos.

Periodo, idiomas y descriptores

Se tomaron en cuenta publicaciones del período 2013 a 2023, en español, inglés y portugués, para asegurar la actualidad y la relevancia. La estrategia de búsqueda combinó descriptores DeCS y MeSH, así como palabras clave libres, relacionadas con:

- Diversidad sexual y de género: LGBTIQ, lesbiana, gay, bisexual, trans, queer, minorías sexuales y de género
- Acceso y equidad en salud: acceso a servicios de salud, desigualdades en la atención, equidad, calidad del cuidado
- Contexto geográfico y sociopolítico: Colombia, América Latina, sistema de salud
- Se emplearon operadores booleanos (AND, OR) y truncamientos cuando era necesario, por ejemplo:
 - LGBTIQ* AND "servicios de salud"
 - "minorías sexuales y de género" AND "calidad del cuidado"
 - trans* AND "atención en salud primaria"

La combinación de términos se ajustó a cada base de datos de acuerdo con sus descriptores.

Criterios de inclusión y exclusión

Para garantizar la pertinencia y la coherencia de la revisión, se establecieron criterios de inclusión y exclusión previamente definidos:

Criterios de inclusión:

- Investigaciones empíricas cuantitativas, cualitativas o mixtas que abordaran la población LGBTIQ+ adulta.
- Estudios que investigaran el acceso, uso, equidad, calidad de atención o experiencias de discriminación en los servicios de salud.
- Publicaciones entre 2013 y 2023, en español, inglés o portugués.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones editoriales, cartas dirigidas a editores, y comentarios de opinión que no incluyan datos empíricos.
- Investigaciones que se enfoquen únicamente en adolescentes o en la población pediátrica.
- Estudios que traten exclusivamente sobre ciertas intervenciones clínicas sin examinar aspectos de acceso, trato o percepción de calidad.

Proceso de búsqueda y selección de estudios

La selección se realizó en varias fases:

- Realización de una búsqueda inicial en cada base de datos utilizando las estrategias establecidas y exportación de los resultados a un gestor de referencias.
- Revisión de los títulos y resúmenes para determinar su relevancia con respecto a los criterios de inclusión.
- Lectura del texto completo de los artículos que fueron preseleccionados, asegurando que cumplieran con todos los criterios establecidos.

SEGUNDA FASE: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CON ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

La segunda etapa se plantea como un estudio cualitativo que es tanto descriptivo como exploratorio, fundamentado en entrevistas semiestructuradas con adultos LGBTIQ+ que residen en Colombia. El propósito de esta fase es profundizar en cómo se percibe el acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud, así como reconocer las barreras, los facilitadores y las experiencias específicas de atención desde las vivencias de los usuarios del sistema.

Población, criterios de selección y muestreo

La población objetivo se refiere a adultos LGBTIQ+ en Colombia, mayores de 18 años, que hayan accedido a servicios de salud en los últimos 24 meses en cualquier nivel de atención. Se establecen los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Personas que se identifiquen como parte de la comunidad LGBTIQ+.
- Tener 18 años o más.
- Residir en Colombia.
- Haber tenido al menos una experiencia de atención sanitaria en el sistema colombiano en los últimos 24 meses.
- Estar dispuestos a participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas menores de 18 años.
- Individuos que no puedan proporcionar consentimiento informado de manera independiente.
- Personas que estén experimentando una crisis emocional grave en el momento de la invitación.

El muestreo se llevará a cabo de manera intencionada y conveniente, buscando la mayor diversidad posible. Se prestará atención a aspectos como:

- Identidad de género, abarcando personas trans, no binarias, así como hombres y mujeres cis LGB.
- Orientación sexual.
- Tipo de régimen de aseguramiento, ya sea contributivo, subsidiado, especial o no afiliado.
- Contexto territorial, incluyendo zonas urbanas, rurales y periféricas, de acuerdo con la viabilidad.

Se estima realizar entre 10 y 15 entrevistas, o hasta que se logre la saturación de la información, que se considera el momento en que los relatos nuevos no introducen categorías o detalles adicionales significativos.

Estrategia de reclutamiento

El reclutamiento se hará en colaboración con redes y organizaciones comunitarias LGBTIQ+, así como colectivos y grupos de apoyo que se enfoquen en derechos y salud. Se difundirá una invitación a participar a través de contenidos digitales y

mensajes breves que explican el objetivo general del estudio, el carácter voluntario de la participación y los criterios de selección esenciales.

Las personas interesadas podrán comunicarse con el equipo de investigación por correo electrónico. Posteriormente, se llevará a cabo un primer contacto individual para aclarar dudas, verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y acordar lugar, fecha y modalidad de la entrevista, ya sea presencial o virtual, según se prefiera y en función de la seguridad y privacidad.

Técnica e instrumento de recolección

La técnica principal será la entrevista semiestructurada a fondo. Se empleará un guión o guía de entrevista desarrollado a partir de los objetivos del estudio, la revisión de documentos y un enfoque de atención culturalmente competente.

El guión abarca bloques temáticos como:

- Datos sociodemográficos generales, que incluyen la edad, identidad de género, orientación sexual, ubicación geográfica y tipo de régimen de aseguramiento.
- Reciente trayectoria en el sistema de salud, los servicios utilizados y los niveles de atención.
- Experiencias relacionadas con el acceso, así como las facilidades y obstáculos en términos administrativos, geográficos, económicos y culturales.
- Percepción sobre el trato y la equidad, justicia en la atención, el reconocimiento del nombre elegido y pronombres, y el respeto hacia la identidad de género.
- Percepción de la calidad, tiempos de espera, satisfacción de necesidades, privacidad y confidencialidad.
- Casos de exclusión o violencia simbólica en el sector de la salud.
- Ideas y propuestas para mejorar la atención sanitaria para personas LGBTIQ+.

Ejemplos de preguntas orientadoras:

“¿Qué te ha parecido en general al acceder a los servicios de salud en Colombia? ”

“¿Has notado que tu orientación sexual o identidad de género influye en la atención que recibes?”

“¿Qué tipo de dificultades has enfrentado al utilizar los servicios de salud? (como cuestiones administrativas, económicas, culturales, actitudes, geográficas, legales, etc.)”

“¿Crees que el sistema de salud en Colombia garantiza la igualdad y el reconocimiento de la diversidad de género y sexual?”

Antes de aplicar el guion, se realizará un piloto con uno o dos miembros de la población objetivo, para adaptar el lenguaje, el orden de las preguntas y la sensibilidad ante temas que puedan resultar dolorosos.

Proceso de recolección de datos

Las entrevistas se llevarán a cabo en una única sesión por participante, con un tiempo estimado de 45 a 60 minutos. Se realizarán de manera virtual, asegurando un ambiente de confidencialidad y respeto. Antes de comenzar, se revisará el consentimiento informado, se aclararán posibles dudas y se pedirá permiso para grabar la conversación.

Los audios de las entrevistas se grabarán con el consentimiento expreso del participante. Luego, se transcribirán de forma literal, eliminando nombres reales y otros datos que puedan identificar a la persona.

Análisis de la información

En la revisión documental se aplicó análisis temático de contenido, identificando patrones y categorías emergentes. En la etapa cualitativa, se emplea análisis categorial inductivo, apoyado en codificación abierta, axial y selectiva, siguiendo la propuesta de Strauss y Corbin. Se buscará triangulación entre fuentes para aumentar validez y credibilidad.

Vínculo con las consideraciones éticas:

La etapa de entrevistas se llevará a cabo siguiendo las pautas éticas previamente delineadas en el protocolo. Se implementará el consentimiento informado, y habrá rutas de apoyo psicológico disponibles en caso de que alguno de los participantes sienta malestar emocional durante o tras la entrevista. Además, se respetará en todo momento el nombre y los pronombres que cada participante elija.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se adhiere a los principios de dignidad humana, beneficencia y equidad, en línea con la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Según estas pautas, el estudio se considera de bajo riesgo porque la fase cualitativa incluye entrevistas sobre vivencias en el acceso a servicios de salud, sin intervenciones clínicas ni procedimientos invasivos. La fase

de revisión documental, que ya se completó, no involucró contacto con individuos ni la gestión de información delicada, y se llevó a cabo respetando los derechos de propiedad intelectual, citando de manera adecuada y evitando el plagio.

En la próxima fase de campo, se establecerá que la participación es completamente voluntaria. El reclutamiento se llevará a cabo mediante redes comunitarias, grupos sociales y espacios seguros destinados a la población LGBTIQ+, evitando cualquier forma de coerción. Antes de cada entrevista, el investigador explicará de forma clara el propósito del estudio, los temas que se abordarán, el tiempo estimado de participación, el uso de la información y la falta de beneficios económicos directos. Se asegurará que cada participante entienda que puede rechazar cualquier pregunta, detener la entrevista o retirarse del estudio en cualquier momento, sin penalización ni efectos adversos en su acceso a servicios de salud u otros beneficios.

El consentimiento informado se obtendrá por escrito y, si es necesario, se explicará también de manera verbal. Este documento incluirá el objetivo de la investigación, el tipo de preguntas que se realizarán, los posibles beneficios indirectos para la mejora de los servicios de salud, los riesgos potenciales relacionados con recordar experiencias dolorosas, las estrategias de confidencialidad y los medios de contacto con el equipo de investigación. Los formularios de consentimiento se almacenarán de manera separada de las transcripciones y bases de datos, para evitar la conexión directa entre la identidad de los participantes y sus relatos. Solo el equipo investigador autorizado tendrá acceso a estos documentos.

La seguridad de los datos y la privacidad son fundamentales en este protocolo. Las entrevistas se grabarán solo con el consentimiento expreso, y se transcribirán sin nombres reales ni información que permita identificar a individuos o entidades. Se utilizarán códigos o seudónimos para referirse a los relatos en las bases de datos y en los reportes. La información digital se guardará en dispositivos protegidos por contraseña y, cuando se considere viable, se cifrará. La información impresa se archivará en lugares cerrados con llave. En los productos académicos y de difusión se incluirán descriptores generales, como edad, zona geográfica y pertenencia a la diversidad sexual o de género, evitando información que pueda llevar a la identificación individual.

El protocolo restringirá la captura de datos personales a lo necesario para los objetivos del estudio. Se contemplarán variables como edad, identidad de género, orientación sexual, sexo asignado al nacer y características generales del entorno de atención, garantizando la máxima confidencialidad sobre estos aspectos. No se incluirán nombres completos, documentos de identificación o información de contacto en las transcripciones. Cualquier utilización futura de la información para análisis requerirá mantener las condiciones de anonimato y protección.

Considerando que la población LGBTIQ+ puede haber enfrentado situaciones de discriminación, violencia y violaciones de derechos, el protocolo incluye medidas específicas para evitar daño adicional y revictimización. En las entrevistas se empleará un lenguaje respetuoso y no estigmatizante, se evitarán juicios subjetivos y se brindará la opción de pausar o finalizar la conversación en cualquier momento si la persona se siente incómoda. Si se detecta un malestar emocional considerable durante la entrevista, se proporcionará información sobre servicios de apoyo psicológico disponibles, como la unidad de bienestar universitario o grupos comunitarios que ofrezcan asistencia. Esta opción de apoyo se describirá previamente en el consentimiento informado, de modo que las personas estén al tanto de las alternativas en caso de necesitarlas.

En alineación con el enfoque de diversidad de género y sexual, el grupo de investigación se dedicará a emplear el nombre elegido y los pronombres que cada participante especifique. Este reconocimiento se implementará en todas las interacciones y se considerará un criterio para un trato respetuoso. También se evitarán preguntas innecesarias sobre aspectos personales que no sean relevantes para el estudio. La capacitación básica en competencia cultural y diversidad será obligatoria para quienes lleven a cabo las entrevistas, con el objetivo de fortalecer un entorno de confianza y reducir el riesgo de situaciones discriminatorias durante el proceso de investigación.

Antes de comenzar la etapa de recolección de datos, el protocolo deberá ser revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la universidad correspondiente. No se llevarán a cabo entrevistas ni se recogerán datos hasta que se obtenga esta aprobación. Durante la presentación ante el comité, se detallará el bajo nivel de riesgo del estudio, las medidas para proteger los datos, el plan para el manejo de consentimientos y el procedimiento a seguir en caso de que surja incomodidad emocional. Esto tiene como finalidad asegurar que la investigación cumpla con los estándares éticos nacionales e internacionales para la investigación en seres humanos, especialmente en relación con una población que ha estado históricamente en situación de vulnerabilidad.

En conjunto, estas pautas éticas aseguran que la investigación respete la autonomía, la dignidad y la seguridad de los participantes LGBTIQ+, además de que la producción de conocimiento sobre sus experiencias en el sistema de salud se realice sin incrementar su exposición a riesgos, discriminación o daño emocional.

4. DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en la revisión evidencian que, a pesar de los avances normativos en Colombia y Latinoamérica, persisten barreras estructurales, culturales y actitudinales que limitan el acceso equitativo de las personas LGBTIQ+ a los servicios de salud. Este resultado coincide con estudios internacionales que señalan el déficit de competencia cultural, la escasez de políticas inclusivas y la falta de protocolos adaptados a la diversidad sexual y de género.

El análisis muestra que las barreras culturales y administrativas son las más frecuentes: el personal sanitario carece de formación en diversidad, lo que genera prácticas discriminatorias y trato deshumanizado. También se evidencia la ausencia de registro de identidad y pronombres afirmados, lo cual perpetúa el "borrado informacional" y dificulta el diseño de políticas basadas en evidencia.

La enfermería, desde su rol humanista y comunitario, emerge como un actor estratégico para reducir desigualdades mediante educación en salud, escucha activa, acompañamiento y defensa de derechos. Integrar el Modelo del Sol Naciente de Leininger permite comprender las diferencias culturales y promover cuidados congruentes con la identidad de cada persona.

Asimismo, la evidencia sugiere que los servicios con equipos diversos y formados en competencia cultural mejoran la satisfacción del usuario y fortalecen la confianza institucional. En este sentido, la inclusión de variables identitarias en la historia clínica, la capacitación continua y la sensibilización del personal constituyen pilares para avanzar hacia la equidad y la calidad.

5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Conclusiones

1. Las personas LGBTIQ+ en Colombia siguen enfrentando múltiples barreras para acceder a servicios de salud seguros y libres de discriminación, a pesar del respaldo legal existente.
2. La falta de formación en competencia cultural del talento humano en salud y la ausencia de protocolos inclusivos afectan directamente la calidad de la atención.
3. La enfermería tiene un papel clave en la humanización del cuidado, al promover prácticas inclusivas, registro adecuado de datos identitarias y

defensa de los derechos en salud.

4. Es necesario incorporar la perspectiva de diversidad sexual y de género en los currículos de pregrado y posgrado en ciencias de la salud, fortaleciendo la investigación aplicada.

Recomendaciones

- Implementar programas institucionales de formación en competencia cultural dirigidos a todos los niveles del sistema sanitario.
- Incorporar en las historias clínicas campos específicos para nombre afirmado, identidad y pronombres, asegurando respeto y continuidad del cuidado.
- Fortalecer alianzas entre universidades, redes comunitarias y entidades públicas para generar evidencia y políticas inclusivas.
- Promover investigaciones cualitativas participativas que amplíen la comprensión de las experiencias LGBTIQ+ en salud.
- Desarrollar indicadores de equidad y calidad específicos para evaluar la atención brindada a poblaciones diversas.

Fortalezas

- Uso de fuentes científicas actualizadas y literatura gris, lo que otorga amplitud y rigor al análisis.
- Articulación con un modelo teórico sólido (Leininger) que da coherencia conceptual y disciplinar al estudio.
- Enfoque ético y socialmente pertinente, con proyección práctica para el campo de la enfermería.

Limitaciones

- La revisión documental depende de la disponibilidad y calidad de las fuentes; algunos estudios presentan sesgos de publicación o contextos distintos al colombiano.
- La fase empírica no se ejecutó en esta etapa, por lo que los hallazgos se basan en evidencia secundaria.

- La diversidad interna de la población LGBTIQ+ implica realidades heterogéneas difíciles de generalizar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 762 de 2018 Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la F. EVA - Gestor Normativo; (mayo 7).
2. Claudia Nayibe López Hernández, Alejandro Gómez López, María Mercedes Jaramillo Garcés. Atención integral en salud para personas Trans y no binarias. Bogota: Alcaldía Mayor de bogota; 2022. 312 p.
3. Manuel José Cepeda Espinosa. SENTENCIA N° T-760 de 2008. Corte constitucional; 2008.
4. DANE. Encuesta pulso social [Internet]. DANE; 2022. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pulso-social/presentacion_EPS_poblacion_lgbt-ene2022-may2022.pdf?utm_source=chatgpt.com
5. Aída Verónica Simán MLRM, Daniel García Lamus, Diego Andrés Muñoz Olaya, Luis Alejandro Guevara. Lineamiento de atención en los servicios de salud, que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI [Internet]. UNFPA; 2019. Disponible en: <https://prep-colombia.org/wp-content/uploads/2022/11/LINEAMIENTOS-EN-ATENCION-LGBTI.pdf>
6. DANE. Barreras en el acceso a salud. Infografía presentado en; 2013 2022; Colombia.
7. Silva ADN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. octubre de 2021 [citado 25 de septiembre de 2025];26(supl 3):5351-60. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001705351&tlng=pt
8. Silberman P, Buedo PE, Burgos L. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. Rev Salud Pública [Internet]. 28 de abril de 2016 [citado 25 de septiembre de 2025];18(1):1-12. Disponible en: <http://caoni.be/index.php/revsaludpublica/article/view/48047>
9. Saadat M, Keramat A, Jahanfar S, Nazari AM, Ranjbar H, Motaghi Z. Barriers and Facilitators to Accessing Sexual and Reproductive Health Services Among Transgender People: A Meta-Synthesis. Int J Soc Determinants Health Health Serv [Internet]. enero de 2024 [citado 25 de septiembre de 2025];54(1):40-51. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/27551938231187863>

10. Snow A, Cerel J, Loeffler DN, Flaherty C. Barriers to Mental Health Care for Transgender and Gender-Nonconforming Adults: A Systematic Literature Review. *Health Soc Work [Internet]*. 2 de agosto de 2019 [citado 25 de septiembre de 2025];44(3):149-55. Disponible en: <https://academic.oup.com/hsw/article/44/3/149/5540042>

11. Hadland SE, Yehia BR, Makadon HJ. Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth in Inclusive and Affirmative Environments. *Pediatr Clin North Am [Internet]*. diciembre de 2016 [citado 25 de septiembre de 2025];63(6):955-69. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031395516410539>

12. Gottlieb N, Püschmann C, Stenzinger F, Koelber J, Rasch L, Koppelow M, et al. Health and Healthcare Utilization among Asylum-Seekers from Berlin's LGBTIQ Shelter: Preliminary Results of a Survey. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 23 de junio de 2020 [citado 25 de septiembre de 2025];17(12):4514. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4514>

13. Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, Schwab PP, Uner OE, Wen S, et al. Primary Care in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am [Internet]*. junio de 2019 [citado 25 de septiembre de 2025];48(2):377-90. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088985291930009X>

14. Xie LY, Kanegi SL, Gbordzoe LA, Marchant LA, Eleazer J. Transgender care is health care: barriers and proposed model to improve access for transgender adults. *Fam Pract [Internet]*. 14 de agosto de 2024 [citado 25 de septiembre de 2025];41(4):618-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/fampra/article/41/4/618/6804414>

ANEXOS

Anexo 1: Nombrar el anexo 1 pregunta PICO

CONCEPTOS PRINCIPALES	P Personas adultas LGBTIQ+ en Colombia	I Percepción del acceso a los servicios de salud.	C Sistema de salud colombiano / servicios de salud en Colombia	O Experiencias, barreras, facilitadores, o nivel de satisfacción con el acceso a los servicios de salud.
SINÓNIMOS	1. Diversidad sexual y de	1. Percepción Social 2. Acceso	1. Sistemas de Salud	1. limitaciones 2. Barreras de salud

	<p>género</p> <p>2. Población LGBTQ+</p> <p>3. Personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversos</p> <p>4. Minorías sexuales y de género</p>	<p>Efectivo a los Servicios de Salud</p> <p>3. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud</p> <p>4. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud</p> <p>5. Cobertura Universal de Salud</p>	<p>2. Sistemas de Información en Salud</p> <p>3. Servicios de Salud</p>	<p>3. Satisfacción personal</p> <p>4. Acceso salud</p>
<p>TÉRMINOS DECS Y MESH</p>	<p>4. Sexual and Gender Minorities</p> <p>5. LGBTIQ*</p> <p>7. Homosexuality</p> <p>8. Homosexuality , female</p> <p>9. transgender persons</p> <p>10. Bisexuals</p> <p>12. Queer</p>	<p>1. Social Perception</p> <p>2. Effective Access to Health Services</p> <p>3. Effective Access to Health Services</p> <p>4. Equity in Access to Health Services</p> <p>5. Universal Health</p>	<p>1. Health Systems</p> <p>2. Health Information Systems</p> <p>3. Health Services</p>	<p>1. Time pressure</p> <p>2. Barriers to access of health services</p> <p>3. Personal satisfacción</p> <p>4. Universal access to health care services</p>

		Coverage		
--	--	----------	--	--

Anexo 2: Nombrar el anexo 2 estrategia de búsqueda

	BASES DE DATOS (adscritas a la Universidad o de libre acceso)	PALABRAS CLAVE (Use las palabras claves que encontró en el punto)	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Uso de límites, integración de palabras clave) Operadores booleanos AND -OR. NOT	No. DE ARTÍCULOS TOTALES (Encontrados con la estrategia de búsqueda)	No. ARTÍCULOS IDENTIFICADOS (Encontrados con la estrategia de búsqueda más filtros)
1	Pubmed	(((((((Sexual[Title] AND Gender Minorities[Title]) OR (Sexual and Gender Minorities[MeSH Terms])) OR (LGBTIQ*[MeSH Terms])) OR (Homosexuality[MeSH Terms])) OR (Homosexuality, female[MeSH Terms])) OR (transgender persons[MeSH Terms])) OR (bisexuals[MeSH Terms])) OR (queer[MeSH Terms])) OR (LGBTIQ*[Title/Abstract])	OR	27.287	últimos 10 años

2	Pubmed	<p>(((((((((Social Perception[Title/Abstract]) AND (Social Perception[MeSH Terms])) OR (Effective Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Effective Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Effective Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Effective Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Equity in Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Equity in Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Universal Health Coverage[Title/Abstract])) OR (Universal Health Coverage[MeSH Terms]))</p>	OR	23,064 result	últimos 10 años
3	Pubmed	<p>(((((Health Systems[Title/Abstract]) OR (Health Systems[MeSH Terms])) OR (Health Information[MeSH Terms])) OR (Health Information[Title/Abstract])) OR (Systems Health Services[Title/Abstract])) OR (Systems Health Services[MeSH Terms])) Filters: in the last 10 years</p>	OR	199.154	últimos 10 años
4	Pubmed	<p>(((((Time pressure[Title]) OR (Barriers to access of health services[MeSH Terms])) OR (Personal satisfacción[MeSH Terms])) OR (Universal access to health[MeSH Terms])) OR (Universal access to</p>	OR	9225	Ultimos 5 años

		healt[Title]			
5	pubmed	<p>((((((((((Sexual[Title] AND Gender Minorities[Title]) OR (Sexual and Gender Minorities[MeSH Terms])) OR (LGBTIQ*[MeSH Terms])) OR (Homosexuality[MeSH Terms])) OR (Homosexuality, female[MeSH Terms])) OR (transgender persons[MeSH Terms])) OR (bisexuals[MeSH Terms])) OR (queer[MeSH Terms])) OR (LGBTIQ*[Title/Abstract])) AND (((((Health Systems[Title/Abstract]) OR (Health Systems[MeSH Terms])) OR (Health Information[MeSH Terms])) OR (Health Information[Title/Abstract])) OR (Systems Health Services[Title/Abstract])) OR (Systems Health Services[MeSH Terms]) AND (y_10[Filter]))) AND (((time pressure[Title]) OR (barriers to access of health services[MeSH Terms])) OR (personal satisfaction[MeSH Terms])) OR (universal access to health[MeSH Terms])) OR (universal access to health[Title]) AND (y_10[Filter]))) AND (((((((((((Social Perception[Title/Abstract]) AND (Social Perception[MeSH Terms])) OR (Effective Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Effective Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Effective Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Effective Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Equity in Access to Health Services[Title/Abstract])) OR</p>	and	9	

		(Equity in Access to Health Services[MeSH Terms]) OR (Universal Health Coverage[Title/Abstract]) OR (Universal Health Coverage[MeSH Terms]) AND (y_5[Filter])) Filters: in the last 10 years			
6	pubmed	((((((((((Sexual[Title] AND Gender Minorities[Title]) OR (Sexual and Gender Minorities[MeSH Terms]) OR (LGBTIQ*[MeSH Terms]) OR (Homosexuality[MeSH Terms]) OR (Homosexuality, female[MeSH Terms]) OR (transgender persons[MeSH Terms]) OR (bisexuals[MeSH Terms]) OR (queer[MeSH Terms]) OR (LGBTIQ*[Title/Abstract]) OR (((((Health Systems[Title/Abstract] OR (Health Systems[MeSH Terms]) OR (Health Information[MeSH Terms]) OR (Health Information[Title/Abstract]) OR (Systems Health Services[Title/Abstract]) OR (Systems Health Services[MeSH Terms]) AND (y_10[Filter])))) OR (((time pressure[Title] OR (barriers to access of health services[MeSH Terms]) OR (personal satisfactioñ[MeSH Terms]) OR (universal access to health[MeSH Terms]) OR (universal access to health[Title] AND (y_10[Filter])))) OR (((((((((Social Perception[Title/Abstract] AND (Social Perception[MeSH Terms]) OR (Effective Access to Health Services[Title/Abstract]) OR (Effective Access to Health	or	244898	10 años

		Services[MeSH Terms])) OR (Effective Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Effective Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Equity in Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Equity in Access to Health Services[MeSH Terms])) OR (Universal Health Coverage[Title/Abstract])) OR (Universal Health Coverage[MeSH Terms]) AND (y_5[Filter])) Filters: in the last 10 years			
--	--	--	--	--	--

PubMed (MEDLINE)	<p><u>Jefes aca se utilizó una estrategia avanzada</u> combinando vocabulario controlado (MeSH) con texto libre. Se identificaron los principales <i>conceptos MeSH</i> relevantes (p. ej., "Sexual and Gender Minorities" [MeSH], "Health Services Accessibility" [MeSH], "Patient Satisfaction" [MeSH]) junto con sinónimos. Estos se integraron mediante OR para abarcar variaciones, y luego se intersecaron con AND entre categorías conceptuales (población AND acceso/servicios AND contexto). Por ejemplo, la ecuación incluyó: ("Sexual and Gender Minorities"[MeSH] OR LGBTQ OR LGBTIQ* OR "Minorías sexuales y de</p>	<p>Población LGBTIQ+: <i>Minorías sexuales y de género, Diversidad sexual, Personas LGBTQ+; Sexual and Gender Minorities, LGBT*, Queer; Minorias sexuais e de gênero, Diversidade sexual.</i> Acceso/Percepción: <i>Accesibilidad a los servicios de salud, Barreras de acceso a la salud, Equidad en salud, Cobertura universal en salud, Percepción social; Health Services Accessibility, Health Equity, Universal Health Coverage, Social Perception; Acesso aos serviços de saúde, Barreiras de acesso, Equidade em saúde, Cobertura universal em saúde, Percepção social.</i> Sistema/Contexto: <i>Servicios de salud,</i></p>
------------------	--	--

	<p>género") AND ("Health Services Accessibility"[MeSH] OR "Acceso a los servicios de salud" OR "Barreras de acceso" OR "Equity in Access to Health Services") AND ("Health Services"[MeSH] OR "Servicios de salud" OR "Sistema de salud")). Se aplicaron límites para refinar resultados: se filtró por <i>idioma</i> (inglés, español, portugués) y por <i>tipo de población</i> (adultos) según las opciones de PubMed. No se usó operador NOT en la ecuación final (solo se contemplaría NOT para excluir términos no deseados si hubieran surgido resultados irrelevantes). Además, se consideró limitar por <i>año de publicación</i> (última década) si el volumen de resultados era muy amplio.</p>	<p>Sistema de salud colombiano; <i>Health Services, Health Systems; Serviços de saúde, Sistema de saúde.</i> Otros términos DeCS/MeSH: <i>Paciente satisfacción</i> (satisfacción del paciente), <i>Transgénero, Homosexualidad (femenina/masculina), Bisexualidad,</i> etc., incluidos según necesidad para ampliar la búsqueda</p>
<p>ClinicalKey - (Elsevier)</p>	<p>Se llevó a cabo una búsqueda en ClinicalKey utilizando su motor de búsqueda bilingüe (interfaz en español) para cubrir literatura clínica relevante. Dado que ClinicalKey integra diferentes tipos de contenidos (libros, revistas, guías clínicas), se filtró la búsqueda para enfocarla en artículos de revistas y guías. Se ingresaron las palabras clave principales en</p>	<p>Español: Minorías sexuales y de género, Diversidad sexual, Población LGBTIQ+, Acceso a los servicios de salud, Equidad en salud, Barreras en salud. Inglés: Sexual and Gender Minorities, LGBTQ population, Healthcare access, Health services, Health equity, Barriers to care. Portugués: (Se incluyeron equivalentes al verificar alguna literatura</p>

	<p>español e inglés, combinándolas con operadores booleanos. Por ejemplo: <i>Minorías sexuales</i> OR <i>LGBTIQ</i> OR <i>diversidad de género</i> AND <i>servicios de salud</i> OR <i>acceso a la salud</i>. ClinicalKey admite búsquedas con operadores AND/OR, por lo que se utilizaron OR para incluir sinónimos y AND para combinar los ejes temáticos (población y acceso). También se probaron términos en inglés (p. ej. <i>LGBT health access</i>) para asegurar la recuperación de contenido internacional. Se aplicaron límites por fecha (publicaciones recientes de los últimos ~10 años) y por <i>idioma</i> cuando fue posible (priorizando inglés y español, ya que ClinicalKey contiene principalmente literatura anglosajona, pero también algunas fuentes en español). No fue necesario utilizar NOT.</p> <p>("minorías sexuales" OR LGBTQ OR LGBTIQ OR "diversidad de género" OR "diversidad sexual") AND ("acceso a la salud" OR "barreras en la atención" OR "equidad en salud" OR "healthcare access" OR "barriers to care" OR "health equity") AND ("servicios de salud" OR</p>	<p>brasileña) Minorias sexuais, Diversidade sexual, Acesso aos serviços de saúde, Equidade em saúde, Barreiras de acesso. <i>Nota:</i> En ClinicalKey la mayoría de contenidos relevantes están en inglés, por lo que las palabras clave en inglés fueron las más productivas, apoyadas de términos en español para buscar contenidos traducidos o regionales. Los descriptores MeSH/DeCS (e.g., <i>Sexual and Gender Minorities</i>) no se pueden buscar directamente como tales en ClinicalKey, pero sus términos equivalentes se incorporaron como palabras clave.</p>
--	---	---

	<p>"sistema de salud" OR "health services" OR "health system")</p>	
<p>EBSCOhost (EBSCO)</p>	<p>En la plataforma EBSCOhost, se realizó la búsqueda a través de bases de datos disponibles (p. ej., <i>Academic Search</i>, <i>MEDLINE/EBSCO</i> o bases especializadas en salud). Se construyó una estrategia similar, utilizando OR entre sinónimos en distintos idiomas y AND para cruzar los conceptos centrales. Por ejemplo, en una búsqueda multi-base se utilizó una expresión como: (<i>LGBTIQ</i> OR "<i>sexual minorities</i>" OR "<i>minorías sexuales</i>") AND ("<i>health services access</i>" OR "<i>acceso a la salud</i>" OR "<i>accesibilidad</i>") AND (<i>Colombia</i> OR <i>Latinoamérica</i>). En EBSCOhost, se aprovecharon las herramientas de búsqueda avanzada: se buscaron palabras clave en títulos/resúmenes y se utilizaron truncamientos (p.ej., LGBT* para incluir LGBT, LGBTQ, LGBTI, etc.). Cuando la base de datos lo permitió, también se incluyeron términos del <i>vocabulario controlado</i> correspondiente (por ejemplo, cabezales de</p>	<p>Español: Personas LGBTIQ+, Minorías sexuales, Diversidad de género, Servicios de salud, Accesibilidad a la salud, Equidad en el acceso, Barreras de acceso, Percepción en salud. Inglés: LGBTQIA, Sexual and Gender Minorities, Gender diversity, Health services, Health care access, Health disparities, Health equity, Barriers to healthcare, Social perception. Portugués: Comunidade LGBTI+, Minorias sexuais, Diversidade de gênero, Serviços de saúde, Acesso aos serviços de saúde, Equidade no acesso, Barreiras em saúde, Percepção em saúde. <i>Se incluyeron todos los términos MeSH/DeCS relevantes integrándolos como palabras clave. Por ejemplo, "Minorías Sexuales y de Género" (DeCS) y "Sexual and Gender Minorities" (MeSH) se usaron como términos equivalentes.</i></p>

	<p>asunto MeSH si se usó MEDLINE en EBSCO, o <i>Descriptors</i> DeCS si aplicaba). Se establecieron filtros para <i>idioma</i> (inglés, español, portugués) y se limitó a documentos académicos (peer-reviewed). También se pudo acotar por <i>rango temporal</i> reciente dependiendo de la cantidad de resultados.</p> <p>(LGBTQ OR LGBTIQ OR "sexual and gender minorities" OR "minorías sexuales" OR "diversidade sexual") AND ("healthcare access" OR "health services accessibility" OR "barreras de acceso" OR "acceso a la salud" OR "acesso aos serviços de saúde") AND ("health services" OR "health system" OR "sistema de salud" OR "sistema de saúde") AND (Colombia OR "América Latina")</p>	
<p>BVS Colombia (BIREME)</p>	<p>En la Biblioteca Virtual en Salud - Colombia, que indexa literatura latinoamericana (LILACS, SciELO, etc.), se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) correspondientes a los conceptos de interés, combinados con palabras</p>	<p>Descriptores DeCS principales: <i>Minorías Sexuales y de Género</i> (inglés: <i>Sexual and Gender Minorities</i>, port.: <i>Minorias Sexuais e de Gênero</i>), <i>Accesibilidad a los Servicios de Salud</i> (inglés relacionado: <i>Health Services</i>)</p>

	<p>clave libres en español y portugués. Empleando la búsqueda avanzada del portal BVS, se seleccionaron los descriptores principales (p. ej., <i>Minorías Sexuales y de Género</i> para población LGBTIQ, <i>Accesibilidad a los Servicios de Salud</i> para acceso, <i>Equidad en Salud</i>) y se agregaron términos similares con OR (incluyendo variantes portuguesas cuando aplicaba, como <i>Minorias sexuais</i> y <i>Acessibilidade aos serviços de saúde</i>). Estos grupos de términos descriptivos se combinaron con AND para delimitar la búsqueda a estudios que aborden la intersección de población y acceso a salud. Se limitó la búsqueda al ámbito colombiano/latinoamerica no utilizando las opciones de filtro de BVS (por ejemplo, restringiendo a BVS Colombia o a la base de datos LILACS y otras fuentes regionales pertinentes). También se filtró por <i>idiomas</i> español y portugués (además de inglés si se consideraban estudios internacionales relevantes en la BVS). La estrategia, por ejemplo, fue: ("<i>Minorías Sexuales y de Género</i>" [DeCS] OR <i>minorías LGBTQ</i> OR <i>diversidade sexual</i>) AND ("<i>Accesibilidad a los Servicios de Salud</i>"</p>	<p><i>Accessibility</i>), <i>Equidad en Salud</i> (<i>Health Equity</i>), <i>Cobertura Universal de Salud</i> (<i>Universal Health Coverage</i>).</p> <p>Palabras clave adicionales: <i>Diversidad sexual</i>, Población LGBTIQ, <i>Barreras de acceso a la salud</i>, <i>Satisfacción del paciente</i>; en portugués: <i>Diversidade sexual</i>, <i>população LGBTQ</i>, <i>Barreiras de acesso</i>, <i>Satisfação do paciente</i>.</p> <p>Observación: La inclusión de términos DeCS aseguró la recuperación de estudios regionales indexados con esos descriptores, mientras que las palabras clave libres permitieron encontrar documentos no indizados o con terminología variada. Se incorporaron todos los términos relevantes identificados en el análisis previo del protocolo (tanto en español como en inglés/portugués) para garantizar una búsqueda exhaustiva.</p>
--	--	--

	<p>[DeCS] OR equidad en salud OR barreras de acceso) AND (Colombia OR "América Latina"). Se ajustaron límites temporales (buscando literatura de ~2000 en adelante para cubrir las últimas dos décadas de información).</p> <p>(("Minorías Sexuales y de Género" OR "Sexual and Gender Minorities" OR "Minorias Sexuais e de Gênero") AND ("Accesibilidad a los Servicios de Salud" OR "Health Services Accessibility" OR "Acessibilidade aos Serviços de Saúde") AND ("Equidad en Salud" OR "Health Equity" OR "Equidade em Saúde") AND (Colombia OR "América Latina")</p>	
<p>Redalyc (Red de revistas)</p>	<p>En Redalyc, un portal de revistas científicas iberoamericanas de acceso abierto, se procedió con una búsqueda simple avanzada utilizando principalmente términos en español (y portugués cuando fue pertinente, dada la inclusión de revistas de Brasil/Portugal). Dado que Redalyc no cuenta con un tesoro controlado como</p>	<p>Español: Diversidad sexual y de género, Minorías sexuales, Población LGBTIQ+, Acceso a los servicios de salud, Barreras en la atención, Equidad en la atención sanitaria, Satisfacción de los pacientes. Portugués: Minorias sexuais, População LGBT, Acesso aos serviços de saúde, Barreiras no acesso à saúde, Equidade</p>

	<p>MeSH, se emplearon directamente las palabras clave derivadas de los conceptos del protocolo. Por ejemplo, se usó la combinación: "<i>población LGBTIQ</i>" AND "<i>acceso a servicios de salud</i>" AND <i>Colombia</i>, además de variantes: <i>minorías sexuales</i> AND <i>salud</i>; también en portugués: "<i>acesso aos serviços de saúde</i>" AND "<i>comunidade LGBTQ</i>". Se utilizaron operadores booleanos manualmente (AND para combinar conceptos diferentes, OR para incluir sinónimos en consultas separadas si era necesario). Redalyc ofrece filtros por campos (título, resumen, etc.) y por año, que se aprovecharon para limitar la búsqueda a artículos académicos recientes y relevantes. En particular, se filtraron resultados de los últimos ~15 años y se revisaron los índices de materias de las revistas para identificar artículos relacionados con <i>salud pública, equidad sanitaria y diversidad sexual</i>. No se impuso filtro de idioma estricto en Redalyc, pero la gran mayoría de resultados relevantes estuvieron en español (y algunos en portugués).</p> <p>("población LGBTIQ" OR "diversidad sexual" OR "minorías sexuales")</p>	<p>na assistência, Satisfação dos pacientes.</p> <p>Nota: Se procuró que las palabras clave correspondieran a las usadas en la literatura regional. De hecho, términos como "<i>Minorías sexuales y de género</i>" y "<i>Accesibilidad a los servicios de salud</i>" aparecen frecuentemente como descriptores o palabras clave en artículos latinoamericanos, por lo que su uso en la búsqueda de Redalyc facilitó la identificación de estudios pertinentes. Todos los términos equivalentes en portugués se incluyeron para captar publicaciones brasileñas relacionadas.</p>
--	---	--

	<p>AND ("acceso a los servicios de salud" OR "barreras en salud" OR "equidad sanitaria")</p> <p>AND (Colombia OR "América Latina")</p> <p>Jefes, pueden revisar tambien en portugues. Esta plataforma lo permite:</p> <p>("comunidade LGBTQ" OR "diversidade sexual" OR "minorias sexuais")</p> <p>AND ("acesso aos serviços de saúde" OR "barreiras de acesso" OR "equidade em saúde")</p> <p>AND (Brasil OR "América Latina")</p>	
--	---	--

Anexo 3: Nombrar el anexo 3 cuestionario

Propósito:

Investigar las vivencias, nociones y significados que individuos LGBTIQ+ le otorgan a su acceso y atención en el ámbito sanitario, señalando las limitaciones, los elementos que facilitan el acceso y las creencias sobre la calidad y justicia en el sistema de salud colombiano.

Perfil de participante:

Personas adultas (de 18 años en adelante) que se reconozcan dentro del espectro LGBTIQ+ y que hayan utilizado servicios de salud en Colombia.

Bloque 1: Datos sociodemográficos generales (contextualización)

(Estas preguntas son breves y se utilizan para establecer el contexto del participante, sin ahondar en datos sensibles).

1. ¿Podrías compartir de manera breve tu edad, nivel escolar y tu ocupación actual?
2. ¿Cuál es tu ciudad o región de residencia actual?
3. ¿De qué manera te identificas dentro de la diversidad sexual y/o de género?
4. ¿Qué tipo de atención sanitaria sueles buscar (pública, privada, EPS, IPS, medicina prepagada, etc.)?

Bloque 2: Experiencia de acceso a los servicios de salud

1. ¿Cuál ha sido tu impresión general al llegar a los servicios de salud en Colombia?
2. ¿Crees que ha sido sencillo o complicado?
3. ¿Serías capaz de relatar una experiencia específica que muestre esa impresión?
4. ¿Te has dado cuenta de que tu orientación sexual o identidad de género afecta la atención que recibes?
5. ¿De qué manera? (de forma favorable, desfavorable o neutral)
6. ¿Qué elementos te ayudan o te impiden obtener la atención médica que requieren?

Bloque 3: Percepción de barreras

1. ¿Qué clase de obstáculos has encontrado al acceder a los servicios de salud? (Administrativos, económicos, culturales, actitudes, geográficos, legales, etc.)
2. ¿Has sentido discriminación o un trato diferente por parte del personal de salud debido a tu identidad o expresión de género, o tu orientación sexual?
3. ¿Cómo se presentó esa situación?
4. ¿Cómo respondiste o qué pasos seguiste al respecto?
5. ¿Qué piensas acerca de la capacitación o sensibilidad del personal de salud ante las necesidades de las personas LGBTIQ+?

Bloque 4: Equidad y derechos en salud

1. Desde tu perspectiva, ¿consideras que el sistema de salud en Colombia asegura la igualdad y el reconocimiento de la diversidad de género y sexual?
2. ¿Podrías explicar por qué piensas así?
3. ¿Percibes que las políticas o programas de salud realmente abordan las necesidades particulares de las personas LGBTIQ+?
4. ¿Tienes conocimiento de alguno? ¿Cuál es tu opinión al respecto?
5. ¿Qué derechos relacionados con la salud crees que aún no se respetan o se pasan por alto para las personas LGBTIQ+?

Bloque 5: Calidad de la atención recibida

1. ¿Cómo calificarías la calidad de la atención en el sistema de salud que has experimentado?
2. ¿Te has sentido escuchado(a), comprendido(a) y respetado(a) durante tu atención?
3. ¿Has encontrado profesionales de la salud que están capacitados o muestran sensibilidad hacia la atención de poblaciones diversas?
4. ¿Cómo impactó eso en tu vivencia?
5. ¿Qué cambios o mejoras consideras esenciales para asegurar una atención más humana, justa y de alta calidad?

Bloque 6: Cierre y reflexión

1. ¿Qué mensaje transmitirías a los profesionales de salud sobre la mejor forma de atender a las personas LGBTIQ+?
2. ¿Qué transformaciones te gustaría observar en el sistema de salud colombiano en los próximos años en términos de inclusión y diversidad?
3. ¿Hay algo adicional que desees comentar o compartir sobre lo que has vivido o lo que piensas?

Duración estimada: 40 a 60 minutos.

Modalidad: entrevista semiestructurada, ya sea en persona o en línea.

Técnica de recolección: grabación con consentimiento previo y anotaciones de campo.

Análisis: codificación temática o estudio de contenido (puedes utilizar NVivo o Atlas.ti).

Anexo 4: Nombrar el anexo 4 cronograma



ACTIVIDAD	I SEMESTRE DE 2025																				CUMPLIO	Observaciones			
	MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO					SI	NO	
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3					4
Capacitación Biblioteca, Búsqueda Bases de Datos										X												X			
Ajustes de diseño metodológico: definición de estrategia de búsqueda, DECS-MESH											X											X			
Ajustes de diseño metodológico: temporalidad de la evidencia, criterios de inclusión y criterios de exclusión y bases de datos de consulta. Búsqueda y cosecha de evidencia en													X									X			
duplicado (dos investigadores por base de datos). Consenso de inclusión y exclusión de evidencia por estrategias de búsqueda (duplas). Definición de categorías de análisis.														X								X			
Escritura de hallazgos, discusión y conclusiones del proceso de revisión sistemática																						X	X	X	

ACTIVIDAD	II SEMESTRE DE 2025																				CUMPLIO	Observaciones			
	MES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE					SI	NO	
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3					4
Realizar ajuste de pregunta de investigación, objetivo general y objetivos específicos		X																					X		
Complementar el estado del arte y realizar la búsqueda de artículos						X																	X		
Ampliar estado del arte y la metodología						X																	X		
Agregar la justificación									X														X		
Modificación del problema de investigación										X													X		
Agregar resultados esperados para el protocolo de investigación											X												X		
Agregar conclusión, discusiones y recomendaciones													X										X		
Corrección en justificación y consideraciones éticas														X									X		
Corrección del título del proyecto y agregar presupuesto y cronograma de actividades																						X	X	X	
Realización de cuestionario a los pacientes																						X	X	X	

Anexo 5: Nombrar el anexo 5 presupuesto



PRESUPUESTO PARA EL DESARROLLO DE PROPUESTA DE INVESTIGACION PROYECTO: "PERCEPCIONES DE PERSONAS LGBTIQ+ ADULTAS SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA: UN ANALISIS DE BARRERAS, EQUITAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN"

1. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación.

Rubros.	Descripción	Recursos		Total Año subtotal
		cantidad	valor unitario	
Clases de investigación	12 Clases asesoría y desarrollo metodológico	\$ 12,00	\$ 45.000,00	\$ 45.012,00
Honorarios de investigadora principal	Coordinación análisis y redacción 80 horas	\$ 80,00	\$ 50.000,00	\$ 50.080,00
Asesor metodológico externo	Revisión técnica y académica 20 horas	\$ 20,00	\$ 60.000,00	\$ 60.020,00
Asistente de investigación	Apoyo operativo 30 horas	\$ 30,00	\$ 25.000,00	\$ 25.030,00
Computador	Costo de uso proporcional	\$ 4,00	\$ 12.000.000,00	\$ 12.000.004,00
Grabadora	Para entrevistas cualitativas	\$ 1,00	\$ 300.000,00	\$ 300.001,00
Fotocopias	Documentos, consentimientos y anexos	\$ 500,00	\$ 600.000,00	\$ 600.500,00
Papelaría, carpetas e insumos	Material de oficina	\$ 100,00	\$ 300.000,00	\$ 300.100,00
Transporte urbano	Desplazamiento para entrevistas, reuniones, recolección de datos	\$ 100,00	\$ 750.000,00	\$ 750.100,00
Internet	Conectividad	\$ 4,00	\$ 240.000,00	\$ 240.004,00
Energía eléctrica	Uso doméstico destinado al proyecto	\$ 4,00	\$ 300.000,00	\$ 300.004,00
Alimentación durante la investigación	Entrevistas y reuniones prolongadas	\$ 12,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.012,00
Software de análisis cualitativo	Licencia mensual o educativa	\$ 4,00	\$ 1.200.000,00	\$ 1.200.004,00
Publicación y difusión de resultados	Diseño de informe y presentación final	\$ 1,00	\$ 250.000,00	\$ 250.001,00
Certificación o aval institucional	Trámite ante comité o entidad académica	\$ 1,00	\$ 100.000,00	\$ 100.001,00
TOTAL		\$ 873,00	\$ 17.220.000,00	\$ 17.220.873,00

