Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 4(especial8), 53-59, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/v335px75

Salud ginecológica en personas transgénero: ética médica e inclusión

Gynecological health in transgender people: medical ethics and inclusion

Karellys Nathaly Saltos-Bustamante
karellyssb38@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-9094-3622

María Ilusión Solís-Sánchez
ua.mariass79@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-8290-2926

Nancy Urbina-Romo
ua.nancyur26@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-3394-8774

RESUMEN

Objetivo: describir las necesidades de salud ginecológica de las personas transgénero, en particular el cribado de cáncer, la anticoncepción y la preservación de la fertilidad, desde una perspectiva ética e inclusiva. **Método:** revisión narrativa de literatura indexada en PubMed y SciELO; se seleccionaron 15 documentos: guías, revisiones, estudios cuantitativos y estudios cualitativos latinoamericanos. **Resultados:** la prevalencia de VIH en mujeres trans fue del 19,1 % a nivel mundial y del 22,6 % en tres ciudades de Colombia. En hombres trans, el 10,8 % de las citologías fue insatisfactoria, frente al 1,3 % en mujeres cisgénero, y el 61 % de quienes se embarazaron había usado testosterona. Los estudios en Brasil y Argentina describen falta de respeto al nombre social, demoras y escasez de especialistas. **Conclusión:** la atención ginecológica debe basarse en los órganos presentes, ofrecer anticoncepción y preservación de la fertilidad y eliminar las barreras discriminatorias.
Descriptores: personas transgénero; ginecología; accesibilidad a los servicios de salud. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To describe the gynecological health needs of transgender people, particularly cancer screening, contraception and fertility preservation, from an ethical and inclusive perspective. **Method:** Narrative review of literature indexed in PubMed and SciELO; 15 documents were selected: clinical guidelines, reviews, cohort and cross-sectional studies, one diagnostic study and Latin American qualitative studies. **Results:** HIV prevalence among transgender women was 19.1% worldwide and 22.6% in three Colombian cities. Among transgender men, 10.8% of cervical cytology samples were unsatisfactory, compared with 1.3% among cisgender women, and 61% of those who became pregnant had used testosterone. Studies in Brazil and Argentina describe disrespect for the social name, delays and a shortage of specialists. **Conclusion:** Gynecological care should be based on the organs present, offer contraception and fertility preservation, and remove discriminatory barriers.
Descriptors: transgender persons; gynecology; health services accessibility. (Source, DeCS).

Recibido: 02/09/2026. Revisado: 04/09/2026. Aprobado: 04/10/2026. Publicado: 20/10/2026.
Artículo de revisión

INTRODUCCIÓN

Las personas transgénero son aquellas cuya identidad de género no corresponde con el sexo asignado al nacer. La octava versión de los Estándares de Atención de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (SOC-8) establece las recomendaciones vigentes para la atención de las personas trans y de género diverso, incluidos el tratamiento hormonal, la cirugía de afirmación de género y la salud reproductiva (1). El reconocimiento de la identidad de género como un derecho ha desplazado los enfoques que la consideraban un trastorno mental, pero persisten importantes desigualdades en salud.

La revisión de Reisner et al. sobre la carga de enfermedad en las poblaciones transgénero describió una alta prevalencia de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, de malestar psicológico y de consumo de sustancias en países de ingresos altos, medios y bajos, y advirtió que la vigilancia sistemática de la salud de esta población es escasa (2). El metaanálisis de Baral et al., con 11 066 mujeres trans, estimó una prevalencia de VIH del 19,1 %, con una probabilidad 48,8 veces mayor que la de los adultos en edad reproductiva (3). En tres ciudades de Colombia, Ramos-Jaraba et al. encontraron en 620 mujeres trans un 22,6 % de resultados positivos para VIH, un 45 % de discriminación en el último año y un 15,8 % que evitaba los servicios de prevención, diagnóstico o tratamiento (4).

En América Latina, los estudios cualitativos describen barreras de acceso persistentes. En Brasilia, las personas trans entrevistadas por Oliveira et al. refirieron falta de respeto a su identidad y a su nombre social, demoras, derivaciones fragmentadas y escasez de especialistas, y algunas recurrieron a la automedicación o a la atención privada (5). En Brasil y Argentina, Braz documentó que, aun con leyes que garantizan el acceso, los hombres trans enfrentaban la patologización, la negativa de algunos profesionales a atenderlos y largas esperas (6). En Minas Gerais, Silva et al. describieron el retraso de la atención primaria por miedo al maltrato y la falta de formación de los profesionales (7).

La atención ginecológica se ha dirigido tradicionalmente a mujeres cisgénero, aunque muchas personas trans conservan órganos que requieren seguimiento, como el cuello uterino, el útero, los ovarios o las mamas. Por ello, el objetivo de esta revisión fue describir las necesidades de salud ginecológica de las personas transgénero, en particular el cribado de cáncer, la anticoncepción y la preservación de la fertilidad, desde una perspectiva ética e inclusiva.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los términos «transgender persons», «transgender men», «gender-affirming hormone therapy», «cervical cancer screening», «contraception», «fertility preservation», «personas trans», «salud ginecológica» y «acceso a servicios de salud», en inglés, español y portugués.

Se incluyeron guías de práctica clínica de sociedades científicas, revisiones y metaanálisis, estudios de cohorte, transversales y diagnósticos sobre salud ginecológica y reproductiva de personas trans, y estudios cualitativos latinoamericanos sobre el acceso a los servicios de salud. Se excluyeron las tesis, los manuales y los documentos sin editorial identificable, así como los artículos que no correspondían al tema.

Cada documento se verificó en su fuente original (revista, PubMed o SciELO) antes de su inclusión. Se seleccionaron 15 documentos: cuatro guías u opiniones de sociedades científicas, una revisión, un metaanálisis, cinco estudios cuantitativos (de cohorte, transversales o diagnósticos), una revisión clínica y tres estudios cualitativos latinoamericanos. Al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó metaanálisis ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

RESULTADOS

Tratamiento hormonal y seguimiento

La guía de la Endocrine Society recomienda mantener los niveles de hormonas sexuales dentro del rango normal del género afirmado, vigilar de forma persistente los efectos adversos de los esteroides sexuales y controlar el riesgo de cáncer de los órganos reproductivos en hombres y mujeres trans cuando su extirpación quirúrgica es incompleta (8). En la misma línea, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda que los obstetras y ginecólogos ofrezcan a las personas trans y de género diverso una atención inclusiva que incluya los cuidados preventivos correspondientes a los órganos presentes (9).

Cribado de cáncer

En los hombres trans que conservan el cuello uterino, el cribado del cáncer cervicouterino presenta dificultades. En un centro de salud urbano, Peitzmeier et al. compararon 233 hombres trans con 3625 mujeres cisgénero y encontraron citologías insatisfactorias en el 10,8 % frente al 1,3 %; el tiempo de tratamiento con testosterona se asoció de forma independiente con la inadecuación de la muestra, y los hombres trans tuvieron un intervalo más largo hasta la repetición de la prueba (10). Como alternativa, Reisner et al. evaluaron en 131 hombres trans la autotoma vaginal para la detección del virus del papiloma humano de alto riesgo: frente a la toma por el profesional, tuvo una sensibilidad del 71,4 % y una especificidad del 98,2 %, y más del 90 % de los participantes la prefirió (11).

En relación con el cáncer de mama, la cohorte neerlandesa de de Blok et al., con 2260 mujeres trans en tratamiento hormonal, registró 15 casos de cáncer de mama invasivo; el riesgo fue 46,7 veces mayor que el de los hombres cisgénero, pero inferior al de las mujeres cisgénero (razón de incidencia estandarizada 0,3) (12). La Tabla 1 resume los estudios cuantitativos revisados.

Tabla 1. *Estudios cuantitativos sobre salud ginecológica y reproductiva de personas transgénero.*

Estudio	Población	Muestra	Resultado principal
Baral et al. (3)	Mujeres trans, 15 países	11 066	Prevalencia de VIH 19,1 %; OR 48,8 frente a adultos en edad reproductiva
Ramos-Jaraba et al. (4)	Mujeres trans, Colombia	620	VIH 22,6 %; discriminación 45 %; evitación de servicios 15,8 %
Peitzmeier et al. (10)	Hombres trans y mujeres cisgénero	233 y 3625	Citología insatisfactoria 10,8 % frente a 1,3 %
Reisner et al. (11)	Hombres trans	131	Autotoma para VPH: sensibilidad 71,4 %, especificidad 98,2 %; preferida por más del 90 %
de Blok et al. (12)	Mujeres trans en tratamiento hormonal	2260	15 cánceres de mama; riesgo menor que en mujeres cisgénero (RIE 0,3)
Light et al. (14)	Hombres trans con embarazo	41	61 % había usado testosterona antes del embarazo

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. RIE: razón de incidencia estandarizada; VPH: virus del papiloma humano.

Anticoncepción y fertilidad

La testosterona no debe considerarse un método anticonceptivo. Krempasky et al. señalaron que muchos profesionales y personas transmasculinas creen erróneamente que no existe riesgo de embarazo durante la amenorrea, cuando la ovulación y el embarazo pueden producirse, y que la consejería anticonceptiva es inconsistente por la falta de formación en salud reproductiva trans (13). En la encuesta de Light et al., con 41 hombres trans que se habían embarazado, el 61 % había usado testosterona antes del embarazo, el 88 % de los ovocitos procedía de sus propios ovarios y los participantes describieron poco conocimiento de los profesionales sobre sus necesidades (14).

En cuanto a la fertilidad, el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva concluyó que la identidad transgénero no debe impedir el acceso a la preservación de la fertilidad ni a las técnicas de reproducción asistida, recomendó ofrecer consejería sobre preservación de la fertilidad antes de la transición y señaló como opciones la criopreservación de semen, ovocitos, embriones o tejido ovárico; en quienes ya iniciaron la transición, el tratamiento de fertilidad puede requerir la suspensión temporal de las hormonas (15).

DISCUSIÓN

La evidencia revisada muestra que las personas trans tienen necesidades ginecológicas y reproductivas específicas que el sistema de salud no siempre atiende. El principio práctico más importante es que el cuidado preventivo debe basarse en los órganos presentes y no en la identidad de género (8,9): un hombre trans con cuello uterino necesita cribado cervicouterino, y una mujer trans en tratamiento con estrógenos tiene un riesgo de cáncer de mama mayor que el de los hombres cisgénero, aunque menor que el de las mujeres cisgénero (12).

El cribado cervicouterino en hombres trans requiere adaptaciones. La mayor proporción de citologías insatisfactorias, relacionada con el tratamiento con testosterona (10), y la experiencia de la exploración ginecológica como un procedimiento difícil para muchos pacientes justifican ofrecer alternativas como la autotoma para la detección del virus del papiloma humano, que tuvo una especificidad alta y fue preferida por la gran mayoría (11). Un trato respetuoso, el uso del nombre y los pronombres de la persona y la explicación previa del procedimiento son parte de la atención de calidad.

En la salud reproductiva, dos ideas erróneas deben corregirse: que la testosterona protege del embarazo (13,14) y que las personas trans no desean tener hijos. La consejería anticonceptiva y la información sobre preservación de la fertilidad antes del inicio del tratamiento hormonal o de la cirugía (1,15) son obligaciones éticas del equipo de salud. En la elección del método anticonceptivo deben considerarse los objetivos de cada persona y la compatibilidad con el tratamiento de afirmación.

La dimensión ética es central. La discriminación, la falta de respeto al nombre social y la falta de formación de los profesionales (4-7) llevan a evitar los servicios (4) y a buscar hormonas por vías informales (5,6), con los riesgos que esto implica. La alta prevalencia de VIH en mujeres trans (3,4) refuerza la necesidad de integrar la prevención de las infecciones de transmisión sexual en una atención accesible. La formación de los profesionales, los protocolos institucionales y los entornos libres de discriminación son medidas coherentes con las recomendaciones internacionales (1,9).

Esta revisión tiene limitaciones. Al ser narrativa, la selección no siguió un protocolo sistemático con registro previo, ni se evaluó formalmente el riesgo de sesgo. La mayoría de los estudios cuantitativos procede de Estados Unidos y Europa, y los estudios latinoamericanos son en su mayoría cualitativos. No se encontraron estudios ecuatorianos sobre salud ginecológica de personas trans en las bases consultadas.

CONCLUSIÓN

Las personas transgénero requieren una atención ginecológica basada en los órganos que conservan, que incluya el cribado del cáncer cervicouterino en hombres trans, con alternativas como la autotoma para el virus del papiloma humano, la vigilancia del riesgo de cáncer de mama en mujeres trans en tratamiento hormonal, la consejería anticonceptiva, dado que la testosterona no previene el embarazo, y la información sobre preservación de la fertilidad antes de la transición. La discriminación y la falta de formación de los profesionales siguen siendo las principales barreras en América Latina, por lo que la inclusión exige capacitación, protocolos institucionales y un trato respetuoso de la identidad de género.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-259.
2. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet. 2016;388(10042):412-36.
3. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2013;13(3):214-22.
4. Ramos-Jaraba SM, Berbesí-Fernández DY, Bedoya-Mejía S, Molina-Estrada AP, Martínez-Rocha A, Segura-Cardona ÁM. Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(2):232-9.
5. Oliveira EM, Porcino C, Suto CSS, Coelho HT, Antunes PB, Silva DO, et al. Access to public healthcare services for transgender people: experiences in Brazil's capital. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250273.
6. Braz C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. Cad Saude Publica. 2019;35(4):e00110518.
7. Silva SAG, Miranda-Ribeiro P, Noronha KVMS, Guedes GR. Exploring the complexities and challenges of healthcare access for transgender people in Minas Gerais state: a qualitative study a decade following the implementation of the transsexualization process in the Brazilian National Health System. Epidemiol Serv Saude. 2024;33(spe1):e2024350.
8. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(11):3869-903.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. Obstet Gynecol. 2021;137(3):e75-88.

10. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, Potter J. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. J Gen Intern Med. 2014;29(5):778-84.
11. Reisner SL, Deutsch MB, Peitzmeier SM, White Hughto JM, Cavanaugh TP, Pardee DJ, et al. Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. PLoS One. 2018;13(3):e0190172.
12. de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. BMJ. 2019;365:l1652.
13. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(2):134-43.
14. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. Obstet Gynecol. 2014;124(6):1120-7.
15. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an Ethics Committee opinion. Fertil Steril. 2021;115(4):874-8.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/