

# Cartilla Informativa para Mujeres Trans:

Mitos y realidades de la  
terapia hormonal  
feminizante









---

 Sfsantamaria

 @santamarafunda

 CÓDIGO T - Santamaría Fundación

 santamarafunda

---

www.sfcolumbia.org - equipofucsia@scolombia.org  
Calle 18 # 42b - 34 Barrio San Judas  
Tel: (2) 325 31 67  
Cali - Colombia

---

# Cartilla Informativa para Mujeres Trans:

## Mitos y realidades de la terapia hormonal feminizante



AUTORA:  
OLGA PATRICIA MELO BARBOSA

ASESORA CIENTÍFICA:  
MARÍA PAULA HOUGHTON MARTÍNEZ  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, TAMBIÉN ACTIVISTA POR  
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES Y DE LAS  
PERSONAS LGBT, QUIÉN FUE ASESORA CIENTÍFICA EN LOS TEMAS  
MÉDICOS Y DE HORMONIZACIÓN.

COLABORADORAS:  
SANTAMARÍA FUNDACIÓN  
TWIGGY DIVERSA

ILUSTRACIONES Y DISEÑO  
DANIELA CAMARGO MOLANO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

BOGOTÁ D.C., 2018

## Agradecimientos

*A las mujeres trans que participaron en la investigación  
El cuerpo del deseo: Narrativas sobre cuidados de mujeres trans  
de Cali en sus intervenciones corporales artesanales 1980 - 2015.*

# Glosario

**GnRH:** Hormona liberadora de gonadotropina.

**IM:** Intramuscular.

**ETV:** Eventos Tromboembólicos Venosos. La enfermedad tromboembólica venosa es un conjunto de alteraciones que abarcan la Trombosis Venosa Profunda (TVP), la embolia de pulmón y el síndrome postrombótico.

**HDL y LDL:** Existen dos tipos principales de colesterol, colesterol bueno (HDL) y colesterol malo (LDL). HDL significa lipoproteínas de alta densidad en inglés. Se le llama colesterol “bueno” porque transporta el colesterol de otras partes del cuerpo al hígado.

**LDL:** Lipoproteína de baja densidad. Este es el portador principal de colesterol dañino en la sangre. Un nivel elevado de colesterol LDL significa que hay un mayor riesgo de enfermedad del corazón y ataque al cerebro.

**HaM:** Personas que transitan de Hombre a Mujer.

**IMC:** Índice de Masa Corporal.

**PTOG:** Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa.

**ART:** Terapia Antirretroviral.

**Mujeres cis:** Mujeres biológicas.

# Contenido

|  |    |
|--|----|
| Presentación.....  | 1  |
| Notas preliminares.....  | 2  |
| ¿Qué es la terapia hormonal?.....  | 3  |
| Intervenciones corporales.....   | 4  |
| Regímenes de elección Mujeres Trans.....                                 | 5  |
| Efectos esperados de las hormonas femeninas.....                         | 7  |
| Riesgos esperados y contraindicaciones de<br>las hormonas femeninas..... | 9  |
| ¿Qué exámenes debes hacerte si estás tomando hormonas?.....              | 12 |
| Hormonas y terapia anti-retroviral.....                                  | 13 |
| Bibliografía.....  | 18 |

# Presentación

La cartilla que hoy tienes en tus manos nació como fruto de los talleres sobre transformaciones corporales, hormonización y cuidado, que tuvieron lugar en las instalaciones de Santamaría Fundación, en el primer semestre de 2015. Las mujeres trans que asistieron a estos talleres nos ayudaron a comprender los elementos que usan para sus transformaciones corporales y las formas de cuidarse, así como el uso de hormonas para su feminización. De estos encuentros surgió la necesidad de producir un documento guía, sencillo, con lenguaje claro, sobre los mitos y realidades de la terapia hormonal feminizante. Esto con el propósito de que tengas la información para tomar decisiones acertadas.



# Notas preliminares

**ALERTA:** la información contenida en esta cartilla no reemplaza la consulta o asesoría médica, tampoco recomienda la automedicación, el objetivo es brindar información asequible a mujeres trans que están autohormonizándose o están pensando en hacerlo y aquellas que están en tratamiento médico, por lo tanto su propósito es meramente informativo. Los medicamentos y las dosis que se mencionan no son una receta médica; en cuestión de hormonas así como en otro tipo de medicamentos, no debemos usar la receta o medicamentos prescritos a otras personas, no solo cada organismo es diferente por los riesgos, enfermedades o antecedentes, sino que las metas sobre la afirmación de género de cada persona son distintas.

Es importante que antes de tomar hormonas, seas evaluada para descartar enfermedades o condiciones médicas preexistentes que puedan empeorar con el uso de las hormonas, o que requieran ajustes en los medicamentos.

Recomendamos que la hormonización se realice bajo supervisión médica y como parte del manejo interdisciplinario de la persona trans, sin embargo, reconocemos que la autohormonización es una realidad en nuestro medio y reconocemos el derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos. Aunque está diseñado para las usuarias, este material puede ser útil también a profesionales de la salud, dado que hay datos del 50% de las personas trans que deben enseñar a sus proveedores médicos sobre la atención transgénero.

Estos tratamientos son usados en personas adultas que desean transitar de hombre a mujer, no se recomiendan para niños, niñas o adolescentes menores de 16 años. En algunos de los apartados usamos nombres comerciales de los medicamentos dado que es así como muchas personas trans los conocen, no tenemos conflicto de interés o relación alguna con casas farmacéuticas.



## ¿Qué es la terapia hormonal?

La terapia hormonal en personas trans (hormonización u hormonación) consiste en la administración de hormonas del sexo deseado para inducir cambios de masculinización o feminización, es una intervención médica necesaria para muchas personas trans y con variabilidad de género<sup>(2)</sup>.

### Mito

Todas las mujeres trans quieren lograr lo mismo.

### Realidad

- Las metas las pone la persona y suelen ser distintas para cada una.

### Mito

A las personas trans no les interesa tener hijos.

### Realidad

- Las personas trans pueden querer o no tener hijos, de hecho muchas las tienen, por eso siempre hay que hablar con el médico de eso antes de iniciar el tratamiento dado que puede afectar la fertilidad.



## Intervenciones corporales

### Mito : Realidad

Todos los cambios logrados con las hormonas <sup>(1)</sup> se quitan si las dejas de tomar.

Existen efectos reversibles y parcialmente reversibles de las hormonas, algunos requieren cirugía.

#### • **Intervenciones totalmente reversibles**

Implican el uso de medicación (análogos de GnRH) para suprimir la producción de estrógeno o testosterona y, consecuentemente, retrasar los cambios físicos de la pubertad. Las opciones alternativas de tratamiento incluyen las progestinas (más comúnmente medroxiprogesterona) u otros medicamentos (por ejemplo, espironolactona), que disminuyen los efectos de los andrógenos secretados por los testículos de los adolescentes que no reciben análogos de GnRH. Anticonceptivos orales continuos (o de medroxiprogesterona) pueden ser usados para suprimir la menstruación.

#### • **Intervenciones parcialmente reversibles**

Incluyen la terapia hormonal para masculinizar o feminizar el cuerpo. Algunos de los cambios inducidos por las hormonas pueden necesitar cirugía reconstructiva para neutralizar el efecto (por ejemplo, ginecomastia causada por los estrógenos), mientras que otros cambios no son del todo reversibles (por ejemplo, la profundización del tono de voz causada por la testosterona).

#### • **Intervenciones irreversibles**

Son los procedimientos quirúrgicos.



## Regímenes de elección Mujeres Trans

### Mito

Entre más dosis tomes y en el menor tiempo, tendrás mejores resultados.

### Realidad

El uso de dosis altas no siempre está relacionado con mejores resultados, además pueden ser poco duraderos, por el contrario se potencian todos los peligros como el de una trombosis o un infarto.

- No existen investigaciones clínicas controlados que digan cual es el mejor medicamento o la mejor combinación, sin embargo, grupos de expertos endocrinólogos de la mano de asociaciones de personas trans, y con base en la mejor evidencia disponible recomiendan algunas de las opciones más seguras.
- El acceso está determinado por el lugar, las leyes locales , la capacidad adquisitiva, acá mencionamos las opciones disponibles en Colombia. No se recomienda para las mujeres trans el uso de preparados combinados comercializados como anticonceptivos o para el tratamiento de la menopausia, los compuestos y dosis no suelen ser los más adecuados.

**ALERTA:** No es recomendado el uso de tabletas anticonceptivas para autohormonizarte. Si por algún motivo las vas a utilizar, evita al máximo las que contengan **ETINILESTRADIOL**, este medicamento es el que está asociado a mayores riesgos para tu salud.

- A pesar de no ser la más barata y accesible, la vía transdérmica (el parche) es la más segura y recomendada para las mujeres trans que tienen tendencia a desarrollar problemas cardiovasculares o de coágulos en las venas.
- Es importante entender que estos cambios se verán de manera gradual, no recomendamos usar dosis mayores, dado que se aumentan los riesgos; el objetivo es garantizar que las hormonas masculinas se supriman y que las hormonas femeninas se mantengan en el rango fisiológico normal de mujeres cis.

## Estrógeno (hormona femenina)<sup>(3)</sup>

- Valerato de Estradiol 10 a 20 mg IM cada 1 a 2 semanas
- Estradiol oral 2-6 mg cada día o en dos dosis al día
- Estradiol parches 25 a 50 mcg 2 veces por semana

## Antiandrógeno<sup>(4)</sup>

(ayuda al tratamiento pero no debe ser la base del mismo, es recomendado en aquellas que requieren mayor control del vello corporal o que no logren el efecto deseado solo con el estrógeno):

- Espironolactona 100-200 mg VO cada día
- Otra opción es ciproterona

## Mito

Los progestágenos o derivados de la progesterona son los mejores para que salgan senos.

## Realidad

El beneficio de la progesterona y sus derivados es controversial, hay un aumento del volumen mamario de poca duración, similar al que tienen las mujeres cis cuando lactan o cuando está por llegar su periodo menstrual, la hormona que desarrolla el tejido mamario es el estrógeno. No te recomendamos usar progesterona con este fin dado que aumenta el riesgo de que tengas depresión, aumento de peso, dislipidemia (colesterol o triglicéridos altos).



## Efectos esperados de las hormonas femeninas

### Mito

Si sigues tomando las hormonas o te aplicas dosis más altas los senos te crecerán más.

### : Realidad

Los efectos de las hormonas dependen de tu estado previo y de tu potencial genético. El tamaño de las mamas, por ejemplo, será el que tendrías naturalmente de haber nacido biológicamente mujer, y así con otros cambios, no es válido compararse con el resultado obtenido por otras personas. En el cuadro tomado de las guías de la WPATH se muestran los efectos que se esperan de las hormonas y en cuanto tiempo se presenta, igualmente cual es el tiempo en que se estabilizan.<sup>(5)</sup>

## Cuadro 1: efectos y tiempo esperado de las hormonas feminizantes<sup>A</sup>

| Efecto  | Inicio esperado <sup>B</sup>                   | Máximo efecto esperado <sup>B</sup> |
|---|--|-------------------------------------|
| Redistribución de la grasa corporal                                 | 3 – 6 meses                                    | 2 – 5 años                          |
| Disminución de la masa muscular/fuerza                              | 3 – 6 meses                                    | 1 – 2 años <sup>C</sup>             |
| Suavización de la piel/<br>disminución de la<br>oleosidad           | 3 – 6 meses                                    | desconocido                         |
| Disminución de la libido  | 1 – 3 meses                                    | 1 – 2 años                          |
| Disminución de<br>erecciones espontaneas                            | 1 – 3 meses                                    | 3 – 6 meses                         |
| Disfunción sexual<br>masculina                                      | variable                                       | variable                            |
| Crecimiento mamario   | 3 – 6 meses                                    | 2 – 3 años                          |
| Disminución del<br>volumen testicular                               | 3 – 6 meses                                    | 2 – 3 años                          |
| Disminución de<br>producción de esperma                             | variable                                       | variable                            |
| Pérdida y crecimiento<br>desacelerado de vello<br>corporal o facial | 6 – 12 meses                                   | > 3 años <sup>D</sup>               |
| Calvicie de patrón<br>masculino                                     | Sin rebrote, pérdida se<br>detiene 1 – 3 meses | 1 – 2 años                          |

<sup>A</sup> Adaptado con el permiso de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, Sociedad de Endocrinología.

<sup>B</sup> Las estimaciones representan observaciones clínicas publicadas y no publicadas.

<sup>C</sup> Altamente dependiente de la edad y hereditariedad, puede ser mínimo.

<sup>D</sup> Dependen significativamente de la cantidad de ejercicio.



## Riesgos esperados y contraindicaciones de las hormonas femeninas

### Mito : Realidad

Si las hormonas que tomas son “de las suaves” o las tomas en bajas dosis no son riesgosas.

Las hormonas, como todo medicamento, tienen riesgos que debes conocer antes de usarlas<sup>(6)</sup>.

- Contraindicaciones absolutas (por ningún motivo debes tomar hormonas): evento trombótico previo asociado a estrógenos (haber tenido trombosis venosa, infarto o trombosis cerebral), enfermedad de hígado avanzada, trombofilias (enfermedad en que la persona coagula más de lo normal) y antecedente de cáncer estrógeno dependiente (por ejemplo, cáncer de seno).
- Debes sopesar el riesgo beneficio en caso de sufrir de prolactinoma, migrañas severas, diabetes, hipertensión o enfermedad moderada del hígado porque se pueden empeorar con el estrógeno.
- Debes controlar las enfermedades preexistentes como la hipertensión, diabetes, obesidad, colesterol, etc.

Está demostrado que la toma de hormonas femeninas aumenta el riesgo de: cálculos de la vesícula, enfermedad venosa o trombótica en personas con previos factores de riesgo, aumento de los triglicéridos, aumento de las enzimas hepáticas.

A continuación la clasificación de WPATH<sup>(7)</sup> sobre el riesgo de la terapia hormonal feminizante:

# Riesgos probables

## Enfermedad tromboembólica venosa

- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de eventos tromboembólicos venosos (ETV), especialmente en personas que tienen más de 40 años de edad, fumadoras, muy sedentarias, obesas, y que tienen trastornos trombofílicos subyacentes.
- Este riesgo se incrementa con el uso adicional de progestágenos de tercera generación.
- Este riesgo se reduce con el uso de parches transdérmicos (versus oral) como vía de administración de estradiol, recomendado para personas con mayor riesgo de ETV.

## Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular

- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares en personas mayores de 50 años con factores de riesgo cardiovascular subyacente. El uso de progestina adicional puede aumentar este riesgo.

## Lípidos

- El uso de estrógeno oral puede aumentar significativamente los triglicéridos en las personas, lo que aumenta el riesgo de pancreatitis y eventos cardiovasculares.
- Diferentes vías de administración tienen diferentes efectos metabólicos sobre los niveles de colesterol HDL, colesterol LDL y la lipoproteína (a).
- En general, la evidencia clínica sugiere que personas HaM con trastornos lipídicos pre-existentes pueden beneficiarse de la utilización de estrógenos transdérmicos en vez de oral.

## Hígado / vesícula biliar

- El uso de estrógeno y acetato de ciproterona puede estar asociado a elevaciones transitorias de las enzimas hepáticas y, raramente, hepatotoxicidad clínica.
- El uso de estrógenos aumenta el riesgo de colelitiasis (piedras en la vesícula) y una posterior colecistectomía.

# Riesgos posibles

## Diabetes mellitus tipo 2

- La terapia hormonal feminizante, particularmente estrógenos, puede aumentar el riesgo de diabetes tipo 2, especialmente en personas con una historia de diabetes u otros factores de riesgo para esta enfermedad.

## Hipertensión

- El uso de estrógeno puede aumentar la presión arterial, pero el efecto sobre la incidencia de la hipertensión es desconocido.
- La espironolactona reduce la presión arterial y se recomienda para personas en situación de riesgo o hipertensos/as que deseen feminización.

## Prolactinoma

- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de hiperprolactinemia en personas de HaM en el primer año de tratamiento, y luego este riesgo tiene baja probabilidad.
- Altas dosis de uso de estrógenos puede favorecer la aparición clínica de la prolactinoma preexistente pero clínicamente no evidente.

## Sin aumento del riesgo

### Cáncer de mama

- Las personas HaM que han tomado hormonas feminizantes pueden padecer de cáncer de mama, pero se desconoce si su grado de riesgo se compara con el de las personas nacidas con genitales femeninos.
- Mayor duración de la exposición hormonal de feminización (es decir, el número de años que tomando preparados de estrógeno), antecedentes familiares de cáncer de mama, obesidad ( $IMC > 35$ ), y el uso de progestinas pueden influir en el nivel de riesgo.

**ALERTA:** si usas hormonización, por ningún motivo debes fumar porque aumenta el riesgo de presentar trombosis, infarto y muerte.



## ¿Qué exámenes debes hacerte si estás tomando hormonas?<sup>(8)</sup>

### Mito

Si te sientes bien es que todo está bien, no necesitas médicos ni exámenes.

### Realidad

Es necesario saber si las hormonas están en el nivel apropiado para tener el mejor efecto a menor riesgo, también hay que estar chequeando para detectar a tiempo posibles efectos secundarios no deseados.

- Para disminuir los riesgos la idea es ajustar la dosis mínima necesaria de mantenimiento, puedes ajustarla midiendo el estradiol que debe estar en rango femenino normal.
- Ve a control cada 3 meses, el primer año, luego anual o semestral.
- Revisa si estás consiguiendo los efectos deseados.
- Controla y mide tu tensión arterial, peso y vigila signos de insuficiencia venosa como las várices.
- Mide enzimas hepáticas y prolactina si tomas estrógenos, si tomas también Espironolactona mide el potasio.
- Anualmente toma PTOG (curva de glicemia).
- Solicita una densitometría ósea cuando luego de la cirugía se suspenda la terapia hormonal o luego de los 60 años.
- Solicita una mamografía si has desarrollado mamas según los mismos protocolos de las mujeres cis después de los 50 años y realiza autoexamen de senos mensual.
- Solicita examen de la próstata si la conservas igual que los varones después de los 50 años.



## Hormonas y terapia anti-retroviral (9)

### Mito : Realidad

No puedes hormonizarte si estás tomando medicación para el VIH.

• No existe razón para negar la terapia hormonal a personas viviendo con VIH<sup>(10)</sup>.

- Tanto la terapia hormonal como la terapia antirretroviral (ART) pueden salvar vidas a las mujeres transgénero que viven con el VIH, pero cada una tiene efectos secundarios y posibles interacciones medicamentosas. Hay interacción entre algunos medicamentos antirretrovirales como los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos [efavirenz y nevirapina] y los inhibidores de la proteasa (por ejemplo Lopinavir, Nelfinavir, Indinavir, Ritonavir) y las hormonas femeninas (en particular el etinilestradiol).
- Muchas mujeres trans que viven con VIH pueden abandonar el tratamiento antiretroviral o las hormonas por temor a las interacciones medicamentosas, sin embargo según estudios, pocas lo hablan con su médico. Es muy importante capacitar a las mujeres trans y al personal de salud por los riesgos que existen en la supresión o toma irregular de alguno de los dos tratamientos. La identidad y la salud no deben ser excluyentes; por el contrario algunos estudios sugieren que las personas trans a quienes se les garantizó la terapia hormonal tuvieron mejor adherencia (siguieron el tratamiento) al tratamiento antiretroviral.
- Es importante saber que la ART altera la biodisponibilidad de los estrógenos, pero no hay evidencia de que los estrógenos alteren la eficacia del tratamiento para el VIH. Varios antiretrovirales disminuyen el efecto

del estrógeno y por tanto sus efectos feminizantes, otros lo aumentan por lo que pueden aumentar los riesgos. Aunque la evidencia es poca y en general proviene de estudios con anticonceptivos y terapia hormonal posmenopáusica no hay razón para contraindicar el tratamiento.

- Entonces aunque es verdad que pueden existir interacciones, estas no contraindican el uso simultáneo de ambos tratamientos. Si eres una mujer trans viviendo con VIH no debes dejar tus terapia antiretroviral, tampoco es necesario que suspendas la terapia hormonal, es posible que requieras ajustar el tipo de medicación o las dosis y que requieras seguimiento más frecuente de sus niveles de hormonas. En estos casos los riesgos de la autohormonización pueden ser mayores.

**ALERTA:** si estás tomando terapia antiretroviral evita el uso de preparaciones comerciales con **ETINILESTRADIOL**.



## Bibliografía

- 1.** Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ, Spack NP, et al. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2009 Sep [cited 2018 Aug 4];94(9):3132–54. Available from: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jc.2009-0345>
- 2.** 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 [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 27]. Available from: <https://academic.oup.com/jcem>
- 3.** Leinung MC, Feustel PJ, Joseph J. Hormonal Treatment of Transgender Women with Oral Estradiol. *Transgender Heal* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2018 Aug 27];3(1):74–81. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2017.0035>
- 4.** Unger CA. Hormone therapy for transgender patients. *Transl Androl Urol* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Aug 27];5(6):877–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28078219>
- 5.** Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch MB, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2015 Jan 17 [cited 2018 Mar 7];385(9964):274–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059941>
- 6.** Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol* [Internet]. 2015 Jun [cited 2018 Aug 27];2(2):55–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28090436>

- 7.** WPATH. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género [Internet]. La asociación mundial para la salud trans; 2012. p. 126. Available from: [www.wpath.org](http://www.wpath.org)
- 8.** Irving A, Lehault WB. Clinical pearls of gender-affirming hormone therapy in transgender patients. *Ment Heal Clin* [Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Aug 27];7(4):164–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29955517>
- 9.** Braun HM, Candelario J, Hanlon CL, Segura ER, Clark JL, Currier JS, et al. Transgender Women Living with HIV Frequently Take Antiretroviral Therapy and/or Feminizing Hormone Therapy Differently Than Prescribed Due to Drug-Drug Interaction Concerns. *LGBT Heal* [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Jul 20];4(5):371–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28876170>
- 10.** Williamson C. Providing Care to Transgender Persons: A Clinical Approach to Primary Care, Hormones, and HIV Management. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2010 May [cited 2018 Aug 27];21(3):221–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20363651>

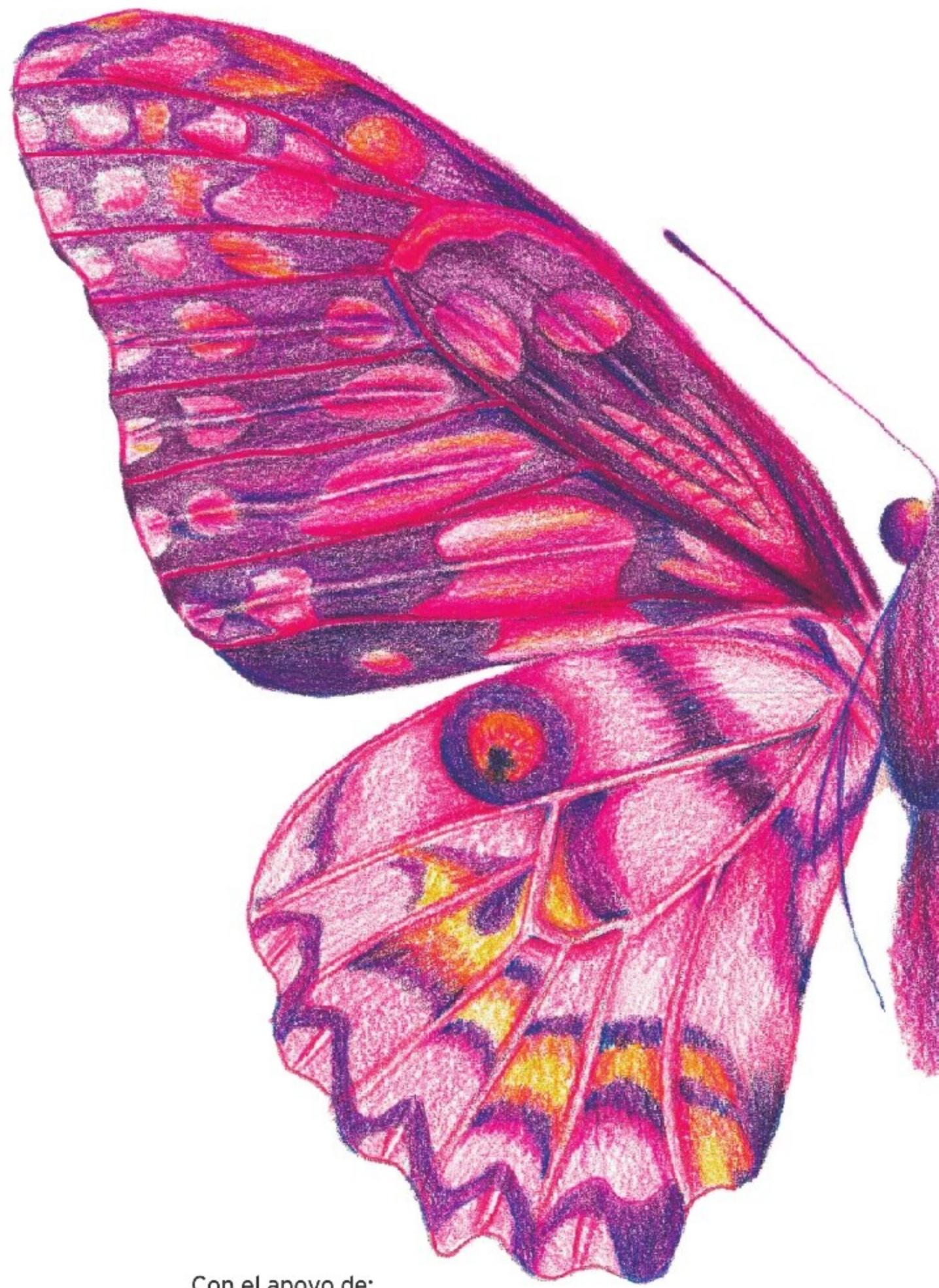
*La impresión de esta publicación se hace en el marco del proyecto "ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del plan nacional de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual-VIH-sida y el modelo integrado de atención en salud en departamentos y ciudades priorizadas" y el apoyo financiero del acuerdo de subvención No. COL-H-FONADE 1062 (Convenio No. 216146), suscrito con el Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria en Colombia.*





El futuro  
es de todos

DNP  
Departamento  
Nacional de Planeación



Con el apoyo de:



 El Fondo Mundial  
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

  
enterritorio  
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial